N° 1. — SAMEDI 3 JANVIER 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 3 JANVIER 1931. — N° 1.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Traitement du goitre exophtalmique, par M. Hubner.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
CONGRÈS
Calendrier des Congrès médicaux et des différentes manifestations médicales.
Prochains centenaires.
Questions mises à l'ordre du jour des prochains Congrès.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Communiqué du Syndicat des chirurgiens français.

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *A la dignité de grand'croix.* — M. le médecin général inspecteur Toubert.

Au grade de commandeur. — Les médecins généraux Oberlé, Vigerie et Monéger.

Le médecin général du cadre de réserve Merlat.

Le médecin général Lherminier, des troupes coloniales.

Justice. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Thouvenel, médecin des prisons de Fresnes.

Grande chancellerie. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Faraut et Levrier.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Le *Journal officiel* du 27 décembre publie une circulaire aux préfets relative aux conventions entre les caisses d'assurances sociales et les hôpitaux et hospices publics (honoraires des chirurgiens et spécialistes).

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin général inspecteur. — M. le médecin général Sacquépée.

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Gorse.

AVIS DE VACANCE. — Le poste de directeur du bureau municipal de Caen est déclaré vacant. (*J. O.*, 25 déc. 1930.)

CONTRE L'ALCOOLISME. — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, ayant pris connaissance de l'article d'un journal du soir, dont le ton badin ne peut qu'inciter les femmes et jeunes filles désœuvrées à la pratique néfaste des cocktails;

Déplore d'une part que certains organes de la grande presse dont le rôle devrait être de guider l'opinion, flattent un peu trop facilement les passions nocives de leurs lecteurs;

Déplore encore que les Pouvoirs publics fermant les yeux sur les conséquences désastreuses de l'alcoolisme ne le combattent pas là où il se produit;

Déplore enfin que la bourgeoisie dont les beaux exemples entraînaient jadis le peuple, oublie chaque jour davantage les devoirs qu'elle tient de sa situation.

SYNDICAT DES MÉDECINS FRANÇAIS ÉLECTROLOGISTES ET RADIOLOGISTES. — Le bureau pour 1931 est constitué comme suit :

Président : docteur Gauducheau (Nantes); vice-présidents (Paris) : docteurs Vignal et Leullier (Paris); vice-présidents (province) : docteurs Specklin (Mulhouse) et Bobrie (La Rochelle); secrétaire adjoint : docteur Dariaux (Paris); secrétaire général : docteur Moutard (Paris); Gilson (Paris).

CONFÉRENCES MÉDICALES DE L'HÔTEL CHAMBON. — La série des Conférences données sous la direction du Comité des conférences de l'Hôtel Chambon se déroule avec succès; M. le docteur F. Jayle a fait dans la grande salle des Conférences de l'Hôtel, le mercredi 17 décembre 1930, à 21 h., une Conférence sur le problème du chauffage. Le public nombreux a montré par ses applaudissements combien le sujet traité d'une façon à la fois scientifique et pratique l'intéressait.

La prochaine Conférence aura lieu dans la grande salle des Conférences de l'Hôtel Chambon (Hôtel des Syndicats médicaux français), 95, rue du Cherche-Midi, le mercredi 21 janvier 1931 à 6 h. du soir et sera donnée par M. Louis Martin, de l'Institut Pasteur qui a pris pour sujet : Le fonctionnement de l'hôpital Pasteur pendant trente ans.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeur : M. Paul Carnot.) — *Leçons du dimanche* sur des sujets d'actualité médicale, à l'amphithéâtre Trousseau, à 10 h. 1/2.

Dimanche 4 janvier 1931. — Professeur Paul Carnot : Les hypertensions portales.

Dimanche 11 janvier. — Docteur Sainton, médecin de l'Hôtel-Dieu : Les syndromes parathyroïdiens.

Dimanche 18 janvier. — Professeur Cunéo, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu : La conduite chirurgicale en cas de grandes hématémèses.

Dimanche 25 janvier. — Professeur Baudouin, médecin de l'hôpital Laennec : Les traitements récents de l'épilepsie.

— LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. A. LEMIERRE.) — Sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, de M. Gastinel, agrégé, et de M. Guy, assistant, auront lieu pendant l'année scolaire 1930-1931 deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles se suivront sans interruption, commenceront le mardi 6 janvier 1931, à 14 h., au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis, lundis et mardis suivants, à la même heure.

Cet enseignement complet sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

Les droits à verser sont de 200 fr. pour la première série et de 200 fr. pour la deuxième série.

Le nombre de places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au laboratoire de bactériologie avant de retirer leurs bulletins de versement.

Ces bulletins sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— CONFÉRENCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY). — M. le docteur R. Huguenin, agrégé, commencera ses conférences le mercredi 7 janvier 1931, à 17 h., au petit amphithéâtre de la Faculté et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, pendant les mois de janvier et de février.

Objet du cours : Les processus inflammatoires étudiés dans les différents tissus et organes : Cœur et vaisseaux, appareil digestif, poumon. (Programme de l'examen de 3e année.)

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. ACHARD). — *Conférences de clinique médicale pratique.* — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laennec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à la clinique médicale Cochin (amphithéâtre Dieulafoy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 11 janvier 1931. Elle aura pour sujet : « La néphrose lipoïdique ».

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de la tête, du cou et du thorax), en dix leçons, par M. le docteur Raymond Leibovici, prosecteur, commencera le lundi 12 janvier 1931, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HÔPITAL TROUSSEAU. — M. Lesné fera tous les samedis, à 10 h. 30, une conférence de clinique et de thérapeutique infantiles, avec la collaboration de MM. de Gennes, Marquézy et Turpin, médecins des hôpitaux, et de MM. Baruk, Blamoutier, Boutelier, Clément, Coffin, Mlle Dreyfus-Sée, Mme Hardouin, MM. Héraux et Laporte, anciens internes du service.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMUNIQUÉ DU SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

« L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français a tenu sa séance régulière le 18 décembre 1930 au siège social, 95, rue du Cherche-Midi, sous la présidence du professeur J.-L. Faure.

Un vote de cette Assemblée générale a décidé par 38 voix contre 29, la constitution de syndicats régionaux de chirurgiens, destinés à être ultérieurement, groupés en une Fédération.

Cette grave question entraînant une révision des statuts (art. 16) ne pouvait être définitivement résolue que par une Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet; celle-ci sera réunie dans les plus brefs délais.

A la suite de regrettables incidents, de séance, le Président leva la séance en donnant sa démission ainsi que celle du secrétaire général.

Après la levée de l'Assemblée générale régulière, un Comité s'est constitué qui s'est arrogé le droit de parler au nom du Syndicat. Les manifestations de ce Comité ont été :

L'envoi d'un article aux journaux l'*Œuvre* et le *Matin* du 21 décembre;

L'envoi d'une circulaire à tous les membres du Syndicat, comme si l'organisme régulier était défaillant.

Le Conseil d'administration du Syndicat, réuni d'urgence, le 21 décembre 1930 a pris à l'unanimité, les décisions suivantes :

Refus de la démission du Président et du Secrétaire général,

Envoi d'un rapport détaillé à tous les membres du Syndicat,

Traduction devant le Conseil de famille, des auteurs de cette manifestation.

Le Conseil a exprimé ses regrets que les critiques les plus vives se soient produites au moment précis où les efforts combinés du Syndicat des chirurgiens et de la Confédération, permettaient d'apporter une modalité nouvelle dans le fonctionnement hospitalier de la loi des Assurances sociales.

Cette modalité susceptible de donner satisfaction à un grand nombre de chirurgiens, est la discrimination entre les quatre premières catégories et la cinquième. Les quatre premières étant traitées dans les services de chirurgie et de spécialité, gratuitement ou à un chiffre clé très bas. La cinquième remboursée par les caisses au chiffre clé 8; le chirurgien ayant le droit de demander des honoraires supplémentaires par entente directe avec l'assuré (ces honoraires ne pouvant cependant, dépasser à l'hôpital public, le chiffre clé 12). Il va sans dire, que l'entente directe totale partout où elle fonctionne déjà, peut être maintenue.

Après la réunion du Conseil d'administration du 21 décembre, le professeur J.-L. Faure, Président et le docteur Renon, Secrétaire général, ont retiré leur démission. »


OVAIRE
(Vache)
corps jaune
Follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
LABORATOIRES CHOAY_ 48, rue Théophile Gautier_ PARIS (XVIe)

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

Par le docteur HUBNER,

Ex-chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Dijon.

Parler du traitement du goitre exophtalmique est un travail très aride étant donné la multiplicité des opinions émises sur ce sujet.

Comme le dit Sainton, il est peu de problèmes thérapeutiques ayant soulevé autant d'opinions divergentes et sur lesquels règne actuellement un tel désarroi.

Cependant, de l'ensemble, peuvent à l'heure actuelle se dégager quelques principes directeurs, quelques points de ralliement communs à tous ou à la majorité des auteurs. Ce sont ces quelques tendances thérapeutiques que je me permettrai d'exposer ici.

Chacun sait que la maladie de Basedow présente, à côté de la forme princeps, une multitude de formes ou incomplètes, ou atypiques ou frustes, auxquelles chaque auteur s'est complu à donner un nom différent :

Goitre exophtalmique fruste ;
Goitre basedowifiant;
Goitre basedowifié;
Goitre thyréotoxique;
Goitre cardiaque;
Thyréotoxicose cardiaque, etc., et j'en passe.

Et, puisque nous devons envisager le point de vue thérapentique, la première question qui se pose est de savoir s'il existe, entre ces variétés cliniques et la maladie type, une démarcation tranchée, ou bien si, relevant d'une étiologie commune, elles sont susceptibles d'une même action thérapeutique. Classiquement, on distinguait le goitre basedowien primitif et le goitre basedowifié secondaire. Ces deux entités pathologiques s'opposaient parfaitement, quand survinrent les descriptions de ces formes cliniques énumérées plus haut et qui ne pouvaient plus rentrer dans aucune des deux catégories précédentes.

Plummer, le premier, groupa, sous le nom d'adénomes toxiques, ces diverses variétés de goitres exophtalmiques atypiques. Bérard, en France, et Dunet se sont faits les promoteurs et les défenseurs de cette manière de voir.

Il conviendrait donc de distinguer :

Le Basedow essentiel primitif vrai.

Le Basedow secondaire vrai apparaissant plus ou moins tardivement chez des sujets déjà porteurs d'un goitre banal.

Enfin, les adénomes toxiques qui réunissent des cas atypiques frustes, ne reproduisant pas le type complet de la maladie, parfois même avec absence de goitre, lorsque l'adénome, à cause de sa situation, reste impalpable ou introuvable.

Bérard, Dautrebande et Lemort ont signalé récemment plusieurs cas ressortissant à cette variété. Cette classification répond à ce que l'on peut journellement observer en pratique, et Bérard, rapporteur de la question au Congrès international de chirurgie de Varsovie en 1929, proposait pour simplifier la question, et attendu que la conduite thérapeutique ne doit pas, d'après lui, différer dans l'un ou l'autre cas, d'englober toutes les manifestations du syndrome hyperthyroïdien sous le nom général d'hyperthyroïdisme ou de thyréotoxicose, et de distinguer seulement, suivant les notions étiologiques et le mode d'évolution :

1° L'hyperthyroïdisme ou thyréotoxicose primitive hypertrophique qui évolue chez un malade en apparence indemne jusque-là de toute lésion thyroïdienne (goitre exophtalmique);

2° L'hyperthyroïdisme ou thyréotoxicose secondaire qui s'établit sur une glande déjà atteinte par une néoformation goitreuse banale (adénome toxique).

Jirasek (de Prague) adopte cette manière de voir, mais distingue en plus avec Labbé un syndrome sympathique basedowiforme.

D'autres auteurs au contraire, Noguchi, Dunhil, se montrent d'avis différents et continuent à distinguer des catégories multiples.

Quoi qu'il en soit, et qu'il résulte de l'hyperactivité du corps thyroïde, ou au contraire de la viciation de sa fonction, d'une dysthyroïdie, c'est l'hyperthyroïdisme, quelle que soit la forme qu'il revête et l'intensité de ses manifestations, que la thérapeutique doit s'efforcer d'atteindre.

Si d'ailleurs nous passons sur le terrain anatomo-pathologique, nous trouvons confirmation de ces idées. Il est impossible de séparer histologiquement les diverses formes de la maladie de Basedow.

Si les lésions du goitre toxique sont moins accentuées que celles observées dans le goitre exophtalmique typique, elles leur sont en tout point comparables. Il n'y a qu'une différence de degrés dans les lésions.

Parler traitement veut dire diagnostic posé. Mais, sachant le polymorphisme sous lequel l'hyperthyroïdisme peut se manifester, peut-être serait-il utile ou de confirmer un diagnostic, ou d'apprécier en vue de la conduite thérapeutique le degré de cette toxicose thyroïdienne.

Nous avons le moyen de le faire dans l'étude du métabolisme basal, étude qui est de première importance puisqu'elle permet de confirmer ou d'infirmer un diagnostic, de juger de l'opportunité de telle ou telle thérapeutique et des résultats de celle-ci.

En effet, jusqu'à ce que soit prouvée l'action des autres glandes endocrines (thymus, surrénales en particulier) dans la pathogénie de l'hyperthyroïdisme, c'est la glande thyroïde qui fait le centre du débat.

Les troubles de son fonctionnement, dont actuellement la cause intime échappe, se traduisent immédiatement par des variations du taux de l'échange respiratoire, du rapport $\frac{CO^2}{O^2}$.

Les états hyperthyroïdiens sont accompagnés régulièrement d'une augmentation de l'échange respiratoire pouvant aller jusqu'au 100 p. 100, et les états hypothyroïdiens accusent généralement un abaissement de 20 à 40 p. 100 au-dessous de la normale.

On considère habituellement comme normale limite un taux de + 10 à — 10 p. 100.

Sans entrer dans les détails de cette détermination qui sont d'ailleurs compliqués et demandent un appareillage spécial, posons en principe qu'actuellement l'unanimité des auteurs traitant de la question du traitement de l'hyperthyroïdisme, américains, français, belges, allemands, suisses en particulier,

jugent indispensable sa détermination avant tout début de traitement, et non moins indispensable en cours de traitement, et quel que soit ce dernier, pour en apprécier exactement les effets.

La clinique à ce point de vue, bien que jouant un rôle primordial, ne peut arriver qu'à une approximation; le test véritable est fourni par l'étude du métabolisme. Cette dernière permet en outre, ainsi que je le disais plus haut, de rattacher à leur véritable cause des syndromes que l'on en séparait jusqu'alors, de faire enfin, ainsi que l'a bien montré Labbé en décrivant le syndrome sympathique basedowiforme, la part qui revient dans l'ensemble des symptômes présentés à la thyroïde et au sympathique. Il est évident qu'en de tels cas la conduite à tenir s'en trouve singulièrement éclairée.

Quelles sont actuellement les ressources thérapeutiques dont nous disposons vis-à-vis de l'hyperthyroïdisme?

Les méthodes se classent en trois groupes :

Le traitement médical;
Le traitement physiothérapique;
Le traitement chirurgical.

Partant de la pathogénie de l'affection, les efforts thérapeutiques tendent à un double but :

1° Restreindre la sécrétion thyroïdienne en agissant directement sur la glande;

2° Rendre inoffensif, en le neutralisant, l'excédent de cette sécrétion.

TRAITEMENT MÉDICAL

Médication par les agents chimiques. — De multiples produits ont tour à tour été essayés, préconisés, tels que :

Le phosphate de soude (Trachewski-Kocher).

Le nucléoprotéide, élaboré dans la thyroïde même (Oswald), auquel Kocher attribuait une action antagoniste à celle de l'iodothyrine.

Ils n'ont jamais donné de résultats concluants, ces produits agissant en tant que palliatifs tout au plus.

Le salicylate de soude, médication purement symptomatique, dans le cas problématique d'un Basedow rhumatismal (Babinski) ne semble doué d'aucun pouvoir antithyroïdien.

La quinine, sous ses formes multiples, est un médicament courant dont Lancereaux, Paulesco, Sajons ont été les promoteurs; elle ne peut être considérée que comme antinervin tout au plus.

Le borate de soude.

Le tartrate d'ergotamine employé dans le traitement du goitre exophtalmique par Adlersberg et Porges et expérimenté depuis par de nombreux auteurs. Il peut procurer une sédation générale et même un certain abaissement du métabolisme basal. Il agit surtout sur l'élément sympathique du syndrome. Par ailleurs, son administration présente certains dangers (syncopes, crises d'angoisse, etc.) et doit rendre très prudent quant à son emploi.

La neutralisation du produit de sécrétion glandulaire a été tentée de deux façons différentes par deux méthodes qui s'inspirent de principes biologiques opposés :

La première ou *sérothérapique* repose sur l'hypothèse émise par Gilbert Ballet et Enriquez, que le sérum d'un animal privé de corps thyroïde doit contenir des substances capables de neutraliser la sécrétion thyroïdienne surabondante.

La deuxième méthode s'appuie sur la *notion de l'immunisation* ou de la production d'anticorps chez l'animal traité par des produits thyroïdiens.

De la première hypothèse sont nés :

Le sérum antithyroïdien de Mœbius;

Les préparations au lait de chèvre éthyroïdée (Lanz);

La thyroïdectine de Parkes et Davis;

L'hémo ou hémato-éthyroïdine.

Kocher, de Quervain jugent cette action nettement insuffisante et restent sceptiques vis-à-vis d'elle par le fait, dit de Quervain, que la dose neutralisatrice expérimentale est de plus de 100 fois supérieure à la dose thérapeutique usuelle.

Sainton, au contraire, défend cette thérapeutique depuis de longues années et ne comptait sur 221 cas ainsi traités que 10 p. 100 seulement d'échecs complets ou d'aggravations.

Nous connaissons personnellement une malade chez laquelle un traitement très sérieusement entrepris et suivi n'a pas eu l'ombre d'une action.

S'appuyant sur la deuxième théorie de l'immunisation, Demour et van Lint ont préparé, en 1903, un sérum cytolytique et antitoxique, détruisant à la fois la cellule thyroïdienne et le produit de la glande déversé dans le sang.

Roggers et Beebe, Lépine tentèrent des essais analogues. D'après de Quervain, « le fait que les produits de sécrétion des glandes endocrines sont de plus en plus assimilés aux hormones, et, étant donné que le signe distinctif des hormones est de n'être pas des antigènes et de ne pas donner lieu à la formation d'anticorps, rend d'emblée peu probable que le principe des anticorps puisse être mis à profit dans la thérapeutique du goitre exophtalmique. »

TRAITEMENT OPOTHÉRAPIQUE

Tous les extraits de glande endocrine y sont passés ou à peu près.

Opothérapie ovarienne, pour ceux qui admettent une pathogénie ovarienne à l'hyperthyroïdisme, hypophysaire, surrénale, thymique, parathyroïdienne, pancréatique, enfin thyroïdienne.

L'administration des autres extraits glandulaires n'est pas sortie de la phase des tâtonnements, si tant est qu'ils puissent agir sur l'hyperthyroïdisme. L'opothérapie thyroïdienne part de l'hypothèse d'une fonction viciée dans le sens d'un dysthyroïdisme relatif (de Quervain).

Quoi qu'il en soit, cette médication, même à dose infime, est nettement contre-indiquée dans l'hyperthyroïdisme en raison de ses dangers; nous avons pu, dans trois cas où des malades avaient usé de cette médication, constater, ce que l'on pouvait prévoir une aggravation extrêmement marquée de leurs troubles.

Médication iodée. — L'emploi de l'iode dans le traitement de l'hyperthyroïdisme remonte au commencement du dix-neuvième siècle.

Basedow (1840), Coindet et Stokes, en 1853, l'ont employé avec de bons résultats. Chacun connaît l'anecdote de Trousseau qui, en 1863, prescrivit par erreur de la teinture d'iode à une malade atteinte d'une maladie de Basedow. Il en obtint d'excellents résultats, mais pensant qu'il s'agissait d'une exception, demeura opposé à son administration dans cette maladie.

Plus près de nous, Kocher attire l'attention sur les dangers de l'iodothérapie en décrivant l'iode-Basedow, c'est-à-dire la transformation toxique d'un goitre jusque-là silencieux, sous l'influence du traitement iodé.

Cette description de l'iode-Basedow jeta la méthode dans un discrédit considérable et la fit rejeter unanimement de la thérapeutique du Basedow. Puis une réaction en sa faveur se dessine à nouveau sous l'influence de Chwosteck, Lœvy et Zondeck, Neisser et surtout Plummer et les autres américains.

Actuellement, l'iodothérapie occupe une place prépondérante et unanimement reconnue dans la thérapeutique de l'hyperthyroïdisme, soit à titre curatif, soit comme traitement d'attaque ou de préparation à l'opération.

Pour juger de cette évolution, je me permettrai de signaler qu'en 1921-22 de Quervain dénonçait « l'effet nocif de doses même très petites d'iode, chez la plupart des basedowiens ». Puis parlant des résultats opératoires, il signalait que le malade peut retomber, pour peu que le reste obligatoire de tissu thyroïdien repousse ou soit fouetté par une médication iodée imprudente ou inconsciente.

En 1929, parlant au Congrès international de Varsovie, il constate que l'emploi systématisé du Lugol a été un grand progrès thérapeutique et qu'il faut en donner avant et longtemps après l'opération.

En France : Marcel Labbé, Abrami, Bérard, Dunet, Peycelon, Dautrebande, Lemort en Belgique, et combien d'autres ont contribué puissamment par leurs publications à son retour au premier plan dans l'arsenal thérapeutique. L'iode, a dit Guthrie, est à l'hyperthyroïdisme ce que l'insuline est au coma diabétique.

Solutions employées. — Les plus utilisées sont les suivantes :

Solution de Lœwy et Zondeck : KI à 5 p. 100.
— Dautrebande : I-KI "I=10 grammes $KI = 20$ gr. $H^2O = 100$ gr.
— Plummer et Labbé : I-KI (I = 5 gr. $KI = 10$ gr. $H^2O = 100$ gr.)
— Fraser : teinture d'iode à 5 ou 10 p. 100 sans adjonction d'iodure.

Indications. — Nous ne pouvons donner ici les opinions souvent contradictoires concernant l'emploi de l'iode, dans le Basedow vrai, primitif, ou dans les adénomes toxiques. Ce qui résulte des travaux actuels c'est que, quelles que soient la forme, l'intensité de l'hyperthyroïdisme, il doit toujours être attaqué par le traitement iodé.

L'action immédiat du traitement est une chute du métabolisme basal qui peut être extrêmement rapide et accentuée, une amélioration clinique se manifestant par une reprise de poids, et par la disparition progressive des signes, à part l'exophalmie qui reste en général immuable, les symptômes sympathiques ne pouvant être améliorés que dans la mesure où leur existence est liée à l'action de la thyroïde.

Doses. — Elles ne sont pas fixées, et varient suivant les auteurs et suivant le taux du métabolisme basal observé au début. De toute façon d'ailleurs, il est bon de tâter la susceptibilité du malade en lui donnant tout d'abord une dose minime, soit x gouttes par jour de la solution choisie. Un gros progrès semble être réalisé par la méthode de Dautrebande ou des doses fractionnées. Fait curieux : le seul fait du fractionnement *très poussé* des doses, amène à lui seul un abaissement du métabolisme basal et une sédation des symptômes. On peut ainsi prescrire au début : deux fois v gouttes ou
deux fois x gouttes dans un cas plus sérieux.

Si le métabolisme basal au bout d'un mois environ tend à remonter, la même quantité est prescrite à l'inverse, c'est-à-dire cinq fois II gouttes,
dix fois II gouttes par exemple.

Il est très fréquent d'observer, par cette seule modification de la posologie, un abaissement du métabolisme basal sans augmenter la dose totale d'iode.

Dautrebande va même beaucoup plus loin en certains cas et répartit la dose sur 10, 12 et même 20 prises, ceci en raison de l'élimination extrêmement rapide de l'iode ingérée, 50 p. 100 en douze heures (Potel).

Il n'y a pas naturellement de limites fixes aux doses à donner. Celles-ci varient avec chaque cas et suivant le taux du métabolisme basal. On peut assigner cependant :

A la minima : v à x gouttes;
A la maxima : xxx à LX gouttes par jour.

Suffit-il de faire le traitement par l'iode au début, en une fois ou faut-il, au contraire, l'appliquer de façon continue?

Si la question de doses est cas d'espèce, si l'on doit les augmenter ou les diminuer ou les fractionner suivant les variations du métabolisme basal du malade, il est un fait actuellement admis, c'est que ce traitement iodé doit être continu. On tend de plus en plus à abandonner le traitement par cures espacées. La durée de ce traitement doit être en moyenne de trois mois environ et ne doit être abandonné au bout de ce temps que quand le métabolisme basal se stabilise au-dessous de 20 p. 100.

Naturellement, à ce traitement doit s'adjoindre un règlement hygiénique; le basedowien devant avant toute chose éviter toute fatigue, toute émotion, toute cause d'excitation.

Ce traitement iodé peut, dans certains cas d'hyperthyroïdisme, et en particulier dans le Basedow primitif vrai, constituer et le traitement d'attaque et le traitement de fond. Cependant il possède une autre application précieuse, il constitue, à l'heure actuelle, le fondement du traitement pré- et post-opératoire, absolument indispensable pour les cas qui relèvent du traitement chirurgical. C'est grâce à l'iode que l'on peut actuellement relever des statistiques :

De 1.835 basedow opérés (Pemberton) avec 1,98 p. 100;
De 150 — (Kaspar) avec 0 p. 100.
De 1.606 — (Crile) avec 0,6 p. 100, (Mayo et Boothby) avec 0,96 p. 100, etc., etc.

Bien des auteurs insistent sur le fait que, plus que le perfectionnement de la technique, c'est le traitement iodé minutieux pré- et post-opératoire, qui est surtout responsable de la diminution de la mortalité.

AUTRES TRAITEMENTS

Traitement par le repos et l'alitement et traitement psychique est indiqué toujours, surtout dans les formes sérieuses de la maladie. Le simple repos au lit absolu, avec calme psychique complet, peut à lui seul faire baisser le métabolisme basal

dans de notables proportions. Il doit toujours être combiné au début d'un traitement médical avec l'agent médicamenteux choisi. Nous n'insisterons pas sur quelques autres modalités du traitement médical, surtout étiologiques, que nous ne ferons qu'énumérer :

Médication sédative bromurée.

Médication anti-parasitaire, visant à combattre le paludisme, la syphilis (Sainton).

Médication antiseptique intestinale visant à combattre l'auto-intoxication intestinale, certains auteurs pensant que la production dans l'intestin d'indol et de scatol, peut avoir une influence excitatrice sur la glande thyroïde.

Citons encore :

La médication tonique dans laquelle l'arsenic est le médicament prépondérant.

La médication cardiaque qui vise au symptôme tachycardie.

THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE THERMALE

La médication hydro-thérapeutique mérite de nous arrêter un peu.

Il est bien entendu que ce mode de traitement ne pourra s'adresser qu'à des cas légers, ceux surtout qui se manifestent par un véritable état de « névrose thyroïdienne ».

A ce point de vue on peut distinguer quatre types cliniques justiciables de quatre cures distinctes :

1° *Formes frustes* dans lesquelles le nervosisme primitif ou secondaire joue le rôle prépondérant;

2° *Formes légères ou moyennes*, à évolution lente;

3° *Formes avec signes fonctionnels ou physiques d'affaiblissement du myocarde*;

4° *Le Basedow de l'enfance et de la puberté.*

A chacune de ces formes on pourra conseiller plus particulièrement telle ou telle station de cure

Les indications peuvent actuellement être ainsi posées :

— Néris ou Ussat, pour les nerveux purs.

— Bourbon-Lancy, pour les malades excitables, surtout tachycardiques.

— Royat, pour les malades ayant besoin d'une action cardio-tonique légère.

— Salies-de-Béarn, dans le Basedow de l'enfance et de la puberté.

Il faut noter que les cures hydrominérales agissent moins sur l'exophtalmie que sur les autres constituants du syndrome.

Enfin, le *traitement climatique*, le séjour d'altitude (1.000 à 1.800 mètres) produisant un un effet favorable sur le Basedow, le séjour au bord de la mer exactement l'effet contraire.

TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE

Avec lui, nous abordons les méthodes qui visent à une action directe sur la thyroïde. Il existe plusieurs façons de le réaliser :

1° Le traitement par le froid qui est peu connu en France, mais que les Suisses emploient de façon régulière. Ce n'est pas un traitement de fond, il ne peut pas être curatif, mais il rend d'appréciables services dans les crises d'hyperthyroïdisme. Peut-être aussi renforce-t-il son action du fait qu'il oblige le malade au repos étendu complet, et ce pendant un laps de temps fort long; nous l'avons vu appliquer pendant quinze jours consécutifs dans le service du professeur de Quervain.

Cette réfrigération du cou est réalisée de deux façons différentes :

Soit par un sachet de glace sur la région thyroïdienne, soit sous forme de la cravate d'eau courante, tube de caoutchouc enroulé à plusieurs spires autour du cou, et dans lequel l'eau circule en permanence.

On note, par ce simple moyen, une sédation manifeste des symptômes cliniques et un abaissement rapide du métabolisme basal.

2° Le traitement par les injections intra-glandulaires, soit d'eau bouillante (Poter), soit de quinine et d'urée (Watson), a pour but de produire une nécrose plus ou moins étendue, mais toujours partielle du tissu thyroïdien. Ces procédés doivent être abandonnés parce qu'aveugles et trop offensifs.

3° *L'électrothérapie.* — Cette méthode de traitement peut être employée seule, ou en association avec les radiations, soit en même temps, soit avant ou après.

Les uns utilisent le courant galvanique.

Les autres le courant faradique (faradisation de Vigouroux).

D'autres enfin (Delherm et Laquerrière) l'association des deux méthodes, la galvano-faradisation.

Citons encore, d'après Gilbert Dreyfus, d'autres méthodes utilisées plus rarement :

La galvanisation abdomino-thyroïdienne.

La faradisation des globes oculaires.

La diathermie.

Les courants à haute fréquence, l'ionisation.

On ne peut nier que ces procédés puissent rendre service et même connaître des succès dans des cas très légers de Basedow. Dans les cas graves, ils sont inopérants.

4° *La radiothérapie.* — Cette méthode a fait l'objet de travaux innombrables. Beclère, en France, la soutient de toute son autorité. Citons encore Zimmern, Delherm, Maingot, etc.

La radiothérapie, dont le mode d'action est mal élucidé exerce une action indéniable sur le métabolisme basal qui régresse d'ordinaire rapidement.

Encore faut-il surveiller très attentivement ce dernier, car lorsqu'il atteint + 20 p. 100, un traitement prolongé risque de provoquer parfois deux à trois mois plus tard, l'apparition d'un myœdème fruste ou franc (Labbé).

En ce qui concerne les doses, les uns, notamment Béclère, s'adressent aux doses modérées administrées à des intervalles rapprochés, hebdomadaires, tandis que d'autres préfèrent des doses intenses espacées de trois à quatre semaines.

L'irradiation simultanée de la partie supérieure de la région sternale est conseillée par plusieurs auteurs; celle-ci s'adresse soit au thymus soit aux glandes thyroïdiennes aberrantes.

Les résultats du traitement sont très variables suivant les auteurs.

Béclère trouve que dans les formes ébauchées du syndrome hyperthyroïdien, la radiothérapie réussit parfaitement; que dans les formes graves elle donne une proportion de succès de 90 p. 100.

Au contraire, Mayo, Berkman, Wallace, etc., insistent sur la fréquence des insuccès et surtout des récidives après traitement.

De Quervain a vu des insuccès ou des résultats très insuffisants après de longs traitements intenses et, d'autre part, la recrudescence de tous les signes

après quelques séances de traitement même prudemment administrées.

Crile place d'après ses contrôles à l'aide de l'échange respiratoire, l'efficacité de la radiothérapie entre celle des simples ligatures et celle de la résection de la glande.

La radiothérapie est donc un agent thérapeutique efficace malgré ses imperfections et ses échecs, mais en matière d'hyperthyroïdisme, nous voyons que toutes les méthodes sont passibles des mêmes griefs.

Cependant, des objections plus précises ont été formulées contre elle.

Tout d'abord l'impossibilité d'un dosage rigoureux. L'effet destructif des rayons se manifeste lentement et leur action est à un haut degré cumulative. Il est donc impossible de savoir si un traitement d'apparence favorable au début ne finira pas par devenir excessif. La preuve en est fournie par l'existence de cas authentiques de myxœdème post-radiothérapique (Labbé).

Enfin, étant donné que cette méthode connaît de nombreux échecs ou, au minimum, des résultats manifestement insuffisants, ne peut-elle pas être un empêchement sérieux à l'application du dernier traitement auquel un malade se soumette, au traitement chirurgical?

Là, et quoi qu'en disent les radiothérapeutes, l'unanimité des chirurgiens ayant eu à opérer des malades précédemment irradiés, reconnaissent que les difficultés inhérentes à une opération pour goitre exophtalmique, sont multipliées par la radiothérapie dans une mesure qui peut rendre l'intervention presque impossible et ceci sans que l'action des rayons ait été suffisante pour amener une guérison même relative.

Nous croyons, dit de Quervain, pouvoir certifier d'après nos constatations faites sur le vivant, que les adhérences fibreuses, pour ne pas dire l'état lardacé des tissus, rencontrées après un long traitement aux rayons X, dépassent tout ce que l'on peut trouver dans un goitre basedowien, vierge de tout traitement. Il ne s'agit donc pas là d'une hyperplasie du tissu conjonctif due à l'évolution naturelle de la lésion. Les adhérences post-radiothérapeutiques ne sont comparables, dans certains cas, qu'à celles produites par une intervention chirurgicale antérieure sur le goitre basedowien quand elles ne les dépassent pas. Les deux autres inconvénients plus inconstants consistent :

1° Dans la pigmentation disgracieuse de la peau et l'apparition de petites télangiectasies. La nécrose de la peau et des tissus sous-jacents ne devant être mentionnée que comme souvenir.

2° Dans l'aggravation aiguë de tous les signes après radiothérapie, même après traitement apparemment prudent. En tout cas, les progrès de la technique peuvent pallier à la majorité de ces inconvénients. Seuls les résultats comptent et en écoutant les statistiques qui donnent les résultats de ce mode de traitement, nous voyons :

Pour Schuller : 50 p. 100 de guérison, 25 p. 100 d'amélioration.

Means et Holmes : 63 p. 100 de guérison.

Goadwing, Long, Rove : amélioration notable : 1 fois sur 3, amélioration faible : 1 fois sur 3.

Grower, Christie Merritt : amélioration quasi constante et guérison dans : 28 p. 100 des cas.

Donc, en résumé : gros avantage pour la radiothérapie qui est l'absence de mortalité, cependant inconvénients qui peuvent devenir très graves, et enfin forte proportion d'échecs ou de succès partiels et même d'aggravation. Et nous arrivons au dernier mode de traitement : le traitement chirurgical.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous ne nous attarderons pas sur les questions purement techniques qui sortent de notre cadre.

Après être passé par plusieurs phases opératoires successives :

Intervention sur le sympathique, avec Jaboulay et l'Ecole Lyonnaise (Chalier).

Ligature d'artères thyroïdiennes soit comme méthode curative ou préparatoire à une thyroïdectomie.

Après la période de la thyroïdectomie totale puis de l'hémi-thyroïdectomie, l'opération actuellement préconisée par tous les chirurgiens et à très peu de chose près reconnue comme la meilleure par tous, est la thyroïdectomie sub-totale, en raison de cet adage : que la qualité de la guérison dans la maladie de Basedow est proportionnelle à la quantité de tissu glandulaire enlevé.

Si l'hémi-thyroïdectomie a été momentanément abandonnée, bien que certains lui soient restés fidèles, c'est qu'elle n'enlevait pas assez de glande malade.

Si la thyroïdectomie totale a été délaissée, c'est en raison du danger considérable qu'elle présentait à cause des lésions du récurrent, du risque de tétanie et à un moindre degré du myxœdème.

La thyroïdectomie subtotale tient le milieu entre les deux : elle permet d'enlever beaucoup, presque tout, 3/4, 5/6, de la glande, et elle est exempte des dangers de la thyroïdectomie totale.

Quant aux opérations sur le sympathique, elles sont à peu près abandonnées, sauf lorsque l'on veut essayer de faire rétrocéder une exophtalmie qui persiste après résection.

Les ligatures d'artères enfin, sont définitivement abandonnées comme méthode curative. Elles conservent cependant une importance capitale en tant qu'opération préliminaire, préparatoire à la thyroïdectomie, chez des malades dont la résistance est précaire et où la résection d'emblée apparaît hasardeuse.

Voilà pour les méthodes.

En ce qui concerne les résultats, la mortalité opératoire, longtemps très élevée tend à s'abaisser de jour en jour. Cet abaissement de la mortalité est dû :

1° Au mode de traitement (thyroïdectomie subtotale de plus en plus employée);

2° A l'opération plus précoce, les malades n'attendant plus autant d'avoir atteint un état quasi-cachectique pour se décider à l'intervention après avoir vainement épuisé tous les autres traitements;

3° Et surtout : à la généralisation du traitement iodé pré-opératoire et post-opératoire et à l'étude dans chaque cas du métabolisme basal. Ainsi, sont évitées, dans une très large mesure, les crises mortelles d'hyperthyroïdisme autrefois si fréquentes après les interventions pour goitre exophtalmique. L'iodothérapie a transformé les statistiques de mortalité.

Ceci dit pour la mortalité, quels sont les résultats et le pourcentage des guérisons?

Tout dépend, comme le fait remarquer Peycelon, de ce que l'on désigne sous le terme de guérison. Absolue, elle paraît assez rare.

Relative, la thyroïdectomie l'entraîne dans plus de 60 p. 100 des cas.

L'hyperthyroïdisme se trouve considérablement diminué, le pouls reste cependant un peu accéléré et instable. Quant à l'exophtalmie, elle n'est guère modifiée.

D'après Bérard, les résultats sont bons 85 fois sur 100. Les échecs absolus s'observent moins de 1 fois sur 10.

En définitive, la tendance actuelle chirurgicale, et spécialement américaine, est que tout état basedowien est susceptible d'une intervention, sinon curative, du moins capable d'améliorer cet état dans une large mesure.

Et nous voyons alors que, bien que la vogue soit pour lui, le traitement chirurgical ne constitue pas non plus le traitement idéal de l'hyperthyroïdisme. Sous cette réserve cependant, qu'au point de vue de ses indications, et en tenant compte de la distinction faite au début, de deux groupes de manifestations hyperthyroïdiennes, le syndrome se manifestant sur un goitre ancien, ou chez un individu porteur d'une lésion thyroïdienne manifeste, semble *a priori* et en raison même de ces lésions, en relever plus directement.

Parmi toutes ces méthodes, dont aucune n'apparaît comme spécifique, il est difficile de se faire une opinion sur la conduite à tenir en présence d'un malade atteint d'hyperthyroïdisme.

Chacun prêche un peu pour son saint, et tout en constatant le terrain gagné chaque jour par le traitement chirurgical, il n'en demeure pas moins que les autres méthodes conservent des défenseurs acharnés et souvent irréductibles.

Devant un cas donné, il est difficile de se débarrasser d'un certain esprit de partialité, suivant la tendance de chacun. Cependant, il semble important de reprendre ici pour poser l'indication thérapeutique, la division proposée au début de ce travail, entre l'hyperthyroïdisme primitif et l'hyperthyroïdisme secondaire.

Il est évident que lorsqu'un syndrome hyperthyroïdien survient chez un malade porteur ancien d'un goitre ou d'une lésion thyroïdienne antérieure manifeste, la question de l'intervention chirurgicale ne semble guère pouvoir se discuter. Attendu qu'il n'existe pour le goitre banal qu'un traitement, l'ablation chirurgicale, comment concevoir qu'il puisse en être autrement et sous réserve des précautions préparatoires signalées, le jour où ce goitre manifeste des tendances toxiques?

Je ne vois pas, pour ma part, quels arguments de valeur pourraient être fournis à l'encontre de cette conduite.

En ce qui concerne la deuxième catégorie, celle des hyperthyroïdismes primitifs vrais, la ligne de conduite me semble beaucoup moins nette.

Il ne faut d'ailleurs pas oublier que dans ce groupe, beaucoup de guérisons spontanées ont été observées : exceptions, c'est vrai, mais c'est un fait à constater.

D'autre part, les manifestations du syndrome peuvent être classées suivant leur intensité en :

Cas légers;
Cas d'intensité moyenne;
Cas graves;
Cas très graves.

Et il semble que nous puissions envisager comme indications :

Pour la première catégorie : et après examen complet et du métabolisme basal en particulier, *traitement médical*, iodé, en première ligne :

Surveillance attentive.

Pour le deuxième cas : après métabolisme basal, *traitement médical* iodé, repos prolongé :

Surveillance du métabolisme basal.

Si, après plusieurs mois de ce traitement, aucune amélioration ne se manifeste, envisager alors la possibilité ou des rayons ou de la chirurgie.

Etre alors très prudent en ce qui concerne les irradiations, et interrompre le traitement dès les premières séances s'il ne donne pas d'amélioration manifeste, pour passer au traitement chirurgical, avant que n'aient pu se former ces adhérences et cette sclérose qui peuvent être si gênantes et si dangereuses.

Pour les cas graves, le traitement médical iodé sera surtout à but pré-opératoire, prolongé plus ou moins longtemps, contrôlé souvent, et devra surtout servir à mettre le malade en état d'opérabilité.

Pour les cas très graves, avec cachexie et cœur décompensé, *traitement médical sévère*, dans l'espoir d'une amélioration, d'une sédation qui puisse permettre d'entreprendre une cure chirurgicale.

Ce sera d'ailleurs au chirurgien d'envisager, en plus du traitement préparatoire que souvent le médecin aura lui-même réalisé, l'opportunité d'opérations sériées, préliminaires à la thyroïdectomie; mais ceci est affaire de thérapeutique chirurgicale pure et ne rentre pas dans le cadre de cet exposé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 15 DÉCEMBRE 1930)

Allocution de M. Léon Lecornu, président.

Prix attribués en 1930. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, p. 1611, 1617 et 1746.)

CALENDRIER DES CONGRÈS

ET MANIFESTATIONS MÉDICALES

1931

Janvier ... 3 janvier. Bordighera. Inauguration de la Via Pasteur. — Société médicale du Littoral, 24, rue Verdi, Nice.

Bordeaux. Congrès français de la Société de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique. — Secrét. gén. : docteur Claoué, 41, rue d'Avieu, Bordeaux.

Mars...... 27 mars-2 avril. Bordeaux. XXXVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française. — Secrét. gén. : M. D. Anglada (asile de Chateau-Picon, Bordeaux).

30 mars-2 avril. Bordeaux. VIIe Congrès national de la tuberculose.

Montpellier. Réunion hydrologique et climatologique. — Secrét. gén. : professeur agrégé Puech, 32, rue Aiguillerie, Montpellier.

Paris. Société d'hydrologie. Séance annuelle. — Secrét. gén. : docteur J. Galup, 59, rue Bonaparte, Paris (VIe).

Avril ..... 20-26 avril. Milan. IIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène communale. — Secrét. gén. : Piazza del Duomo, 17, Milan.
Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences.
Paris. XIIe Salon des médecins. — Président : M. le professeur Hayem; secrét. gén. : docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris.

Mai....... 24-25 mai. Vittel. Congrès de la lithiase urinaire. — Secrét. gén. : Vittel.
25-27 mai. Paris. XVIe Congrès de médecine légale de langue française. — Président : M. Ch. Paul.
Berck. Ve Congrès international de thalassothérapie. — Président : M. Sorrel; secrét. gén. : docteur Mozer, Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).
Sébastopol. Congrès panrusse des physiothérapeutes.
Paris. XLVIe Congrès d'ophtalmologie. — Secrét. gén. : docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Piquet, Paris.
Journées thermales de Clermont-Ferrand.
Réunions médicales de Nancy.
Moscou. IXe Congrès des accoucheurs et gynécologues de l'U. R. S. S. — Renseignements : Moscou, Pokrovskie Vorota, maison d'accouchement Lépékhinsky.

Juin ...... 1er-6 juin. VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. — Renseignements : direction du Service de santé, ministère de la Guerre, La Haye (Pays-Bas).
8-13 juin. Vienne (Autriche). IIe Congrès international des hôpitaux. — Secrét. gén. : docteur J. Tandler, 9, Rathausstrasse, Vienne I.
Bruxelles. Journées médicales belges consacrées à l'œuvre de Widal. — Secrét. gén. : docteur René Beckers, au *Bruxelles médical*, 62, rue Frossard, Bruxelles.

Juillet .... Paris. IIIe Congrès international de radiologie. — Président : M. Béclère; secrét. gén. : M. Ledoux-Lebard.
Strasbourg. VIIe Congrès français de pédiatrie. — Président : M. Rohmer.

Août...... Genève. VIe Congrès international de chirurgie des accidents du travail. — Président : M. Julliard; secrét. gén. : docteur Yersin, 3, rue de la Monnaie, Genève; comité français : président d'honneur, M. Balthazard; président, M. Crouzon; secrét. gén. : M. Duvoir.

Septembre. Budapest. Congrès international de stomatologie. — Président d'honneur : docteur Coen-Cagli; président : docteur Szabo; secrét. gén. : docteur G. Morelli, Budapest, IV, Varoshazucca 14, felemlet.
Berne. Congrès neurologique international. — Président : professeur Sachs (de New-York); comité français : président, professeur Guillain; secrét. gén. : M. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

Octobre ... 5 octobre. Paris. XLe Congrès de l'Association française de chirurgie. — Président : M. Lambret (de Lille); vice-président : M. Pierre Duval; secrét. gén. : M. Grégoire, 20, rue de l'Université, à Paris.
6 octobre. XXXIe Congrès français d'urologie. — Secrét. gén. : M. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).
8 octobre. Congrès français d'orthopédie. — Secrét. gén. : M. Mathieu, 74, rue Vaneau, Paris (VIIe).
14-18 octobre. IIe Congrès international de pathologie comparée. — Président : M. Ch. Achard; secrét. gén. : M. Ch. Grollet, 7, rue Gustave-Nadaud, Paris (XVIe).
Budapest. VIe Congrès de l'Association professionnelle internationale des médecins. — Président : M. Narbeshuber; secrét. gén. pour la France : docteur Decourt.
Paris. XIIe Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux.
Paris. XIXe Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.
Paris. XXIIIe Congrès d'hygiène. — Secrét. gén. : M. Dufaure, à l'Institut Pasteur, Paris.
Association des membres du Corps enseignant des facultés de médecine de l'Etat.

Sans date. Budapest. 300e anniversaire de la fondation de l'Université.

1932

Paris. XIIe Réunion neurologique annuelle. — Secrét. gén. : docteur O. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.
Paris. Congrès français de médecine. — Président : professeur F. Bezançon.
Montpellier. Ier Congrès international d'oto-neuro-ophtalmologie.
Madrid. IXe Congrès de la Société internationale de chirurgie. — Président : M. Lorthiois; secrét. gén. : M. L. Mayer (de Bruxelles).
Bucarest. Congrès d'histoire de la médecine.
Ottawa Hull. XIIe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.
Madrid. IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. — Président : professeur A. Garcia Tapia.
Copenhague. IIe Congrès international d'actinologie.
Italie. XIVe Congrès international de physiologie.
Rabat (Pâques). XXXVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.

1933

Madrid. XIe Congrès international d'ophtalmologie.
Londres. Ve Congrès international d'urologie. — Président : Sir Thompson Walkes.
IIe Congrès de la Société internationale d'orthopédie. — Président : professeur Nové-Josserand.
France. Ville non désignée. XIVe Congrès international d'hydrologie.

PROCHAINS CENTENAIRES

1931. — Centenaire de la naissance du professeur *Félix Guyon* (de Paris); de *Hagedorn*, chirurgien allemand, inventeur de l'aiguille plate qui porte son nom; de *His*, anatomiste suisse; d'*Estlander*, chirurgien finlandais; de *Horner*, ophtalmologiste suisse.
Centenaire de la mort de *Rolando*, anatomiste italien.

1932. — Centenaire de la naissance de *Léon Labbé*, chirurgien à Paris; de *William Crookes*, physicien et chimiste anglais; de *Koenig*, chirurgien allemand.
Centenaire de la mort de *Cuvier*, et de *Delpech*, chirurgien à Montpellier.

1933. — Centenaire de la mort du baron *Boyer*, chirurgien à Paris.

1934. — Centenaire de la naissance du professeur *Tillaux*

(de Paris), du professeur Alphonse *Dubrueil* (de Montpellier), de *Klebs* (de Königsberg), de *Deiters*, anatomiste allemand; de *Heidenhain*, anatomiste allemand; de *Rasmüssen*, médecin danois.

1935. — Centenaire de la naissance de *Ranvier*, à Lyon; de *Politzer*, à Vienne; de *Parkinson*, à Londres; d'*Eberth*, à Halle.

Centenaire de la mort de *Dupuytren*, à Paris.

1936. — Centenaire de la naissance de *Waldeyer*, anatomiste allemand.

1937. — Centenaire de la naissance de *Terrier*.

1938. — Centenaire de la mort de *Broussais*.

Voyages de la Société médicale du Littoral méditerranéen: 1° Pâques; 2° Noël; 3° Eté : La Côte d'Azur, la Corse, les Alpes. — Secrét. gén. : 24, rue Verdi, Nice.

Voyages de la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne : Cévennes-Pyrénées (de Lamalou à Lourdes); Pyrénées-Océan. — Renseignements : docteur M. Faure, La Malou, Hérault.

Croisières médicales. S'adresser au docteur Loir, 12 *bis*, rue de Coligny, Le Havre, et au *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles. Croisière de Pâques Méditerranée, croisière d'été au Spitzberg.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR DES PROCHAINS CONGRÈS

VII° Congrès national de la tuberculose. (Bordeaux, 30 mars-2 avril 1931) :

1. *Question biologique*. — Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux. — Rapporteurs : professeur Bezançon, docteurs Philibert et Paraf (Paris).

2. *Question clinique*. — Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire. — Rapporteurs : docteurs Leuret et Caussimon (Bordeaux).

3. *Question médico-sociale*. — Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire? — Rapporteurs : docteur Kuss (Paris) et docteurs Secousse et Piéchaud (Bordeaux).

4. *Question médico-militaire*. — Prophylaxie de la tuberculose dans l'armée. — Rapporteur : docteur Pillod (Val-de-Grâce).

XXXV° Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de langue française. (Bordeaux, 27 mars) :

1. *Les psychoses périodiques tardives*. — Rapport de M. R. Anglade (de Vauclaire, Angoulême).

2. *Les tumeurs intramédullaires*. — Rapport de M. Noël Péron (de Paris).

3. *Les fausses simulations dans les maladies mentales*. — Rapport de M. Fribourg-Blanc (de Paris).

XVI° Congrès de médecine légale de langue française. (Paris, les 25, 26 et 27 mai 1931) :

RAPPORTS. — *Etude médico-légale des accidents d'automobiles*. — Rapporteur : M. Simonin.

Ulcère traumatique de l'estomac. — Rapporteur : M. Et. Martin.

Les crimes passionnels. — Rapporteur : M. Lévy-Valensi.

La responsabilité médicale. — Rapporteurs : MM. Duvoir et Donnedieu de Vabre.

VI° Congrès international de thalassothérapie (mai 1931) : *Traitement de la coxalgie et de ses séquelles*.

IIe Congrès international des hôpitaux. (Vienne, 8 au 13 juin 1931) :

Le prix de revient de la construction des hôpitaux. — M. Distel (de Hambourg).

Le rôle de l'infirmière à l'hôpital. — Mlle Reimann (de Genève).

La terminologie hospitalière. — Docteur Wirth (de Francfort).

La législation hospitalière. — M. Harper (de Wolverhampton).

Les services accessoires de l'hôpital. — Docteur Wortman (de Hilversum).

Le prix de la journée d'hospitalisation. — M. Gouachon (de Lyon).

Les consultations externes. — Docteur Corwin (de New-York).

L'alimentation des malades. — Professeur Von Noorden (de Vienne).

Les effets de l'assurance-maladie sur la pratique hospitalière.

La place de la neurologie et de la psychiatrie à l'hôpital-général. — Docteur Alter (de Dusseldorf).

VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. (La Haye, 1er-6 juin 1931) :

1. *Recrutement, formation et perfectionnement des médecins et pharmaciens militaires.* — Rapporteurs : Pays-Bas, Yougo-Slavie.

2. *Psychonévrose de guerre : les effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux chez les combattants et les non combattants.* — Rapporteurs : France, Etats-Unis d'Amérique.

3. *Les procédés d'hémostase du champ de bataille. Unification du matériel de première urgence et des conditions de son application.* — Rapporteurs : Pays, Italie.

4. *Préparation et conservation des ampoules médicamenteuses en usage dans les services de santé des armées de terre et de mer.* — Rapporteurs : Pays-Bas, Roumanie.

5. *Les séquelles des traumatismes de guerre des dents et du maxillaire inférieur. Leur traitement.* — Rapporteurs : Pays-Bas, Pologne.

IIIe Congrès international de radiologie. (Paris, juillet 1931.) — Questions :

1. *Exploration radiologique de la muqueuse du tube digestif.*
2. *Exploration radiologique de l'appareil urinaire par excrétion de substances opaques.*
3. *Traitement pré et postopératoire du cancer du sein par les radiations (à l'exception des récidives et des métastases).*
4. *Radiothérapie des affections inflammatoires.*
5. *Electrothérapie diathermique des affections inflammatoires.*

VIe Congrès international de chirurgie des accidents et de médecine du travail. (Genève, août 1931) :

I. *Les résultats tardifs et l'accoutumance dans les lésions traumatiques du rachis.* — Rapporteurs : MM. le professeur Magnus, Bochum (Allemagne) ; le professeur Michel, professeur de clinique chirurgicale, Nancy (France) ; le professeur Ackermann, 12, Riddargatan, Stockholm ; le docteur Fauquez, rue de Madrid, 7, Paris ; co-rapporteur : le docteur Crouzon, 170 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.

II. *Les traumatismes des vaisseaux sanguins (artérites et thrombo-phlébites).* — Rapporteurs : MM. le professeur Imbert, 370, rue du Paradis, Marseille ; le professeur Diez, via Velletri, 49, Rome, Danis, 80, rue de la Source, Bruxelles.

III. *Les affections cutanées en relation avec le travail (accidents et maladies).* — Rapporteurs : MM. le professeur Prosser White, 6, Cliton Street, Whigan (Lanc.), Angleterre ; le professeur Koelsch, Briennerstrasse 50/11, Munich, Bavière ; le professeur Oppenheim, Wilhelminenspital, Vienne.

IV. *Influence de l'état antérieur dans les suites des accidents du travail.* — Rapporteurs : MM. le docteur Pometta (Lucerne, Suisse) ; le professeur Tovo, Corso Stupinigi, 5, Turin ; le professeur Liniger, Giolittistrasse (Francfort-sur-le-Mein, Allemagne).

Congrès neurologique international, (Berne, 31 août-4 septembre 1931) :

1. *Les méthodes de diagnostic et de traitement (chirurgical et autre) dans les tumeurs cérébrales.*

Liste des rapporteurs proposée (à titre d'indication) : Sir James Purves-Stewart, MM. Cushing, Trotter, Vincent, de Martel, Foerster.

2. *Le tonus musculaire ; anatomie, physiologie et pathologie.*

Liste des rapporteurs proposée (à titre d'indication) : MM. von Economo, Ramsay Hunt, Rademaker, Wilson, Thévenard.

3. *Les infections aiguës non suppurées du système nerveux.*

Liste des rapporteurs proposée (à titre d'indication) : MM. Marburg, Buscaino, Greenfield, Marinesco, Pette, André-Thomas, van Bogaert, Wimmer.

4. *Le rôle du traumatisme dans la production des symptômes nerveux.*

Liste des rapporteurs proposée (à titre d'indication) : MM. Charles Symonds, del Rio Hortega, Lhermitte, Jelliffe, von Sarbó, Veraguth, Naville.

Association française de chirurgie (5 octobre 1931) :

1. *Ulcères peptiques postopératoires (pathogénie et traitement).* — Rapporteurs : MM. Gosset et Leriche.

2. *Traitement chirurgical immédiat des fractures ouvertes de jambe.* — Rapporteurs : MM. Sénèque et Roux.

3. *Péritonites à pneumocoques.* — Rapporteurs : MM. Bréchot et Nové-Josserand.

IIe Congrès international de pathologie comparée. (Paris, octobre 1931) :

Les brucelloses humaines et animales. — *Le lait, agent pathogène.* — *Les carences minérales.* — *Les ultravirus.* — *Le cancer.* — *La psittacose.* — *L'anaphylaxie.* — *Les helminthiases (traitement).*

Association professionnelle internationale des médecins. (Budapest 1931) :

L'assurance-maladie, en 1931, dans les divers pays.

L'organisation de la lutte contre les maladies vénérienne dans les divers pays.

XIIe Réunion neurologique. (Juillet 1932) :

1. *Les épilepsies.* — Rapporteurs : MM. Abadie, Crouzon et Pagniez.

2. *Les arachnoïdites.* — Rapporteurs : MM. Claude, Barré, Petit-Dutaillis et Forster.

Ve Congrès de la Société internationale d'urologie. (Londres 1933) :

1. *La maladie du col vésical (hypertrophie prostatique exceptée).*
2. *Les tumeurs du bassinet et de l'uretère.*
3. *La pyélographie par voie descendante.*

IIe Congrès de la Société internationale d'orthopédie. (Londres 1933.) — Président : M. le professeur Nové-Josserand (Lyon) ; vice-président : M. le professeur Murk-Jansen (Leyde). Rapports :

Mécanisme des mouvements articulaires en général. — M. von Bayer (Heidelberg).

Le traitement des ostéites tuberculeuses. — M. Sorrel (Paris).

D'autres rapporteurs seront désignés par les comités nationaux.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Nouveaux cas d'hérédo-syphilis nerveuse, par M. L. Babonneix.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
Société médicale des hôpitaux.
Société de chirurgie.
Société de biologie.
Société de médecine de Paris.
NOTES POUR L'INTERNAT
Poliomyélite antérieure aiguë.
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. (Réserve.) — *Au grade d'officier.* — MM. Gernez, Planche, Somen-Henech, Kerneis, Dalous, Lavenant, Bonzoms, Pasteau, Guillaume, Estourneau de Tersannes, Pironneau, Picot, Delmas, Laquière.

Au grade de chevalier. — MM. Prost, Bruel, Dehergne, Lebrun, Ouvry, Swinghedauw, Engel, Ehringer, Carrayrou, Coujon, Rendu, Rouveix, Treyve, Morisson, Lauge, Berthelot, Bardet, Petitclerc, Rafinesque, Goupil, Mouton, Desvignes, Perrin-Maréchal, Bernay, Pantel, Tarbe, Despujols, Alcay Bernard, Terrier, Benet, Chavaillon, Bubendorf, Deffuant, Chevalerias, Romefort, Gibert, Hamel, Habault, Ricoux, Apart, Aubin, Gelibert, Bassarguette, Herdner, Vernie, Beisson, Piquemal, Tarbouriech, Carcopino-Tusoli, Langeron, Clergue, Phelippot, Michaux, François, Artigues, Lignac, Tierny, Rousset, Parfondy, Hoff, Rolland, Encontre.

GUERRE. — — Mutations :

M. le médecin général inspecteur Lanne est nommé inspecteur permanent des Ecoles du Service de santé militaire.

M. le médecin général Rouvillois, directeur de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, est nommé, tout en conservant ses fonctions, inspecteur des services chirurgicaux de l'armée.

M. le médecin général inspecteur Toubert, inspecteur permanent des Ecoles du Service de Santé militaire, est placé dans la section de réserve.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gaston de Cumont, ancien interne des hôpitaux de Paris (1910), chirurgien en chef de l'hôpital français de Constantinople, décédé à Limoges; Ladislav Syllaba, le neurologiste hongrois bien connu; C. D. Severeanu, l'éminent chirurgien roumain, ancien élève de la Faculté de médecine de Paris, professeur d'anatomie topographique et de médecine opératoire, puis professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bucarest.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. (Professeur : M. BRUMPT.) — M. le docteur H. Galliard, chargé de conférences, commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le mardi 6 janvier 1931, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE UROLOGIQUE. (Hôpital Necker. Clinique Guyon. Professeur : M. LEGUEU.) — M. B. Fey, agrégé, commencera un cours de séméiologie élémentaire de l'appareil urinaire le lundi 12 janvier 1931, à 11 h., et le continuera tous les lundis, à la même heure, dans l'amphithéâtre des Cliniques.

— CHAIRE DE MÉDECINE LÉGALE. — *Lois sociales* : Accidents du travail et maladies professionnelles. Pensions aux mutilés de guerre. Assurances sociales. Assurance médicale gratuite.

Des conférences sont faites pendant le semestre d'hiver sous la direction de M. le professeur Balthazard, tous les jeudis, à 18 h., au grand amphithéâtre. Elles porteront sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les pensions aux mutilés de guerre, les assurances sociales et l'assistance médicale gratuite.

Un enseignement pratique, comportant l'examen des ouvriers victimes d'accidents du travail, aura lieu tous les mercredis, à 15 h., à l'Institut médico-légal, place Mazas, à partir du mercredi 4 mars, sous la direction de M. le professeur Balthazard.

HOPITAL FOCH. — Le docteur Léon Giroux, médecin de l'hôpital, reprendra ses conférences de cardiologie pratique le dimanche 1er février, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

HÔPITAUX LAENNEC ET ENFANTS-MALADES-NECKER. — Les docteurs Monthus et A. Cantonnet, ophtalmologistes de ces hôpitaux, feront, à dater du 11 janvier 1931, tous les dimanches du premier trimestre, des présentations de malades (consultation expliquée), avec la collaboration de MM. Favory, Fombeure, Filliozat, Salsac, assistants de ces services, et de MM. Parfonry et Chennevière.

Premier et troisième dimanches : hôpital des Enfants-Malades; deuxième et quatrième dimanches : hôpital Laennec, à 10 h. 1/2.

HÔPITAL BROUSSAIS. — Le docteur Dufour reprendra ses conférences de clinique et de thérapeutique médicales le vendredi 16 janvier, à 10 h. 1/2, salle Delpech, et les continuera les vendredis, à la même heure

LIVRES NOUVEAUX

Eléments de diagnostic des maladies des enfants (1), par Mme le docteur Mathilde DE BIEHLER, ancienne assistante à la maison des Enfants assistés, ancienne assistante à la clinique thérapeutique de l'Université de Varsovie, médecin de l'hôpital du Saint-Esprit. — Préface de M. le professeur LEREBOULLET.

Voici longtemps que les médecins français connaissent et apprécient les travaux de Mme Mathilde de Biehler qui, à maintes reprises, a collaboré à nos périodiques. Le livre qu'elle publie témoigne une fois de plus de son expérience clinique et de son savoir.

On peut *a priori* être surpris de la publication en français du livre d'un auteur polonais sur les éléments de diagnostic des maladies des enfants. Tant de traités sur le sujet existent déjà dans notre pays! Etait-il nécessaire de traduire un tel ouvrage? Je viens de le parcourir et je me suis rendu compte des services qu'il peut rendre et de l'utilité qu'il y avait à en permettre la lecture aux médecins français.

Comme le dit Mme de Biehler dans son introduction « il faut comprendre l'enfant sain, il faut le connaître dès sa naissance pour pouvoir soigner l'enfant malade et comprendre ses divers états pathologiques ». Un livre qui, comme celui-ci, contient sur l'état de santé physique et psychique de l'enfant, sur sa croissance, sur son évolution une foule de notions précises est plein de renseignements utiles pour le médecin d'enfants. Il renferme aussi bien des notions séméiologiques qui doivent faciliter l'examen de l'enfant malade. Surtout il groupe non seulement les travaux des auteurs polonais qui, à l'exemple de Brudzinski, ont si efficacement contribué aux progrès de la pédiatrie, mais aussi l'ensemble des recherches faites en divers pays et dont certaines ne sont que peu ou pas connues en France. L'ouvrage de Mme de Biehler constitue donc une œuvre différant par bien des points de nos traités français et, à cet égard, très utile à consulter.

L'auteur remarque avec raison que « la pédiatrie est dans une période d'épanouissement complet. Chaque pays, ajoute-t-elle, devrait comprendre que sa nation ressemblera à ses enfants et que le développement de l'Etat sera d'autant plus grand que la mortalité et la morbidité infantiles seront plus basses ». Aussi appelle-t-elle de ses vœux l'union des pédiatres des divers pays dans un but commun. Elle montre dans son intéressante introduction sur l'évolution de la pédiatrie combien elle connaît exactement l'effort fait dans les divers pays pour combattre les maux qui déciment l'enfance. S'il est encore difficile de réunir les pédiatres des diverses nations pour qu'ils étudient ensemble les problèmes actuels, il est bon que, de temps à autre, un livre apporte l'exposé des connaissances recueillies par les pédiatres des différents pays.

Le volume publié par Mme de Biehler répond à ce but en même temps qu'il apporte une contribution très personnelle de l'auteur à l'étude de la séméiologie infantile. Je suis heureux de pouvoir aujourd'hui le recommander à l'attention du public médical français. P. LEREBOULLET.

(1) Un vol. grand in-16 de 306 pages avec 51 figures. — Prix : 56 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Considérations générales sur les hypersensibilités d'origine digestives chez l'adulte (1), par le docteur BÉNASSY. (Travail du service de M. le professeur Pasteur Vallery-Radot.)

Sans étendre à toute la pathologie le rôle des phénomènes de sensibilité, on ne peut nier que la place que tient en médecine ce processus ne cesse de croître en importance. Les faits d'hypersensibilité dus à l'absorption par voie digestive sont de plus en plus fréquemment relatés. Dans cet important travail qu'étaye une abondante bibliographie, l'auteur limite son étude aux réactions de sensibilité de l'appareil digestif et aux réactions des autres organes dus à l'ingestion *per os* de médicaments ou d'aliments.

Ce sont surtout des syndromes cutanés : eczéma, urticaire, purpura, œdème de Quincke, ou des syndromes respiratoires : asthme, coryza spasmodique. Plus rarement, migraine ou cystite. De son côté, le tube digestif réagit par des accidents d'entérocolite. On peut enfin voir se dérouler des syndromes de grande hypersensibilité.

Tous ces accidents sont cliniquement comparables, qu'ils soient dus à des aliments proprement dits ou à des médicaments ainsi qu'en témoignent un certain nombre d'observations originales.

Le diagnostic est surtout un diagnostic étiologique; il est parfois des plus malaisé et doit mettre en œuvre les épreuves de laboratoire, le régime, les épreuves cutanées; c'est surtout le régime qui, souvent, permet d'élucider le problème et l'auteur présente ici une critique judicieuse des moyens et des résultats.

L'étude expérimentale sur le cobaye donne des résultats tels que la clinique permettait de les prévoir en ce qui concerne les caractères et la durée du choc, l'absence de spécificité étroite dans l'anaphylaxie digestive, l'action sensibilisante que peuvent avoir certaines substances pourtant strictement alimentaires relativement à l'animal observé et de nature non protéique.

Clinique et expérimentation permettent à l'auteur un bref mais substantiel exposé pathogénique.

Le traitement est dans sa conduite générale analogue à celui des hypersensibilités d'autre origine. R. L.

(1) Paris, Le François, 1930.

NOUVEAUX CAS D'HÉRÉDO-SYPHILIS NERVEUSE

Par L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

La publication de notre livre sur la *Syphilis héréditaire du système nerveux* (Paris 1930, Masson) nous a valu quelques critiques, formulées d'ailleurs avec courtoisie. Comment se fait-il, s'est-on demandé, que l'auteur ait vu tant de cas d'hérédo-syphilis, alors que Parrot déclarait n'en avoir jamais observé? A cette question, nous pourrions répondre que nous ne sommes pas seuls à en voir, et que tous ceux qui s'occupent de pédiatrie sont arrivés aux mêmes conclusions que nous, à savoir que l'hérédo-syphilis joue, en neuro-psychiatrie infantile, un rôle prépondérant. Ne vaut-il pas mieux encore citer des faits? Voici quelques-uns de ceux que nous avons eu l'occasion d'étudier dans ces derniers temps. Nous les répartirons, d'une manière quelque peu schématique, en plusieurs classes.

I. ÉPILEPSIE

OBSERVATION I. — X... (Thérèse), sept ans, a été prise de convulsions à la suite de vomissements acétonémiques. Ces convulsions offrent nettement le type comitial. Chez elle, la réaction de Hecht est douteuse pour le sang, la *réaction de Wassermann fortement positive pour le liquide céphalo-rachidien.*

Deux particularités dans ce cas : d'une part, la coexistence de convulsions comitiales et de vomissements acétonémiques, s'il est vrai que celles-là sont dues à l'alcalose, et ceux-ci à l'acidose, comment peuvent-ils se voir ensemble ou succéder l'un à l'autre? De l'autre, la réaction de Wassermann a été trouvée positive pour le liquide céphalo-rachidien. Or, ne sait-on pas que cette réaction a une valeur beaucoup plus grande pour ce liquide que pour le sang? Aussi le diagnostic d'hérédo-syphilis peut-il être considéré ici comme certain.

OBS. II. — X... (Jacqueline), dix-huit ans, est une comitiale avérée.

Ses parents semblent bien portants, mais la *réaction de Wassermann est positive pour le père*, et le *grand-père maternel était syphilitique.*

Six enfants :

Le premier, *mort-né*;

Le second, *hydrocéphale, mort-né*;

Le troisième est la jeune Jacqueline;

Le quatrième, *qui pesait 2 livres et demie à la naissance*, est mort à vingt-sept mois de septicémie (?) avec ictère et purpura;

Le cinquième est venu au monde *mort et macéré*;

Le sixième est bien portant, parce que, dès la conception, la mère a été soumise par le médecin traitant à un traitement énergique.

Ici, double syphilis, du côté du grand-père maternel et du père. D'ailleurs, l'histoire pathologique de la famille aurait permis, en l'absence de cette donnée, d'incriminer le tréponème, comme dans les cas que nous relaterons un peu plus loin.

OBS. III. — X... (Blanche), huit ans, est épileptique depuis l'âge de quatre ans. Les *réactions sérologiques* (Hecht) sont *fortement positives pour la mère* et *très fortement positives pour le père.*

Ici encore, aucune hésitation possible : l'épilepsie de l'enfant est bien due à l'hérédo-syphilis.

OBS. IV. — X... (Lucienne), quinze ans, est épileptique depuis des années. Il n'existe, chez elle, aucun antécédent suspect, héréditaire ou personnel; elle n'en est pas moins porteuse de lésions oculaires : *rétinite* avec *dépigmentation*, que le docteur Morax a rattachées sans hésitation à l'hérédo-syphilis.

Dans ce cas, l'hérédo-syphilis a été décelée par l'examen oculaire : elle paraît, sinon certaine, du moins infiniment probable.

OBS. V. — Le jeune X... (Georges), trois ans et demi, est atteint d'épilepsie qui, au premier abord, semble banale, abstraction faite de l'existence, chez lui, de nævi très étendus qui nous ont fait penser à la possibilité d'une angiomatose du système nerveux, bien que la radiographie du crâne ait été négative. Or, nous apprenons de source sûre que le *grand-père paternel était tabétique* et que le *père est né deux mois avant terme.*

Ce cas rentre dans ceux que notre élève Sterianos a groupés dans sa thèse sur la descendance des tabétiques, et doit être interprété comme une hérédo-syphilis de seconde génération.

OBS. V *bis*. — X... (Marc), trois ans, est épileptique. Son père a contracté autrefois la syphilis, pour laquelle il est encore en traitement.

II. ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES

Voici maintenant quelques cas d'encéphalopathie infantile dans le déterminisme desquels l'hérédo-syphilis ne semble pas douteuse.

OBS. VI. — Chez Mlle X... (Suzanne), dix ans, il existe, d'une part, des signes somatiques : microcéphalie, strabisme interne, voûte ogivale, de l'autre, un gros retard intellectuel. Déjà, le strabisme interne, si fréquent dans l'hérédo-syphilis nerveuse, avait attiré notre attention. De même, les dents, irrégulières, mal plantées. Mais voici une raison péremptoire d'incriminer le tréponème : *la réaction de Wassermann est faiblement positive pour l'enfant, nettement positive pour le père.*

Ici tout concorde, examens clinique et sérologique, pour mettre en cause le tréponème.

OBS. VII. — X..., trois ans et demi, est conduite à notre consultation de Saint-Louis pour retard intellectuel. Elle est, de plus, atteinte de tétraplégie spasmodique congénitale. *Son père* a été soigné par M. Milian, il y a quelques mois, pour *gomme testiculaire.*

Autre cas, qui laisse d'autant moins de place au doute que la naissance s'est faite dans des conditions normales, et que l'on ne peut invoquer l'influence de quelque traumatisme obstétrical.

OBS. VIII. — X... (Jeannine), neuf mois, est assurément atteinte d'*encéphalopathie infantile*, comme en témoigne l'existence, chez elle, de microcéphalie, d'une voûte ogivale très accusée, de retard intellectuel. En l'examinant de plus près, on constate des symptômes insolites : paralysie faciale bilatérale, paralysie de la IIIe paire à gauche; à droite, limi-

tation des mouvements du droit interne. Quelle que soit l'interprétation de ces symptômes, et bien que la réaction de Wassermann soit négative pour la mère, on peut se demander si l'hérédo-syphilis n'est pas en cause : M. Dupuy-Dutemps n'a-t-il pas trouvé un myosis excessif, avec *immobilité pupillaire presque complète à la lumière?* (1).

Cas complexe, que nous n'avons pu suivre autant que nous l'aurions désiré, mais dans lequel l'examen oculaire permet au moins de soupçonner l'hérédo-syphilis.

Obs. IX. — X... (Pierre), treize ans, nous est amené pour des crises comitiales indiscutables. C'est, de plus, un arriéré. Chez lui, deux raisons de penser à l'hérédo-syphilis :

Le *père* est *spécifique*;

La *réaction de Bordet-Wassermann* est *positive pour le malade.*

Quel autre diagnostic porter ici qu'hérédo-syphilis nerveuse?

Obs. X. — X... (Dorothée), quatre ans, nous est conduite pour retard intellectuel. Elle présente, de plus, les signes somatiques suivants : tétraplégie spasmodique, avec athétose du membre supérieur gauche, engouement, voûte ogivale. *Les réactions sérologiques des parents sont positives.* L'enfant est d'ailleurs une jumelle, l'autre étant morte à la naissance.

Chez cette enfant, les stigmates moteurs et intellectuels constatés imposent le diagnostic d'encéphalopathie infantile. Cette encéphalopathie, en raison des réactions sérologiques, à quelle cause la rattacher, sinon à l'hérédo-syphilis?

Obs. XI. — X... (Madeleine), quatre ans, présente à la fois des troubles moteurs : spasmodicité générale, strabisme divergent, et intellectuels consistant en retard marqué. Chez elle, deux particularités notables : d'une part, les antécédents de *vomissements habituels* qui, quoi qu'on ait dit, constituent toujours une sérieuse présomption en faveur d'une spécificité héréditaire; de l'autre, des *réactions sérologiques* (Wassermann et Hecht) *légèrement positives.*

Ici, fortes suspicions d'hérédo-syphilis puisqu'en dehors des réactions sérologiques, nous trouvons dans les antécédents de l'enfant ces vomissements habituels qu'à l'exemple de M. Marfan nous rattachons, dans la majorité des cas, à l'hérédo-syphilis.

Obs. XI *bis.* — X... (Maurice), onze ans, nous est adressé pour gros retard intellectuel : il ne parle pas et paraît à peine reconnaître les siens. On constate de plus, chez lui, des symptômes assez complexes : les uns, d'ordre général : pâleur, apparence cachectique, poids et taille très inférieurs à la normale, luxation congénitale de la hanche; les autres, d'ordre neurologique : opisthotonos permanent, engouement, verticalisation de l'occipital, pieds bots, le tout consécutif à une « méningite » survenue vers le sixième mois. Quelles raisons de songer au tréponème?

1. Les *altérations dentaires* : la plupart des dents, ou ne sont jamais sorties, ou sont déjà tombées, et il ne reste que les incisives médianes, striées, cariées, et dont les supérieures sont obliques convergentes.

2. *L'existence, chez un frère âgé de huit ans,* de *microdontisme* et de *paralysie oculaire* (Dupuy-Dutemps).

Cas curieux par sa symptomatologie dont cette dystonie irréductible, et par la coexistence, chez un frère, des stigmates propres à l'hérédo-syphilis.

(1) Publiée avec M. J. Sigwald, in *Gaz. des hôpit.*, 21 août 1929, n° 67.

Obs. XII. — X... (Pierre), quatre ans et demi, est un mongolien typique, d'ailleurs non dépourvu de malice et qui, lorsqu'il se présente à notre consultation, ne manque jamais de s'asseoir spontanément en tailleur, de se retourner les doigts pour montrer son hypotonie, de se téter la langue, le tout, à la grande joie des élèves. Quelles raisons, ici, de penser à l'hérédo-syphilis, bien que les réactions sérologiques soient négatives pour la mère et pour l'enfant? Ce sont les suivantes qui constituent, à vrai dire, des éléments de présomption plus que de certitude.

1. *L'enfant ne pesait que 2kg500 à la naissance.*

2. *Il a perdu deux frères de « méningite ».*

3. *Il est porteur d'érosions dentaires et unguéales,* que M. Milian, qui a bien voulu l'examiner, considère comme des plus suspectes.

Mongolisme typique : hérédo-syphilis probable, comme dans les cas que nous avons rapportés dans notre livre.

III. HÉMIPLÉGIE INFANTILE

Obs. XIII. — X... (Madeleine), douze ans, est atteinte d'hémiplégie infantile droite. La réaction de Wassermann est négative pour elle, mais *son père est syphilitique.*

Cas qui vient encore confirmer la thèse des auteurs, surtout italiens, qui rattachent à l'hérédo-syphilis la plupart des hémiplégies infantiles.

Obs. XIII *bis.* — X... (Emile), douze ans, est atteint : 1° d'hémiplégie infantile gauche; 2° d'arriération mentale et de troubles du caractère. La réaction de Wassermann est *positive pour lui.*

IV. TROUBLES SENSORIELS

Obs. XIV. — X... (Andrée), seize ans, est atteinte d'une surdité bilatérale progressive, survenue sans cause connue.

On trouve, chez elle :

Une ébauche de *signe d'Hennebert* (P. Camus);

Une *kératite interstitielle* évidente (Dollfus);

Une *forte myopie.*

Il s'agit donc d'otite interne hérédo-syphilitique (1).

Rien de moins contestable, ici, que l'hérédo-syphilis chez cette jeune fille qui présente, d'une part, de la kératite interstitielle, de l'autre, un signe d'Hennebert.

Obs. XV. — X... (Claude), dix-huit mois, est atteint d'atrophie optique. Pourquoi incriminer ici l'hérédo-syphilis? Parce qu'il est *né deux mois avant terme* et que ses *réflexes photo-moteurs sont très paresseux,* parfois même absents dans certaines inclinaisons du regard.

Nous avons beaucoup insisté, en différentes publications, sur cette atrophie optique d'origine hérédo-syphilitique, dont voici un nouvel exemple.

Obs. XVI. — X... (Hubert), douze ans, est inattentif, instable, « parfaitement insupportable », « faible », « étourdi », « très paresseux », disent à l'envi tous ses bulletins scolaires qui se plaignent, en outre, de son dé-

(1) Publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 10 sept. 1930, n° 73.

sordre, de sa malpropreté, de son manque de goût. Cet état date de trois ans. Auparavant, il était normal.

Ayant appris que le *père avait contracté la syphilis* quatre ans avant son mariage, nous instituons, avec M. Lonjumeau, un traitement spécifique énergique, sous forme d'injections de sulfarsénol. Le traitement produit un résultat remarquable qui frappe d'autant plus les professeurs de l'enfant qu'ils en ignorent l'origine.

Cas d'autant plus curieux que, pour beaucoup d'auteurs, le traitement spécifique reste sans action sur les troubles psychiques liés à l'hérédo-syphilis.

Obs. XVII. — X... (Jean-Claude), dix ans, a vu déjà plusieurs spécialistes pour des troubles du caractère consistant en impulsions coléreuses, sans aucune raison, il se fâche, se jette sur sa mère ou sur sa gouvernante, les roue de coups en proférant les jurons les plus grossiers.

Quelles raisons, ici, d'incriminer le tréponème?

1. Le père, syphilitique (il s'est marié en pleine roséole), a contaminé sa femme. Le jeune X... a eu une petite enfance délicate : criant sans raison, se développant mal, sujet à la micropolyadénopathie.

2. L'examen décèle, chez lui, un certain nombre des symptômes propres à l'hérédo-syphilis : *exagération des bosses frontales, axyphoïdie, irrégularités dentaires.*

3. *Le traitement spécifique l'a complètement transformé* en faisant disparaître les crises de colère qui inquiétait tant son entourage.

Mêmes observations que dans le cas précédent.

Obs. XVIII. — X... (Marcel), trois ans, nous est amené pour *arriération mentale.* Cette arriération, qu'accompagnent ce que l'on appelait jadis les stigmates de dégénérescence : voûte ogivale, asymétrie faciale, peut-on l'attribuer aux difficultés obstétricales? Pas entièrement, car le père est *tabétique*, et il est soigné, en ce moment, par notre ancien élève, M. Mastagli, pour atrophie optique. La sœur est du reste atteinte de luxation congénitale de la hanche (1).

Père tabétique, enfant arriéré : encore un cas à joindre à tous ceux qui ont été rapportés au Congrès de Barcelone, touchant les rapports de l'hérédo-syphilis avec les troubles psychiques de l'enfance.

Obs. XIX (communiquée par M. P. Lonjumeau). — X... (Jean), vingt et un ans, a été au lycée un mauvais élève, paresseux, inattentif, orgueilleux, menteur, d'ailleurs timide et maladroit : aussi était-il le souffre-douleur de ses camarades. Devenu grand et placé d'abord chez un ami de son père, il se livre à de telles excentricités qu'on doit le retirer aussitôt, puis dans une maison de commerce, puis dans une administration : partout, l'insuffisance de son travail, ses écarts de langage, ses tendances à la pédérastie le font renvoyer.

Pourquoi ces troubles mentaux? Parce que la syphilis est en cause. *Le père est*, en effet, *spécifique*, et s'est d'ailleurs peu soigné, au moins dans les premières années; la mère avait des crises comitiales qui ont disparu par un traitement spécifique; le malade a eu du pemphigus à la naissance; il présente actuellement des signes manifestes d'hérédo-syphilis : forte myopie, axyphoïdie, strabisme interne de l'œil droit, scoliose, lésions dentaires.

(1) Publiée, avec M. G. Sigwald, à la *Société de pédiatrie*, 19 nov. 1929.

Obs. XX. — Mlle Andrée X..., vingt-huit ans, est une microcéphale arriérée, incapable de se conduire, ayant un niveau mental de six ans; sa sœur, âgée de sept ans, la dirige à sa volonté. Déjà, chez l'homme, on relève divers éléments de présomption en faveur de l'hérédo-syphilis : voûte ogivale, strabisme interne; quant aux éléments de certitude, ils sont au nombre de deux : le père est mort d'une aortite spécifique; la malade a, elle-même, une réaction de Wassermann positive pour le sang.

Père spécifique, fille microcéphale et débile, quel cas pourrait être plus démonstratif?

Obs. XXI. — X... (Christiane), dix ans, donne, au premier abord, l'impression d'une simple arriérée qui peut difficilement, à l'école, suivre la classe où sont les enfants de six à sept ans. Elle présente, en plus, les signes propres à la débilité motrice. Chez elle, une seule raison, mais suffisante, de penser à l'hérédo-syphilis : l'existence d'une volumineuse *exostose frontale*, à gauche.

Dans ce cas, la preuve de l'hérédo-syphilis est établie par la constatation d'une exostose frontale.

Obs. XXII. — X... (Solange), dix ans, nous est envoyée par M. Lance pour une paraplégie spasmodique survenue sans cause et s'aggravant progressivement. Quelles raisons de penser, chez elle, à l'hérédo-syphilis? Les suivantes :

L'enfant est une *prématurée*;

La réaction de Wassermann est, chez elle, *faiblement positive.*

Ajoutons, comme élément de présomption en faveur de l'hérédo-syphilis, que nous avons trouvé, chez elle, un léger *rétrécissement de l'artère pulmonaire* (1).

Nouveau cas à ajouter à ceux publiés, depuis le professeur Marfan, par de nombreux auteurs.

Obs. XXIII. — Il s'agit d'une famille dont l'histoire pathologique est très complexe.

Les parents, bien portants, ne sont pas consanguins.

La mère a, successivement :

Fait trois *fausses-couches*;

Eu une fille, née à terme, qui, vers deux à trois ans, a été sujette aux *convulsions* et reste « migraineuse »;

Fait une *fausse-couche*;

Eu un *enfant mort-né*, venu au monde quinze jours avant terme;

Un enfant de sexe masculin qui, vers neuf mois, a souffert de *convulsions*, actuellement âgé de neuf ans, et qui ne peut rester nulle part : violent, vicieux, instable, sournois, il a été mis à la porte de toutes les pensions où on l'a placé, quand une fugue ne l'en a pas éloigné;

Une petite fille, *née un mois avant terme*, et morte à treize mois;

Fait deux *fausses-couches*;

Eu un enfant *né deux mois avant terme*, atteint d'*hydrocéphalie congénitale*, qui a souffert, à la naissance, d'*ictère grave*; à un an, de *convulsions*, et qui est très arriéré : âgé de cinq ans, il commence à peine à parler, n'est pas encore propre. Il est en plus violent et impulsif, méchant, ne cherchant qu'à mal faire.

***

Voilà donc une vingtaine de cas où les troubles nerveux observés : épilepsie, encéphalopathie infantile, mongolisme, troubles intellectuels, paraplégie spasmodique tardive, les troubles sensoriels,

(1) Publiée dans la *Vie médicale*, 25 fév. 1930.

atrophie optique et surdité labyrinthique pouvaient être rattachés à l'hérédo-syphilis. Conclusion plus intéressante encore : dans certains d'entre eux, malgré l'ancienneté des lésions, un traitement énergique a eu comme conséquence une amélioration marquée des symptômes, surtout psychiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1930)

Le pèlerinage de la Mecque. — Sur le rapport de M. Vaquez, l'Académie adopte les conclusions de la récente communication de M. Dinguizli (de Tunis).

Le Congrès international d'hydrologie de Lisbonne. — M. R. Durand-Fardel rend compte du XIIIᵉ Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie qui s'est tenu en octobre, à Lisbonne, et auquel il avait été délégué pour représenter l'Académie.

Les confusions entre les virus neurotropes et le virus rabique. Moyens de les éviter. — MM. Remlinger et J. Bailly.

L'état actuel du traitement du cancer de l'œsophage. — M. Jean Guisez apporte les résultats de sa pratique personnelle. Grâce à l'œsophagoscopie, la radiumthérapie peut se pratiquer dans les meilleures conditions. Elle ne doit s'appliquer que lorsque les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'organe. Les résultats semblent surtout favorables dans les cancers du tiers moyen où il s'agit d'épithéliomas basicellulaires.

Sur une forme nouvelle d'inhibition mentale chez l'enfant : l'inhibition épileptique ou épileptoïde. Importance de son dépistage à l'âge scolaire. — M. Gilbert Robin.

Les traits cliniques spécifiques de la fièvre de trois jours ou fièvre à phlébotomes.— M. J. Trabaud (de Damas). Il n'y a pas longtemps encore le tableau symptomatique de la fièvre de trois jours était fondu par les auteurs classiques dans celui de la dengue méditerranéenne par suite de la grande similitude des signes subjectifs des deux maladies et de l'empiètement réciproque de leur distribution géographique. Les épidémies massives de dengue méditerranéenne survenues en des régions où la fièvre à phlébotomes est commune comme celles de Syrie et d'Egypte en 1927 et de Grèce en 1928 ont permis de tracer définitivement des barrières entre les deux affections, et les médecins syriens, égyptiens et hellènes n'hésitent plus aujourd'hui dans la discrimination de la dengue méditerranéenne, maladie éruptive à explosions épidémiques massives et intermittentes d'avec la fièvre de trois jours, maladie non éruptive et annuellement saisonnière. Les traits caractéristiques de cette dernière sont les suivants :

La fièvre de trois jours est une maladie hautement et brièvement fébrile.

La fièvre de trois jours est une maladie congestionnante.

La fièvre de trois jours est une affection neurotrope.

La fièvre de trois jours n'est pas une maladie éruptive.

La fièvre de trois jours est une maladie à rechutes rares et très inconstantes.

La fièvre de trois jours est une maladie asthéniante et anergisante.

Ainsi la fièvre de trois jours se détache nettement des autres affections exotiques, même de celles qui lui ressemblent le plus, comme la dengue méditerranéenne. Si comme cette dernière la fièvre à phlébotomes est une maladie hautement fébrile, congestionnante, neurotrope, asthéniante et anergisante, si même elle affectionne les mêmes régions, intriquant dans la saison estivale ses manifestations avec les siennes, elle offre du moins des caractéristiques marquantes qui lui assurent sa personnalité nosologique. Elle n'est que brièvement fébrile, elle n'est pas éruptive, et s elle a parfois des rechutes elle n'a pas de recrudescence fébrile.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1930)

Évolution de la tuberculose pulmonaire bilatérale des diabétiques graves traités par la collapsothérapie bilatérale et l'insuline. — MM. Marcel Labbé, Raoul Boulin et L. Justin-Besançon présentent les deux diabétiques tuberculeux qu'ils soignent depuis plus de deux ans par le pneumothorax bilatéral, tout en traitant de très près leur diabète par le régime et l'insuline. Ces deux malades ont repris leur vie normale et leur métier; leur état général se maintient excellent.

Ils présentent une troisième malade qu'ils suivent depuis quatre ans; elle est tombée dans le coma diabétique en mars 1926, et une seconde fois, en novembre 1926, on constata une lobite tuberculeuse du sommet droit, traitée avec succès par un pneumothorax partiel. Actuellement, la malade, ayant un pneumothorax d'un côté et une phrénicectomie de l'autre, est, depuis dix mois, apyrétique; elle a repris une vie normale.

Un cas de névrite post-sérothérapique. — MM. M. Labbé, R. Boulin, E. Azérad et P. Soulié présentent un cas de paralysie radiale apparue neuf jours après l'injection de 20 centimètres cubes de sérum antigonococcique en même temps que des accidents urticariens marqués.

Spasme de torsion du type Ziehen-Oppenheim. — MM. Georges Guillain et Pierre Mollaret présentent un israélite polonais, âgé de trente ans, atteint depuis 1914 d'une affection progressive dominée par l'existence de spasmes incessants mais variables, dont l'analyse clinique a pu être précisée par le cinématographe. Ces spasmes entraînent des modifications dans la marche et dans la station debout, et, à un moindre degré, dans la position assise et dans le décubitus dorsal. Ces mouvements involontaires diffèrent de ceux de la chorée et de l'athétose mais certaines décharges toniques s'apparentent peut-être à celles de l'hémiballismus. Les spasmes se produisent sur un fond de dystonie qui prédomine du côté gauche et que l'attitude influence défavorablement.

Les auteurs montrent que cet aspect correspond très exactement aux descriptions originales de Ziehen et d'Oppenheim.

Néphrite mercurielle aiguë par ingestion de sublimé. Longue survie. Evolution de la réserve alcaline et de la chlorémie. — M. R. Choisy et Mˡˡᵉ Evelyn Parrot. L'intérêt du cas réside dans les faits suivants : survie de quarante-neuf jours; état général très bien conservé jusque vers les derniers jours; absence de signes cliniques d'urémie malgré une rétention d'urée de 7,5 p. 1000. La réserve alcaline s'est maintenue à un taux élevé et n'a faibli que passagèrement.

La mort est survenue à la suite de défaillance cardiaque alors que la diurèse commençait à reprendre. L'autopsie a révélé une importante régénération dans les reins, montrant que l'atteinte rénale n'était pas la seule cause de la mort.

Aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Ameuille et Klotz estiment que le traitement de la tubercu-

lose pulmonaire par les sels d'or peut donner des résultats très satisfaisants et indiscutables, à condition que la dose employée soit suffisante. Ils pensent que l'aurothérapie doit entrer dans le traitement systématique de presque tous les cas de tuberculose pulmonaire.

MM. Maurice RENAUD et PETIT-MAIRE ont pratiqué une cure régulière de Crysalbi chez dix-huit malades formant un groupe homogène qui permet une exacte appréciation des résultats.

Les résultats confirment l'impression que donne la lecture de la plupart des travaux sur l'aurothérapie où l'on ne voit généralement de résultats vraiment favorables que dans des cas particulièrement choisis et heureux. Ce qui ne veut pas dire bien entendu qu'elle ne puisse rendre de grands services.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1930)

Rhumatisme d'origine intestinale. — M. CHEVRIER estime que le mot syndrome entéro-rénal n'est pas parfaitement heureux mais reconnaît l'intérêt des faits cliniques ainsi nommés.

Ablation des parathyroïdes dans la maladie de Recklinghausen. — M. CHIFOLIAU, après échec de la thérapeutique médicale, a enlevé trois glandules parathyroïdiennes qui faisaient saillir la capsule. Accidents tétaniformes de courte durée. L'examen histologique montre qu'une glande parathyroïde a bien été enlevée. Résultat favorable mais des géodes persistent dans de nombreux os.

Maladie de Little traitée par l'opération de Förster. — M. SORREL rapporte cette observation de M. Yovtchich (de Belgrade) qui fit la radicotomie postérieure des Ire, IIe et IVe paire lombaire et de la deuxième sacrée. Bon résultat, la spasmodicité ayant disparu après l'opération. Mais il faut pour opérer avoir affaire à un enfant intelligent qu'on puisse rééduquer.

Double luxation de l'épaule, laxité de l'épaule consécutive à une luxation. — M. MOUCHET rapporte ces observations de M. Dupont. Dans le premier cas, fronçage de la capsule et suspension de la tête par crins à l'acromion. Dans le second cas, on opéra successivement les deux côtés et cette fois la section de la coracoïde donna un large jour sur l'articulation. Il existait du sang coagulé dans l'articulation un an après le traumatisme. Bons résultats par simple capsulorraphie.

Indications opératoires chez les cardiaques. — M. le professeur VAQUEZ estime qu'un malade simplement anxieux sur son état cardiaque doit partir bien examiné et bien rassuré. S'il existe une arythmie, elle peut tenir à la respiration. Elle est physiologique et sans gravité. L'extra-systole n'est pas non plus une contre-indication. L'arythmie complète a des causes variables. La bradycardie qui peut réaliser le syndrome d'Adam Stokes, peut donner expérimentalement des troubles cardiaques tardifs, mais pratiquement on a opéré sans incident des malades atteints de maladie d'Adam-Stokes. Les lésions organiques qui n'ont pas donné de défaillance peuvent être opérées en toute tranquillité. Certains asystoliques même bénéficieront de l'intervention : opération de Brauer après symphyse cardiaque, accidents cardiaques dus à une maladie de Basedow, asystolie de l'anévrisme artério-veineux. Naturellement un traitement toni-cardiaque sera institué. L'anesthésie locale est peut-être à éviter chez les malades pusillanimes; de même en est-il pour la rachi-anesthésie. L'anesthésie générale peut être le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote. L'angoisse pré-opératoire est une raison suffisante pour retarder une intervention si elle n'est pas urgente.

Etiologie des thrombo-phlébites post-opératoires. — M. GRÉGOIRE estime que ni la stase sanguine, ni les traumatismes veineux ne sont des causes déterminantes. Le sang est anormal avant les opérations et la plaquettose sanguine serait augmentée. Elle est augmentée dans les phlébites, et avant l'intervention chez des malades qui firent ultérieurement des phlébites ainsi que le montrent les observations de M. Grégoire.

Cholécystostomie continente sur sonde de Pezzer. — M. DESPLAS indique une technique précise pour faire la cholécystostomie et montre les avantages de la cholécystostomie continente, en particnlier la facilité de supprimer la fistulisation en supprimant la sonde, la possibilité de faire des examens au lipiodol des voies biliaires, et la suppression du tamponnement sous-hépatique.

M. DENIKER fait ses cholécystostomies sur tube.

M. DE MARTEL a fait construire des sondes spéciales et n'essaie même pas d'attirer la vésicule à la paroi.

M. DUVAL estime que la cholécystostomie sur tube est un vieux procédé.

Présentations de malades :

Neurotomie rétro-gassérienne. — M. SÉNÈQUE présente une malade opérée à l'anesthésie locale, ce qui permet de vérifier si la sensibilité persiste ou non après la section nerveuse, et l'opération paraît facile.

Fracture de la tubérosité antérieure du tibia. — M. MOUCHET a fait un vissage et obtenu un excellent résultat. La lésion s'était produite, semble-t-il, en deux temps.

M. BRÉCHOT a obtenu, par le même procédé, un très bon résultat, mais avec petite ossification remontant dans le tendon rotulien.

M. BAZY a vu une telle lésion accentuée d'un côté, ébauchée de l'autre.

M. GERNEZ constate que cet arrachement est fréquent après le saut et les exercices gymnastiques et soulève la question d'une prédisposition héréditaire syphilitique.

Présentation de radiographies : MM. SORREL et PARRAIN ont injecté un abcès de la région sous-iliaque au lipiodol après distension de la poche par l'éther. La radiographie stéréoscopique montre une lésion remontant à la deuxième sacrée.

Présentation de pièces :

Parondontome. — M. CADENAT présente un parondontome qu'il a enlevé facilement.

Diverticulite du gros intestin. — M. AUVRAY présente un côlon présentant huit ou dix diverticules, dont un a provoqué un abcès pyo-stercoral à l'intérieur du mésocôlon-sigmoïde.

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1930)

Sept cas d'abcès du poumon traités chirurgicalement. — M. ROUX-BERGER rapporte ce travail de M. Fontaine (de Strasbourg). Il s'agit de trois suppurations aiguës traitées par pneumotomie isolée ou associée, ou précédée par phrénicectomie, avec trois succès. Les quatre cas chroniques n'ont donné qu'un succès. Ici, il s'agit d'abcès miliaires qu'on ne peut traiter par pneumectomie, opération grave, mais que soulage la phrénicectomie suivie de thoracectomie.

M. BAUMGARTNER est d'avis d'ouvrir et non de collaber le poumon. Il estime deux mois une date moyenne correspondant à l'intervention.

M. PICOT est de l'avis de M. Baumgartner.

M. Robert MONOD est d'avis de détruire peu à peu le tissu malade au lieu de faire une pneumectomie.

MM. Küss et Sorrel expriment leurs opinions.

M. Roux-Berger estime que l'existence d'un niveau liquide indique l'ouverture.

Résection gastrique et complications pulmonaires. — Ce travail de M. Delagénière (du Mans), rapporté par M. Louis Bazy, préconise la gastrectomie qui lui donne de beaux succès et n'est pas suivie de complications pulmonaires.

Affection du semi-lunaire. — M. Bazy rapporte cette observation de M. Masini (de Marseille). On donne le nom de maladie de Koehler à un aspect particulier radiologique du scaphoïde. L'observation concerne une altération analogue post-traumatique du semi-lunaire carpien.

M. Mouchet estime qu'il ne faut pas donner de nom propre à une maladie indéterminée. Il conseille d'enlever l'os, si le sujet souffre seulement.

Résection du genou. — M. Mauclaire expose que sans être adversaire déterminé de l'ostéosynthèse, il fait en règle une opération sans synthèse, parfois précoce chez l'adulte. Il considère que la forme synoviale pure existe chez l'adulte, mais la synovectomie simple est parfois suivie de récidive. Il expose ensuite ses idées sur le traitement climatérique de ces malades.

Résection du genou. — M. Arrou considère que l'ostéosynthèse a été employée voici bien longtemps dans la résection du genou. Il conseille la suture osseuse par un moyen quelconque et ce pour deux raisons : l'absence immédiate de la douleur, la solidité assurée qui donne au blessé et au chirurgien la sécurité morale. M. Arrou obtient de bons résultats en passant un fil externe et un interne entre fémur et tibia; puis il enfonce la torsade entre les deux os. M. Arrou qui, en 1925, avait fait deux cents résections a obtenu de grandes satisfactions de cette opération.

Présentation de malades :

Pyarthrose suppurée gonococcique du genou gauche. — M. Desplas. Vaccination au niveau de la porte d'entrée. Bon résultat.

M. Basset a vu également de beaux résultats personnels.

Luxation-fracture de la colonne cervicale. — M. Desplas : A une énorme déformation ne correspond aucun signe nerveux.

M. Fredet a observé des cas analogues.

Présentation de radiographie :

Pneumatocèle intra-cranienne de la région frontale. — M. Worms. D'origine traumatique, décelée par radiographie.

Présentation de pièces :

M. Deniker présente un très gros morceau de bois qu'un malade s'était enfoncé dans le canal inguinal et qui s'y était coincé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 22 novembre 1930)

Diabète insipide et variations du rapport sérine-globuline. — MM. Marcel Labbé, Nepveux et Gilbert-Dreyfus ont observé à plusieurs reprises une élévation du rapport sérine-globuline dans le sérum sanguin de trois malades atteints de diabète insipide. Cette élévation du rapport $\frac{S}{G}$, qui peut atteindre et dépasser 3, s'oppose à l'abaissement qu'on note couramment dans certains états œdémateux.

Manifestations épileptoïdes après injection sous-duremérienne de toxine diphtérique chez le cobaye sensibilisé. Phénomènes de rappel provoqués par l'intradermo-réaction. — MM. F. Arloing, A. Josserand et Durand ont signalé antérieurement l'apparition de crises toniques et cloniques après injections sous-duremériennes de toxine diphtérique chez des cobayes sensibilisés à cette toxine. Ce phénomène très particulier, puisqu'il se déroule dans un sens nerveux contraire aux manifestations paralytiques habituelles provoquées chez l'animal neutre par la toxine diphtérique, peut, même lorsque l'animal est guéri depuis quinze jours, réapparaître après l'introduction d'une dose infime de toxine diphtérique au cours de l'intradermo-réaction.

Ce rappel des symptômes toniques et cloniques sous l'influence d'une trace du poison sensibilisant réintroduite dans l'organisme peut, avec une certaine vraisemblance, avoir certaines corrélations avec le mécanisme des crises comitiales.

M. Babonneix. La toxine diphtérique peut, selon les circonstances, produire tantôt des manifestations atoniques, paralytiques, tantôt des manifestations hypertoniques, consistant ou en épilepsie, comme dans la remarquable expérience de M. Arloing, ou en tétanie, comme dans les cas de M. Bitot.

Guérison de lésions tuberculeuses chez le cobaye par le complexe savonneux d'or et d'osmium. — Au cours d'expériences entreprises pour étudier l'action sur le bacille tuberculeux et les lésions qu'il détermine, des complexes savonneux de certains métaux, M. Maurice Renaud a pu mettre en évidence une action thérapeutique évidente dont il apporte à la société un exemple particulièrement démonstratif.

Un cobaye inoculé avec un virus bovin particulièrement virulent et qui détermine la mort des animaux d'une façon régulière en moins de deux mois a guéri de son chancre d'inoculation après une suppuration importante mais très courte. Il était en parfait état quatre mois après l'inoculation et n'a montré à l'autopsie aucune lésion de tuberculose viscérale, la rate étant petite et atteinte seulement de périsplénite adhésive.

Un tel fait, rapproché de tous ceux qu'a jusqu'à maintenant observés M. Renaud lui donne, croit-il, le droit d'attendre beaucoup de cette heureuse influence des complexes savons sur l'évolution des lésions tuberculeuses.

Essais comparatifs d'immunisation active de l'homme au moyen d'échantillons d'anatoxine de valeur différente. — MM. G. Ramon et P. Nelis. Ces essais ont été effectués à l'aide de deux sortes d'échantillons d'anatoxine de valeur antigène intrinsèque bien différente.

Sur 269 enfants qui ont reçu à vingt-deux ou vingt-cinq jours d'intervalle deux injections d'anatoxine A ou B (7 et 4,5 unités) 216 soit 80 p. 100 offrent une réaction négative à l'épreuve de Schick pratiquée douze à quatorze jours après la deuxième injection d'anatoxine. Sur 293 enfants qui, dans les mêmes conditions que les précédents ont reçu deux injections d'anatoxine R ou R' (16 et 12,5 unités), 276 soit 94,2 p. 100 présentent une réaction de Schick négative.

Ces résultats montrent à l'évidence la supériorité, dans l'immunisation active de l'homme, des échantillons d'anatoxine possédant un titre élevé en unités anatoxiques; en outre, ils prouvent, que la valeur antigène intrinsèque telle qu'elle est estimée et chiffrée au moyen de la réaction de floculation est bien l'index exact du pouvoir immunisant de l'anatoxine chez l'homme.

Pouvoir pathogène essentiel de bacilles diphtériques isolés au cours de l'épidémie parisienne récente. — MM. G. Ramon, Robert Debré et P. Thiroloix. Une quarantaine de souches de bacilles diphtériques ont été isolées au cours de la récente épidémie parisienne et étudiées au point de vue bactériologique et biologique. Cette étude qui a d'abord porté sur la propriété la plus importante du bacille diphtérique : le

pouvoir pathogène « essentiel », montre qu'il y a une relation très étroite entre le pouvoir pathogène essentiel des souches et la malignité des diphtéries. En effet, les souches à pouvoir pathogène très élevé sont en cause dans 6 sur 6 soit 100 p. 100 des cas de diptérie mortelle, dans 80 p. 100 des cas de diphtérie grave et dans 30 p. 100 seulement des diphtéries moyennes et légères.

Sur l'aptitude toxigène des souches du bacille diphtérique récemment isolées. — MM. G. Ramon, Robert Debré et P. Thiroloix. En même temps qu'a été étudié le pouvoir pathogène essentiel des souches isolées, l'aptitude à la production de la toxine de ces souches a été recherchée. Cette aptitude est assez développée, mais le rapport qui existe entre la sévérité des cas de diphtérie et le pouvoir toxigène des germes en cause, tel qu'on peut le déterminer, est moins étroit que celui qui existe entre le pouvoir pathogène essentiel et cette malignité des diphtéries. En effet, le germe isolé est doué d'un pouvoir toxigène élevé dans 4 cas sur 6 des diphtéries mortelles (66 p. 100), dans 40 p. 100 des diphtéries graves, dans près de 30 p. 100 des diphtéries moyennes et légères.

Sur le pouvoir floculant des toxines diphtériques provenant de souches récemment isolées. — MM, G. Ramon, Robert Debré et P. Thiroloix. Si l'on pratique la réaction de floculation selon une technique un peu spéciale avec des filtrats de culture provenant de souches de bacilles diphtériques récemment isolés on peut déceler un pouvoir floculant, indiquant une valeur antigène comprise entre 1 unité et 1/2 unité, dans un certain nombre d'échantillons. Ainsi qu'il fallait s'y attendre, la vitesse de floculation est lente et le floculat peu abondant. La possibilité de faire floculer, en présence d'un sérum antidiphtérique étalon préparé avec la toxine du germe américain, les toxines issues de souches récemment isolées, apporte une preuve nouvelle en faveur de l'unicité de la toxine diphtérique.

Sur le mécanisme de l'infection tuberculeuse inoculée par la voie péritonéale. — MM. A. Boquet et A. Saenz. L'infection tuberculeuse produite par l'inoculation intrapéritonéale se caractérise par la rapidité avec laquelle les bacilles passent dans la circulation sanguine. A ce point de vue, la tuberculose d'origine péritonéale est comparable à la tuberculose d'origine respiratoire; elle diffère de l'infection sous-cutanée, dont la première phase se traduit par l'arrêt momentané des germes, d'abord sur place, puis dans les ganglions tributaires et, après un délai de plusieurs jours, par une faible bacillémie.

Application de la méthode de purification des cultures mixtes, de d'Hérelle, à la recherche de nouvelles races de streptophages. — M. Vladimir Sertic a soumis une souche de streptocoque hémolytique provenant de septicémie puerpérale grave, qui était résistante à l'action du bactériophage, aux repiquages en milieux d'alcalinité maximum et a obtenu une souche qui était attaquable par un bactériophage trouvé dans l'eau d'égout. En exaltant la virulence de ce bactériophage aux dépens de cette souche, le bactériophage est devenu actif pour le streptocoque primitif résistant, et, par passages successifs, a atteint le maximum de virulence. Le bactériophage ainsi obtenu est d'une remarquable polyvalence pour les streptocoques hémolytiques isolés des septicémies.

Action des anesthésiques sur les réflexes vaso-moteurs. — MM. Charles Richet fils et Jean Dublineau. Tous les anesthésiques n'ont pas la même influence sur les réflexes vaso-moteurs. Quand cette influence existe, elle se manifeste inégalement pour les vaso-constricteurs et les vaso-dilatateurs. L'excitation électrique du bout central du sciatique, qui détermine de l'hypertension chez l'animal éveillé donne des résultats analogues avec le chloralose et le chlorure d'éthyle. Le somnifène à dose chirurgicale supprime la vaso-constriction, mais non la vaso-dilatation. L'uréthane, le chloroforme et l'éther ne suppriment la vaso-constriction qu'à dose suprachirurgicale. Ce n'est qu'aux doses paramortelles qu'ils tendent à diminuer la vaso-dilatation. Les résultats sont sensiblement les mêmes si on excite le péritoine au lieu d'exciter le sciatique. La persistance de la sensibilité vaso-motrice aux doses habituelles de l'anesthésie peut rendre compte de certains faits de choc chirurgical.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 18 novembre 1930)

Tuberculose et psychose. — M. Auguste-Marie présente une série de préparations dues à son collaborateur Médakowitch, prouvant la présence de tubercules fréquents dans l'encéphale chez des malades atteints de neuro-psychoses variées. Il cite de nombreuses statistiques françaises et étrangères prouvant la fréquence extrême des tuberculoses asilaires. Il conclut avec la thèse récente d'un de ses élèves, à l'urgence de mesures à prendre contre la tuberculose des aliénés dans les asiles où la contagion semble fréquente, et, accessoirement, il développe cette idée qu'une tuberculose neurotrope est à l'origine de beaucoup de maladies dites mentales.

Considérations sur la protéinothérapie des cancers. — M. Rubens-Duval estime que les réactions de défense de l'organisme contre le cancer existent, quoi qu'en disent certains auteurs. Il est probable que les guérisons obtenues par les traitements locaux (chirurgicaux ou radiothérapiques) ne sont pas dues uniquement aux destructions cellulaires, mais aussi aux réactions complémentaires de l'organisme.

Certes, la cytolyse des cellules cancéreuses jeunes est dangereuse, car elle met en liberté des substances capables d'exciter la prolifération cellulaire. Mais d'autres substances peuvent être libérées qui sont immunisantes. Isoler ces substances afin de les utiliser dans un but thérapeutique a été l'objet des recherches de l'auteur. Ce sont des protéines spécifiques de chaque variété de cancer. Leur administration à dose homéopathique doit se faire quotidiennement, d'une manière continue, par voie buccale.

Sur l'action thérapeutique du sucre associé à l'insuline dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. — MM. René Giboux et Kysthinios insistent sur les bons effets de la thérapeutique par le sucre associé à l'insuline dans le traitement de certaines formes d'insuffisance cardiaque. A propos de plusieurs cas, ils montrent que les malades ont été très améliorés alors que l'insuffisance cardiaque paraissait totale et rebelle aux toni-cardiaques habituels : ouabaïne et digitale. Les auteurs réclament pour cette thérapeutique une place à côté des médications habituelles dont l'action épuisée peut se trouver réactivée par l'emploi du complexe sucre-insuline.

De la valeur du signe d'Empis chez les nourrissons. — M. Pierre Robin. Quand, au signe d'Empis (persistance des mêmes bruits à l'inspiration et à l'expiration quand on pince le nez d'un nourrisson) s'ajoute l'atrésie des mâchoires, il est très fréquent que le nez et le pharynx ne soient pas libres, Les gargouillements et les ronflements dus à la glossoptose doivent être séparés du stridor trachéo-laryngien. Le tarissement des seins de la nourrice doit être également attribué à sa vraie cause : la difficulté pour le nourrisson de téter physiologiquement. Il y a alors urgence à faire téter le nourrisson orthostatiquement.

Rétrécissement mitral et troubles phonatoires. — MM. André Tardieu et R. Grain communiquent l'observation d'un jeune homme de quatorze ans, atteint de sténose mitrale

fruste se produisant par la dyspnée d'effort et des accès de palpitations, et s'exprimant par un dédoublement du second bruit. A l'écran radioscopique : allongement vertical du cœur avec accroissement de l'arc moyen du bord gauche, saillies des oreillettes droite et gauche. Aucune notion étiologique n'éclaire la pathogénie de cette sténose mitrale; mais coexistaient des troubles phonatoires : voix eunuchnoïde, aphonie intermittente. L'examen laryngoscopique montra, au lieu d'une parésie ou d'une paralysie récurrentielle, une agénésie bilatérale et symétrique du tiers postérieur des deux cordes vocales sans paralysie.

Les troubles phonatoires sont survenus au cours de la période de la puberté qui est celle aussi de l'apparition des premiers signes certains de la sténose mitrale. Bien que la théorie qui fait de la sténose mitrale, une affection évolutive entraîne des sanctions thérapeutiques souvent très efficaces, MM. Tardieu et Grain se demandent s'il n'y a pas place pour quelques cas exceptionnels explicables par la théorie dite congénitale.

NOTES POUR L'INTERNAT

POLIOMYÉLITE
ANTÉRIEURE AIGUE

DÉFINITION

Maladie actuellement identifiée à la poliomyélite épidémique.

Maladie infectieuse due à un *virus filtrant*, caractérisé.

— *Anatomiquement* :

a. *Localisation de ce virus sur cellules des cornes antérieures de la moelle,*

b. En réalité souvent *diffusion de ce virus.*

— *Cliniquement :* donc transposition clinique. A côté :

a. De la forme *classique* caractérisée :

1° Début fébrile d'infection générale,

2° Phase de paralysie diffuse et étendue,

3° Puis, paralysie limitée, de durée indéterminée.

b. *Cas où le polymorphisme est extrême.*

ÉTIOLOGIE

Epidémicité : ce qui domine, c'est la double notion :

De cas isolés sporadiques,

Et de *recrudescences épidémiques,* parfois très sévères, surtout *estivo-automnales*.

Malgré ses allures épidémiques, la poliomyélite paraît contagieuse, mais de façon relativement modérée.

Age : La maladie frappe surtout les *jeunes enfants*, mais elle n'épargne ni les grands enfants, ni même les adultes.

CLINIQUE

Deux phases :

— *Phase aiguë* : service de médecine,

— *Phase chronique* : service de chirurgie, séquelles d'intérêt orthopédique.

Phase aiguë. — Sans pousser exagérément la schématisation.

Forme typique classique : Fixe dans ses allures, correspondant *à la plupart des cas sporadiques.*

Formes cliniques : Polymorphisme de l'affection.
Correspondant surtout aux formes épidémiques.

Forme typique. — La plupart des cas sporadiques.

1. *Incubation* : deux à quatre jours, quelquefois plus.
2. *Période préparalytique* :

Enfant pris brusquement : température 39-40 degrés,
Céphalée,
Angine, coryza dans certains cas. Leur valeur pathogénique.
Troubles gastro-intestinaux : langue saburrale, anorexie, vomissements, parfois diarrhée.

On croirait à une grippe, à un embarras gastrique fébrile.

Rarement début brusque, pas de période préparalytique : paralysie du matin de West.

Ces symptômes persistent un, deux ou trois jours, puis la température baisse et l'on constate alors l'existence de :

3. *Période de paralysie ;* paralysie : rapidement constituée, en quelques heures, pendant ou après la défervescence.

Rien ne l'a fait prévoir. Quand on la constate, elle est complète. Elle frappe d'emblée tous les muscles qu'elle doit atteindre.

A titre exceptionnel : forme progressive.

Troubles moteurs. — Capitaux.

Poliomyélite flasque uniquement motrice. — *Siège :* variable, membres surtourt, mono-di-hémi-quadriplégie.

D'abord : globale et massive du moins en apparence, car en réalité, quelques mouvements partiels persistent, attestant une dissociation qui va rapidement s'accuser. En effet :

Très vite : dissociation. — Plus grande fréquence des poliomyélites atteignant m. de la racine des membres,

— Type radiculaire supérieur,
— Membres inférieurs : triceps sural, jambier antérieur.

Ces paralysies segmentaires pouvant être elles-mêmes dissociées. Il y a en même temps *atrophie musculaire précoce.*

Flasques. + + + + Hypotonie musculaire.
Abolition des réflexes tendineux.

Troubles sensitifs. — Absents.

Troubles sphinctériens : absents.
Leur atteinte est exceptionnelle.
Troubles vaso-moteurs : cyanose, refroidissement au niveau des membres paralysés.

Troubles électriques. — Leur intérêt.

Inexcitabilité faradique du muscle profondément atteint. Lenteur de la secousse au galvanique. Mais ne pas porter un pronostic décisif. Possibilité de cas où l'on peut constater une régression de la paralysie des muscles là où existait la réaction de dégénérescence. On pourra également rechercher les troubles de la chronaxie.

Période de régression. — Après un temps variable, quelques jours ou quelques semaines, régression progressive.

Ou régression totale ou rapide,
Ou régression limitée et très lente.
Mais quelle que soit la gravité de la paralysie initiale, il faut se garder de formuler un pronostic trop sombre. La régression dépasse souvent les prévisions les plus optimistes.

FORMES CLINIQUES

A côté de cette forme que l'on rencontre dans la plupart des cas sporadiques, l'affection avec certaines épidémies va montrer tout son polymorphisme, et le virus diffuse : soit en largeur, soit en hauteur.

En largeur. — *a.* **Mode de début anormal.** — 1. FORME DOULOUREUSE : atteinte cordon postérieur ou ganglion ; douleurs sont systématisées aux territoires qu'atteindront la paralysie; douleurs vives, musculaires, sur le trajet des nerfs; parfois hyperesthésie cutanée douloureuse.

Ces douleurs disparaissent, en général, quand se montrent les paralysies. Mais peuvent persister.

Avant de dire rhumatisme articulaire aigu ou ostéomyélite chez un enfant, s'assurer qu'il n'existe aucun phénomène paralytique.

2. FORME MÉNINGÉE : particulièrement fréquente au cours de certaines épidémies.

1° Début de méningite aiguë : céphalée, vomissements, raideur de la nuque, Kernig.

On pourrait croire à une cérébro-spinale, mais la ponction lombaire : lymphocytose modérée, hyperalbuminose.

2° Phase pré-paralytique, en général, + longue.
Les paralysies s'installent rarement avec la brusquerie habituelle.

Parfois paralysies ébauchées et régressent rapidement.

Parfois syndrome méningé sans paralysie (formé méningée pure).

b. **Formes à caractères anormaux.** — FORME AVEC ANESTHÉSIE : véritable syndrome de myélite nerveuse.

FORME AVEC IRRITATION PYRAMIDALE : alors quelques signes de la série spasmodique : Babinski, réflexes tendineux.

En hauteur. — **Forme bulbaire.** — Souvent association d'une paralysie classique des membres avec

— Paralysie VII, VI, XII (vago-spinal, gravité de son atteinte).

— Soit forme bulbaire pure. Diagnostic difficile. Notion d'épidémicité.

— Soit terme ultime forme ascendante.

Forme encéphalitique. — Soit associée à poliomyélite.

— Soit encéphalite pure : diagnostic difficile. Au cours de l'encéphalite léthargique, il peut y avoir atteinte de la moelle.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉNle D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 3. — SAMEDI 10 JANVIER 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 10 JANVIER 1931. — N° 3.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les anémies aplastiques. Étude clinique, anatomique et pathogénique, par M. P. BAIZE.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — TOULOUSE. — Un concours pour une place de chirurgien-accoucheur adjoint des hôpitaux de Toulouse, aura lieu le lundi 8 juin 1931, à 9 h., à l'Hôtel-Dieu. Pour tous renseignements, consulter l'affiche spéciale, à l'entrée de l'Hôtel-Dieu et de l'hospice de la Grave. Le délai pour les inscriptions expire quinze jours avant l'ouverture du concours.

COLLÈGE DE FRANCE. — Il est créé au Collège de France : un emploi chargé de cours de chimie physique appliquée à l'hydrologie et à la climatologie.

DEUXIÈME ANNIVERSAIRE DE LA MORT DU PROFESSEUR WIDAL. — Nous rappelons que les élèves et les amis de Fernand Widal se réuniront le mercredi 14 janvier, à 11 h., à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (service du professeur Bezançon).

Le professeur André Lemierre fera une leçon sur l'œuvre de Widal en pathologie rénale.

A midi et demi, à l'issue de la conférence, on se rendra au cimetière Montmartre pour déposer des fleurs sur la tombe de F. Widal.

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — L'assemblée générale annuelle vient de se tenir au restaurant Ledoyen, à l'issue du 34e dîner, sous la présidence du docteur Henri Dufour, médecin des hôpitaux.

Le bureau pour 1931 a été ainsi constitué :

Président d'honneur : professeur Charles Richet; président : docteur Schaeffer; vice-présidents : docteurs Pierre Prost et Deniker; secrétaire général : docteur Jules Bongrand, 6, rue Villaret-Joyeuse, Paris (XVIIe); trésorier : docteur Lutaud.

Etaient présents à ce dîner : MM. Bongrand (Jules), Bouteron, Boutet, Cadenat, Chauvelot, Courtois-Suffit, Devraigne, Dufour, Farret, Fège, Gallet, Gaillot, Gérard (Léon), Guébel, Guillet, Gutmann, Haret, professeur Léon Bernard, Loubier, Mlle Lévy, MM. Luys, Lutaud, Merklen, Merville, Molina, Pitsch, Piot, Schaeffer, Vaillant, Valentin, Vitry.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — L'Assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. aura lieu le mardi 13 janvier à 17 h., dans la salle du Conseil de la Faculté, sous la présidence de M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — (BOURSES AUX FAMILLES NOMBREUSES DU CORPS MÉDICAL. FONDATION DU DOCTEUR ROUSSEL). — A la séance du Conseil général de l'Association générale des médecins de France du 5 décembre dernier, M. le docteur Thiéry, secrétaire général, a informé ses collègues que M. le docteur Roussel mettait, comme l'année dernière, à la disposition du Corps médical tout entier et des veuves de médecins dix bourses de 10.000 fr. chacune, destinées à venir en aide aux familles nombreuses.

Il a fait connaître qu'en 1930, les bourses ont été attribuées à sept confrères dont les familles comptent de dix-sept à neuf enfants et à trois veuves dont la situation était particulièrement digne d'intérêt. Soixante et onze membres du Corps médical avaient adressé des demandes au président de l'Association générale.

Les demandes qui n'ont pas obtenu satisfaction seront, à nouveau examinées, à condition que les intéressés les renouvellent par une simple lettre en indiquant, s'il y a lieu, les modifications qui pourraient être survenues dans leur situation.

Le règlement pour l'attribution des bourses est le suivant :

ART. 1er. — Les dix bourses familiales du Corps médical dues à la générosité de M. le docteur Roussel seront attribuées chaque année par un jury composé de douze membres comprenant : le président de l'Association générale des médecins de France, président: le secrétaire général et le tré-

sorier général de cette Association; M. le docteur Roussel ou son délégué, et cinq membres désignés par le Conseil général à sa réunion mensuelle de janvier, un délégué de la Confédération des syndicats, un délégué de la Société des femmes et enfants de médecins, un délégué du Service de santé militaire et un délégué de l'Association des médecins de la Seine.

ART. 2. — Les bénéficiaires seront des médecins civils ou militaires, français d'origine, ou des veuves de médecins non remariées, faisant partie ou non d'une association professionnelle.

Les candidats devront avoir au moins cinq enfants vivants à leur charge.

ART. 3. — L'attribution en sera faite par le jury sur demande des intéressés, adressée par eux-mêmes ou par toute Association professionnelle ayant eu connaissance de la situation d'une famille de confrère intéressante.

ART. 4. — *Ces demandes devront être adressées à M. le président de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi*, avant le 1er mai; elles seront enregistrées au siège de l'Association sur un carnet spécial, dans l'ordre de leur arrivée, et assurées de la plus grande discrétion.

ART. 5. — Elles devront exposer la situation matérielle du pétitionnaire et être accompagnées :

1° Des bulletins de naissance des enfants à sa charge et de la situation actuelle de chaque enfant;

2° Des renseignements contenus dans un questionnaire d'un modèle annexé au règlement.

ART. 6. — Le jury chargé d'examiner les demandes se réunira avant le 15 juin et désignera les confrères ayant obtenu la bourse avant le 1er juillet.

Il pourra, par des enquêtes discrètes auprès des groupements professionnels du département, faire contrôler les affirmations contenues dans les demandes ou le questionnaire.

ART. 7. — L'attribution se fera par vote au bulletin secret au sein de la Commission et à la majorité des voix des membres présents.

ART. 8. — Ces bourses seront attribuées une seule fois à la même personne.

ART. 9. — Elles seront mandatées aux intéressés par les soins du trésorier de l'Association après entente avec M. le docteur Roussel, dans les quinze jours qui suivront leur attribution.

ART. 10. — Si la totalité des bourses n'a pu être attribuée une année, faute de demandes, les bourses ainsi disponibles pourront être accordées l'année suivante.

ART. 11. — La liste des bénéficiaires ne sera jamais publiée et aucun renseignement ne sera jamais donné sur leur identité.

Les confrères se trouvant dans les conditions requises par ce règlement devront adresser leur demande avant le 1er mai au siège de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-midi, et le questionnaire visé à l'art. 5, leur sera adressé directement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Maurice Labruhe (de Paris), Henri-Marc Ami (d'Ottawa).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. (Hôpital Laennec et Dispensaire Léon-Bourgeois. Professeur : M. Léon BERNARD) — *Cours spécial sur la tuberculose*, pour la préparation aux fonctions de médecin de dispensaire et médecin de sanatorium, organisé sous les auspices du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. Léon Bernard et Robert Debré, avec la collaboration de MM. Rist, Paraf, Lelong, Vallée, Maingot, Biraud, Evrot, Guinon, Calvé, Vitry, Baron, Poix, Soulas, Valtis, Lamy, Ch. Mayer, J. Marie, Pellissier, Triboulet, Bonnet, Mlle Gauthier-Villars, M. Olivier.

Ce cours, d'une durée de trois mois, comprendra deux parties :

Première partie : A la Clinique, du 12 janvier au 7 février 1931. Cette partie est composée de 40 leçons, d'exercices cliniques comportant la sélection des malades de préventoriums et sanatoriums, de manipulations de laboratoire, de manipulations radiologiques, de démonstrations de la technique du pneumothorax artificiel et des autres thérapeutiques de la tuberculose.

Deuxième partie : stages dans des dispensaires et des sanatoriums :

1° Du 9 février au 21 mars : au dispensaire Léon-Bourgeois (Ier et IIe arrondissements) et dans d'autres dispensaires urbains et de banlieue de l'Office de la Seine.

Les élèves seront répartis par petits groupes qui suivront alternativement les consultations de ces différents dispensaires.

Durant cette période, des visites seront faites aux centres du placement familial des Tout-Petits, ainsi qu'à des préventoriums, des sanatoriums et d'autres organisations antituberculeuses (Comité national, Office national d'hygiène sociale, Office départemental de la Seine, etc.).

2° Du 21 mars au 4 avril : dans un ou plusieurs sanatoriums de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Le certificat d'assiduité à ce cours de perfectionnement, comprenant les stages, permet l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats à ces postes un certain nombre de bourses. S'adresser à M. le directeur général du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les droits d'inscription sont de 600 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., guichet n° 4.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 14 janvier. — Jury : MM. Bernard, président; Lemierre, Loeper et Abrami. — M. RAOUL-DUVAL. La cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. — M. BICHARA-FAKRI. Les myosites streptococciques. — M. VITENSON. Etude de la pepsine sur la pression artérielle.

Jeudi 15 janvier. — Jury : MM. Carnot, président; Lenormant, Laignel-Lavastine et Proust. — Mlle BLEU. Sur l'hippocratisme digital dans les endocardites.

Vendredi 16 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, Lesbouyries et Panisset. — M. GÉRARD. La maladie des nouveau-nés.

REVUE GÉNÉRALE

LES ANÉMIES APLASTIQUES

ÉTUDE CLINIQUE, ANATOMIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Par M. P. BAIZE,
Interne des hôpitaux de Paris,

On réserve le nom d' « aplastiques » à des anémies du type pernicieux (au-dessous de 1.500.000 hématies par millimètre cube) dans lesquelles la déglobulisation ne s'accompagne d'*aucun symptôme de réparation sanguine*, c'est-à-dire au cours desquelles on ne constate dans le sang ni hématies nucléées, ni myélocytes, ni modifications des globules rouges.

Ces anémies ont été longtemps décrites *dans le cadre général de l'anémie pernicieuse* dont elles ne constituaient qu'une variété rare, mais extrêmement grave. En réalité, cette conception n'est plus valable actuellement : l'anémie aplastique *se sépare nettement de la maladie de Biermer*, non seulement par ses caractères hématologiques, mais encore par son allure évolutive beaucoup plus aiguë, par la nature de ses lésions, par sa pathogénie même; son substratum anatomo-physiologique semble être, en effet, l'*épuisement total du sytème hématopoiétique* et plus particulièrement *de la moelle osseuse* qui se montre à l'autopsie jaune, graisseuse, quiescente.

Ainsi, tandis que les anémies pernicieuses plastiques, avec leur moelle rouge, reviviscente, semblent être avant tout des *anémies par hémolyse*, c'est-à-dire liées à une destruction ou à une déperdition globulaire exagérée, que n'arrive plus à compenser l'effort réactionnel de la moelle, l'anémie aplastique, au contraire, se présente essentiellement comme *une anémie par anhématopoïèse*, dans laquelle la source même des hématies est tarie.

Il peut d'ailleurs exister entre ces deux types des formes de transition, dites hypoplastiques ou métaplastiques suivant l'importance ou le mode de la réaction médullaire; d'autre part, une anémie plastique peut se transformer en anémie aplastique vers la fin de son évolution.

Il n'en reste pas moins que l'anémie aplastique, dans ses formes typiques, se présente comme *une entité nosologique bien individualisée* au triple point de vue anatomique, clinique et hématologique ; son intérêt s'accroît encore du fait des rapports intimes qui l'unissent à d'autres syndromes hématologiques notamment à l'agranulocytose et à certains purpuras hémorragiques.

Historique. — L'anémie aplastique a été signalée pour la première fois par Ehrlich en 1888 (49), étudiée par Vaquez et Aubertin en 1904 (85), puis par Aubertin qui en a fixé les principaux caractères cliniques et hématologiques dans son excellente thèse de 1905 (2). La thèse d'Accolas (1) est une bonne étude critique où sont résumées, classées et discutées toutes les observations d'anémie aplastique publiées jusqu'alors (1910).

En 1915, E. Frank (de Breslau décrit (8) sous le nom d'*aleucie hémorragique* une affection caractérisée par une anémie intense, des hémorragies profuses, de la leucopénie et de la thrombopénie, et attribue cet état à la déficience totale des fonctions de la moelle osseuse, à la « panmyélophtisie ». On a dit à tort que ces faits d'aleucie appartenaient à l'agranulocytose ; en réalité, il est impossible de ne pas reconnaître dans la description de Frank les traits essentiels de l'anémie aplastique tels que nous les étudierons plus loin, à l'importance du syndrome hémorragique près.

Depuis une dizaine d'années, un assez grand nombre d'observations ont été publiées sous le nom d'anémie aplastique ; Aubertin en réunissait 95 en 1927 (1 *bis*) et ce nombre s'est encore accru depuis. Mais ces observations sont loin d'avoir toutes égale authenticité, et leur lecture montre au contraire qu'un grand nombre d'entre elles n'ont d'aplastique que le nom et concernent des faits assez différents : purpuras, leucémies, anémies banales, voire anémies plastiques du type Biermer! Telles sont les observations de Bloch (34), de Cade (37), de Roubier (Th. de Lyon 1909, obs. XXXIV et XXXV), de Thomas et Rolleston (156 *bis*), de Vedel, Vidal et Chaptal (86), de Jambon et Duponnois (90 *bis*), de Dimitresco-Hante (148), d'Accolas et Devic (*in* thèse d'Accolas), de Dyke [obs. IV] (46).

Inversement d'assez nombreux cas ont été rapportés sous des rubriques diverses : myélophtisie, érythrophtisie, thrombopénie, agranulocytose ou même purpura hémorragique, qui concernent certainement des anémies aplastiques.

Les raisons de cette incertitude et de cette complexité descriptives sont en partie d'ordre terminologique ou tiennent à ce qu'il s'agit de faits assez voisins, entre lesquels existent de nombreuses formes de transition. C'est dans l'espoir de mettre un peu d'ordre dans la question et parce que nous avons eu récemment l'occasion d'observer deux cas d'anémie aplastique, l'un avec M. Gandy (54), l'autre avec P.-N. Deschamps (44) que nous avons entrepris cette étude.

* * *

Les anémies aplastiques offrent un ensemble de symptômes cliniques et hématologiques remarquablements constants, de sorte que les observations paraissent calquées les unes sur les autres. Seule, l'étiologie varie suivant les cas : tantôt, l'anémie *est nettement secondaire*, le plus souvent à une action toxique ou radioactive; tantôt l'enquête étiologique la plus serrée ne révèle rien ; l'on dit alors que l'anémie aplastique est *cryptogénétique* ou « essentielle ». C'est cette dernière forme que nous prendrons comme type de description.

I. L'ANÉMIE APLASTIQUE ESSENTIELLE

Etiologie. — Il s'agit d'une *affection rare*, puisque le nombre des cas authentiques actuellement publiés dépasse à peine la centaine. *Les deux sexes* semblent frappés avec une égale fréquence : 49 hommes et 47 femmes, sur 96 observations que nous avons pu nous procurer; l'âge est un facteur plus important, et il est certain que l'anémie aplastique apparaît surtout *chez des sujets jeunes*, au-dessous de trente

ans, ou même chez des adolescents et des enfants, sans que cela ait toutefois rien d'absolu, puisqu'on a pu l'observer chez des sujets de cinquante-cinq ans (Cade); cinquante-sept ans [Stones (80), Caussade et Schœffer (40), Kœhler (59)]; soixante-sept ans même [O'Malley (64)] Elle est exceptionnelle chez le nourrisson; cependant, le professeur Lereboullet et M. Lelong en ont récemment rapporté un exemple remarquable (62).

L'anémie débute en général en pleine santé, chez des sujets à antécédents peu chargés. Toutefois, on a signalé assez souvent chez ces malades *une pâleur* remontant à plusieurs années ou même à l'enfance [Pasteur (73), Blumenthal (5), Dalton (48), De Massary et M. P. Weil (141), Sabrazès, Micheleau et Mandillon (83)]; une légère tendance aux hémorragies [Lavenson (13), cas V de Dyke, cas I de Zeri (89)]; de l'anémie chez les collatéraux (Vaquez et Aubertin). D'autre part, un certain nombre d'auteurs insistent sur le fait que l'anémie aplastique éclate souvent chez des sujets chétifs, malingres [Ehrlich, Muir (72), Accolas, Schaumann (81)] ou en état de misère physiologique (Dalton).

Le rhumatisme articulaire aigu a été quelquefois noté, notamment dans les deux premières observations de Dyke, dans l'observation I de Babonneix et Tixier (32), dans le cas de Baisch (135). Morawitz (cité par Koehler) a observé un cas d'anémie aplastique consécutif à une fièvre typhoïde; chez le malade de Rieux et Delater (74), l'anémie aurait débuté peu de temps après une vaccination antityphique.

Schelling (cité par Koehler) a vu l'anémie aplastique survenir après une atteinte de sprue. D'une façon générale, *les troubles digestifs* et plus particulièrement *la diarrhée* se retrouvent très souvent dans les antécédents de ces malades; il en était ainsi chez un homme de quarante-cinq ans que nous avons observé avec M. Gandy, et qui, depuis l'âge de dix-huit ans, à la suite d'une thyphoïde, présentait une diarrhée chronique : l'anémie grave se déclencha chez lui après une crise plus intense et plus prolongée que d'habitude.

Quoi qu'il en soit, ces circonstances étiologiques sont trop banales et trop diverses pour qu'on puisse en faire état : l'étiologie de la plupart des anémies aplastiques reste actuellement inconnue.

Symptômes. — Début. — Il est assez difficile de faire préciser par le malade l'époque où sont apparus les troubles qui l'amènent à consulter; mais, ce qui est certain, c'est que le début *est rapide : en deux ou trois semaines* au plus, les symptômes s'accentuent au point d'obliger les sujets à cesser tout travail ou même à s'aliter.

Le premier signe est *la pâleur*, qui ne tarde pas à frapper l'entourage du malade, et qui s'accroît de jour en jour; il s'y joint *une asthénie* de plus en plus marquée, de la *céphalée*, des *vertiges*, des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, de la dyspnée d'effort; des algies osseuses ou rhumatoïdes, ne sont pas rares (Dyke, Koehler II).

A ces signes initiaux s'ajoutent dans nombre de cas *des manifestations hémorragiques* plus ou moins discrètes, consistant surtout en épistaxis, en gingivorragies, en purpura, en règles anormalement abondantes et prolongées.

La rapidité avec laquelle se développent et s'intensifient ces divers symptômes est caractéristique. Des examens de sang pratiqués fortuitement chez un sujet *quatre mois seulement* avant l'apparition d'une anémie aplastique, n'ont révélé aucune modification notable du nombre des hématies (Aubertin). Et cependant, il n'est pas rare de constater dès le début clinique de l'affection des chiffres globulaires *déjà très abaissés* : 2.000.000, 1.500.000, ou même moins.

Etat. — En peu de temps, *l'aspect du malade est celui d'un grand anémique*. Rien ne distingue, du reste, au point de vue clinique, cet aspect de celui que présente un sujet atteint d'anémie pernicieuse commune ou de leucémie aiguë : seul l'examen hématologique permet la différenciation.

a. Signes cliniques. — On est frappé d'emblée par *l'extrême pâleur du sujet*: les téguments ont pris une teinte cireuse, souvent un peu jaunâtre, que l'on a justement comparée à « la pâleur de la mort » et qui peut en imposer pour du subictère. Les lèvres sont exsangues, les muqueuses sont décolorées, les conjonctives blanc jaunâtre. Fait remarquable, *le visage n'est pas amaigri*, mais, au contraire, plutôt légèrement bouffi; d'une façon générale, l'embonpoint du sujet est conservé. Il peut exister des *œdèmes* malléolaires, mous, bilatéraux, mais ceux-ci sont moins fréquents que dans l'anémie pernicieuse commune. Presque constamment, les téguments présentent du *purpura*, ordinairement discret.

L'intensité de la déglobulisation entraîne *une asthénie profonde*, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, de la dyspnée, des tendances aux lipothymies à l'occasion des mouvements, ensemble de symptômes que l'on constate aussi dans l'anémie de Biermer, mais qui revêt ici une intensité particulière. L'appétit est ordinairement conservé; il y a peu de troubles digestifs (sauf à la fin de l'évolution); les malades restent apyrétiques dans les deux tiers des cas environ.

L'importance du *syndrome hémorragique* varie d'un malade à l'autre; le plus souvent elle est minime, tout se borne à des poussées purpuriques discrètes au niveau des membres inférieurs, à quelques épistaxis ou gingivorragies. Mais parfois la multiplicité des hémorragies (hémorragies bucco-pharyngées, hématémèses, melæna, metrorragies, hématuries, etc.), leur abondance, leur irréductibilité, permettent d'individualiser une forme spéciale, qui n'est autre que l'« aleucie hémorragique » de Franck. *Les hémorragies rétiniennes* méritent une place à part, en raison de leur constance et de la précocité de leur apparition : elles entraînent une diminution rapide de l'acuité visuelle avec sensation de brouillard devant les yeux. Dans l'observation V de Dike (46), une femme de cinquante-trois ans, atteinte d'anémie aplastique, avait présenté une cécité unilatérale à début brusque coïncidant avec une poussée de purpura généralisé.

L'examen somatique est à peu près négatif. Le *foie* ne semble pas sensiblement modifié. *La rate paraît le plus souvent petite*, non décelable à la palpation,

ni même à la percussion; elle peut dans quelques rares cas s'hypertrophier et devenir palpable [obs. I et II de Dyke, Dalton, Mussio-Fournier (66)], Stotzik et Galperin (84), au moins passagèrement. *Les ganglions* restent indemnes et c'est à titre exceptionnel qu'on a pu noter des adénopathies cervicales (Mussio-Fournier) ou sous-maxillaires [Reid (75)].

Les bruits du cœur sont assourdis et l'auscultation permet constamment d'entendre dans la région de la base un ou plusieurs *souffles*, légers, protosystoliques, variables, vraisemblablement extra-cardiaques. Le pouls est peu modifié, régulier, parfois un peu hypotendu. Les poumons sont normaux.

Le système nerveux est presque toujours indemne, contrairement à ce qui se passe dans les anémies pernicieuses communes, type Biermer, où il est assez fréquent d'observer des signes d'atteinte pyramidale plus ou moins caractérisée, allant parfois jusqu'à la paraplégie spasmodique (— syndromes neuro-anémiques). Cependant Babonneix et Tixier (obs. I) ont vu l'association d'une paraplégie spasmodique et d'une anémie aplastique; paraplégie spasmodique aussi dans l'observation de Vedel, Vidal et Chaptal (86), observation qui, du reste, ne concerne peut-être pas une anémie aplastique véritable.

Les urines sont pâles, abondantes et ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni excès d'acide urique comme dans les leucémies. Les chlorures sont diminués, mais il est habituel de constater de l'hyperazoturie et de la phosphaturie. L'absence d'urobiline urinaire est de règle; d'autre part, Schneider (19) a montré que le suc duodénal est beaucoup moins riche en urobiline et en urobilinogène que dans l'anémie pernicieuse commune.

b. SIGNES HÉMATOLOGIQUES. — L'examen du sang présente la plus grande importance, puisque seul il permet d'affirmer le diagnostic d'anémie aplastique. De plus, il montre, dans les cas où l'on a pu le pratiquer de façon suffisamment précoce, que l'anémie aplastique n'est presque jamais l'aboutissant d'une anémie grave orthoplastique, mais qu'il s'agit à peu près toujours *d'une anémie aplastique d'emblée.*

La formule hématologique est d'ailleurs des plus simples : schématiquement, elle comporte l'association d'une anémie extrême, d'une leucopénie polynucléaire et de thrombopénie, sans signes de réaction des organes hématopoiétiques.

1° *L'anémie.* — Le nombre des hématies est *formidablement diminué*, et cela de façon très précoce ainsi que nous l'avons vu précédemment. Le fait le plus caractéristique est la *marche rapide, progressive, presque régulière* de la déglobulisation; on a vu le chiffre des hématies tomber de

1.231.000	à	475.000	en	8 jours	[P.-N. Deschamps et Baize]
1.900.000	—	800.000	en	10 —	[Mussio-Fournier].
1.175.000	—	362.000	en	25 —	[Stones (80)].
3.040.000	—	1.450.000	en	30 —	[Dyke, obs. II].
850.000	à	300.000	en	6 semaines	[Vaquez et Aubertin].
2.616.000	à	650.000	en	2 mois 1/2	[Carslaw et Dunn (90)].
1.828.000	à	606.000	en	2 mois 1/2	[Schaumann (81)].

La diminution des hématies semble parfois proportionnelle aux temps et se fait de façon inexorable, en dépit de toute thérapeutique; les transfusions n'améliorent l'anémie que d'une façon toute transitoire, et les globules rouges du donneur semblent détruits en trois ou quatre jours, au plus. Ainsi s'expliquent les chiffres extrêmement faibles que l'on a constatés aux périodes ultimes de la maladie : 462.000 hématies par millimètre cube [Gandy et Baize], 450.000 [Rieux et Delater (74)], 310.000 [Kanno], 300.000 [Vaquez et Aubertin], 213.360 [Ehrlich].

L'*hémoglobine est également diminuée,* dans la même proportion que le nombre des hématies, de sorte que la *valeur globulaire reste voisine de l'unité.* Lorsqu'elle est augmentée (ce qui est exceptionnel), la valeur globulaire ne dépasse guère 1,2 ou 1,3; dans l'observation de Sabrazès, Micheleau et Mandillon (83), elle oscillait entre 1,63 et 2,14, mais il n'est pas bien sûr que ce cas appartienne réellement à l'anémie aplastique. Le plus souvent, la valeur globulaire est légèrement inférieure à l'unité; sur 19 cas, Cabot (36) trouve une valeur moyenne de 0,8 (10 cas au-dessous de l'unité, 9 cas à l'unité et au-dessus). Parfois elle semble s'abaisser parallèlement au chiffre des hématies, par exemple de 0,84 à 0,74 dans le cas de O'Malley (64), — de 1,0 à 0,60 dans celui de Caussade et Schœffer (40). La constatation d'une valeur globulaire égale ou inférieure à l'unité a son importance pour le diagnostic, car dans l'anémie pernicieuse commune, plastique, elle est toujours franchement augmentée, entre 1,5 et 2 par exemple.

Ces modifications quantitatives sont à peu près les seules que présente la série rouge dans l'anémie aplastique. Cependant *certains signes négatifs* revêtent une grande importance. C'est ainsi que l'on ne constate *jamais de poïkilocytose.* L'*anisocytose est peu marquée* ou nulle, la plupart des hématies ayant leurs diamètres entre 6µ5 et 10µ. Il n'y a pratiquement pas de modifications tinctoriales, si l'on excepte une légère tendance à l'hyper- ou à l'hypochromie éosinophile; la *polychromatophilie manque* toujours. On ne rencontre ni hématies ponctuées, ni hématies granulofilamenteuses [Aubertin, Musser (65)]. Ces altérations morphologiques sont au contraire de règle dans l'anémie pernicieuse commune où elles sont interprétées par la majorité des auteurs comme la traduction de l'effort réactionnel de la moelle.

Mais le signe le plus frappant à cet égard est l'*absence d'hématies nucléées,* qui pour avoir toute sa valeur doit être constatée à plusieurs examens successifs (car même dans l'anémie plastique les

hématies nucléées peuvent manquer *temporairement* [Strauss, Musser, Aubertin] — et coexister avec le reste du syndrome hématologique au complet. Tantôt l'absence d'hématies nucléées est absolue et l'examen le plus minutieux de plusieurs lames de sang ne permet d'en découvrir aucune; tantôt cette absence n'est que relative, on en rencontre une ou deux, normoblastes ou mégaloblastes. Ce fait n'infirme pas le diagnostic d'anémie aplastique, il s'agit de *formes hypoplastiques* « où la réaction médullaire est avortée, au lieu d'être absente, et d'ailleurs tout aussi inefficace. » [Aubertin].

La résistance globulaire, enfin, est normale : 0,48-0,36 (Stotzik et Galperin); 0,42-0,34 [Mussio-Fournier]; 0,46-0,34 [Gandy et Baize] ou très légèrement augmentée [Aubertin, O'Malley]. Pour Musser, la résistance globulaire maxima serait diminuée, et la résistance globulaire minima normale, particularité intéressante que l'on retrouve dans l'intoxication expérimentale par la saponine qui lèse gravement la moelle osseuse [Handsick].

2° *La leucopénie.* — A l'hypoglobulie s'associe constamment *de la leucopénie*. Le nombre des leucocytes tombe ordinairement au-dessous de 2.000 au millimètre cube, et sa diminution s'accentue à mesure que progresse la maladie, comme chez le malade d'Aubertin où les globules blancs passèrent de 6.750 quatre mois avant la maladie, à 3.000, puis à 650 au cours de l'évolution, ou comme dans l'observation II de Dyke où ils tombèrent de 8.700 à 900 en un mois! On trouve souvent vers la fin de l'évolution des chiffres leucocytaires très faibles : 400 [Ugriumow et Idelsohn (109)]; 213 [Ehrlich]; 200 [cas I de Koehler (59) — cas III de Dyke]; 130 [Ellmer (52)]!

Cette leucopénie, au moins au début, intéresse *presque exclusivement les polynucléaires* dont la proportion peut tomber à 30 p. 100 [Aubertin], 25 p. 100 [Muir (72)], 14 p. 100 [Ehrlich], 10 p. 100 [Blümer (33)], 7 p. 100 [Engel (51) — cas I et II de Dyke], 6 p. 100 [Evans et Halton (50)], 2 p. 100 [cas I de Koehler] ou même être nulle [Ellmer]. En général, ce pourcentage se tient entre 20 et 30 p. 100. De cette raréfaction des éléments granuleux résulte une *mononucléose, toute relative d'ailleurs*, car le nombre absolu des éléments hyalins ne change pas, sauf aux périodes ultimes de la maladie, où il tend à s'abaisser. Au contraire, le chiffre absolu des polynucléaires tombe de 4.000 par millimètre cube (taux normal) à 1.200, 600, 300 et même moins. Chez un malade d'Aubertin, ce chiffre était de 72 (1.200 leucocytes avec 6 p. 100 de polynucléaires); chez le deuxième malade de Koehler, il n'était que de 54 (2.700 leucocytes avec 2 p. 100 de polynucléaires); enfin, il n'était que de 8 seulement dans l'observation d'Ugriumov et Idelsohn (400 leucocytes avec 2 p. 100 de polynucléaires). Ainsi à l'anémie s'associe un véritable *syndrome agranulocytaire* dont nous étudierons plus loin la signification.

La plupart des éléments blancs sont *des lymphocytes*; les rares polynucléaires que l'on rencontre sont neutrophiles; les éosinophiles et les basophiles ont complètement disparu. Fait important, le sang ne contient *pas d'éléments anormaux* et en particulier *pas de myélocytes*, comme dans l'anémie pernicieuse commune; ou bien ceux-ci sont *extrêmement rares*. Leur absence est à rapprocher de l'absence d'hématies nucléées; elle a la même signification et souligne comme celle-ci la carence formatrice de la moelle osseuse.

Notons enfin que dans quelques cas, on peut rencontrer dans le sang un petit nombre de mononucléaires non granuleux à gros noyau, à protoplasma fortement basophile, dont la morphologie se rapproche beaucoup de celle du lymphoblaste ou du « petit myélocyte orthobasophile » de Dominici (formes à réaction embryonnaire).

3° *La thrombopénie* est le troisième élément de la triade hématologique. Dans certains cas [Muir, Frank, Aubertin, O'Malley, Rieux et Delater], les plaquettes sont *pratiquement absentes :* c'est à peine si un examen patient permet d'en découvrir *quatre ou cinq par lame!* Mais le plus souvent, la thrombopénie n'est pas aussi accentuée, tout au moins dans les premiers stades de la maladie. En général les plaquettes tombent au-dessous de 100.000, ou même de 50.000 par millimètre cube; Mouzon, dans un cas d'Achard, en a compté 29.500; Wulf et Rakhman (87) en ont trouvé 18.000, puis 9.750, Ellmer 5.000 et 9.220, Sonnenfeld (23) enfin 3.200 et 2.000 seulement! Il est à remarquer que le nombre des plaquettes *diminue souvent parallèlement* à celui des hématies et des leucocytes. Chez le malade que nous avons observé avec M. Gandy, deux premières numérations nous avaient donné 18.000 plaquettes, une troisième 9.000, et au quatrième examen, ces éléments étaient devenus si rares que leur numération n'était plus possible.

A la thrombopénie correspondent des *troubles profonds de la coagulation du sang* : si *la durée* de celle-ci n'est pas modifiée et ne dépasse guère les délais normaux, atteignant neuf minutes au maximum, son mode, par contre, est profondément troublé : *l'irrétractilité du caillot* est en effet de règle, le plus souvent absolue, quelquefois incomplète (hyporétractilité). *Le temps de saignement* est un peu augmenté : neuf minutes [Sabrazès, Mussio-Fournier], six minutes et demie à treize minutes [Sonnenfeld], vingt et une minutes [Gandy et Baize], quinze à trente minutes (obs. II de Dyke); il atteignait exceptionnellement une heure quarante-sept minutes chez le malade de Wulf et Rakhman. *Le signe du lacet* est variable, assez souvent négatif, semble-t-il. Notons en passant que ces divers caractères (thrombopénie, irrétractilité du caillot, augmentation du temps de saignement, coagulation dans les délais normaux) se rencontrent aussi dans les purpuras hémorragiques et dans les syndromes que Frank a décrits sous le nom de « thrombopénie intermittente » ou « essentielle » et que P.-E. Weil a groupés sous le nom général « d'hémogénie ».

Le caillot étant irrétractile, les caractères du sérum sont le plus souvent impossibles à étudier. Toutefois, les auteurs allemands insistent sur l'absence d'urobiline et de bilirubine dans le sérum. L'urée sanguine est à son taux normal. Les hémo-

cultures, pratiquées dans la plupart des observations, sont toujours restées négatives, ainsi que la réaction de Bordet-Wassermann, bien que celle-ci n'ait peut-être pas une très grande valeur sur des sangs aussi profondément modifiés.

Évolution. — L'évolution de la maladie est rapide (« presque aiguë » dit Aubertin), régulière, progressive, et se fait en quelques mois ou même quelques semaines, vers la mort.

Cliniquement, la pâleur et l'affaiblissement s'accentuent, le teint devient jaune verdâtre, la voix est faible, le malade se nourrit de plus en plus difficilement et finit par présenter un état syncopal au moindre mouvement ou seulement quand on le bouge. La vue baisse du fait des hémorragies rétiniennes, et l'ouïe peut être intéressée de la même façon. Dans les derniers jours de l'évolution, l'appétit se supprime, des vomissements et de la diarrhée, parfois des œdèmes apparaissent. Il est presque constant de voir survenir à cette période *des manifestations hémorragiques*, ou celles-ci s'intensifier, si elles existaient déjà.

Hématologiquement, le chiffre des hématies s'abaisse de plus en plus, la valeur globulaire diminue dans la même proportion, la leucopénie et la thrombopénie s'accentuent.

La mort est la terminaison inéluctable de l'anémie aplastique; elle survient dans un délai qui peut aller de trois semaines à quatre mois, mais *qui excède rarement cinq ou six semaines;* la période de début n'est pas comprise dans cette évaluation, car sa latence empêche d'en fixer avec certitude la durée, mais celle-ci semble courte.

Des *complications* peuvent d'ailleurs venir raccourcir l'évolution : elles sont identiques à celles que l'on observe au cours des anémies pernicieuses communes, et consistent en *broncho-pneumonies*, en *accidents hémorragiques graves*, en *suppurations* diverses qui ne produisent ici qu'une leucocytose modérée. Cependant, dans l'observation de Dalton (48) concernant une anémie aplastique avec chiffre leucocytaire passé de 9.800 à 800 en cinq mois, il s'était produit, à l'occasion d'un abcès alvéolaire *coïncidant* avec une otite purulente, une leucocytose à 57.000. A noter d'ailleurs l'assez grande fréquence des complications oto-rhino-laryngologiques, signalées par Hart (139), Borzhim (137), Dalton, etc.

Formes cliniques. — Telle est la forme habituelle de l'anémie aplastique, celle que l'on observe dans le plus grand nombre des cas, toujours identique à elle-même ou ne différant que par des détails, au point que les observations paraissent stéréotypées. Cependant la prédominance de certains symptômes permet d'individualiser quelques formes cliniques, rares à la vérité, parmi lesquelles nous retiendrons surtout la *forme fébrile*, la *forme hémorragique* et la *forme avec réaction embryonnaire*.

a. **Forme fébrile.** — Il est assez fréquent (1/3 des cas) de constater, au cours de l'anémie aplastique, de la fièvre, tantôt continue, tantôt rémittente ou même intermittente. La température oscillait entre 36°2 et 39°5 dans le cas de Dalton, de 38 à 39 degrés dans l'observation de Chauffard (43), de 37°5 à 39 degrés chez la malade dont nous avons rapporté l'histoire avec P.-N. Deschamps; elle se maintenait en plateau aux environs de 39 degrés dans l'observation II de Dyke et dans celle d'Engel. Cette fièvre fait souvent place à l'hypothermie au stade ultime de l'évolution; elle ne paraît pas en rapport avec une infection comme le prouvent le résultat constamment négatif des hémocultures, et la fréquence de l'hyperthermie dans certaines anémies aplastiques manifestement toxiques, secondaires à l'action du benzol par exemple.

b. **Forme hémorragique.** — Cette forme n'est somme toute que l'exagération de la tendance hémorragique habituelle dans l'anémie aplastique; elle est caractérisée par son allure aiguë, sa gravité, et surtout par l'importance des hémorragies : nasales, gingivales, buccales, viscérales, cutanées, etc. Elle correspond exactement à l'affection que Frank a décrite en 1915 sous le nom d' « aleucie hémorragique » et que certains auteurs rattachent à tort à l'agranulocytose. Une observation d'Aubertin, les cas de Dalton, de Dyke (obs. V) de Wulf et Kakhman, d'Olinescu et Antal, rentrent dans ce groupe. Chez la malade de trente-deux ans que nous avons observée avec P.-N. Deschamps, le début s'était fait par des gingivorragies, des épistaxis, des métrorragies abondantes; les globules rouges étaient passés de 1.231.000 à 475.000 en huit jours, il y avait 2.000 leucocytes dont 24 p. 100 de polynucléaires et 68.000 plaquettes; le temps de saignement était de onze minutes et demie, la coagulation se faisait en sept minutes; le signe du lacet était négatif. L'évolution entrecoupée d'hémorragies incessantes fut mortelle en moins d'un mois.

Des cas analogues ont été publiés par Hirschfeld (55) sous le nom de « diathèse hémorragique grave avec atrophie de la moelle osseuse » et par Deganello (47), sous celui de « purpura hémorragique avec anémie aplastique ». Il s'agit dans ces observations de faits très voisins des purpuras hémorragiques, mais qui s'en distinguent néanmoins par l'importance prépondérante du syndrome anémique (que n'expliquent pas les pertes sanguines) et par l'existence dans les purpuras d'un retard de coagulation qu'on ne rencontre pas dans l'anémie aplastique.

Cette forme hémorragique est celle qu'affectent le plus volontiers les anémies aplastiques secondaires à l'intoxication benzénique ou arsénobenzénique.

c. **Formes à réaction embryonnaire.** — Il s'agit de formes ayant tous les caractères de l'anémie aplastique, évoluant comme celle-ci de façon rapide, mais au cours desquelles on constate, dans le sang circulant, la présence d'un assez grand nombre de petites cellules à noyau rond, à protoplasma hyalin et fortement basophile, voisines des lymphoblastes, dont la proportion peut s'élever à 20 ou à 30 p. 100. A l'autopsie, la moelle présente une coloration rosée et contient quelques foyers hyperplasiques constitués presque exclusivement de lymphocytes

et de lymphoblastes. Peuvent être rattachées à cette forme les observations de Senator (79), de Lesné, Clerc et Loederich (60), d'Aubertin et G. Michaux, de Sappington, de Blümer (33), de Carslaw et Dunn (90), de Nobécourt, Géraud et Ch. Richet fils (154), observations publiées sous des noms divers : « anémie pernicieuse avec transformation lymphadénoïde de la moelle », « lymphomatose aleucémique ou anémie pernicieuse », « anémie aiguë myéloblastique », etc.

Ces formes embryonnaires doivent être considérées, ainsi que le dit Aubertin, comme « des sous-variétés d'anémie aplastique où la réaction médullaire est avortée, au lieu d'être absente, et d'ailleurs tout aussi inefficace ». Leur diagnostic offre parfois de sérieuses difficultés avec certaines formes de leucémie aiguë, ainsi qu'y a insisté Opitz (16).

Anatomie pathologique. — A l'autopsie d'un sujet mort d'anémie aplastique on rencontre deux sortes de lésions : les unes *banales*, analogues à celles que l'on constate dans toutes les anémies graves, les autres *plus spéciales,* médullaires et spléniques, caractéristiques de l'anémie aplastique.

1° **Lésions banales, hémolytiques.** — Elles consistent en une *pâleur extrême* de tous les organes; — en *suffusions sanguines*, véritable purpura interne, particulièrement nombreuses sur le péricarde, les plèvres, le péritoine, la muqueuse gastrique [Wallgren (26)] et parfois aussi rencontrées sur les méninges [Dalton], dans le myocarde [de Massary et M. P. Weil (141) — Pasteur (73) — Caussade et Schœffer (40)], dans le cerveau [Reid (75)]; — en *épanchements* des séreuses souvent hémorragiques [Lavenson, Blumenthal, Gandy et Baize].

La plupart des organes et en particulier le foie, les reins, le myocarde, l'épithélium gastrique, présentent des signes de *dégénérescence graisseuse* ou même de nécrose. Lavenson, Stones ont décrit des lésions de néphrite aiguë parenchymateuse; Muir (72) a signalé la dégénérescence graisseuse des petits vaisseaux de tout l'organisme.

Il existe constamment des *dépôts de pigment ferrique* dans le foie, la rate, les reins, les testicules même [Pasteur], mais ces dépôts ne sont jamais aussi importants que dans l'anémie pernicieuse commune. La surcharge ferrique présente toutefois un certain intérêt pathogénique car elle est le témoin d'une *hémolyse exagérée,* d'origine parfois récente comme le prouve son aspect histologique [Stones].

Les ganglions sont normaux; le tube digestif ne présente pas de lésions notables, contrairement à ce qu'on constate dans une affection qui a de nombreux rapports avec l'anémie aplastique dans l'agranulocytose.

2° **Lésions particulières à l'anémie aplastique.** — Ce sont avant tout des *lésions médullaires*.

Macroscopiquement, la moelle osseuse (au fémur, au tibia comme aux os plats) se montre *jaunâtre ou grisâtre, graisseuse*, en totalité, ou parfois avec persistance de quelques petits foyers rougeâtres, toujours moins nombreux que normalement. Cet état est donc bien différent de celui qu'on observe au cours des anémies pernicieuses communes, plastiques, dans lesquelles la moelle reprend son aspect fœtal, redevient rouge, hyperactive et se montre au microscope gorgée de cellules hématiques à tous les stades de leur développement.

Dans l'anémie aplastique, rien de tel. La moelle est au contraire *très pauvre* en éléments figurés, et formée à peu près exclusivement de *vésicules de graisse* qui vidées par les réactifs lui donnent les classiques aspects de « lipome » ou de « moelle de sureau ». Entre ces vésicules ne sont visibles que de *rares cellules :* quelques hématies, quelques lymphocytes et mononucléaires à protoplasma basophile et c'est tout; fait essentiel, la moelle ne contient pratiquement ni hématies nucléées, ni leucocytes granuleux, ni mégacaryocytes. Parfois, au niveau des points rouges, on découvre quelques mégaloblastes à noyau dégénérescent, quelques myélocytes ou macrophages, mais ces éléments sont toujours très rares.

Enfin, nous avons signalé que dans certains cas, à la vérité exceptionnels (formes embryonnaires), la moelle pouvait présenter une réaction hyperplasique presque exclusivement lymphoïde (lymphocytes et lymphoblastes).

La moelle osseuse jaune, quiescente, inactive, caractérise anatomiquement l'anémie aplastique. Par ailleurs, il faut insister sur la *microsplénie*, à peu près constante; la rate (sauf en quelques observations : Dyke, Dalton, Mussio-Fournier, Stotzik et Galperin) est presque toujours atrophiée et parfois *très petite* [35 et 45 grammes dans deux observations d'Aubertin — 90 grammes Cade], 105 grammes [Pasteur], 107 grammes [Ellmer], 108 grammes [Evans et Halton], 110 grammes [Gandy et Baize], 140 grammes [Reid], faits qui cadrent mal avec l'hypothèse d'une origine hémolytique de l'anémie aplastique.

II. LES ANÉMIES APLASTIQUES SECONDAIRES

Alors que l'obscurité la plus complète entoure l'origine d'un grand nombre de cas d'anémie aplastique, pour d'autres au contraire nous possédons des données étiologiques certaines : nous voulons parler *des anémies aplastiques secondaires*, soit à une *intoxication* (par les corps benzéniques surtout) soit à l'action *des radiations* (rayons X, radium, thorium). On a également signalé des anémies aplastiques consécutives à une infection, à une parasitose intestinale, à l'état gravidique, etc., mais les formes toxiques et radio-actives sont de beaucoup les plus importantes.

Rien ne différencie cliniquement les anémies aplastiques secondaires des anémies aplastiques essentielles; leurs symptômes hématologiques, leur évolution, leur pronostic, leurs lésions sont les mêmes. Aussi la connaissance des premières est-elle du plus haut intérêt pour la clarté qu'elles projettent sur la pathogénie et la nature des secondes.

A. Anémie aplastique d'origine toxique. —

1° Anémies aplastiques dues au benzène. — Depuis une trentaine d'années, un certain nombre d'auteurs, et parmi eux Santesson [de Stockholm] (98),

Barker, Selling [de Baltimore] (99), Ch. Flandin et Roberti (95), Faure-Beaulieu et Lévy-Brühl (94), Crémieu (93), Röhner, Baldridge et Haussmann (97), Laignel-Lavastine, R. Lévy et Desoille (96), Askey (91), Sweeney (101), Vercellotti (102), — ont rapporté des observations d'intoxication professionnelle par le benzène où l'on retrouve les caractères essentiels de l'anémie aplastique : anémie intense du type arégénératif, leucopénie et thrombopénie, syndrome hémorragique, le tout évoluant de façon aiguë, avec une fièvre élevée, et une évolution presque toujours mortelle. Suivant la prédominance symptomatique, ces faits sont étiquetés tantôt « anémies aplastiques » [comme dans les observations précédentes], tantôt « purpuras hémorragiques » [comme dans les cas déjà anciens de Le Noir et Claude et de Julien et Borin].

Ces observations concernent presque toutes des sujets jeunes, femmes le plus souvent, que leur profession expose à respirer des vapeurs de benzène ; fabrication ou réparation de pneumatiques [Santesson, Flandin et Roberti], essorage du pyramidon; fabrication d'imperméables [Laignel-Lavastine]; dégraissage et teinture. Dans l'observation de Spiegler (100) il s'agissait d'un leucémique qui après un traitement par le benzol mourut rapidement avec de l'anémie, du purpura et une leucopénie à 1.400,

En général, les accidents n'apparaissent pas dès le début de l'intoxication, mais après une assez longue phase de latence [douze ans chez un malade de Faure-Beaulieu et Lévy-Bruhl]. Il s'agit parfois de formes légères, curables, mais bien plus souvent le benzène donne lieu à la production de *formes graves, rapidement mortelles*, revêtant l'allure clinique d'un purpura infectieux hémorragique. La malade de Flandin et Roberti, âgée de vingt-sept ans, passe *en vingt jours* de 2.110.000 à 774.000 hématies, de 1.680 à 1.160 leucocytes avec 2 p. 100 seulement de polynucléaires; le caillot était irrétractile, le temps de saignement atteignait une heure et demie, à l'autopsie la moelle était aplastique : la rate pesait 100 grammes. Dans l'observation de Laignel-Lavastine, R. Lévy et Desoille, concernant une jeune fille de dix-neuf ans, la mise en œuvre des transfusions et l'emploi des méthodes de Whipple et de Walinski n'empêchèrent pas la chute des hématies de 2.120.000 à 700.700 *en onze jours*, ni celle des leucocytes de 1.200 à 600 avec 14 p. 100 de polynucléaires; il n'y avait que 42.000 plaquettes au millimètre cube. Même tableau chez le malade de Rohner, Baldridge et Haussmann [860.000 hématies, 1.400 blancs (dont 13 p. 100 de polynucléaires), 70.000 plaquettes] et chez une des trois malades de Selling [hématies passées en quelques jours de 1.090.000 à 640.000, leucocytes de 1.280 à 600, puis à 140 avec 4 p. 100 de polynucléaires]. Parfois [Laignel-Lavastine, Faure-Beaulieu et Lévy-Brühl] il existe des signes d'irritation pyramidale, ébauche d'une paraplégie spasmodique analogue à celle qu'on observe dans les syndromes neuro-anémiques, sans lésions histologiques des centres nerveux.

Cette action désastreuse du benzène sur l'hématopoièse, si évidente en clinique, a été vérifiée par de nombreuses recherches expérimentales. Les travaux de Selling, de Launoy, de Lévy-Brühl (103 *bis*), de Bunting (92), la thèse de R. Delarue [Paris, 1920] ont montré que le benzène est avant tout *un poison des globules blancs* et en particulier des *leucocytes granuleux*, fait qui avait en 1912 donné à von Koranyi l'idée de traiter la leucémie myéloïde par le benzol. De plus Dike a établi expérimentalement que le benzène possède *une action thrombopénique puissante* et diminue la coagulabilité du sang. Quant à l'action sur les hématies, elle a été trouvée, par les auteurs précités, par Tahara, par Langlois et Desbouis, *faible, inconstante et difficile à réaliser*. Et cependant cette action n'est pas douteuse en pathologie humaine.

Au total, on sait actuellement de façon certaine, par l'observation clinique et l'expérimentation, que le benzène est capable de réaliser des états pathologiques extrêmement graves, étiquetés suivant les cas « anémies aplastiques », « purpuras hémorragiques » ou même « agranulocytoses », états très voisins au fond, et traduisant les uns et les autres la lésion grave et souvent irrémédiable de la moelle osseuse. De ces notions découle une conséquence pratique : la nécessité de réglementer l'emploi du benzène dans l'industrie et d'assurer la protection du personnel ouvrier ainsi que la Société de médecine légale en a émis le vœu, à la suite de la communication d'Œttinger en 1922.

2° Anémies aplastiques dues aux arsénobenzènes. — Des cas analogues aux précédents et comme eux appartenant indiscutablement à l'anémie aplastique, bien que généralement moins graves, ont été rapportés depuis quelques années par Feinberg [de Chicago], Görke [deux cas (105), Rabut et Ouvry (107), Lespinne, Widjooghe et Feroud (106), P. E. Weil et Isch-Wall (110-111), Aubertin (104), Widal et Mme Bertrand-Fontaine (113), Ugriumov et Idelsohn (109). La thèse de J. Sicard [inspirée par Aubertin] (108)] constitue une bonne mise au point de la question.

Il s'agit de syphilitiques traités par le 606 ou pa le 914 chez lesquels les accidents éclatent en général après la dernière injection d'une forte série. Chez une malade très bien observée, par P. E. Weil et Isch-Wall [1922], le chiffre des hématies tomba rapidement à 600.000 seulement avec 10 p. 100 d'hémoglobine [V. G. = 0,9], celui des leucocytes à 800 avec 19 p. 100 de polynucléaires, celui des plaquettes de 20.000 au début à 0 à la fin de l'évolution; cependant la guérison put être obtenue grâce aux transfusions répétées. La malade de Feinberg n'avait que 880.000 hématies et 1.600 leucocytes au millimètre cube. Un autre malade de P. E. Weil et Isch-Wall [1927], âgé de soixante-trois ans, tabétique, présenta *en huit jours* une chute globulaire de 2.100.000 à 1.000.000 environ, avec fièvre et tendance aux hémorragies; il guérit cependant après cinq transfusions de 250 à 300 centimètres cubes. Dans l'observation de Widal et Mme Bertrand-Fontaine, le sujet présentait un mélange complexe de signes d'anémie arégénérative (globules rouges à 1.040.000), de leucopénie à 1.600 avec réaction em-

bryonnaire rappelant la leucémie aiguë, de stigmates d'*hémogénie* (temps de saignement subnormal, hyporétractilité du caillot, plaquettes pratiquement absentes) et d'*hémophilie* (temps de coagulation *de trente-six heures!*). Enfin dans l'observation d'Ugriumov et Idelsohn, l'agranulocytose prédominait (400 leucocytes avec 2 p. 100 de polynucléaires).

Il faut remarquer que ces accidents sont graves, mais non fatalement mortels, puisque grâce aux transfusions, la guérison a pu être obtenue dans les deux tiers des cas, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des autres formes d'anémie aplastique, secondaires ou essentielles.

Ainsi les arsénobenzènes se présentent comme *des poisons complets du sang* [P. E. Weil et Isch-Wall), atteignant aussi bien la série rouge que la série granuleuse ou les plaquettes, comme cela a d'ailleurs été vérifié expérimentalement. L'anémie aplastique ou le purpura hémorragique grave ne sont du reste pas les seuls accidents dus aux arsénobenzènes : ceux-ci produisent assez fréquemment des « purpuras simplex » ou des purpuras hémorragiques bénins. Cette action des arsénobenzènes sur le sang est à rapprocher de leur pouvoir anticoagulant, bien mis en évidence par les travaux de Flandin et Tzanck sur le sang humain et par ceux de Launoy, de Langlois et Binet chez le lapin et le cobaye.

A quel groupement chimique les arsénobenzènes doivent-ils leur toxicité pour le sang et pour la moelle osseuse ? On a incriminé successivement les *chaînes sulfurées latérales* pour le sulfarsénol (Lespinne, Widjooghe et Feroud), l'*arsenic* (Görke), le *noyau benzène* (Rabut et Oury, Aubertin, J. Sicard); il nous paraît probable que seule la toxicité de ce dernier radical doit seule être mise en cause.

3° Autres anémies aplastiques toxiques. — Les formes secondaires à l'action du benzène ou des arsénobenzènes résument à peu près tous les cas d'anémie aplastique d'origine toxique. Cependant Turnbull, Stewart (116) ont signalé des anémies consécutives à l'intoxication *par le trinitro-toluène*, cliniquement identiques aux précédentes et liées comme elles à l'aplasie de la moelle osseuse. Haldimann (115) a récemment rapporté une observation d'anémie aplastique causée par une intoxication chronique par l'*aniline*. Enfin Feer (114) a observé chez un enfant un cas typique d' « aleucie » qu'il attribue à l'action du *nirvanol*, dérivé barbiturique constamment employé en Allemagne.

Il s'agit là de faits exceptionnels. Ces substances ne sont d'ailleurs pas les seules capables de léser la moelle et d'engendrer l'anémie aplastique : expérimentalement le sérum d'anguille, l'hirudine, la saponine se comportent de façon analogue; mais des anémies de cette origine n'ont jamais été observées à notre connaissance en pathologie humaine.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1930)

Variations de la teneur en chlore du sérum sanguin et variations de l'élimination chlorurée au cours du scorbut aigu expérimental. — Mme Lucie RANDOIN et Mlle Andrée MICHAUX.

Sur la production de l'antitoxine tétanique. — M. G. RAMON.

La carence en tryptophane et en histidine envisagée comme pathogénie de la maladie de Biermer. Therapeutique des anémies par supplémentation de l'organisme en acides aminés hématogènes. — MM. Georges FONTÈS et Lucien THIVOLLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1931)

Deuil national. — L'Académie décide de s'associer au deuil national en envoyant à Mme la maréchale Joffre une adresse de très respectueuses condoléances.

Installation du bureau. — M. Ménétrier, président sortant, résume les travaux de l'année et invite M. de Lapersonne à prendre place au fauteuil présidentiel.

M. de Lapersonne remercie ses collègues ; il rappelle le souvenir de son maître Panas qui fut autrefois président de l'Académie, et il formule ensuite quelques vœux. Il espère notamment que l'Académie sera mieux chauffée et que ses collègues écouteront *en silence* les orateurs...

Le bureau pour 1931 est donc ainsi constitué :

Président : M. de Lapersonne; vice-président : M. Meillère; secrétaire général : M. Achard; secrétaire annuel : M. J. Renault; trésorier : M. Hanriot.

Les ganglions sous-trapéziens dorsaux et la chaîne ganglionnaire scapulaire postérieure. — M. H. ROUVIÈRE décrit des ganglions lymphatiques situés dans les plans profonds sous-aponévrotiques qui recouvrent la paroi postérieure de la cage thoracique.

Ces éléments ganglionnaires inconnus jusqu'ici forment deux groupes : l'un d'eux est placé sous le trapèze le long du nerf spinal et constitue la chaîne des ganglions sous-trapéziens dorsaux. L'autre est situé sous le rhomboïde, le long des rameaux scapulaires postérieurs. M. Rouvière désigne ce dernier groupe sous le nom de chaîne ganglionnaire scapulaire postérieure.

De l'utilité des examens médicaux préventifs complets. — M. Georges SCHREIBER montre la nécessité de procéder à des examens médicaux réguliers de l'organisme aux différentes étapes de la vie. La généralisation de ces examens et la création de centres de médecine préventive est indispensable pour accroître la longévité, la durée de l'activité professionnelle, et pour éviter que des sujets déjà atteints de lésions sévères ou incurables soient examinés trop tardivement par leur médecin.

Les excellents résultats fournis par les consultations de nourrissons doivent être étendus aux enfants (inspection scolaire), aux adolescents (examens médicaux d'admission dans les grandes écoles, les universités, les usines, etc.) et aux adultes par des institutions nouvelles ayant pour rôle de surveiller méthodiquement et régulièrement la santé des individus quel que soit leur âge. Toutes les circonstances de la vie normale ou professionnelle doivent être mises à profit pour examiner les individus des pieds à la tête, notamment l'incorporation militaire, le mariage (examen médical prénuptial) et l'obtention du permis de conduire.

Divers centres de médecine préventive sont déjà organisés (Université de Strasbourg) ou en formation (Centre familial de Courbevoie), et il n'est pas douteux que ces essais seront suivis de près par les caisses d'assurances sociales qui ont un intérêt majeur à recommander et à favoriser les examens médicaux préventifs périodiques complets.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1930)

Luxation double congénitale de la tête du radius. (*Présentation du malade et de radiographies.*) — M. DELATTRE.

Gliome central volumineux, extériorisé dans une hernie consécutive à une trépanation décompressive. (*Présentation de pièces*). — MM. LANGERON et DANÈS. Femme de quarante-quatre ans, présentant un syndrome d'hypertension cranienne et un syndrome rolandique gauche On porte le diagnostic de tumeur rolandique, probablement gliomateuse. Trépanation décompressive : pas de tumeur décelable. Hernie cérébrale consécutive.

Mort quatorze mois plus tard. L'autopsie montre un volumineux gliome du centre ovale; la hernie est constituée entièrement par du tissu gliomateux.

Les auteurs insistent sur la longue survie malgré cette volumineuse hernie, sur l'influence favorable de la trépanation décompressive et sur l'inextirpabilité manifeste de cette tumeur.

Sinusite aiguë frontale, bilatérale. Abcès cérébral à distance. — M. REVERCHON. Homme de trente-cinq ans, largement opéré de sinusite frontale. Trois semaines après, apparition brusque d'un syndrome de compression rolandique; évacuation d'une collection purulente sous dure-mérienne. Amélioration des phénomènes de compression; mais la paralysie ne rétrocède pas et la mort survient trois jours après l'intervention.

L'auteur souligne la gravité du pronostic dans toute intervention faite à chaud sur un sinus frontal et sur la rareté des complications d'abcès à distance.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
A propos de 4 observations d'évacuation extemporanée de l'utérus pour infection amniotique. par M. R. BATLLE (de Montpellier).
ACTUALITÉS
Infections urinaires et pH urinaire. par M. R. LEVENT.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Poliomyélite antérieure aiguë (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 9 février 1931, à 9 h. du matin, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 h., du vendredi 16 janvier au lundi 26 janvier 1931 inclusivement.

— Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juin 1931 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 2 mars 1931, à 10 h. du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital.

MM. les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du mardi 27 janvier au mercredi 11 février 1931 inclusivement.

HÔPITAL SAINT-MICHEL (33, rue Olivier-de-Serres). — Le mercredi 11 février, à 11 h., causerie du docteur A. Richard : « Sur l'effort physique du tour de France cycliste » (avec projections), salle de service de gastro-entérologie.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-DENIS. — *Concours d'internat.* — Un concours pour l'obtention de sept places d'internes titulaires aura lieu à l'Hôpital-Hospice de Saint-Denis, les lundi 26 et mardi 27 janvier 1931, à 9 h.

Sont seuls admis à prendre part au concours, les étudiants et étudiantes en médecine, français ou naturalisés français, pourvus d'au moins seize inscriptions nouveau régime et âgés de moins de trente ans au 1er janvier de l'année du concours.

La liste d'inscription sera close huit jours avant l'ouverture du concours :

Chaque dimande d'inscription devra être accompagnée des pièces ci-après : 1° extrait d'acte de naissance; 2° pièce établissant la situation du candidat au point de vue militaire; 3° notice indiquant les titres scientifiques et hospitaliers du candidat; 4° certificat de scolarité de date récente.

Avantages : indemnité mensuelle de 550 fr., nourriture, logement et blanchissage.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au directeur de l'hôpital Saint-Denis, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est de 9 à 12 h. et de 14 à 17 h.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1930-1931, chargés de cours de clinique annexe à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes :

MM. Picard, clinique des maladies infectieuses; Coulonjou, clinique des maladies mentales; Jossu, clinique de stomatologie; Le Meignen, clinique des maladies infantiles; Gourdet, clinique des maladies des voies urinaires; Texier, clinique d'oto-rhino-laryngologie.

M. Linval est nommé aide d'anatomie.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur est convoqué en session ordinaire le lundi 26 janvier 1931. La durée de la session est fixée à trois jours.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. Kohn-Abrest, auditeur, a été nommé membre du Conseil, en remplacement de M. le docteur Ott, décédé.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

ECONOMIE NATIONALE. — *Au grade d'officier.* — M. Marcel Midy, fabricant de produits pharmaceutiques à Paris.

MARINE MARCHANDE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur de Lavaissière de Verduzan, médecin sanitaire maritime.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — La XXXVe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bordeaux, du 7 au 12 avril 1931.

Président : M. le docteur Pactet, médecin-chef honoraire des asiles de la Seine; vice-président, M. le professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; secrétaire général, M. le docteur D. Anglade, médecin-chef de l'asile de Château-Picon (Bordeaux).

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVe session.

PSYCHIATRIE : *Les psychoses périodiques tardives.* — Rapporteur : M. le docteur Roger Anglade, médecin-chef à l'asile de Breuty-la-Couronne (Angoulême).

NEUROLOGIE : *Les tumeurs intra-médullaires.* — Rapporteur : M. le docteur Noël Péron, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE : *Les fausses simulations des maladies mentales. Leur intérêt médico-légal.* — Rapporteur : M. le médecin-commandant Fribourg-Blanc, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (Val-de-Grâce).

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au docteur D. Anglade, secrétaire général de la XXXVe session, asile de Château-Picon, Bordeaux.

Le prix de la cotisation est de 75 fr. pour les membres titulaires de l'Association, de 80 fr. pour les membres adhérents de la session et de 50 fr. pour les membres associés. Les membres titulaires et les membres adhérents inscrits avant le 15 février 1931 recevront les rapports dès leur publication.

UN NOUVEAU JOURNAL MÉDICAL. — Nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à un nouveau journal médical *Questions médicales d'actualité*, que viennent de fonder les professeurs Langeron et Favreau (de Lille).

Ce nouveau confrère se propose de donner chaque mois, sous les signatures d'un professeur, d'un agrégé, d'un médecin des hôpitaux ou d'un spécialiste, une monographie consacrée à l'étude d'une question intéressant la médecine et les spécialités médicales.

Le choix particulièrement heureux des collaborateurs et le mode de présentation absolument pratique de la revue assurent d'avance le succès des *Questions médicales d'actualité*.

Voici, à titre documentaire, les premiers sujets qui seront traités :

« Lymphogranulomatose », Sabrazès; « Thérapeutique des anémies », Rieux; « Différents types de néphrites », Hanns; « Hypertensions artérielles paroxystiques », Langeron; « Physiopathologie des troubles vaso-moteurs », Leriche et Fontaine; « Insuffisances respiratoires nasales », Reverchon; « Entérites à protozoaires », Morénas; « Tuberculose intestinale », Bonafé; « Traitement des abcès du poumon », Charbonnel et Piéchaud; « Spasmes artérlels encéphalitiques », Riser; « Manifestations ganglionnaires de l'hérédo-syphilis », Bernheim ; « Les hypertensions curables », Barbier, etc.

Abonnement : 48 fr. par an; le N° : 4 fr.; pour tous renseignements, s'adresser au docteur Langeron, 23, place Sébastopol, à Lille.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jules Molle, maire et député d'Oran; J. Giraudet (de l'Aiguillon-sur-Mer); le professeur Alfonso Regulo de Oliveira Fausto (de São Paulo); le docteur Antoine Fontan, médecin général du cadre de réserve de la marine, dont on connaît les beaux travaux sur la chirurgie du cœur; il était correspondant de l'Académie de médecine depuis 1905; les docteurs Aimé Bantigny (de Roubaix), Duvernay (d'Aix-les-Bains), de Schrevel (de Bruges).

HÔPITAL LAENNEC. — SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois et les docteurs Fouquet, Lemoine et Marion commenceront, le lundi 23 mars 1931, une série de leçons sur « La diathermie en oto-rhino-laryngologie ».

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 h.; en outre, les 23 et 24 mars, à 16 h.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur Fouquet, service d'oto-rhino-laryngologie, hôpital Laennec.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA SALPÊTRIÈRE. (Professeur : M. A. GOSSET.) — *Conférences sur les maladies du foie et du tube digestif.* — M. René-A. Gutmann, médecin des hôpitaux, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, au pavillon Osiris, une conférence sur les maladies du foie et du tube digestif (clinique, radiologie, traitement).

La première conférence aura lieu le dimanche 1er février; elle sera, ainsi que les trois suivantes, consacrée au diagnostic clinique et radiologique des ulcères.

— CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital des Enfants-Malades. Professeur : M. OMBRÉDANNE.) — *Enseignement clinique.* — Lundi, à 9 h. 1/2 : examens de malades entrants par le professeur, à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson.

Mardi, à 10 h. 1/2 : leçon clinique à l'amphithéâtre, par le docteur Garnier, chef de clinique.

Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2 : opérations par le professeur.

Le jeudi sont groupées de préférence les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante. Cette séance opératoire est organisée chaque semaine pour l'instruction de perfectionnement des chirurgiens français et étrangers.

Vendredi, à 10 h. 1/2 : leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur.

Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 : au pavillon Kirmisson, appareillages orthopédiques (docteurs Lance, Huc, Aurousseau et Fèvre).

Mercredi, à 10 h. 1/2 : conférence d'orthopédie pratique par les assistants d'orthopédie.

Tous les jours : consultation externe de chirurgie infantile, au pavillon Molland, par un chef de clinique.

Visite dans les salles.

Interventions courantes de chirurgie infantile.

Lundi, mercredi et vendredi, le service de gymnastique rationnelle fonctionne sous la surveillance de Mme Boltanski.





A PROPOS
DE
4 OBSERVATIONS D'ÉVACUATION EXTEMPORANÉE DE L'UTÉRUS
POUR INFECTION AMNIOTIQUE

Par M. R. BATLLE (de Montpellier).

L'infection amniotique appelée autrefois décomposition putride du liquide amniotique a, de tout temps, et à juste titre, été redoutée par les obstétriciens qui en ont reconnu les funestes effets.

D'abord distinguée sous le nom de fièvre du travail « Eintagsfieber », comme disait Bumm, cette infection amniotique dont on méconnaissait autrefois l'essence microbienne, était attribuée, à cause de la réaction thermique qu'elle déterminait, à un facteur purement mécanique de surmenage obstétrical par anomalie dans la durée ou l'intensité du travail; telle était la théorie soutenue par Saladino et Müller.

Cette durée anormale du travail a bien des relations avec l'infection amniotique; mais sous une forme un peu spéciale et par l'établissement d'un véritable cercle vicieux que nous pouvons fixer ainsi : un travail long favorise l'infection si l'œuf est ouvert, celle-ci a tendance à envahir la fibre utérine et la frappe de stupeur, ralentissant encore le travail et favorisant encore l'infection.

Les germes susceptibles de produire l'infection sont multiples, il ne convient pas d'en faire ici l'énumération ni l'étude si remarquablement traitées dans la thèse de Jeannin (1) qu'il nous suffise de rappeler que la culture microbienne est très rarement pure et le plus souvent associée.

La pénétration de germes dans la cavité amniotique peut s'opérer à travers les membranes, l'œuf étant intact; ce fait a été discuté à l'Académie de médecine en 1881, mais les observations probantes de Martin (1891), Nieden (1891), Charpentier (1894), Perret, Porak, Brindeau, Jeannin, ont confirmé la réalité de ce fait. Leur interprétation est différente selon les auteurs, mais il est certain que de nombreux mécanismes peuvent être incriminés pour expliquer le passage des germes à travers des membranes intactes,

Lehman a incriminé le passage dans l'œuf de microbes provenant des organes voisins : intestin, trompes infectées, vessie. Pinard a pensé à la possibilité d'infection juxtaposée, dans des cas d'appendicite, par exemple. Birch-Hirchfeld, Herrgott, ont rapporté des faits où l'infection de la poche aurait été produite par le fœtus lui-même. Bouchard a invoqué l'infection d'origine maternelle, se transmettant à l'œuf par voie sanguine. Enfin, Jeannin pense à la possibilité d'une transsudation des germes à travers les membranes, à la faveur d'altérations de cette barrière membraneuse, telles qu'il en existe d'endométrite ancienne et surtout de syphilis.

(1) C. JEANNIN. Étiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides, *Th. de Paris*, 1902.

Mais est-il bien nécessaire qu'il y ait altération des membranes pour qu'elles soient perméables aux germes? Nous savons que les membranes sont perméables aux substances tenues en solution dans le liquide amniotique, et la preuve en a été faite par les expériences de Nicloux (l'alcool injecté dans la cavité amniotique passe rapidement dans le sang de la mère), de Bar (sulfate de strychnine), de Torngren (iodure de potassium). Mais nous ne connaissons pas le degré de perméabilité des membranes aux substances non diffusibles et aux corpuscules inertes. Une expérimentation in vivo est impossible à réaliser, et la filtration in vitro d'une culture microbienne à travers un lambeau membraneux ne pourrait prétendre à résoudre le problème.

Il ne semble pas cependant que l'amnios soit une barrière à l'invasion microbienne, et malgré les propriétés sécrétoires et dialysantes de son épithélium, cette seule assise de cellules cylindriques nous paraît être une défense insuffisante pour conserver le liquide amniotique à l'abri de toute souillure.

Mais le chorion présente, en revanche, un système de projection plus perfectionné avec sa triple barrière épithéliale et conjonctive. Il nous paraît pouvoir être assimilé au système défensif de la villosité choriale avant la disparition de la couche de Langhans. Or, comment le revêtement des villosités se comporte-t-il vis-à-vis des germes? La discussion de ce grand problème nous obligerait à entreprendre l'étude de l'hérédité des infections, elle ne rentre pas dans les limites de la question qui nous occupe et nous nous contenterons de rappeler que la multiplicité des avis est un aveu d'ignorance, La perméabilité des membranes nécessite-t-elle une lésion dégénérative préalable comme certains auteurs l'admettent pour les villosités? La pénétration transchoriale est-elle possible malgré une intégrité histologique parfaite? S'agit-il d'un tactisme positif variable selon les races et les variétés de protistes, comme Nattan-Larrier (1) semble l'admettre pour le placenta? Y a-t-il une question de réceptivité pour le liquide amniotique, variant avec sa formule chimique? Voilà de multiples problèmes qui se posent, dont nous n'avons pas la prétention d'entreprendre la délicate solution.

La possibilité d'infection amniotique avec intégrité anatomique des membranes paraît donc certaine quoique rare, mais le facteur étiologique le plus important est la disparition de la barrière membraneuse, par sa rupture intempestive ouvrant ainsi la porte à l'infection de l'œuf. Mais si cette rupture prématurée ou précoce se trouve fréquemment à l'origine de l'infection amniotique, celle-ci ne se déchaîne pas dans tous les cas : Wallich et Pinard, sur 123 cas d'infection amniotique, ont trouvé à la base la rupture des membranes avant dilatation complète soixante-cinq fois ; Demelin, dans une statistique portant sur les années 1892-1893-1894, trouve à la clinique de l'avenue d'Assas, 534 cas de ruptures prématurées sur lesquelles il

(1) NATTAN-LARRIER. Les conditions de l'hérédité des infections. *Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1924.

relève 20 cas d'infections amniotiques. De plus, l'apparition de l'infection est essentiellement variable dans le temps et suit la rupture à plus ou moins d'intervalle.

La rupture des membranes facilite l'infection de plusieurs manières, bien mises en relief par Jeannin; elles peuvent être schématisées ainsi :

D'abord de façon mécanique : par suppression des barrières qui constituent les membranes et le bouchon muqueux. Par stagnation de liquide derrière la présentation qui bloque l'issue (Müller, 1902). Par prolongation du travail, enfin.

Ensuite de façon chimique : l'écoulement du liquide amniotique constitue pour le mucus vaginal un apport considérable d'alcalinité (Parlavecchio) et avec l'acidité, les voies génitales perdent un facteur de défense important (Krönig et Menge).

Nous n'entreprendrons pas la description des signes cliniques de l'infection amniotique, mais il importe de souligner le danger que comporte cette infection pour la mère et l'enfant. Pour la mère, les principaux dangers sont d'abord l'inertie utérine et ses conséquences, la tendance à la physométrie dans les formes avancées, le fait que l'infection intra-ovulaire est une amorce à celle du postpartum. Pour l'enfant, le pronostic est aussi très grave, et si certains d'entre eux paraissent ne pas se ressentir d'avoir séjourné en milieu infecté, d'autres meurent d'infection pulmonaire peu de temps après la naissance; d'après Demelin, la morbidité serait de 25 p. 100 et la mortalité de 20 p. 100, pour ces enfants.

La ligne de conduite à suivre est simple; dès qu'apparaissent les premiers signes d'infection amniotique, il faut intervenir et terminer l'accouchement dans le double intérêt de la mère et de l'enfant. Hormis les cas où l'infection étant considérable et l'utérus distendu par la putréfaction, on devra pratiquer l'hystérectomie ou l'amputation de Porro sans ouvrir l'œuf, on intervient généralement par la voie basse. Cette intervention est naturellement conditionnée par la vie du fœtus et par sa situation dans la filière; pour un fœtus vivant, on terminera par forceps ou version; avec un fœtus mort, c'est l'embryotomie qui sera préférée. Mais en tous cas, il est indiqué de vider l'utérus.

En de nombreuses circonstances, par suite de la dilatation incomplète du col, l'intervention par voie basse ne peut être effectuée qu'après avoir complété cette dilatation insuffisante. Nombreux sont les cas où la mollesse des contractions ne peut parvenir à lever l'obstacle du col et où l'accoucheur devra préalablement compléter artificiellement cette dilatation.

Pour ce faire, on ne disposait jusqu'à ces dernières années, que de procédés lents de dilatation manuelle, méthode de Bonnaire ou ses variantes, de procédés plus longs encore, les ballons, ou de procédés instrumentaux abandonnés de la majorité des accoucheurs pour leur brutalité. En cas d'impossibilité de l'application de ces procédés, il ne restait que la ressource des procédés chirurgicaux, incision profonde du col ou césarienne vaginale, méthode dont on perçoit la médiocrité puisqu'il s'agit d'opérer en milieu septique.

Mais depuis quelques années la thérapeutique obstétricale s'est enrichie d'un procédé nouveau de dilatation rapide du col, procédé qui utilise l'action physiologique de la rachi-analgésie, c'est la méthode du professeur Paul Delmas. Cette méthode nous paraît avoir l'énorme avantage d'être un procédé permettant l'évacuation rapide de l'utérus et dès lors d'être particulièrement indiquée dans l'infection amniotique où il faut agir vite dans un double intérêt maternel et fœtal. Avant de pousser plus avant la discussion des avantages du procédé, nous allons rapporter quatre observations d'infection amniotique traitée par la méthode du professeur Delmas et recueillies dans son service de clinique obstétricale.

Observation I. — A. M..., I pare trente ans. Entrée dans le service en travail le 24 octobre 1928, après rupture des membranes. H. U. : 32. Température : 39 degrés. Écoulement par la vulve d'un liquide fétide, verdâtre. L'auscultation révèle la souffrance fœtale. Tête fixée au détroit supérieur, col long, mais souple et perméable.

Sous rachi-analgésie (0,10 de scurocaïne en paillettes) dilatation manuelle remarquablement facile, amenant à dilatation complète en deux minutes.

Application de forceps au détroit supérieur, laborieuse, amenant un enfant mort du poids de 2.950 grammes.

Délivrance naturelle trois minutes et demie après l'intervention. Déchirure du périnée réparée par deux points de suture aux crins de Florence.

Membranes incomplètes, révision de la cavité utérine. Injection intra-utérine iodo-iodurée.

Suites de couches : température aux environs de 38 degrés les cinq premiers jours; puis chute en lysis. Sortie au vingt-huitième jour.

Obs. II. — G. B..., I pare trente et un ans. Entrée dans le service en travail le 12 novembre 1929. Apparition des premières douleurs le 10, à 11 h. du matin. Le 12, à 17 h. 30, contraction faible, espacée, poche des eaux rompue, depuis 13 h. Col effacé et dilaté comme 2 fr. Sommet engagé en O. I. D. P. Pas de signes de souffrance fœtale, mais température à 38 degrés, décelant l'infection amniotique commençante.

Sous rachi-analgésie (0,10 de scurocaïne en paillettes), on complète la dilatation en deux minutes.

Application de forceps. Extraction d'un enfant de 3.100 gr. étonné.

Délivrance naturelle quinze minutes après. Injection intra-utérine iodo-iodurée.

Déchirure du périnée réparée par trois points de suture aux crins de Florence.

Suites de couches physiologiques. Sortie au seizième jour.

Obs. III. — A. H..., V geste vingt-neuf ans. Entre dans le service le 24 octobre 1929. Utérus très volumineux. H. U. 38 centimètres.

Antécédents obstétricaux : trois accouchements spontanés à terme, un accouchement prématuré provoqué.

L'examen général révèle des stigmates de rachitisme. A l'examen obstétrical, bassin généralement rétréci. P. P. M. : 9 centimètres,

A l'épreuve de Müller-Pinard, la tête s'applique bien et ne déborde pas. On décide de provoquer l'accouchement. Le 25 octobre mise en place d'une bougie de Krause, mais au cours de la manœuvre, rupture accidentelle des membranes.

La femme est replacée dans son lit et on attend les événements.

Apparition des premières douleurs le soir même. Le 26, douleurs faibles, espacées, dilatation comme 1 fr., sommet

mobile au détroit supérieur. Infection amniotique commençante : température : 38 degrés.

Sous rachi-analgésie (0,10 scurocaïne en paillettes) on complète la dilatation en trois minutes.

Version par manœuvres internes facile, suivie de la grande extraction du siège. Enfant du poids de 3.160 grammes étonné.

Délivrance spontanée presque immédiate. Injection intra-utérine iodo-iodurée.

Suites de couches physiologiques. Sortie le treizième jour.

Obs. IV. — B. M..., I pare vingt-quatre ans. Grossesse à terme. H. U. 33 centimètres. Entre dans le service en travail le 24 juin 1930. Apparition des premières douleurs, le 23, à 21 h. et rupture des membranes à 23 h.

Le 24, à 7 h., contractions faibles, espacées, dilatation comme 1 fr. Présentation du sommet non engagée. A 13 h., dilatation comme 2 fr., contractions fortes et rapprochées. A 23 h., malgré les bonnes contractions, la dilatation ne progresse pas et la présentation reste élevée. Apparition de l'infection amniotique: Température 39°3. Signes de souffrance fœtale.

Sous rachi-analgésie (0,10 de scurocaïne en paillettes) on complète la dilatation du col en une minute.

Version par manœuvres internes facile, suivie de la grande extraction du siège; enfant du poids de 3.650 gr., qui crie dès sa naissance.

Injection intra-utérine iodo-iodurée. Déchirure du périnée réparée par trois points de suture aux crins de Florence.

Suites de couches physiologiques. Sortie au quinzième jour.

La lecture de ces observations montre que la méthode du professeur Paul Delmas a donné dans tous les cas un excellent résultat, permettant une dilatation rapide du col en respectant entièrement son intégrité anatomique. La mort d'un des enfants ne peut être imputée au procédé, elle est le fait d'une laborieuse application de forceps au détroit supérieur. Quant aux déchirures des périnées observées dans trois cas, ce sont là des incidents fâcheux, mais dont il faut rechercher la cause dans la primiparité et l'âge de ces primipares, et ceci malgré l'action assouplissante de la rachi-analgésie.

La méthode du professeur Paul Delmas nous paraît avoir dans le cas particulier de l'infection amniotique plusieurs avantages sur les autres méthodes de dilatation du col.

L'un de ces avantages est la rapidité avec laquelle on peut arriver à dilatation complète avec un col dilatable. Nous disons col dilatable, car nous pensons en effet, comme l'a écrit et enseigné souvent l'auteur du procédé, lui-même, que si la rachi-analgésie, en supprimant toute tonicité cervicale, élargit sans doute les limites de dilatabilité du col, il n'en demeure pas moins vrai, que certains d'entre eux, anatomiquement rigides, ne sont pas assouplis et ne sauraient être dilatés qu'au prix d'une déchirure plus ou moins étendue. A ces cas, qu'une expérience obstétricale décèlera facilement, le procédé de dilatation rapide n'est pas applicable et seuls les procédés chirurgicaux seront de mise.

Cette rapidité du procédé mis en œuvre aux conditions que nous venons d'exposer a son avantage dans l'infection amniotique au même titre que pour tous les cas où il y a nécessité de précipiter les événements dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Un autre avantage de la méthode de Paul Delmas appliquée au traitement de l'infection amniotique est basé sur le fait que la rachi-analgésie augmente la rétraction utérine. C'est là un point sur lequel l'accord paraît être actuellement réalisé et dès lors il nous paraît utile de faire bénéficier de cette rétraction une fibre utérine frappée d'inertie et qui, sans le précieux concours de la rachi, serait exposée plus que toute autre aux accidents hémorragiques.

Telles sont les observations qu'il nous a paru intéressant de rapporter, tels sont les enseignements que nous avons cru pouvoir y puiser et les conclusions qui s'en dégagent, à une heure où la méthode du professeur Paul Delmas paraît se faire dans la thérapeutique obstétricale une place de premier plan. Il convient en outre de souligner que le procédé doit être judicieusement appliqué aux seuls cas qui justifient une thérapeutique aussi active et parmi lesquels nous rangeons l'infection amniotique. Pour aussi minimes que soient les risques encourus il importe, comme pour toute intervention, que ces risques soient proportionnés à l'indication. On ne devra donc jamais pratiquer l'évacuation rapide de l'utérus dans les cas où il y a simplement rupture intempestive des membranes, comme prophylaxie d'une infection amniotique encore hypothétique.

ACTUALITÉS

INFECTIONS URINAIRES ET pH URINAIRE

Bien que les antiseptiques aient beaucoup perdu depuis plusieurs années de leur importance d'antan, il semble que le traitement des infections urinaires demeure un des domaines où leurs propriétés continuent d'être couramment et avec succès employées; chaque jour enrichit la pharmacopée de produits nouveaux.

Cette méthode a une valeur incontestable et dès longtemps établie.

Il n'en reste pas moins que, tout engouement mis à part, les antiseptiques les plus nouvellement préparés et qui ont donné mieux que des promesses, voient habituellement la faveur les abandonner au bout de quelque temps au profit d'autres. Ils n'ont pas cessé de guérir un certain nombre de malades mais en dépit des progrès techniques il n'y a pas d'amélioration parallèle des statistiques. Cette constatation demeure vraie qu'il s'agisse des médicaments les plus récents ou des plus anciens pour lesquels la mode ne compte plus.

Dans certains cas les diversités d'effet d'un traitement antiseptique tiennent à des causes locales ; on ne peut pour des raisons anatomiques porter directement assez loin la solution antiseptique. Aussi a-t-on depuis longtemps employé des substances que le rein élimine et qu'on espère par ce détour amener au contact des territoires à désinfecter. On y arrive en effet.

Mais dans trop d'autres cas les résultats sont décevants. On ne donne souvent de ces insuccès que des explications « omnibus » et fragmentaires : virulence, diversités et associations microbiennes, résistance naturelle ou acquise des germes aux antiseptiques; ancienneté de l'infection.

Une étude récente de Jaeggy [de Lausanne (1)] attire de nouveau l'attention sur ce problème.

Il n'y a pas et il n'y aura jamais d'antiseptique urinaire parfait, nous dit l'auteur.

Il s'en faut de beaucoup cependant qu'il soit ennemi des antiseptiques urinaires; il en use et s'en loue. Il faut seulement, à son avis, serrer de plus près le problème des variations d'efficacité.

Certains insuccès peuvent être prévus; ils sont notre œuvre et la rançon de nos insuffisances, mais il est possible de rendre les échecs plus rares au moyen de quelques précautions supplémentaires.

Quelle que soit l'infection urinaire en cause, Jaeggy insiste sur ce fait qu'elle peut être une métastase. Il convient donc de ne jamais oublier en pratique urologique un principe de pathologie générale, sans doute trop ancien et trop banal pour qu'on l'ait toujours présent à l'esprit : rien ne sert de traiter une infection dans une seule de ses manifestations locales surtout si cette manifestation n'est que secondaire. C'est sur le foyer primitif que doit porter l'effort principal. Or les infections urinaires sont très fréquemment des métastases, en particulier lorsque le colibacille en est l'agent. Mais en tous cas on doit se garder de négliger les furoncles, les infections buccopharyngées ou dentaires, les affections bronchopulmonaires quelle qu'en soit la nature microbienne.

L'importance des infections focales ne doit pas être exagérée, mais elle est aussi incontestable pour l'appareil urinaire que pour les autres systèmes de l'économie. Un examen très complet et très fouillé est donc indispensable.

Une autre cause, pour Jaeggy, de l'impuissance des antiseptiques dans certains cas est la stase urinaire. Sans doute est-elle moins souvent négligée du médecin. Par contre la stase peut être discrète et malaisée à mettre en évidence même lorsqu'on la recherche. Il faut sans doute penser à la grossesse, aux tumeurs du bassin intra ou extravésicales, à un adénome prostatique. Mais il faut aussi penser à une coudure uretérale, à une ptose rénale, à une dilatation du bassinet qui sont par elles-mêmes des gênes à l'écoulement urinaire suffisantes pour aider à la naissance et à la persistance de l'infection.

Avant donc de juger qu'un antiseptique urinaire est sans pouvoir, il faut s'assurer qu'il n'existe ni foyer primaire d'infection ni gêne à l'écoulement.

* * *

Ce sont là les causes extérieures au milieu infecté proprement dit. Il est d'autres causes plus directement liées au milieu urinaire lui-même.

L'analyse des urines est indispensable avant toute prescription thérapeutique.

Le trouble des urines est pour Jaeggy la seule indication à l'emploi des antiseptiques à titre curatif. Encore doit-on éliminer le trouble dû à la phosphaturie. La pyurie est aisée à reconnaître, dans la pratique la plus courante. L'épreuve de l'ammoniaque et celle du pyramidon qui permet de reconnaître la présence de sang sont depuis longtemps classiques.

Pour ce qui est de la réaction chimique des urines, on se contentait autrefois de la déterminer au moyen du papier tournesol. Ce moyen est à lui seul absolument insuffisant.

La clinique pouvait jusqu'ici s'en contenter faute de connaître l'importance d'une telle recherche, en particulier dans le domaine urologique. Les recherches chimiques ont, depuis quelques années, montré quelle importance il y avait à déterminer respectivement l'acidité totale et l'acidité réelle d'une solution.

L'acidité totale exprime la totalité des atomes hydrogènes substituables par un métal qu'ils soient combinés dans une molécule ou qu'ils soient libres et à l'état d'ions positifs.

L'acidité réelle ne donne au contraire, la mesure que des seuls ions hydrogène positifs en liberté. C'est cette acidité qu'on exprime par le pH d'une solution.

En milieu urinaire, les phosphates jouent le rôle d'une solution-tampon aussitôt que leur concentration est assez élevée, aussi l'acidité réelle et l'acidité totale peuvent-elles différer notablement.

Les relations du pH urinaire et de l'infection sont nombreuses et importantes. Certains microbes ne se développent que dans des conditions données d'acidité réelle; le plus souvent un milieu alcalin favorise l'infection et un milieu acide l'entrave; certains microbes tendent, d'autre part, à modifier le pH urinaire; enfin ce pH peut aussi être modifié par certains états particuliers de l'organisme, par certains régimes et certains médicaments. Enfin, et c'est ce qui touche de plus près à la pratique, certains antiseptiques urinaires agissent électivement en milieu acide, d'autres en milieu alcalin.

De tels faits témoignent de l'importance qu'on doit dans la pratique attacher à la connaissance du pH urinaire, guide incomplet mais non négligeable d'un diagnostic bactériologique, guide surtout dans le choix du produit à prescrire, témoin enfin qui renseigne sur les effets du traitement en cours et sur la nécessité de certaines précautions hygiéniques et diététiques.

* * *

Conçue comme elle l'est et doit, d'une façon générale, l'être, la mesure du pH est une opération délicate réservée à un personnel de laboratoire compétent. Elle ne se plie donc guère aux conditions habituelles de la pratique médicale.

L'auteur suisse a cependant usé d'un procédé simplifié, utilisable au chevet du malade et approchant d'assez près la précision idéale pour donner des renseignements utiles.

Un arsenal réduit à trois indicateurs colorés : phénolphtaléine, rouge neutre, rouge de méthyle permet, en effet, de mesurer les pH compris entre

(1) Société internationale d'Urologie, *Congrès de Madrid*, 1930.

pH10 et pH4, limites extrêmes entre lesquelles varie le milieu urinaire. En se rapportant au tableau ci-dessous, établi par Jaeggy, on voit qu'il est aisé de différencier deux degrés, fort et faible, d'alcalinité, et trois degrés, faible, moyen et fort, d'acidité, ce qui est suffisant en pratique.

	PHÉNOLPHTALÉINE			ROUGE NEUTRE			ROUGE DE MÉTHYLE			
	rouge	rose	incolore	ocre	rose	rouge	jaune	orange	rouge	framboise
pH correspondant...	10	8,5	...	7,3	...	6	...	5,2	...	1,5
	forte		faible	faible				moyenne		forte
	Alcalinité			Acidité						

La technique est plus simple encore que ne le ferait penser ce tableau; il suffit pour éliminer l'influence perturbatrice de l'albumine, des sels neutres et de l'acide carbonique libre dans l'urine de pratiquer la mesure du pH dès l'émission des urines.

Il suffit d'ajouter dans un tube à essai contenant 10 centimètres cubes d'urine x gouttes de la solution d'un des indicateurs colorés, préalablement préparés selon la formule très simple que donne l'auteur.

Pour s'épargner des recherches inutiles on recherchera d'abord les effets de l'urine sur le rouge neutre. Si le colorant vire vers le rouge, l'urine est acide, il est inutile d'en appeler à la phtaléine; c'est au contraire le degré de virage du rouge de méthyle qui précisera le degré d'acidité.

Si, au contraire, le rouge neutre vire à l'ocre, l'acidité est faible ou nulle, et c'est la phénolphtaléine qui donnera des précisions sur le degré d'alcalinité.

***

C'est le résultat de cette recherche très simple que l'auteur associe aux constatations cliniques et bactériologiques, et qu'il confronte avec les effets cliniquement constatables du traitement.

En dehors de tout traitement certains éléments influent par eux-mêmes sur le pH : le jeûne ou la diète hydrique sont acidifiants, sans doute par autophagie des protéines et des graisses; la fièvre également provoque un certain degré d'acidose. Ce sont donc des éléments à respecter dans certaines affections ou à certaines périodes où la présence des microbes tend à provoquer l'alcalinité du milieu.

Ainsi au début d'une pyélite aiguë la fièvre et un régime alimentaire très peu abondant sont-ils des adjuvants au traitement et l'action des opiacés, facteurs d'acidose, est-elle utile à condition que par son exagération cette acidité ne donne pas lieu à des symptômes d'irritation.

Mais la diète sévère ne doit durer que quelques jours; elle doit même faire place à un régime acidifiant en cas de pyélite subaiguë ou chronique (protéines, graisses).

On sait, d'autre part, que lorsqu'une infection se prolonge le microbe causal s'adapte à des conditions de milieu qui tout d'abord l'auraient empêché de se développer; c'est ainsi que le colibacille peut s'accoutumer à un milieu très acide.

Il est donc, pour Jaeggy, nécessaire de procéder de temps à autre à un changement brusque du régime pour modifier pendant quelques jours la réaction du milieu.

On peut renforcer l'action du régime par des médicaments appropriés : acide phosphorique ou chlorhydrique, chlorure d'ammonium, sels de calcium acidifiants; eau de Vichy, bicarbonate, citrate de soude, solution de Bourget, alcalinisants, à condition de se maintenir dans les limites parfois restreintes de la tolérance gastrique.

On peut donc, par la mesure quotidienne du pH, agir en meilleure connaissance de cause.

On peut, enfin, grâce à l'alternance de journées sans boisson et de journées avec boissons abondantes, agir utilement sur la concentration de l'urine à laquelle les germes infectieux montrent une sensibilité certaine.

Connaissant le pH et ses variations, il devient enfin possible de choisir un antiseptique urinaire en rapport avec la réaction du milieu urinaire qui, selon les cas, en renforcera ou en annulera la puissance.

Pour Jaeggy, les antiseptiques urinaires, extrêmement nombreux surtout si l'on prend ce terme dans son acception la plus large, sont utiles mais non toujours indispensables avec une diététique bien conçue et bien surveillée.

Tous les antiseptiques ne peuvent du reste agir de la même façon : certains germes comme le coli pullulent seulement à la surface de la muqueuse et peuvent être atteints par des antiseptiques mêlés à l'urine; d'autres, staphylo et streptocoques, sont dans l'urine en mauvaises conditions de milieu et pullulent surtout dans l'épaisseur des muqueuses. C'est donc à eux que s'adresseront la vaccino et la sérothérapie, les colloïdes, les protéines, les colorants qui pénètrent par voie sanguine et agissent en milieu humoral.

Un examen bactériologique, fait de façon à éviter les causes d'erreur, est donc indispensable et dirigera le choix de l'antiseptique. L'urotropine agit en milieu acide; on pourra donc avec une urine acide s'en servir contre le colibacille; de même l'acide camphorique si l'estomac le supporte; au contraire le salol agit que la réaction urinaire soit acide ou alcaline. Le bleu de méthylène paraît un pauvre antiseptique; quant aux produits argentiques, protéiniques ou colloïdaux, ils ne se montreraient pas toujours supérieurs au simple nitrate d'argent qui est plus ionisé.

Les antiseptiques que les résultats obtenus mettent sur les rangs sont innombrables, et le pH paraît être avant et pendant le traitement un des meilleurs guides.

On ne peut, en effet, se fier au mode d'action de ces substances. A mesure qu'elles deviennent plus nombreuses et que nos connaissances s'étendent, il semble que le mécanisme de leurs effets soit de

plus en plus obscur. Selon l'état éminemment changeant de l'organisme, peut-être, selon l'antiseptique à coup sûr, le mécanisme diffère et plusieurs d'entre eux s'associent peut-être; nous ne ferons que citer : dédoublement chimique, action physique (osmose, adsorption), stimulation générale de l'organisme, stimulation élective du système réticulo-endothélial (à condition qu'une dose excessive ne vienne pas le bloquer au lieu de l'exciter).

La voie d'administration semble un élément secondaire; la voie intraveineuse plus rapide mais plus aventureuse ne mérite pas toujours la préférence sur la voie digestive.

En réalité, il n'est pas de panacée, si récente soit-elle, et les associations et alternances médicamenteuses sont souvent, en pratique urinaire comme ailleurs, de bonne tactique. De plus, certaines substances très puissantes in vitro peuvent n'être pas sans inconvénients, surtout dans un organisme affaibli.

Aussi doit-on considérer l'antiseptique urinaire plutôt comme un adjuvant du traitement que comme son élément principal. L'examen complet du malade devra faire reconnaître les cas où leur emploi est inutile ou prématuré. La recherche quotidienne du pH est, elle, au contraire, un examen de première importance et permettra, en corrélation avec l'examen bactériologique de formuler opportunément les prescriptions d'hygiène et de diététique qui sont le principal du traitement. Elle renseignera sur l'effet du traitement mis en œuvre et permettra de prescrire en connaissance de cause et non au gré d'impressions ou d'habitudes, des antiseptiques qui agiront au mieux. Tous peuvent être bons, aucun n'est parfait. Et dans ce domaine si délicat de la médecine comme dans les autres aucun moyen n'est superflu.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1930)

Un cas de mort par ictère grave après injection de dérivé acridinique. Les accidents graves et mortels consécutifs à l'emploi de la trypaflavine. — MM. René BÉNARD et M. TASSIN rapportent l'observation d'un adulte jeune atteint d'endocardite maligne à forme prolongée chez lequel une seule injection d'une solution à 1 p. 100 de trypaflavine, représentant la dose minine de 0,004 milligrammes par kilog détermina l'apparition immédiate d'une insuffisance hépatique suraiguë, laquelle détermina la mort en trois jours.

A ce propos, les auteurs relèvent dans la littérature de nombreux cas d'accidents, dus à l'emploi de la trypaflavine ou de la gonacrine. Les auteurs estiment que la médication mérite d'être conservée, mais qu'elle nécessite un examen préalable des fonctions rénales et hépatiques, et que son emploi doit être réservé aux cas réellement graves.

Grandes azotémies au cours de fièvres typhoïdes traitées, ou non, par la trypaflavine. — MM. M. BRULÉ et LENÈGRE. Des recherches expérimentales viennent de prouver l'action nocive de la trypaflavine sur le rein. Il importe donc de rassembler les observations d'azotémie chez les malades traités par la trypaflavine.

Chez un jeune typhique qui avait reçu quatre injections de 0,20 centigrammes de trypaflavine, l'azotémie s'éleva à 3 grammes et la mort survint dans le coma. Chez un autre sujet très cachectique et atteint d'une grave typhoïde, l'azotémie monte à 2 grammes après deux injections de 0,20 centigrammes de trypaflavine.

L'infection eberthienne d'une part, l'intoxication par la trypaflavine d'autre part, étant deux causes certaines d'azotémie, il est logique de penser qu'elles peuvent, dans certains cas, cumuler leurs effets nocifs chez les typhiques traités par la trypaflavine.

Un cas de syndrome neuro-anémique à forme paréto-ataxique. — MM. P. EMILE-WEIL et Georges SÉE rapportent un cas de syndrome neuro-anémique à forme paréto-ataxique qui débuta de façon aiguë chez un malade guéri de maladie de Biermer depuis trois ans. Le début se fit sans grand syndrome anémique concomitant, le malade n'étant pas descendu au-dessous de trois millions de globules. Le traitement hépatique a fait revenir le sang à la normale, restitué 6 kilogs et l'aggravation nerveuse ne se produit pas.

A propos de ce malade, les auteurs montrent la plus grande fréquence des formes nerveuses, tout au moins légères, chez les biermériens guéris par la méthode de Whipple.

L'extrait aqueux de rate dans le traitement des prurits et des eczémas. — MM. P. CHEVALLIER et L. BLOCH. L'extrait aqueux de rate est un moyen thérapeutique admirable contre les eczémas, surtout contre les poussées aiguës de ces eczémas, de toutes variétés; il agit aussi contre les prurits idiopathiques. Il ne semble pas empêcher les récidives lorsque l'eczéma est produit par une substance pour laquelle le sujet est sensibilisé.

Action de l'extrait aqueux de rate sur l'éosinophilie sanguine. — MM. P. CHEVALLIER et T. ELY. Les injections d'extrait aqueux produisent, une baisse temporaire de l'hyperéosinophilie. L'extrait de rate ne semble pas avoir d'intérêt pour le traitement de l'hyperéosinophilie chronique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1930)

Remarques sur les propriétés cryptotoxiques générales des savons. — M. L. VELLUZ a montré précédemment que l'oléate de sodium atténue, notablement, dans certaines conditions, la toxicité de substances chimiquement définies, et a désigné sous les noms de crypto-alcaloïdes ou de complexes cryptométalliques les associations savonneuses d'alcaloïdes ou de métaux lourds où les effets toxiques de ces ions ou molécules sont partiellement masqués grâce au savon.

On peut admettre que l'atténuation ne se produit que si l'oléate de sodium forme avec le poison une combinaison peu soluble, redissoute ensuite à la faveur de l'excès du colloïde. L'auteur a cependant observé qu'on peut atténuer la toxicité du mercurochrome dans des conditions analogues, alors que le savon et cette molécule colorante ne se précipitent mutuellement, à aucune concentration.

Les faits font supposer que des applications sont possibles dans le domaine médical.

Etude sur la colonie S. du B. C. G. — M. T. DE SANCTIS MONALDI, étudiant la prétendue virulence des colonies S. du B. C. G., a infecté des lapins âgés d'un mois soit par inocu-

lation dans la chambre antérieure de l'œil, soit par instillation, après scarification de la cornée.

Il a également infecté des cobayes âgés de cinq à dix-huit jours, mais ici simplement par scarification.

Chez les uns comme chez les autres, il n'a observé que de petites lésions localisées à l'œil inoculé qui, en général, se sont résorbées dans l'espace d'un mois.

Aucune lésion viscérale n'a été constatée.

D'autre part, l'auteur apporte la preuve que le B. C. G. se multiplie et se cultive parfaitement dans le liquide de la chambre antérieure de l'œil.

Influence de la concentration moléculaire totale sur la toxicité de quelques solutions alcaloïdiques. — M. Léon Velluz. Il suffit de rendre fortement hypertonique une solution de sulfate de strychnine pour en diminuer notablement la toxicité. C'est ainsi que, chez le cobaye, l'injection sous-cutanée de deux doses mortelles du sulfate de cet alcaloïde reste sans effets appréciables si la solution injectée est additionnée de 10 p. 100 de chlorure de sodium ou de diverses autres substances minérales ou organiques à des concentrations correspondantes.

On peut supposer que l'hypertonicité des solutions fait disparaître les effets toxiques en retardant la diffusion complète de l'alcaloïde.

Ultrafiltration et pouvoir trypanocide du sérum. — MM. L. Nattan-Larrier et B. Noyer. Le sérum humain conserve son pouvoir trypanocide après avoir été soumis à la filtration sur des membranes de collodion. Toutefois, l'ultrafiltration paraît abaisser dans une proportion notable l'activité du sérum. Comme le placenta arrête la substance trypanocide du sérum et laisse, d'autre part, passer des substances qui ne franchissent pas les ultrafiltres, on est conduit à penser qu'il n'existe aucune relation apparente entre la perméabilité des ultrafiltres et celle du placenta qui ne paraît pas relever de facteurs mécaniques.

Chronaxie dans l'ivresse. — MM. Lapicque et Kajivara expliquent les caractères de la marche de l'ivrogne par une action du poison sur les chronaxies lesquelles, pour les groupes musculaires opposés, s'égalisent de telle sorte que l'influx nerveux se répartit également entre agonistes et antagonistes.

Un milieu vitaminé de préparation simple et rapide pour la culture des microbes. — M. Raoul Lecoq, partant de cette idée que les besoins des animaux supérieurs et des microbes ne doivent pas être tellement différents et s'appuyant sur les régimes antérieurement constitués pour les pigeons, les rats et les cobayes, a été conduit, à la suite de nombreux essais, à adopter le milieu vitaminé suivant, de préparation aisée, pour la culture des microbes généraux :

Bouillon malté.

Sulfate de magnésium..............	0gr5
Phosphate de potassium............	2
Phosphate d'ammonium............	2gr5
Chlorure de sodium...............	5
Extrait de malt desséché (Wander)..	5
Peptone pepsique (Chapoteaut).....	15
Eau distillée q. s. pour............	1.000 cc.

Ajuster au pH = 7,6; porter 20 minutes à 115 degrés, filtrer, répartir en tubes ou ballons et stériliser ensuite 20 minutes à 110 degrés.

Une gélose maltée est obtenue de la même façon, par addition de 20 à 25 p. 1.000 d'agar-agar.

LIVRES NOUVEAUX

Pour vivre cent ans ou l'art de prolonger ses jours (1), Guéniot, membre et ancien président de l'Académie de médecine.

Il y a deux ans, le regretté professeur Gley qui présidait l'Académie de médecine, dans une charmante allocution, félicitait son vénérable doyen, M. Guéniot, de sa belle santé et de sa verte vieillesse. Il ajoutait que, dans un avenir prochain, l'Académie tout entière serait heureuse de fêter le centenaire de son cher doyen.

Gley est mort et est unanimement regretté. Quant à M. Guéniot, qui actuellement a dépassé 99 ans, il demeure vaillant, alerte et d'une parfaite santé. La prophétie de Gley a donc toutes chances de se réaliser.

Dans sa retraite, M. Guéniot continue à travailler. Il vient de publier un volume de plus de 200 pages dans lequel il nous fait connaître son secret. Une douce philosophie, la sagesse, la sobriété, la méthode, le travail régulier et constant, tels sont les moyens qui lui ont permis de prolonger sa vie. Ce livre est donc le véritable bréviaire des vieillards. Il ne peut manquer d'être lu avec fruit et d'obtenir un véritable succès.

A. BROCHIN.

Le guide du praticien (2), par le docteur Barth.

Notre éminent confrère et ami, le docteur Barth, médecin honoraire des hôpitaux, après quarante années de brillant enseignement clinique, ne reste pas inactif dans la retraite. Il vient d'écrire un guide du praticien, appelé à rendre les plus grands services à nos jeunes confrères que les études de laboratoire et une spécialisation à outrance ont un peu trop éloignés de la vieille et saine clinique de nos maîtres. Nul, mieux que le docteur Barth, n'était qualifié pour combler cette lacune.

Son petit livre, parfaitement ordonné, d'une clarté lumineuse, est appelé à rendre service, non seulement aux jeunes praticiens, mais aussi aux familles plus ou moins isolées à la campagne, qui, en cas d'urgence, y trouveront d'utiles conseils. Ce livre n'est pas de ceux qui s'analysent, il faut le lire.

A. BROCHIN.

Hypersensibilités spécifiques dans les affections cutanées. Anaphylaxie. Idiosyncrasie (3), par Pasteur Vallery-Radot, médecin des hôpitaux, et Mlle V. Heimann, interne des hôpitaux.

Les recherches de Widal et de ses collaborateurs montrèrent dès 1914 que certains urticaires et certains asthmes étaient bien deux syndromes relevant d'un mécanisme comparable à celui que l'on observe dans l'anaphylaxie expérimentale.

On entrevoyait donc dès cette date que certaines dermatoses pouvaient être le stade ultime de perturbations s'effectuant dans l'intimité des humeurs, que les manifestations cutanées pouvaient être le dernier acte de troubles humoraux. De ce fait, la pathogénie de nombreuses dermatoses semblait devoir être complètement rénovée.

On ne tarda pas à essayer d'appliquer ces notions nouvelles à une série d'affections cutanées, et depuis une quinzaine d'années une partie de la dermatologie a été modifiée par ces conceptions nouvelles sur la sensibilisation de l'organisme à certaines substances et sur les réactions humorales

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Paris, Baillière.
(3) Un volume de 146 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

qui aboutissent aux réactions cutanées. Des observations ont été apportées en nombre considérable qui montrent bien que beaucoup de dermatoses sont dues à une hypersensibilité spécifique, hypersensibilité pouvant être due à une substance protéique ou à une substance cristalloïdique.

Il faut reconnaître cependant avec le docteur Vallery-Radot que l'on a usé un peu trop, sans discernement, du terme d'anaphylaxie; aussi fait-il table rase de la plupart des pathogénies édifiées en ces dernières années. Son but est de mettre de l'ordre dans tous les faits disparates qui ont été rassemblés, de les classer, de réunir les cas de même nature, de ne faire état que des faits bien démontrés d'hypersensibilité, de marquer en un mot ce qui entre dans le cadre de l'anaphylaxie.

L. G.

Le Cancer endolaryngé. L'hémilaryngectomie, par Marcc OMBRÉDANNE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface du docteur A. HAUTANT.

La question du traitement du cancer endolaryngé est à l'ordre du jour : cette redoutable localisation néoplasique est dépistée maintenant plus précocement que par le passé et le chirurgien tend de plus en plus, devant des cas moins avancés, à faire des opérations plus circonscrites et moins mutilantes que jadis.

Cet ouvrage intéresse tous les chirurgiens du larynx; ils y trouveront, d'une part, une parfaite description du procédé nouveau d'hémilaryngectomie créé par A. Hautant pour extirper un cancer endolaryngé, et d'autre part une étude très documentée de ce qu'a été et de ce qu'est actuellement la question du traitement des cancers, tant par la chirurgie que par les agents physiques.

Dans une première partie, l'auteur compare les résultats donnés par les trois grands types d'interventions chirurgicales : thyrotomie, laryngectomies totales, laryngectomies partielles.

Il conclut en montrant que les grandes interventions totales, graves et mutilantes, sont de moins en moins employées et surtout réservées à des cas de plus en plus favorables, alors qu'au contraire les interventions partielles tendent à élargir le cadre de leurs indications, en cherchant à extirper de plus en plus largement le néoplasme. L'auteur montre ensuite dans quelles conditions les agents physiques (radiations et diathermie) ont pu compter des succès dans le traitement du cancer endolaryngé.

Dans une deuxième partie, l'auteur précise tout d'abord les caractères cliniques et l'évolution du cancer endolaryngé. Il montre quelles sont les indications opératoires; puis il expose les principes fondamentaux de la méthode d'Hautant : technique opératoire (illustrée de 28 planches). Entre les mains de l'un des maîtres de la chirurgie laryngée, cette intervention essentiellement conservatrice et peu mutilante a déjà donné 68 p. 100 de guérison de cancers endolaryngés dont les deux tiers présentaient des lésions unilatérales étendues : tantôt demi-fixant, tantôt fixant complètement l'arythénoïde et la corde vocale. Ce sont là des cas que l'on aurait traités autrefois par laryngectomie totale.

L'ouvrage se termine par une bibliograhie très complète, comportant l'ensemble de travaux et de communications faits sur ce sujet dans tous les pays depuis dix ans.

L. G.

(1) Un volume de 134 pages avec 28 figures en planches hors texte. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

POLIOMYÉLITE
ANTÉRIEURE AIGUE [1]

Forme ascendante. — + + + + *syndrome de Landry.* —
a. Parfois généralisation d'emblée,

b. D'autres fois, marche progressive, généralement ascendante.

Troubles bulbaires viennent montrer enfin toute la gravité du pronostic.

Cyanose : troubles respiratoires.

Accélération du pouls : 180-200. Mort.

A ces bulbo-protubérantielle et ascendante très graves, opposer

Formes frustes : insister + + +.

Il existe des formes atypiques, frustes, d'autant plus intéressantes qu'elles sont généralement méconnues et qu'elles *contribuent à propager la maladie.*

— Forme à type grippal.

— Forme à type respiratoire : coryza, phénomène d'adénoïdite aiguë, bronchite.

— Forme à type digestif : anorexie, stomatite, angine érythémateuse, vomissements.

— Formes frustes douloureuses.

— Formes frustes méningées.

— Formes *choréiques* admises, à vrai dire, avant la découverte de l'encéphalite léthargique.

PRONOSTIC

Opposer dans une certaine mesure :

Forme sporadique (type paralysie infantile classique) vital : bon, fonctionnel moins bon que

Forme épidémique (autrefois type maladie Heine-Medin qui est seule responsable des formes graves).

Phase des séquelles. — Intérêt uniquement orthopédique et chirurgical.

Les localisations définitives se sont faites sur certains muscles. Séquelles définitives.

Diverses impotences motrices : pied bot, scoliose, lordose, main bote, cul de jatte, luxations paralytiques de la hanche, etc...

Séquelles qui sont résultats :

1° Paralysie et atrophie en masse du membre, gracile et frêle,

— musculaire, masquée parfois par adipose sous-cutanée.

— Squelette atrophié.

2° Rétraction musculo-tendineuse (muscles antagonistes).

3° Déformations articulaires, relâchement de ligaments.

DIAGNOSTIC

Différentiel. — *A.* **Période paralytique.** — En dehors, notion épidémie, diagnostic impossible.

FORME FÉBRILE : maladies infectieuses : grippe, embarras gastrique fébrile, angine, bronchite.

FORME DOULOUREUSE : rhumatisme articulaire aigu, névralgie quelconque.

FORME MÉNINGÉE : diagnostic difficile, méningite *cérébro-spinale* surtout la *ponction lombaire* (topo).

B. **Période paralytique.** — ENFANT : forme diphtérique + + + + + + +.

— Polynévrite

— antécédents de diphtérie

— Rechercher $\frac{\text{paralysie du voile}}{\text{paralysie oculaire}}$

— Progression lente des paralysies

— Ensemencement.

ADULTES. — *Encéphalite épidémique* :

Si anatomiquement, il s'agit de lésions bien différentes, cliniquement, ce n'est pas toujours facile;

Anatomiquement : la poliomyélite garde dans les formes hautes les caractères anatomiques de ses formes médullaires :

— Neuronophagie primitive des grandes cellules.

— Altération de la substance grise.

Lorsque l'*encéphalite*, au contraire, donne des troubles paralytiques des membres, ces troubles sont d'origine *périphérique, polynévritique* et c'est un processus peu destructeur.

Biologiquement : la ponction lombaire ne donne guère de résultats concluants : seule l'hyperglycorachie, plus fréquente ici peut faire penser à l'encéphalite.

La réaction de déviation de complément a peu de valeur.

La réaction de neutralisation du virus, et l'inoculation de fragments du névraxe, permettent un diagnostic *rétrospectif.*

Cliniquement : Importance diagnostique de l'hypersomnie, de la diplopie, des clonies en faveur de l'encéphalite.

NOURRISSON ou tout jeunes enfants : diagnostics spéciaux.

1° Maladie de Parrot,

2° Maladie de Barlow.

C. **Forme de Landry.** — Eliminer les autres causes de Maladie de Landry : la rage, surtout la diphtérie.

D. **Forme amyotrophique.** — Diagnostic très facile. Quelques cas parfois difficiles.

MEMBRES SUPÉRIEURS. — 1. *Paralysie radiculaire supérieure* d'origine obstétricale.

2. *Hématomyélie obstétricale.*

MEMBRES INFÉRIEURS. — 1° Pied bot congénital.

2° Luxation congénitale de la hanche.

3° Hémiplégie cérébrale infantile; parfois grosse, atrophie, mais ici réflexes vifs.

4° Amyotrophies.

Positif. — *Examen du sang* à phase paralytique : leucopénie.

Ponction lombaire : ou presque normal; assez souvent : albuminose +; lymphocytose.

Réaction neutralisant virus : permet diagnostic rétrospectif uniquement.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 2, p. 28.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les anémies aplastiques. Étude clinique, anatomique et pathogénique (fin), par M. P. Baize.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de neurologie.
Société de pédiatrie.
Société de stomatologie de Paris.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 23 février 1931, à 8 h. 30 Les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 26 janvier au lundi 9 février 1931 inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. W. Bensis, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes, fera au petit amphithéâtre de la Faculté, à 17 h., les conférences suivantes :

Samedi 17 janvier : La dengue clinique.

Mardi 20 janvier : Le kala-azar en Grèce. Epidémiologie et clinique.

ENREGISTREMENT DES DIPLÔMES. STATISTIQUE. — DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Le nombre des diplômes de docteur en médecine enregistrés à la Préfecture de police, au cours des onze dernières années est le suivant :

1920 : 365. — 1921 : 332. — 1922 : 299. — 1923 : 245. — 1924 : 278. — 1925 : 269. — 1926 : 302. — 1927 : 263. — 1928 : 253. — 1929 : 236, — 1930 : 253. (*La Vie médicale*).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. Comte, secrétaire adjoint à la Faculté de pharmacie de Paris, est chargé des fonctions de secrétaire de la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

LÉGION D'HONNEUR. — Nous sommes heureux d'annoncer la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre cher collaborateur et ami le docteur Chastenet de Géry, chirurgien de l'hôpital Paul Brousse. Nous le prions de recevoir les très affectueuses félicitations de la *Gazette des hôpitaux*.

— Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AGRICULTURE. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Vires (de Montpellier).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Taphanel, médecin de l'École nationale d'agriculture de Grignan.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Deramond et Théry.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Boulay, à Saint-Didier-en-Velay (Haute-Loire) ; Maur, à Plaisance (Gers) ; Canazzi, à Olmeto (Corse).

TRAVAIL. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Bertrand (de Marseille), Demonchy (de Paris).

P. T. T. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Miégeville.

FINANCES. — *A la dignité de grand officier.* — M. Albert Buisson, président du Tribunal de commerce.

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin principal Manaut (Indochine).

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — MM. le professeur Albert Fruhinshloz (de Nancy), les docteurs J. Martin, F. Mondain, L. Monier, G. Poix et P. Schreiber (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Aubert et Barrieu (de Paris), Baudrand (d'Antony), Bonnaud (de Roanne), Bourland (d'Oran), le professeur Caussade (de Nancy), Chastenet de Géry (de Paris), Cousin (de Couhé-Verac), Cruchaudeau (de Changis-sur-Marne), Deville (de Toulon), Faroy (de Paris), Foare (des Alpes-Maritimes), Garcin (de Paris), Gaudens (d'Anse), Guyot (de Dammartin-sur Meuse), Leroy (de Paris), Marquié (de Saint-André-de-Lidon), Martin (de Guinguamp), Mouthon (de Faverges), Ollivier (Loir-et-Cher), Pain (de Bourbon-Lancy), Poli (d'Ajaccio), Ravon (de Saint-Etienne), Antoine Baylard (de

Marseille), Tridier (d'Argentan), Weber (de Neuilly-sur-Seine), Dauzier, chirurgien-dentiste, à Paris.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — MM. le professeur Rohmer et le docteur Schmutz (de Strasbourg).

Médaille de vermeil. — M. le docteur Chantepie (de Tronget, Allier).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Jean Jiry (de Briey), Verdier (de Casablanca), Lauriol (de Sfax).

MM. Constantini Moktar et Sadok bou Aziz, auxiliaires médicaux, à Sfax.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Raybaud (de Marseille), Boeda (de Lassey), Crehange (de Nancy), Cornille (de Lille), Richir (de Roubaix), Wibaux (de Camiers), Meyer et Willemin (de Strasbourg), Sorgius (de Schiltigheim), Schneider et Lecompte (de Haguenau), Franck (de Bischwiller), Belin (de Strasbourg), Brinckmann (de Roeschwoog), Lévy (d'Erstein), Schalck (de Wissembourg), Cromback (de Saverne), Forest (de Strasbourg), Jeantet (de Saint-Didier-au-Mont-d'Or), Dupuy, médecin de l'assistance médicale à domicile ; Darré, médecin-lieutenant aux territoires du Sud-Tunisien.

Mlle Coulange, interne en médecine des hôpitaux de Marseille; M. Cornille, interne provisoire des hôpitaux de Lille; M. Meyer, interne à l'hôpital civil de Strasbourg; M. Stahl, interne à la Clinique médicale B des hospices civils de Strasbourg; M. Gambut, interne en médecine à l'hôpital Saint-Joseph (Rhône); Mlle Papaioannou, interne à l'hôpital de la Charité.

M. Camelin, externe des hôpitaux de Lyon; M. Varay, externe à la Maison municipale de santé; Mlle Comby, externe au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades.

Mlle Wagner, élève à la clinique infantile à Strasbourg.

Rappel de médaille de bronze. — M. le docteur Ponthieu (de Marseille).

LE DEUXIÈME ANNIVERSAIRE DE LA MORT DE F. WIDAL. — Comme nous l'avons annoncé, les élèves et les amis de F. Widal se sont réunis mercredi matin, autour de Mme Widal et de son fils, à la clinique médicale du professeur Bezançon; à l'hôpital Saint-Antoine, pour commémorer pieusement le souvenir du grand maître disparu. Le professeur Lemierre a rappelé, en une magistrale leçon, l'œuvre de Widal en pathologie rénale, puis tous les assistants sont allés se recueillir sur la tombe de Widal au cimetière Montmartre.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'A. D. R. M. — L'Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays amis (A. D. R. M.), que préside M. le professeur Hartmann, a tenu son assemblée générale mardi, dans la salle du conseil de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur.

Après une allocution du président, M. Balthazard, doyen de la Faculté, a exposé comment le nombre des étudiants étrangers qui viennent à Paris pour obtenir le doctorat d'université, qui avait notablement fléchi en ces dernières années, a atteint cette année un chiffre inconnu jusqu'à présent. Le nombre des étudiantes en médecine, qui avait brusquement baissé également, reste sensiblement le même. Il a appuyé ses statistiques de graphiques très frappants.

Dans son compte rendu moral du fonctionnement de l'Association, le professeur Hartmann a d'abord exposé comment le bureau de renseignements fonctionnant à la Faculté de médecine a reçu cette année la visite de plus de 1.000 médecins ou étudiants et 800 lettres de demande environ. Il a rappelé que plusieurs membres de l'Association ont donné des conférences en Grèce, au Brésil, en Bulgarie, en Espagne, en Roumanie, en Tchécoslovaquie, au Canada, en Argentine, à Beyrouth, etc. Des relations nouvelles se sont établies avec le corps médical japonais. Le nombre des membres de l'Association est actuellement de 768.

M. Lemaître, trésorier, a ensuite donné lecture du compte rendu financier et l'on a procédé au renouvellement d'un tiers des membres du Conseil d'administration.

UMFIA. — L'Assemblée générale annuelle statutaire de l'Union médicale latine aura lieu le samedi 31 janvier à 21 h. très précises, Hôtel Chambon, Maison des médecins, 95, rue du Cherche-Midi, Paris.

HOPITAL BRETONNEAU. — M. H. Grenet, médecin de l'hôpital Bretonneau, fera tous les vendredis, à 10 h. 45, une conférence clinique de médecine infantile, avec présentation de malades (salle de la consultation de chirurgie).

Première conférence : le vendredi 23 janvier.

LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS. — Programme des conférences du dimanche de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris (2e trimestre) :

18 janvier : M. Sorrel. Traitement des tuberculoses du pied.

25 janvier : M. Paraf. Enurésie.

1er février : M. Lesné. Substances irradiées en thérapeutique.

8 février : M. Ribadeau-Dumas. Du terrain dans les infections aiguës du nourrisson et de ses modifications sous l'influence thérapeutique.

15 février : M. L. Babonneix. Tumeurs cérébrales chez l'enfant.

22 février : M. Pasteur Vallery-Radot. Conception actuelle des néphrites.

1er mars : M. Mouchet. Considérations sur la spondylite traumatique.

15 mars : M. Lortat-Jacob. Dermatoses et dépuratifs.

22 mars : M. A. Béclère. La ménopause rœntgénienne.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — En vue du concours d'internat à la Maison départementale de Nanterre, des conférences ont commencé le 16 janvier. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. Bouroullec, interne en chirurgie, ou à M. Fabre, interne en médecine, 403, avenue de la République, Nanterre (Seine).

MARIAGE. — Le docteur A. Raybaud, rédacteur en chef du *Marseille médical*, nous fait part du récent mariage de son fils, le docteur Antoine Raybaud, chef de clinique médicale à la Faculté, avec Mlle Marie-Louise Saillet, interne en médecine des hôpitaux de Marseille. Toutes nos bien vives félicitations.

ERRATUM. — Dans l'article de notre collaborateur le docteur L. Alquier sur la réflexothérapie chiro-électrique (*Gaz. des hôpit.*, n° 103, 24 déc. 1930) il s'est glissé (p. 1942) une erreur d'impression au sujet du *multicourant*. Le constructeur est M. Ménand, et non M. Meynand.

REVUE GÉNÉRALE

LES ANÉMIES APLASTIQUES

ÉTUDE CLINIQUE, ANATOMIQUE ET PATHOGÉNIQUE [1]

Par M. P. BAIZE,
Interne des hôpitaux de Paris.

B. **Anémies aplastiques d'origine radioactive.** — 1° ANÉMIES APLASTIQUES DUES AUX RAYONS X. — En 1913, à l'autopsie du radiologiste Tiraboschi (de Bergame) mort d'anémie pernicieuse, Gavazzeni et Minelli (120) constatèrent que la moelle était aplastique et ne contenait que quelques lymphocytes; rates et testicules étaient atrophiés. Des faits analogues furent ensuite signalés par Aubertin (117), von Decastello (118), Larkins (123), Lankhart (122), Knud-Faber (121), Whitby et Jackson (126) dans des conditions sensiblement identiques : presque toujours, en effet, il s'agissait *de radiologistes* ou de personnes employées dans les services de radiologie, c'est-à-dire de sujets exposés à l'action continue ou subcontinue des radiations. Quelquefois, c'étaient des malades atteints de cancer ou de leucémie qui prenaient sous l'influence d'une radiothérapie trop prolongée, le chemin de l'anémie aplastique [Whitchner, Ross (125), Petrovich (124)].

En dehors de leur étiologie, rien ne distingue cliniquement les anémies aplastiques dues à l'action des rayons X des anémies aplastiques cryptogénétiques : mêmes stigmates hématologiques, même évolution presque aiguë. Anatomiquement, mêmes lésions d'aplasie médullaire et d'atrophie splénique; cependant, il est constant d'observer une *atrophie* plus ou moins complète *des testicules ou des ovaires*, due elle aussi à l'action des radiations.

Au point de vue expérimental, l'anémie aplastique des radiologistes a pu être réalisée chez les animaux en employant comme l'ont fait Aubertin et Beaujard dès 1908 (118), de fortes doses de radiations à courte longueur d'onde. Appliquées à doses faibles, mais longtemps répétées, ces radiations finissent également par léser gravement la moelle osseuse et par entraîner l'anémie aplastique, ainsi que l'ont montré Jagié, Schwartz et Siebenrock en 1911. L'anémie et la leucopénie légères avec mononucléose sont d'ailleurs les stigmates habituels du sang des radiologistes.

2° ANÉMIES APLASTIQUES DUES AU RADIUM. — Ces anémies sont très analogues aux précédentes, et comme elles, elles reconnaissent une origine professionnelle ou thérapeutique. Mottram, en 1920, rapporte 3 cas mortels d'anémie aplastique aiguë (129), observés dans le personnel du *Radium Institute* avec chiffres globulaires tombés respectivement à 1.100.000, à 800.000 et à 527.000 par millimètre cube. P. E. Weil et Lacassagne [obs. I (130)], Brûlé et Boulin (128) signalent en 1925 des faits analogues.

Dans l'observation de ces derniers, il s'agissait d'une femme de quarante-six ans, employée depuis huit ans dans un Institut privé à la manipulation du radium qui, après une phase anémique simple de quelques mois, *fut enlevée en douze jours* par une anémie aplastique typique. A propos de ce cas, N. Fiessinger rappela à la Société médicale des hôpitaux de Paris le sort d'un hématologiste de valeur, pionnier de la radiumthérapie, qui mourut en quelques semaines d'anémie aplastique bien caractérisée (hématies de 1.200.000 à 800.000, leucocytes à 3.000 avec diminution des éléments granuleux, absence d'hématies nucléées).

L'anémie et la leucopénie légères sont d'observation courante chez les médecins et les infirmiers exposés au rayonnement du radium, et en particulier aux rayons γ. Au reste, Aubertin et Delamarre (127) ont pu reproduire, en 1908, chez des souris exposées à l'action de ce rayonnement les lésions caractéristiques de l'anémie aplastique. Mottram, sur des rats, a vu le nombre des mitoses diminuer considérablement au niveau de la moelle osseuse.

3° ANÉMIES APLASTIQUES DUES AU THORIUM X. — Des anémies aplastiques dues au Thorium X, toujours d'origine thérapeutique, ont été signalées par von Plesch et Falta (cités par Reid), par Weil (132), [deux cas de leucémie transformés en anémie pernicieuse], et par Laignel-Lavastine et P. George (131). Cette dernière observation concerne une femme de trente-sept ans qui, à la suite de nombreuses séries de Thorium X, totalisant 17.700 microgrammes, fit un syndrome d'anémie aplastique fébrile : hématies passées de 1.800.000 à 500.000 en un mois, leucocytes autour de 3.000, mais *sans hypopolynucléose*, plaquettes tombées à 64.000, puis à 6.000, signes du lacet positif, temps de saignement = 14 minutes. A l'autopsie, la moelle osseuse présentait un aspect graisseux et vacuolaire, la rate ne pesait que 60 grammes.

Ces désastres thérapeutiques s'expliquent, d'après P. E. Weil, par la propriété que possèdent les corps radio-actifs de *s'accumuler* dans les organes hématopoiétiques et d'y persister, même après cessation prolongée du traitement.

C. **Anémies aplastiques de causes diverses.** — Les faits que nous groupons dans ce paragraphe sont assez contestables, tant au point de vue clinique (car ils s'éloignent notablement de l'anémie aplastique telle que nous l'avons décrite) qu'au point de vue étiologique, le vieil adage *post hoc, ergo propter hoc* étant bien loin d'avoir une valeur absolue.

Tels sont les cas d'anémie aplastique *d'origine gravidique* qui ont été rapportés par Hirschfeld (55), W. Allan (134) [dont l'observation étiquetée « leu-

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 3, p. 37.

Erratum. — Dans la première partie de la Revue (*Gaz. des hôpit.*, n° 3, 10 janv. 1931), faire les corrections suivantes :

P. 37, col. 2, 2e paragraphe, au lieu de Dimitresco-Hante, lire *Dumitresco-Mante.*

P. 38, col. 2, sixième avant-dernière ligne, au lieu de Dike, lire *Dyke.*

P. 41, col. 2, 2e paragraphe, au lieu de Wulf et Kakhman, lire *Wulf* et *Rakhman.*

P. 43, col. 1. au lieu de Baldridge et Haussmann, lire *Baldridge* et *Hansmann*; même col., au lieu de Dike, lire *Dyke.*

cémie lymphoïde aiguë avec anémie myélophtisique » concerne sans doute une forme embryonnaire], Ricca Barberis (143 *bis*), de Massary et M.-P. Weil (141). Dans cette dernière observation, une femme, âgée de vingt et un ans, enceinte de quatre mois, avait été enlevée rapidement au milieu d'un tableau d'anémie hémorragipare (776.000 hématies sans signes de régénération, sans leucopénie, mais avec irrétractilité du caillot, diminution des hématoblastes et moelle jaune à l'autopsie). De ces cas on peut rapprocher l'observation de Jambon et Duponnois (90 *bis*) concernant une femme de trente-deux ans qui fit, après un avortement, une anémie grave hypoplastique, avec V. G. entre 0,6 et 0,8 et que l'hémoculture montra liée à *une septicémie à Bac. Perfringens;* la guérison fut obtenue par l'autovaccinothérapie associée à la méthode de Whipple.

Par ailleurs, on a rapporté des cas d'anémie aplastique *post-infectieuse* [Baar (136)], *bothriocéphalique* [Krantz (140)], *paludéenne* [Haridas (138)], ou survenant au cours d'une *maladie d'Addison* [Williams (143)], d'un rhumatisme articulaire aigu [Baisch (135)], d'une maladie kystique des reins et du foie [Weber (142)], d'une endocardite maligne lente [Courtois-Suffit, Schœffer et Garcin (137 *bis*)], etc. Tous ces faits, répétons-le, n'ont peut-être pas été soumis à un contrôle hématologique suffisant et leur filiation étiologique nous paraît douteuse.

Pathogénie de l'anémie aplastique. — Deux hypothèses peuvent être émises pour expliquer l'origine d'une anémie; celle-ci peut résulter : soit d'une *destruction ou d'une déperdition exagérées* des hématies (= anémies hémolytiques), soit d'une *incapacité des organes hématopoiétiques* à régénérer les hématies détruites dans l'organisme (= anémies par anhématopoièse). Ces deux processus peuvent d'ailleurs s'associer, soit qu'un même agent provoque à la fois l'hémolyse et la lésion des organes hématopoiétiques, soit qu'une anémie, d'abord purement hémolytique, finisse à la longue par entraîner l'épuisement de la moelle osseuse.

Auquel de ces deux processus est dévolu le rôle essentiel de la genèse de l'anémie aplastique? Incontestablement *à l'anhématopoièse*, comme le prouvent la rapidité de l'évolution, l'absence de tout symtôme sanguin de réaction médullaire, et à l'autopsie l'aplasie de la moelle osseuse et l'atrophie splénique. Il est probable, toutefois, que l'anhématopoièse n'est pas seule en jeu; l'agent (?) toxique ou infectieux qui sidère la moelle, atteint sans doute aussi les éléments du sang circulant. Ainsi s'expliquent les dépôts ferriques du foie, de la rate et des reins. Mais le fait essentiel, celui qui conditionne le pronostic, est la suppression de l'hématopoièse.

Les difficultés commencent quand il s'agit de déterminer les causes de cette anhématopoièse. Si, dans quelques observations d'anémies aplastiques toxiques ou radioactives, cette cause est assez aisée à découvrir, il n'en est pas de même dans la plupart des autres cas et l'on est réduit à parler d'anémie aplastique « cryptogénétique », « primitive » ou « essentielle ». Les enquêtes étiologiques les plus minutieuses, menées par de nombreux auteurs, et répétées par nous-mêmes, sont toujours restées négatives.

On a parlé d'infection, de virus filtrant doué d'une affinité élective pour la moelle. Mais tout vient contredire l'hypothèse d'une origine microbienne : l'inconstance de la fièvre, la leucopénie hypopolynucléaire, le résultat toujours négatif des hémocultures, l'absence de lésions inflammatoires à l'autopsie. Certaines observations parlent de streptocoques, de colibacilles, voire d'anaérobies trouvés sur des frottis de moelle osseuse : ces germes proviennent certainement d'infections secondaires (Franck) ou même de la pullulation cadavérique. Dans l'observation IV de Dyke concernant une leucémie myéloïde passée de 121.000 à 2.800 leucocytes avec anémie aplastique, fièvre et purpura, on trouva à l'autopsie une granulie généralisée avec tubercules dans la moelle osseuse. Mais ce fait reste exceptionnel et il faut chercher ailleurs la vérité.

Hurst (12) admet que le fonctionnement de la moelle osseuse (et des organes hématopoiétiques en général) est réglé par *une hormone* dont l'excitation produirait la polyglobulie et la leucémie myéloïde, et dont la dépression entraînerait l'anémie aplastique. De cette théorie, ingénieuse, mais indémontrable, on peut rapprocher celle de Frank, tout aussi hypothétique, et suivant laquelle l'aleucie serait due *à une action toxique ou inhibitrice exercée par la rate* sur les éléments de la moelle (= aleucie splénique, leucomyélotoxicose splénogène de Frank); cette opinion est partagée par Sternberg et par Krumbhaar. Mais l'existence d'une myélotoxine d'origine splénique n'a jamais été démontrée et l'hypothèse de Franck cadre mal avec ce que nous savons de l'état de la rate, presque toujours *atrophiée* au cours de l'anémie aplastique.

Pour d'autres auteurs (Aubertin) l'anémie aplastique serait en rapport avec *une insuffisance primitive et congénitale de la moelle osseuse.* Normalement celle-ci possède un pouvoir régulateur, « une certaine énergie plastique en réserve. » (Jedlicka) qui lui permettent de faire face aux attaques des agents vulnérants. Dans certains états de prédisposition individuelle, conditionnés le plus souvent *par l'hérédo-syphilis*, cette énergie plastique ferait défaut, et la moelle deviendrait incapable de répondre aux besoins créés dans l'organisme par un état infectieux ou toxique, même légers et passagers. L'anémie aplastique serait le dernier acte (d'apparition souvent brutale), d'un processus évoluant à bas bruit depuis de longues années, comme l'ictère grave est l'aboutissant d'une phase souvent longue d'insuffisance hépatique. Cette hypothèse est confirmée par la pâleur et de la tendance aux hémorragies, remontant aux premières années de la vie, que l'on relève dans les antécédents de nombre de ces malades; ceux-ci, pour la plupart enfants ou adolescents, sont d'ailleurs souvent des malingres, des chétifs.

Personnellement, nous nous rallions à cette théorie, à cela près que la méiopragie médullaire ne nous paraît pas forcément congénitale; nous pensons au contraire, que dans bien des cas *cette insuffisance médullaire est acquise*, et nous avons signalé à l'étiologie la fréquence avec laquelle on retrouve

dans les antécédents de ces malades, le *rachitisme*, le *rhumatisme articulaire*, le *paludisme*, affections essentiellement déglobulisantes, susceptibles de retentir de façon fâcheuse sur l'avenir du système hématopoiétique. Plus importants encore sont les *troubles intestinaux* (séquelles de fièvre typhoïde, de sprue, diarrhées chroniques baptisées « entérites ») qui jouent un rôle analogue en favorisant la production et la résorption de toxines très capables à la longue de léser gravement les organes sanguiformateurs.

Cette hypothèse, hâtons-nous de le dire, demande confirmation; elle nous nous paraît cependant des plus vraisemblables.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'anémie aplastique est théoriquement facile dans les formes typiques : il repose essentiellement sur l'examen hématologique, montrant la triade caractéristique : anémie-leucopénie-thrombopénie et l'absence de signes de réaction médullaire. En pratique, ce diagnostic est souvent assez délicat du fait des formes atypiques que l'affection peut revêtir et des nombreux cas de transition qui font le passage entre l'anémie aplastique et d'autres syndromes hématologiques.

1° *L'anémie pernicieuse commune*, progressive, type Biermer, présente à première vue un diagnostic facile. Elle évolue en effet de façon beaucoup plus lente; les œdèmes, les troubles digestifs y sont plus marqués, les hémorragies moins importantes; et surtout *la formule hématologique est celle d'une anémie plastique*, avec présence d'hématies nucléées, de myélocytes, de poïkilocytose, d'anisocytose, de polychromatophilie, et augmentation de la valeur globulaire. La polynucléose est fréquente, le caillot reste rétractile, les plaquettes ne sont pas modifiées. A l'autopsie enfin, la moelle osseuse est rouge sombre, reviviscente, bien différente, par conséquent, des moelles jaunes et inactives de l'anémie aplastique.

Mais il existe des cas où les hématies nucléées sont peu nombreuses ou même manquent passagèrement (Aubertin, Musser, Strauss), où la poïkilocytose est absente. Un certain nombre d'anémies, plastiques au début de leur évolution, aboutissent à la longue à l'épuisement de la moelle et à l'anémie aplastique [P. E. Weil (88), Nœgeli, Pappenheim, Hirschfeld]. Enfin, il existe quelques cas, rares à vrai dire, où, à un syndrome hématologique d'anémie aplastique, correspond une moelle rouge, reviviscente, et riche en mégaloblastes (= *anémies pseudo-aplastiques de Luzzatto* (63); Greppi, Widal. Abrami et Brûlé, Marcel Labbé]; l'inverse (formule sanguine plastique, avec moelle aplastique) a été également observé (Léon Tixier).

Chez l'enfant, l'*anémie pseudo-leucémique*, type von Jackhs-Luzet, est d'un diagnostic relativement aisé, car elle s'accompagne d'une hépato-splénomégalie importante, d'hyperleucocytose et d'une forte réaction myéloïde.

2° La fièvre, la rapidité et l'intensité de la déglobulisation posent parfois le diagnostic avec une affection rare, d'étiologie obscure, probablement infectieuse, l'*anémie fébrile aiguë*, dont Mac-Intosh et Cleland (163), Moschkowitz (164), Lederer (162), Brill (161), Benhamou, Jude et Gille [d'Alger] (160), ont rapporté des observations et dont Benhamou (159) a récemment donné une bonne étude. Il s'agit dans tous ces cas d'une anémie intense et rapide, avec fièvre élevée continue, splénomégalie modérée, *forte polynucléose* (12.000 leucocytes dont 82 p. 100 de polynucléaires dans l'observation de Benhamou, 37.000 leucocytes avec 81 p. 100 de polynucléaires dans le cas de Lederer, *présence d'hématies nucléées*, de *myélocytes* (7 p. 100 Lederer), poïkilocytose et anisocytose, tous caractères qui permettent une différenciation facile.

3° *La leucémie aiguë leucopénique* (ou leucémie aplastique) est souvent d'un diagnostic délicat avec *les formes embryonnaires* de l'anémie aplastique; le pourcentage assez élevé de cellules jeunes dans celles-ci, la déglobulisation intense et le peu de tuméfaction spléno-ganglionnaire dans la leucémie, rendent la classification des faits parfois difficile, comme dans les observations de Widal et Mme Bertrand-Fontaine, de Dumitresco-Mante (148), de Thomas et Rolleston (156 *bis*), etc., d'autant que les deux affections peuvent coexister ou se succéder chez un même malade. Mais dans la leucémie les cellules-souches sont beaucoup plus nombreuses, les hémorragies plus intenses; les lésions bucco-pharyngées sont de règle, la fièvre est plus constante, l'évolution plus rapidement mortelle.

4° *L'agranulocytose* est d'un diagnostic difficile avec l'anémie aplastique. On sait que Schultz [1922] et Friedmann [1923] (157) ont décrit sous ce nom une affection rare et quelque peu mystérieuse, caractérisée essentiellement par une angine ulcéro-nécrotique, un état infectieux sévère, et la *diminution extrême des leucocytes granuleux* à l'exclusion de tout autre symptôme hématologique, l'évolution toujours mortelle excédant rarement une semaine.

Lorsque l'agranulocytose se présente avec cette pureté, le diagnostic est relativement aisé. Malheureusement, dans la plupart des cas, on se trouve en présence *de formes intermédiaires* dans lesquelles d'autres syndromes, anémique et hémorragique en particulier, s'associent à l'agranulocytose. Telles sont les observations de Lipinski et Artymowska (151) de Bantz-Zadek (145), de Friedemann (153), de Hirsch (152), de Baize et Boquien (144), de David (146), etc. Dans toutes ces observations où se combinent de façon souvent inextricable anémie, diminution des granulocytes et syndrome hémorragipare, le diagnostic n'est la plupart du temps conditionné que par la prédominance d'un symptôme, quand il n'est pas une simple affaire de terminologie.

5° Des considérations analogues s'appliquent au diagnostic des *formes hémorragiques* de l'anémie aplastique avec *certains purpuras hémorragiques* ayant entraîné un état d'anémie accentuée. Les formes de transition ne manquent pas [Lenoble (150), Sternberg (156), M. Labbé et Laignel-Lavastine (149), Olinescu et Antal (155)], etc. Dans le purpura, cependant, les hémorragies sont plus importantes, le pur-

pura est plus étendu, l'anémie est moins marquée, il n'y a pas hypopolynucléose. Mais le plus souvent, le diagnostic, là encore, n'est qu'une question de prédominance symptomatique.

Place nosologique de l'anémie aplastique. — En réalité, il est vain d'opposer les unes aux autres des affections qui présentent une indiscutable parenté, non seulement clinique, mais encore étiologique et pathogénique. L'anémie aplastique, l'agranulocytose, certains purpuras hémorragiques, sont en fait trois aspects cliniques d'un même processus anatomo-physio-pathologique : l'*atteinte grave de la moelle osseuse*.

On doit à l'heure actuelle considérer la moelle comme un organe *physiologiquement polyvalent* au même titre que la cellule hépatique ou rénale qui, on le sait, assument plusieurs fonctions. Ainsi l'*hématopoïèse n'est pas une*, mais se décompose *en trois fonctions nettement distinctes*, qui chacune, président à la naissance et à la maturation de trois éléments essentiels du sang : les hématies, les leucocytes granuleux, les plaquettes.

La diversité du rôle physiologique dévolu à chacun de ces trois éléments (hématose, phagocytose, coagulation); leur inégale résistance aux agents vulnérants (démontrée expérimentalement vis-à-vis du benzol); l'observation clinique de cas hématologiquement purs, comme l'agranulocytose, conduisent à admettre que chacune de ces fonctions médullaires peut être touchée, sinon isolément, du moins de façon prépondérante. Ainsi se trouvent réalisées des insuffisances partielles comme l'agranulocytose (atteinte de la fonction granulopoiétique) et comme certains purpuras hémorragiques (atteinte de la fonction thrombopoiétique) syndromes au premier abord très différents, mais que relient entre eux une étiologie et une pathogénie communes.

La multiplicité des formes de transition, des « plis de passage » entre ces divers syndromes, et la possibilité de leur association en proportions infiniment variables s'expliquent facilement. En particulier, l'atteinte isolée de la fonction érythropoiétique ne s'observe pour ainsi dire pas à l'état de pureté; les hématies résistent en effet beaucoup mieux que les autres éléments du sang à l'action des agents vulnérants, toxiques (benzol) ou radioactifs, de sorte que l'atteinte de la fonction érythropoiétique s'accompagne presque toujours de l'atteinte simultanée des deux autres fonctions de la moelle. C'est alors le tableau clinique et hématologique de l'*anémie aplastique*, et, dans les formes les plus graves, — hémorragiques et suraiguës, — le tableau de l' « aleucie » de Frank, qui correspond à l'épuisement total de la moelle, à la « panmyélophtisie » [Frank].

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les formes graves de l'insuffisance médullaire. Il est infiniment probable qu'*aux syndromes malins :* aleucie, agranulocytose, diathèses hémorragiques graves, liés à une intoxication ou à une infection sévères de la moelle osseuse correspondent des *syndromes d'insuffisance légère*, aisément curables, et qui sont aux précédents ce que l'insuffisance hépatique légère est à l'ictère grave. On pourrait alors schématiser de la façon suivante, et sans préjuger de leurs causes, les *différentes formes de l'insuffisance médullaire :*

1° *Fonction érythropoiétique*	atteinte légère =	*anémies banales; chlorose.*
	atteinte grave =	*anémie aplastique pure* (pratiquement inobservée).
Fonction granulopoiétique	atteinte légère =	*mononucléose* de certaines infections.
	atteinte grave =	*agranulocytose* type Schultz.
3° *Fonction thrombopoiétique*	atteinte légère =	*thrombopénie* (intermittente ou essentielle) de Frank. *Purpuras chroniques* de Bensaude et Rivet. *Hémogénie* de P. E. Weil, etc.
	atteinte grave =	*purpuras hémorragiques; thrombopénie maligne* de Frank.
4° *Atteinte globale des trois fonctions*..................		*anémie aplastique aiguë hémorragipare = aleucie*, panmyélophtisie de Frank, — *myéloses globales aplastiques* de di Guglielmo, etc.

De tous ces syndromes de carence médullaire, le plus immédiatement grave est l'*agranulocytose*, dont « l'action est prépondérante au point de vue du caractère de fatalité qu'elle imprime à la plupart des observations où on la retrouve ». [Aubertin et R. Lévy (158).]

TRAITEMENT

Le traitement de l'anémie aplastique, dans l'état actuel de nos connaissances, est, il faut l'avouer, des plus décevants. Si dans quelques formes secondaires (arsénobenzoliques surtout) la guérison durable a pu être obtenue par les transfusions répétées et par la suppression rapide de l'intoxication, dans la très grande majorité des cas et notamment dans les anémies aplastiques cryptogénétiques, toute thérapeutique semble vouée à l'échec.

Les divers traitements proposés : transfusions, méthode de Whipple, opothérapie médullaire, agissent surtout comme des *palliatifs*, et sont d'ailleurs de valeur fort inégale; quant aux médicaments usuels des anémies : fer, arsenic, etc., ils se sont révélés totalement inefficaces.

1° *Les transfusions* ont été employées par de nombreux auteurs, à doses *faibles* (dépassant rarement 150 centimètres cubes) mais souvent répétées. Rieux et Delater ont ainsi pratiqué vingt transfusions chez un jeune soldat atteint d'anémie aplastique essentielle, sans autre résultat qu'une amélioration transitoire. Par contre, P. E. Weil et Isch-Wall, chez deux malades (dont l'un reçut quatorze transfusions, représentant 2 litres et demi de sang en cinq mois), Widal et Mme Bertrand-Fontaine, G. Lévy, ont enregistré des guérisons lentes, mais durables : il s'agissait dans tous ces cas d'anémies aplastiques secondaires à l'action du novarsénobenzol, formes qui semblent en elles-mêmes moins graves que les anémies cryptogénétiques. Dans un cas dû au benzène, Flandin et Roberti furent moins heureux; leur technique (sang rendu incoagulable

par le novarsénobenzol) n'était peut-être pas en l'occurrence exempte de danger.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que l'*action des transfusions est passagère* et tient plus à l'apport matériel d'une certaine quantité de sang frais qu'à une excitation véritable des fonctions médullaires; en général, les globules rouges du donneur sont détruits en trois à quatre jours. D'autre part, les phénomènes de choc sont beaucoup plus à craindre dans les sangs si profondément modifiés des grands anémiques, malgré la compatibilité des groupes, et comme nous l'avons personnellement observé chez deux malades.

2° *La méthode de Whipple*, dont l'action est si remarquable dans les anémies pernicieuses communes, n'a pas donné de résultats satisfaisants dans le traitement de l'anémie aplastique; c'est ce qui ressort à la lecture des Rapports du XXe Congrès de médecine où cette question était à l'ordre du jour. L'observation de Jambon et Duponnois, où la méthode de Whipple a paru amener la guérison ne concernait probablement pas une véritable anémie aplastique; la même année, Edie (53) notait l'échec complet de la médication hépatique. Personnellement, chez deux malades, nous n'en avons tiré aucun bénéfice, tant sous la forme de foie cru (250 grammes) que sous la forme d'extrait (*Hépatrol*) à la forte dose de six ampoules de 5 centimètres cubes par jour.

3° *L'opothérapie médullaire* semblerait dans l'anémie aplastique trouver son indication naturelle. Et cependant elle n'a été tentée que rarement (à notre connaissance); son action fut nulle chez le malade de Vaquez et Aubertin (85), et Aubertin, Ménétrier et Bloch concluent qu'elle n'a aucune action quand la moelle est dégénérée, ce qui est le cas dans l'anémie aplastique.

4° Restent un certain nombre de *traitements d'exception* : Koehler (obs. II) a vu une amélioration notable, mais transitoire, par la *trypaflavine*. Walterhofer et Schramm ont proposé la *splénectomie* en raison des bons résultats que cette intervention fournit dans quelques cas d'anémie pernicieuse commune; mais la plupart des auteurs, notamment en France, estiment que la splénectomie est *formellement contre-indiquée* dans l'anémie aplastique. Enfin, Walterhofer et Schramm ont également proposé la résection de la moelle osseuse des os longs.

De toutes ces thérapeutiques, la seule qui donne quelques résultats, peu durables d'ailleurs, est celle qui met en œuvre les transfusions sanguines. Mais son action n'est que temporaire : à l'heure actuelle, le diagnostic d'anémie aplastique aiguë, étayé sur des examens hématologiques répétés, équivaut à un arrêt de mort.

BIBLIOGRAPHIE

A. **Anémies aplastiques en général.** — 1. Accolas (G.). *Th. de Lyon*, 1910.

1 *bis*. Aubertin (Ch.). Article in *Traité* Roger, Widal et Teissier, 1927, t. IX, p. 106.

2. Aubertin (Ch.). *Th. de Paris*, 1905.

3. Aubertin (Ch.). *Semaine méd.*, 15 juillet 1908, t. XXVIII, p. 337.

4. Bécart (A.). *Presse méd.*, 17 déc. 1927, p. 1538 (diagnostic).

5. Blumenthal. *Deut. Arch. f. klin. med.*, 6 mai 1907, p. 132; — *Arch. des mal. du cœur*, 1908, p. 298 (pathogénie et place nosologique).

6. Blumenthal et Morawitz. *Deut. Arch. f. klin. med.*, 1908, p. 25, vol. XCII (recherches expérimentales).

7. Duke (W. W.). *Trans. Sect. pratice med. A. M. A.*, 1928, p. 54, et *Journ. amer. med. Assoc.*, 8 sept. 1928, t. LXLI, p. 720.

8. Frank (E.). *Berl. klin. Woch.*, 1915, nos 37 et 41, p. 961 et 1062 (aleucie hémorragique); — *Ibid.*, 1915, p. 454 et 490 (thrombopénie); — *Berl. klin. Woch.*, 1916, p. 555 (aleucie splénique, leucomyelotoxicose splénogène).

9. Greppi (E.). *Arch. di Path. e Clin. med. Bologna*, 1925, t. IV. p. 326 (anémies aplastiques et pseudo-aplastiques).

10. Di Guglielmo. *Bull. de la Faculté méd.-chir. de Pavie*, 1928, f. 2 (myéloses aplastiques).

11. Holboll (S. A.). *Hospitastid.*, 3 janv. 1929, t. LXXII, p. 1.

12. Hurst. *Guy's Hosp. report*, 1926, t. LXXVI, p. 85.

13. Lavenson. *Amer. Journ. of med. sciences*, 1907, vol. CXXXIII, p. 100 (place nosologique).

14. Maggowan (J. P.). *Proc. Royal Soc. med.* (sect. compar. med.), juillet 1928, t. XXI, p. 33.

15. Mead (W. R.). *Journ. South. Carolina M. A.*, sept. 1929, t. XXV, p. 517.

16. Opitz. *Arch. f. Kind.*, 28 mars 1929, t. LXXXVI, p. 293 (diagnostic chez l'enfant).

17. Marsh (H. E.). *Ann. clin. med. Baltimore*, 1924, t. III, p. 162.

18. Rösler (O.). *Wien. med. Woch.*, 7 mai 1927, t. LXXVII, p. 603 (aleucie).

19. Schneider. *Amer. Journ. of med. sciences*, déc. 1918.

20. Schulten. *Münch. med. Woch.*, 30 janv. 1925.

21. Sheard (A.). *Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse et de l'anémie aplastique*, J. Wright, Bristol 1925, 102 pages.

22. Shen (C. Y.). *Nat. med. Journ. of China*, 1928, t. XIV, p. 389 (cas en Chine Septentrionale).

23. Sonnenfeld (A.). *Klin. Woch.*, 19 août 1928, t. VII, p. 1585 (description clinique et hématologique).

24. Stern (R. I.) et Hartmann (E.). *Klin. Woch.*, 24 juin 1928, t. VII, p. 1230 (caractères de l'agranulocytose, la paumyélophtisie, la thrombopénie essentielle).

25. Strain (T. E.). *New-Orleans Med. et surg. Journ.*, déc. 1929, t. LXXXII, p. 364.

26. Wallgren (I.). *Finska, Läk-Sällsk. Handl.*, juin 1929, t. LXXI, p. 434 (état de la muqueuse gastrique dans l'anémie aplastique).

27. Witts (L. J.). *Clin. Journ.*, 10 avril 1929, t. LVIII, p. 173.

28. Young (F. W.). *Illinois med. Journ.*, 1925, t. XLVII, p. 142.

29. Bickel (L.). *Wiener klin. Woch.*, 1929, t. XLII, p. 1186 (anémie aplastique aiguë, lymphadénie aleucémique et agranulocytose).

29 *bis*. Hue (J.). *Th. de Paris*, 1930.

B. **Anémies aplastiques cryptogénétiques.** — 30. Agnew (G. H.). *Canada med. Assoc. Journ. Toronto*, 1924, t. XIV, p. 859 (enfant).

31. Babonneix et Paisseau. *Arch. des mal. du cœur*, 1910, p. 577 (un cas chez l'enfant).

32. Babonneix et Tixier. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 janv. 1913, p. 227 (trois cas dont le premier seulement concerne une anémie aplastique).

33. Blümer. *John Hopkins hosp. Bull.*, avril 1905, p. 127.

34. BLOCH. *Beit. z. path. anat. und allg. Pathol.*, 1903, f. 34, p. 347.
35. BRUCE (J. W.). *Arch. Pediat.*, oct. 1927, t. XLIV, p. 657 (un cas infantile).
36. CABOT. *Boston med. et surg. Journ.*, 10 mars 1927, p. 404 (un cas).
37. CADE. *Bull. méd.*, 18 juillet 1903, p. 647 (un cas).
38. ACUNA. *Argentina med.*, 1904 (un cas).
39. BENOIT (Em.-P.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 mai 1921, p. 741 (un cas).
40. CAUSSADE et SCHAEFFER. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 mai 1908 (un cas).
41. CHEVALIER (P.) et FLANDRIN (P.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1er juillet 1929, p. 836 (un cas d'aleucie hémorragique).
42. CONNER (H. M.). *Proc. Staff. meet., Mayo clin.*, 2 mai 1928, t. III, p. 139 (un cas).
43. CHAUFFARD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1904, t. XXXI, p. 313 (un cas).
44. DESCHAMPS (P.-N.) et BAIZE (P.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, janv. 1931 (un cas).
45. DENECKE (G.). *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1926, t. CL, p. 266 (cas avec état leucémique terminal).
46. DYKE (S. C.). *Lancet*, 1924, t. I, p. 1048 (5 cas).
47. DEGANELLO. *Gazz. degli ospedali*, 4 juillet 1909.
48. DALTON. *Trans. of the clin. Soc. of London*, fév. 1904, t. XXXVII, p. 101 (un cas).
49. EHRLICH. *Charité Annalen*, 1888, Bd XIII (premier cas signalé).
50. EVANS et HALTON. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 15 avril 1905 (un cas).
51. ENGEL. *Zeit. f. klin. Med.*, 1900, Bd XL, p. 17 (un cas).
52. ELLMER (H.). *Deut. med. Woch.*, 18 fév. 1927, t. LIII, p. 310 (un cas d'aleucie).
53. EDIE (E. B.). *Pennsylvania med. Journ.*, avril 1929, t. XXXII, p. 500 (un cas avec échec de la méthode de Whipple).
54. GANDY (Ch.) et BAIZE (P.). *Paris méd.*, 13 déc. 1930, p. 519 (un cas).
55. HIRSCHFELD *Folia hœmatologica*, 1911, vol. XII, p. 350; — *Ibid.*, vol. III, p. 7 et 8; — *Deut. med. Woch.*, 1904, p. 650.
56. KINGSBURY. *Guy's Hosp. report*, 1926, t. LXXVI, p. 85 (un cas).
57. KHETCHINOFF (G. G.). *Odessky med. Journ.*, janv.-juin 1927, t. II, p. 190 (aleucie).
58. KLEINSCHMIDT. *Jahrb. f. Kind.*, janv. 1915 (cas infantile).
59. KOEHLER (G. D.). *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1927, t. CLV, p. 155 (3 observations dont I et II concernent des anémies aplastiques; III une agranulocytose).
60. LESNÉ, CLERC et LAEDERICH. In *Thèse* d'Aubertin, Paris 1905, p. 233 (forme avec réaction embryonnaire).
61. LOMBARD. *Arch. méd. belges*, juin 1928, t. LXXXI, p. 331 (un cas).
62. LEREBOULLET et LELONG. *XXe Congrès de méd.*, 1929, comptes rendus, p. 188 (un cas chez le nourrisson).
63. LUZZATTO *Riv. Veneta di sc. Med.*, 15 sept. 1907 (anémie pseudo-aplastique).
64. O'MALLEY et CONRAD. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 6 déc. 1919 (un cas).
65. MUSSER. *Arch. of intern. med.*, août 1914 (un cas).
66. MUSSIO, FOURNIER (J. C.), A. GARRA, F. ROCCA et J. MONESTIER. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 fév. 1928, t. LII, p. 190 (un cas).
67. MURPHY (F. D.) et MAC-EACHERN (J. M.). *Wisconsin med. Journ. Milwaukee*, 1926, t. XXV, p. 431 (2 cas).
68. ORRICO (J.). *Arch. latino-amer. de pédiatrie*, mars 1929, t. XXIII, p. 125 (plusieurs cas chez l'enfant).
69. VAN PAASSEN (P.). *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk*, 5 mai 1928, t. I, p. 2164 (6 cas); — *Ibid.* (pages additionnelles), 7 juillet 1928, t. II, p. 3378-3381 (1 cas).
70. POLTEVOL (N. K.). *Pediatria*, 1927, t. XI, p. 397 (1 cas infantile).
71. PORTER PARKINSON (J.). *Brit. Journ. of Child. dis.*, janv.-mars 1919 (enfant).
72. MUIR. *Brit. med. Journ.*, 29 sept. 1900 (1 cas infantile).
73. PASTEUR. *Trans. of the clin. Soc. of London*, 1903-1904, t. XXXVIII, p. 35.
74. RIEUX (J.) et DELATER (G.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 juillet 1923, p. 1242 (1 cas).
75. REID (W. J. S.). *Lancet*, 4 août 1928, t. II, p. 223 (myélophtisie).
76. ROSENBLUM (D. S.) et GUREVITCH (D. S.). *Klin. Med.*, 1928, t. VI, p. 1430.
77. SMITH (L. W.). *Amer. Journ. of dis. of Children*, mars 1919.
78. STEINHAUS et STORDEUR. *Arch. de méd. expérim.*, 1908, p. 805.
79. SENATOR. *Zeit. f. klin. Med.*, déc. 1904 (forme embryonnaire).
80. STONES (W. J.). *Linos med. Journ.*, nov. 1907.
81. SCHAUMANN. *Samm. klin. Vortr. von Volkmann*, 1901, N. F., n° 287.
82. STRANSKY (E.). *Wiener med. Woch.*, 1925, t. LXXV, p. 1434 (1 cas).
83. SABRAZÈS (J.), P. MICHELEAU et G. MANDILLON. *Arch. des mal. du cœur*, oct. 1928, t. XXI, p. 656.
84. STOTZIK et GALPERIN. *Russkaia Klin.*, mai 1927, t. VIII, p. 716 (2 cas).
85. VAQUEZ et AUBERTIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 18 mars 1904 (1 cas).
86. VEDEL, VIDAL et CHAPTAL. *Arch. méd.-chir. de province*, 1029, f. 1, 13 juillet 1928, p. 71 (anémie aplastique avec paraplégie spasmodique, guérison).
87. WULF (J. D.) et RHAKMAN (V. J.). *Russkaia Klin.*, mai 1927, t. VIII, p. 725.
88. WEIL (P. E.). In *Thèse* de Houlmann, Paris 1907, p. 52.
89. ZERI. *Policlinico*, 1905, t. XII, h. 7; *Ibid.*, p. 289 (2 cas).
90. CARSLAW et DUNN. *Glasgow med. Jonrn.*, mai 1910.
90 *bis*. JAMBON et DUPONNOIS. *Arch. méd.-chir. de province*, 1929, t. II, p. 123 (1 cas dû au Bac. Perfringens guéri par auto-vaccin et Whipple).

C. **Anémies aplastiques secondaires.** — **a.** *Dues au benzène.* — 91. ASKEY (J. M.). *Californ. et West. med. Journ.*, oct. 1928, t. XXIX, p. 262 (2 cas).
92. BUNTING. *Johns Hopkins hosp. Bull.*, 1905, t. XVI, et *Journ. of experim. med.*, 1906, t. VIII (étude expérimentale).
93. CRÉMIEU. *Journ. de méd. de Lyon*, 1924, p. 251.
94. FAURE-BEAULIEU et LÉVY-BRUHL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 nov. 1922, p. 1466 (avec système nerveux); — *Ann. de méd.*, fév. 1924.
95. FLANDIN (Ch.) et ROBERTI. *Soc. méd. des hôpit.*, 13 janv. 1922, p. 59.
96. LAIGNEL-LAVASTINE, R. LÉVY et H. DESOILLE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 juillet 1928, p. 1264.
97. ROHNER, BALDRIDGE et HANSSMANN. *Arch. path. and Lab. med.*, fév. 1926.
98. SANTESSON (de Stockholm). *Congrès de Moscou*, 1897.
99. SELLING (de Baltimore). *Johns Hopk. hosp. Bull.*, 1910, t. XXI, p. 33; — *Johns Hopk. hosp. report*, 1916 (étude expérimentale).
100. SPIEGLER. *Wiener klin. Woch.*, 16 avril 1914, p. 458 (leucémie transformée en anémie aplastique par le benzol).
101. SWEENEY (J. S.). *Amer. Journ. med. sciences*, mars 1928, t. CLXXV, p. 317.
102. VERCELLOTTI (G.). *Osp. Maggiore*, 30 sept. 1928, t. XVI, p. 300.

103. WEIL (P. E.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1926, p. 1628 (en général).
103 *bis* LÉVY-BRUHL (M.). *Biologie méd.*, 1921, t. X.

b. *Dues aux arsénobenzènes.* — 104. AUBERTIN (Ch.). *Monde méd.*, 15 nov. 1926 (étude d'ensemble).
105. GÖRKE. *Münch. med. Woch.*, 1920, p. 1226 (2 cas sur 3 observations).
106. LESPINE, WIDJOOGHE et FÉROUD. *Bruxelles méd.*, 15 juin 1922, et surtout *Ibid.*, 1er oct. 1922.
107. RABUT et OURY. *Presse méd.*, 20 sept. 1922.
108. SICARD (J.). *Th. de Paris*, 1926.
109. UGRIUMOW (B.) et J. IDELSOHN. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1927, t. CLVII, p. 257.
110. WEIL (P.-E.) et ISCH-WALL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 mars 1927, p. 319.
111. WEIL (P.-E.) et ISCH-WALL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 oct. 1922, p. 1424.
112. WEIL (P.-E.) et ISCH-WALL. *Presse méd.*, 28 juillet 1923.
113. WIDAL (F.) et Mme BERTRAND-FONTAINE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 juin 1926, p. 980.

c. *Dues à diverses intoxications.* — 114. FEER (E.). *Monat. f. Kind.*, 1929, t. XLII, p. 157 (par nirvanol).
115. HALDIMANN (J.). *Schweiz. med. Woch.*, 17 août 1929, p. 838 (aniline).
116. STEWART. *Proc. Royal Soc. med.*, 1916-1917, t. X, p. 17, f. 1 (trinitrotoluèue).

d. *Dues aux rayons X.* — 117. AUBERTIN (Ch.). *Arch. des mal. du cœur*, 1914, p. 561 (cas d'un radiologiste).
118. AUBERTIN et BEAUJARD. *Arch. de méd. expérim.*, mai 1908 (reproduction expérimentale).
119. VON DECASTELLO *Deut. med. Woch.*, 1914, t. XL, p. 639 et 692.
120. GAVAZZENI et MINELLI. *Radiologia med.*, fév. 1914 (cas du radiologiste Tiraboschi).
121. FABER (Kn.). *Acta Radiologica*, 1922, p. 110.
122. LANKHART (J.). *Nederl. Tidjschr. v. Gen.*, Haarlem 1925, t. LXIX, 2e partie, p. 2789.
123. LARKINS. *Arch. of radiol.*, mai 1921.
124. PETROVICH (M.). *Th. de Genève*, 1928.
125. ROSS (J. M.). *Lancet*, 1925, t. I, p. 867 (Revue générale et 2 cas après traitement de leucémies).
126. WHITBY et JACKSON. *Lancet*, 1926, t. I, p. 226.

e. *Dues au radium.* — 127. AUBERTIN et DELAMARRE. *Soc. de biol.*, 14 mars 1908 (reproduction expérimentale).
128. BRULÉ et BOULIN. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 mars 1925, p. 528 (à propos de ce cas, N. Fiessinger rappelle le cas de Dominici).
129. MOTTRAM. *Arch. of Radiol. and Electroth.*, déc. 1920 (3 cas).
130. WEIL (P.-E.) et LACASSAGNE. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 mars 1925, t. XCIII, p. 237 (obs. I).

f. *Dues au thorium X.* — 131. LAIGNEL-LAVASTINE et GEORGE (P.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, nov. 1926, p. 1617.
132. WEIL (P.-E.). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 nov. 1926, p. 1627 (leucocytoses transformées).
133. VON PLESCH et FALTA. Cités par REID. *Lancet*, 4 août 1928, t. II, p. 223.

g. *Anémies aplastiques secondaires à des causes diverses.* — 134. ALLAN (W.). *Amer. Journ. obst. and gyn.*, juillet 1928, t. XVI, p. 112 (gravidique).
135. BAISCH (A.), *Zeit. f. Kind.*, 1928, t. XLV, p. 514 (après une polyarthrite).
136. BAAR (H.). *Folia hæmatol.*, nov. 1927, t. XXXV, p. 111-115 (post-infectieuse).
137. BORZHIM (S. G.). *Odessky med. Journ.*, janv.-juin 1927, t. II, p. 63 (otite aiguë compliquant une anémie aplastique).
137 *bis*. COURTOIS-SUFFIT, SCHŒFFER et GARCIN. *Arch. des mal. du cœur*, 1924, p. 419.
138. HARIDAS (G.). *Malayan med. Journ.*, déc. 1928, t. III, p. 167 (paludisme, traitement par l'adrénaline).
139. HART (V. K.), *Ann. d'oto-rhino-laryngol.*, sept. 1927. t. XXXVI, p. 781 (laryngite à strepto compliquant une anémie aplastique).
140. KRANTZ. *Inaug. Dissertation*, Zurich 1906 (bothriocéphale).
141. DE MASSARY et M.-P. WEIL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 juin 1908 (anémie aplastique chez une primipare).
142. WEBER (F. P.). *Trans. med. Soc. of London*, 10 janv. 1927, t. L, p. 107 (anémie aplastique terminale au cours d'une maladie kystique hépato-rénale).
143. WILLIAMS (H. V.). *Guy's Hosp. Report*, Londres 1926, t. LXXVI, p. 87 (après maladie d'Addison).
143 *bis*. RICCA-BARBERIS. *Riforma med.*, 1908, n° 31.

D. **Cas de transition entre l'anémie aplastique et d'autres affections,** — 144. BAIZE (P.) et BOQUIEN (Y.). *Gaz. des hôpit.*, 5 janv. 1929 (anémie aplastique et agranulocytose).
145. BANTZ-ZADEK. *Münch. med. Woch.*, 17 juillet 1925, p. 1200 (agranulocytose avec anémie sans thrombopénie).
146. DAVID. *Med. Klin.*, 14 août 1925 (anémie aplastique et agranulocytose).
147. DALLA VOLTA (A.). *Arch. di path. e clin. med.*, mai-juin 1928, p. 167 (lymphogranulomatose maligne et anémie aplastique, 2 cas).
148. DUMITRESCOMANTE. *Arch. des mal. du cœur*, sept. 1928, t. XXI, p. 593 (leucémie et anémie aplastique).
149. M. LABBÉ et LAIGNEL-LAVASTINE. *Arch. des mal. du cœur*, janv. 1911 (syndromes hématiques associés : purpura et anémie aplastique).
150. LENOBLE. *Arch. des mal. du cœur*, 1913, p. 313 (maladie hémorragipare et anémie aplastique).
151. LIPINSKI et ARTYMOWSKA. *Polska Gazeta Lekarska*, 1926, t. V, nos 29-30 (anémie et agranulocytose).
152. HIRSCH. *Münch. med. Woch.*, 1927, t. LXXIV, p. 762.
153. FRIEDEMANN. *Med. Klin.*, 1923, n° 41.
154. NOBÉCOURT, GÉRAUD et Ch. RICHET fils. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 juin 1918, p. 651 (leucémie aiguë et anémie aplastique).
155. OLINESCU et ANTAL. *Spitalul*, janv. 1928, t. XLVIII, p. 7 (épistaxis et anémie aplastique).
156. STERNBERG. *Deut. med. Woch.*, 19 janv. 1923 (purpura et anémie aplastique).
156 *bis*. THOMAS et ROLLESTON. *Brit. med. Journ.*, janv. 1910 (anémie aplastique et leucémie).

E. **Divers.** — a. *Agranulocytose.* — 157. SCHULTZ et FRIEDEMANN. *Deut. med. Woch.*, 1922, t. XLIV, p. 1497.
158. AUBERTIN et R. LÉVY *Arch. des mal. du cœur*, 1928 p. 369 (gros article).

b. *Anémie aiguë fébrile de Brill.* — 159. BENHAMOU. *Le Sang*, 1929, t. III, n° 1, p. 1 (revue générale).
160. BENHAMOU, JUDE et GILLE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 juin 1928, p. 1145.
161. BRILL (C.). *Arch. intern. méd.*, Chicago 1926, t. XXXVII, p. 244.
162. LEDERER. *Amer. Journ. of med. sciences*, oct. 1925.
163. MAC-INTOSH et CLELAND. *Australasian med. Mag.*, sept. 1902, t. XXI, p. 462.
164. MOSCHKOWITZ. *Arch. of int. med.*, juillet 1925.

c. *Physiologie de la moelle.* — 165. GUTIG. *Berl. Klin.*, 21 aoû 1905 (hypoleucocytose et moelle osseuse).
166. BILLINGS. *New-York med. Journ.*, 20 mai 1899, p. 693 (signification de l'absence d'hématies nucléées dans les anémies graves).
167. ROSKAM (J.). *Le Sang*, 1929, p. 497 (sur la thrombopénie).
168. MOUZON (J.). *Th. de Paris*, 1921 (sur les plaquettes).

169. RIEUX. *Hématologie clinique*, édit. 1924, p. 223.
170. WRIGHT. *Boston med. et surg. Journ.*, 7 juin 1906, et *Virch. Arch.*, 13 oct. 1906 (mégacaryocytes et plaquettes).
171. L. LE SOURD et PAGNIEZ. *Soc. de biol.*, 1913, p. 580 et 738 (coagulation et plaquettes).

d. *Traitement de l'anémie aplastique.* — 172. *XXe Congrès de méd.*, 1929, p. 169 à 238.
173. AUBERTIN, MENETRIER et BLOCH. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 avril 1905 (insuccès de l'opothérapie médullaire).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1930)

Sur la mucine des liquides articulaires. — MM. Ch. ACHARD et M. PIETTRE.

Le rôle du porc épic comme réservoir de virus du spirochète marocain *Sp. hispanicum*, var. *Marocanum* **Nicolle et Anderson 1928.** — M. P. DELANOË.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1931)

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Fontan (de Toulon), médecin général de la marine du cadre de réserve, membre correspondant depuis 1905.

Notices nécrologiques. — M. VALLÉE lit une notice sur M. Railliet, membre titulaire depuis 1896 dans la section de médecine vétérinaire, et M. VAQUEZ rappelle les travaux en médecine et en neurologie de M. Ladislav Syllaba (de Prague), membre correspondant étranger depuis 19 8, dans la section de médecine et spécialités médicales.

Chirurgie pulmonaire en milieu sanatorial. — M. F. BEZANÇON lit une note de MM. Bérard (de Lyon) et Dumarest (d'Hauteville), exposant les observations faites pendant trois ans au sanatorium d'Hauteville.

Les auteurs comparent les résultats donnés par les thoracoplasties d'origine pleurale et les thoracoplasties d'origine pulmonaire.

Les thoracoplasties d'indication pulmonaire semblent donner les plus beaux résultats. Elles doivent viser à réaliser dans la mesure du possible un collapsus électif efficace; une apicolyse avec plombage pourra venir compléter un affaissement imparfait. Pour une lésion très localisée du sommet un plombage paraffiné seul peut suffire.

La phrénicectomie donne des résultats inconstants, soit très favorables, soit marquant une aggravation. Pratiquée chez des malades à lésions stabilisées, elle peut donner de très bons résultats et, en cas d'insuccès, servir de préparation à une opération plus importante.

Le peyotl et son principe actif. — M. Raymond HAMET. Le peyotl est une cactée du Mexique que les indigènes adorent comme une divinité et qu'ils absorbent au cours de cérémonies rituelles. En fait, cette plante est douée de propriétés stupéfiantes extrêmement curieuses qu'elle doit à un alcaloïde spécial : la mezcaline. Cet alcaloïde qui provoque chez l'homme des visions lumineuses et des phénomènes analogues à ceux qu'on observe dans certaines affections mentales, est chimiquement voisin de l'arénaline. M. Raymond-Hamet montre que contrairement à l'adrénaline la mezcaline paralyse le vague, diminue la pression artérielle et excite les contractions intestinales. Malgré sa constitution chimique la mezcaline provoque donc des phénomènes spéciaux tant psychiques que physiologiques.

Cranio synostoses — M. DE LAPERSONNE présente un travail de M. le professeur GOURFEIN (de Genève), montrant que dans certains cas de cranio-synostoses prématurées, spécialement dans l'oxycéphalie (crâne en tour), à côté de l'atrophie papillaire et de l'exophtalmie, on peut rencontrer quelquefois le ptosis congénital et la paralysie de la convergence.

La réforme des études dentaires. — L'Académie a été consultée par le ministre au sujet de la réforme des études dentaires et du projet de loi Rio (v. *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 100, p. 1782).

Elle décide de nommer une commission chargée de faire un rapport à ce sujet. Sont élus membres de cette commission, MM. H. Roger, Balthazard, Radais, Sébileau et Sieur.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1930)

M. J. LHERMITTE, président, prononce l'éloge funèbre de MM. André Léri (de Paris), Verger (de Bordeaux), Von Monakow (de Zurich), décédés.

Syndrome de Ménière et paralysie faciale périphérique homologue. — MM. Jean PARAF, Maurice VERNET et BERNAL présentent un cas de syndrome du trou auditif interne pur (paralysie simultanée et exclusive de la VIIe paire et de la VIIIe). L'ordre chronologique d'apparition des troubles est ici particulièrement bien précisé : le bourdonnement violent d'abord, puis, deux heures après, le syndrome vertigineux brutal, suivi, trois heures plus tard, de la surdité totale et de la paralysie faciale. L'étiologie syphilitique est démontrée par la réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, et par l'action thérapeutique rapide du traitement spécifique. La discussion des symptômes permet une différenciation des tumeurs acoustiques ou ponto-cérébelleuses et un essai d'interprétation pathogénique des syndromes vertigineux.

Présentation de sept malades opérés de trépanation cranienne pour exploration de la fosse cérébrale postérieure. MM. DE MARTEL et GUILLAUME présentent sept malades qui présentèrent de l'œdème papillaire et des troubles cérébelleux. Ce syndrome comporte toujours l'intervention. Un nouveau volet, qui donne un jour particulièrement large sur toute la fosse cérébrale postérieure, a permis l'intervention appropriée à chaque cas (tumeur, méningite séreuse kystique), et l'amélioration des symptômes cliniques.

Syndrome supérieur du noyau rouge, forme choréo-athétosique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et A. MIGET présentent une femme âgée de soixante-quatorze ans, qui, en mai 1928, à la suite d'un léger ictus, fut atteinte d'hémiplégie gauche. La paralysie s'améliora en trois semaines, tandis que, du même côté, apparaissaient des mouvements involontaires spontanés. Actuellement, ces mouvements prédominent au membre inférieur, et gênent considérablement la marche.

L'examen met en évidence :

1° Une hémiparésie extrêmement discrète avec exagération des réflexes tendineux;

2° Des signes cérébelleux légers : dysmétrie, asynergie, adiadococinésie;

3° Des troubles choréo-athétosiques peu marqués au membre supérieur, accentués au membre inférieur, en particulier pour les orteils et pour le pied.

Il n'existe aucun trouble trophique, aucune altération des sensibilités superficielles ni profondes, aucune paralysie oculaire.

L'ensemble de ces symptômes, liés, selon toute vraisemblance, à une atteinte de la partie supérieure du noyau rouge, réalise un syndrome particulier, caractérisé par des troubles moteurs contro-latéraux à prédominance choréo-athétosique, sans paralysie de la IIIe paire, syndrome sur lequel MM. Souques, Crouzon et I. Bertrand ont attiré récemment l'attention.

Pour M. Crouzon, il n'est pas certain que l'hémichoréo-athétose post-hémiplégique comporte toujours une localisation sur le noyau rouge.

Sur une forme de sclérose combinée de la moelle. — MM. H. Français et E. Fabre présentent un cas de sclérose combinée de la moelle, caractérisée par trois groupes de symptômes : des troubles vasomoteurs très accusés, avec teinte cyanotique de l'extrémité des quatre membres, des troubles de la coordination des mouvements du membre supérieur droit, et des troubles pyramidaux discrets.

L'intérêt de ce cas réside dans l'intensité des troubles sympathiques, dans le caractère fruste des autres symptômes, dans l'absence d'anémie et dans l'intégrité de l'état général.

Un cas de chorée fibrillaire de Morvan. — M. P. Mollaret présente un ouvrier polonais de vingt-cinq ans, chez lequel s'est trouvé réalisé le tableau typique de la chorée fibrillaire de Morvan, avec son grouillement vermiculaire des muscles des mollets, associé à des secousses fasciculaires, à des myoclonies globales et à quelques déplacements intermittents du gros orteil. Le syndrome était accompagné de grandes crises sudorales et d'une desquamation abondante des mains et des pieds. Il a évolué, en quelques semaines, vers la guérison complète, parallèlement à des stigmates d'hyperexcitabilité musculaire myotonique, qui lui étaient associés. Le malade présentait, en outre, des signes de néphrite hypertensive (17-12), avec 0,60 p. 1000 d'azotémie.

Un cas d'hémiplégie spinale ascendante chronique. — M. Jacques Decourt. Chez un homme de quarante ans apparaît, de façon très insidieuse, une paralysie ascendante, qui débute à la jambe droite, puis, très progressivement, gagne, après quatre ans, la cuisse, et, après six ans, le membre supérieur. Cette paralysie affecte le type le plus schématique et le plus pur des altérations pyramidales. L'auteur rejette les hypothèses de sclérose en plaques, de sclérose latérale amyotrophique et de myélite syphilitique, et rapproche l'observation de son malade des faits analogues décrits pour la première fois par Mills. Il tend à ranger l'affection dans un cadre nosologique spécial.

Un cas d'alopécie familiale. — MM. Trénel et Prieur présentent une femme atteinte d'alopécie complète, et qui appartient, par son père, à une famille dans laquelle cette affection est héréditaire et se manifeste quelque temps après la naissance. Cette malade présente, en outre, une cataracte d'origine également familiale.

Hémiatrophie linguale au cours d'un processus aigu de névraxite ou de poliomyélite. — MM. O. Crouzon et Henri Desoille présentent deux malades qui sont atteints d'hémiatrophie linguale avec fibrillation, sans lésion des autres nerfs bulbaires. Chez l'un des sujets, existent des troubles de la sensibilité subjective, et, chez l'autre, une paraplégie flasque apparue en quelques jours. Il peut s'agir d'une poliomyélite ou d'une encéphalite, mais cette dernière ne fait pas sa preuve. Les auteurs insistent, en outre, sur le caractère parcellaire de la lésion bulbaire.

MM. J. Lhermitte, A. Souques, Bourguignon croient à l'origine poliomyélitique. La poliomyélite antérieure aiguë peut toucher isolément un noyau bulbaire : pneumogastrique (J. Lhermitte), facial (Bourguignon).

Un cas de gliome kystique volumineux du lobe temporal traité avec succès par simple ponction. — MM. Alajouanine et Petit-Dutaillis montrent un homme, qui a présenté des crises passagères soit d'aphasie, soit de céphalée et de confusion mentale, depuis 1927. En 1927, l'apparition de crises jacksoniennes droites de plus en plus fréquentes, qui intéressaient le membre supérieur et la face, avec légère paralysie faciale droite, hémianopsie du quadrant inférieur droit, grosse aphasie de Wernicke, et la constatation d'une stase papillaire permirent de faire le diagnostic de tumeur du lobe temporal gauche. L'intervention mit en évidence une saillie très large et fluctuante du lobe temporal. Une ponction ramena plus de 200 centimètres cubes d'un liquide brunâtre, riche en cholestérine. L'affaissement des circonvolutions était tel qu'on remplaça une partie du liquide par un peu d'alcool à 90 degrés. L'amélioration fut très rapide, et, dix jours après l'intervention, le malade paraissait guéri.

Les auteurs insistent sur l'évolution lente, par poussées, de certains gliomes kystiques, et sur la nécessité de s'en tenir à l'intervention minima qui peut permettre une longue survie. Toute tentative d'exérèse, dans de telles tumeurs et surtout dans cette localisation, risquerait de déterminer un déficit fonctionnel irréparable et aggraverait le pronostic opératoire. On connaît de tels cas, dans lesquels la guérison clinique a persisté jusqu'à trente ans (de Martel) après une simple ponction.

Sur un cas d'intoxication par la cyclohexenyléthylmalonylurée (tétrahydrogardénal, phanodorme). Localisation du toxique sur l'appareil mésodiencéphalique. — M. Lhermitte et Mlle Monique Parturier. Une jeune fille de vingt-trois ans subit une intervention pour une blessure du pouce. On lui conseille de prendre des comprimés de tétrahydrogardénal pour lui permettre de prendre un peu de repos et pour atténuer les réactions douloureuses. Deux comprimés de 0g20 de phanodorme sont donc ingérés à 2 heures et deux autres à 6 heures de l'après-midi.

Une heure après cette dernière prise apparaissaient les premiers symptômes de l'intoxication : délire confusionnel actif, hyperesthésie sensorielle, ralentissement du pouls et de la respiration. La patiente sombre dans un sommeil agité, interrompu vers 11 heures du soir par des vomissements particulièrement abondants. Presque, en même temps le pouls s'accélère et la diplopie apparaît, ainsi qu'un état lipothymique. L'intolérance gastrique persista pendant douze heures, et le lendemain la diplopie s'atténuait, mais le double ptosis persistait. Pendant vingt-quatre heures l'anurie fut complète.

Cette observation est le témoignage d'une intoxication méso-diencéphalique pure de tout élément étranger; elle montre qu'il est juste de placer les barbituriques dans le cadre des hypnotiques sous-corticaux. Les manifestations précédentes permettent de suivre la progression de l'inhibition diencéphalique à partir du centre du sommeil jusqu'au centre de la respiration et de la circulation en passant par les centres oculo-moteurs.

Syndrome adiposo-génital tardif. — M. Folly (Nancy). L'observation rapportée est celle d'un homme vigoureux âgé de trente-deux ans qui, vers l'âge de vingt-sept ans, acquit un embonpoint exagéré et réalisa un syndrome adiposo-génital très net.

Le malade présente, en outre, des séquelles de deux traumatismes craniens successifs. L'auteur discute le rôle du traumatisme, qu'il croit devoir écarter. La radiographie de la selle turcique a été négative.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1930)

Bronchectasies de la base gauche chez un enfant de dix ans. Phrénicectomie. Guérison. — MM. P. Lereboullet, Maurer, Gouyen et Véran présentent un garçon de dix ans porteur de bronchectasies de la base gauche, d'origine vraisemblablement congénitale, se traduisant par des pseudo-vomiques de 40 à 50 grammes de pus fétide tous les trois jours environ et un syndrome pseudo-cavitaire de la base.

Après plusieurs mois d'observation sans modifications appréciables et vérification par le lipiodol de la multiplicité et de l'étendue des bronchectasies ampullaires de la base, M. Maurer pratique chez lui la phrénicectomie le 11 juin 1930. Dès le lendemain, ascension diaphragmatique de 2 centimètres. L'expectoration s'atténue dès le premier jour et une pseudo-vomique de 40 centimètres cubes survenue six jours après l'intervention marque la cessation de la bronchorrée. Parallèlement les signes pseudo-cavitaires ont disparu et la radiographie montre actuellement une ascension de 4 centimètres de l'hémidiagramme gauche qui semble comprimer efficacement toute la région occupée primitivement par les bronchectasies. Le résultat opératoire est donc après six mois aussi satisfaisant que possible.

Correction chirurgicale d'un thorax en entonnoir. — MM. Ombrédanne et Charles Garnier estiment que le traitement chirurgical est indiqué dans les cas exceptionnels où la dépression sterno-costale entraîne des troubles fonctionnels. Ils ont opéré avec une technique nouvelle et personnelle un enfant chez qui la déformation entraînait des troubles cardiaques et respiratoires. Les résultats fonctionnels sont satisfaisants vingt jours après l'intervention.

Infantilisme hypophysaire. — MM. E. Lesné, J. Caroli et J.-B. Lièvre présentent un sujet qui, à l'âge de vingt ans, a l'apparence et le psychisme d'un enfant d'une dizaine d'années. Une atrophie optique bilatérale (sans hémianopsie vraie), un élargissement considérable de la selle turcique permettent de penser à une tumeur de la région hypophysaire; l'âge du sujet, le syndrome dystrophique, les calcifications intrasellaires font présumer qu'il s'agit d'une tumeur de la poche de Rathke.

L'absence de tout signe fonctionnel comme de tout signe d'atteinte de l'état général, le caractère définitif des lésions oculaires font discuter l'utilité de l'intervention chirurgicale.

Hémiplégie hérédo-syphilitique transitoire. — MM. Marquézy et Chevalier rapportent l'observation d'un enfant de sept ans qui a présenté une atteinte d'hémiplégie transitoire d'origine hérédo-syphilitique et mettent en évidence l'influence de la méningo-artérite et du spasme.

Recherche sur l'allergie dans l'eczéma du nourrisson. — M. Woringer a observé dans certains cas d'eczéma du nourrisson des réactions allergiques vis-à-vis de trois protéines alimentaires déterminées, papule urticarienne après intradermoréaction, réaction urticarienne généralisée accompagnée de choc anaphylactique après injection sous-cutanée.

Essai de traitement de l'eczéma du nourrisson par la désensibilisation spécifique. — M. Woringer a essayé,

comme corollaire à la communication précédente, de désensibiliser certains eczémateux par injections d'allergène à doses progressives. Il a obtenu quelques améliorations mais pas de guérison complète.

Hérédité d'une mutilation acquise. — M. V. Cathala rapporte la curieuse observation de la reproduction exacte chez un enfant d'une mutilation de la main acquise par la mère à l'âge de trois ans. Il est à noter que deux autres enfants plus âgés ne présentent pas cette malformation.

Le lobe azygos en pathologie. (*Présentation de radiographies.*) — MM. Debré et Mignon.

Perforation vésiculaire au cours d'une typhoïde grave. Opération. Guérison. — MM. Fèvre, Liège et Folliasson rapportent un cas de cholécystite perforante opérée au troisième septénaire d'une fièvre typhoïde grave et guérie. Cette observation tire son intérêt de sa rareté puisqu'il n'en existe que 34 cas dans la littérature mondiale entre 1835 et 1930.

Ils discutent à ce propos la question de la fistulisation délibérée de la vésicule biliaire dans les typhoïdes graves pour éviter les inoculations massives et répétées de l'intestin sous-jacent par la bile contenant du bacille d'Eberth en culture pure.

Injections intraveineuses de sérum associées à la sérothérapie classique dans le traitement de la diphtérie maligne. — MM. H. Janet et M. Haik, devant la haute gravité des diphtéries malignes observées actuellement, ont associé à la sérothérapie intramusculaire et sous-cutanée à forte dose des injections intraveineuses quotidiennes de sérum antidiphtérique. Les doses ont été de 20 centimètres cubes à 1 centimètre cube répétées tous les jours pendant cinq à dix jours.

Onze cas de diphtérie maligne ainsi traités n'ont donné que deux décès et aucun incident n'a été observé à la suite des injections. Les auteurs ont une impression très favorable des premiers résultats obtenus et pensent qu'une plus longue expérience mérite d'être faite, mais insistent par ailleurs sur ce fait que leurs conclusions ne s'appliquent qu'à la pratique hospitalière.

Fréquence des porteurs de germes diphtériques chez des rougeoleux. Leur désinfection par le novarsenobenzol. — MM. Nobécourt et Jean Lereboullet ont pratiqué pendant six mois l'ensemencement systématique du pharynx chez tous les entrants dans un service de rougeoleux; sur un total de 320 enfants ils ont trouvé une proportion de 8 p. 100 de porteurs de germes. Ils ont soumis 56 porteurs de germes de tous âges à la désinfection par le novarsenobenzol préconisée par MM. Lereboullet et Gournay; la désinfection du pharynx fut toujours obtenue, et en moins de quinze jours dans 90 p. 100 des cas.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(Séance du 18 novembre 1930)

Présentation de malades :

M. Hamon (d'Orléans) présente trois malades atteints de fracture du maxillaire et traités avec un nouvel appareil de réduction et de contention.

Note sur les accidents éruptifs de la dent de sagesse inférieure par voie alvéolaire. — MM. Bercher et Ruppe.

Pseudo-sarcome du maxillaire supérieur chez un enfant de quatre ans. — MM. Chompret et Dechaume.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 20 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gougerot, président; Lenormant, Henry, Robin, Bresson et Coquot. — M. Jarraud. De l'eczéma lichénoïde du chien. — M. Peccavy. Traitement de la hernie inguinale aiguë chez les solipèdes.

Mercredi 21 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Tanon, Dechambre, Lesbouyries, Panisset et Vergé. — M. Bruzeau. Les formes filtrantes du bacille tuberculeux en médecine vétérinaire. — M. Launois. Etude de l'anémie infectieuse du cheval. — M. Boulleret. Le bétail dans le Marquenterre et les bas champs de la Somme.

Jury : MM. Gosset, président; Legueu, Loeper et Cmbrédanne. — M. Patel. Accidents précoces des traumatismes cranio-encéphaliques fermés. — M. Lemarinier. Les suites opératoires après néphrectomie pour tuberculose rénale. — M. Guillon. Sur les propriétés hypotensives de l'allium sativum. — M. Magniaux. Gastro-entérites des nourrissons et leur traitement par le lacto-sérum. — M. Facan. Etude des ostéo-arthropathies de la hanche par syphilis héréditaire tardive.

Jeudi 22 janvier. — Jury : MM. Bezançon, président; Gougerot, Vaquez et Tanon. — M. Dessirier. Etude sur les cavernes tuberculeuses de la région hilaire. — M. Mansour. La syphilis sans chancre. — M. Scialom. Le chancre blennoragique. — M. Mathevet. Etude radiologique du cœur de l'enfant par la méthode de Vaquez-Bordet. — M. Polingher. Etude sur les accidents dus à certains procédés de teinture et de cosmétiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.

Le Danger de la Stase Intestinale



toujours présent, devient facilement sérieux chez la femme. La stase fécale a pour effet de gêner les fonctions pelviennes et tend à produire la congestion de l'utérus, laquelle n'est que trop fréquemment accompagnée de troubles physiologiques générateurs de dysménorrhée, de ménorrhagie, parfois même de réactions inflammatoires.

Le LORAGA améliore et souvent rétablit d'une façon définitive l'activité fonctionnelle du côlon. Une cuillerée à soupe que l'on prend avant le coucher, dose que l'on diminue graduellement au fur et à mesure de l'amélioration obtenue, convient spécialement au traitement de la constipation chez la femme, en raison de la douceur de l'action du Loraga et de l'absence complète de toute irritation.

MM. les Médecins qui en feront la demande recevront gracieusement un échantillonnage suffisant de ce produit, pour leurs essais cliniques.



LE LORAGA est la première Emulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar employée ; elle possède les avantages suivants : homogénéité e stabilité parfaites ; goût agréable malgré l'absence de tout arôme artificiel ; absence de sucre, d'alcalis et d'alcool ; pas de contre-indications ; pas de suintements ; pas de coliques ni de douleurs intestinales ; pas de nausées ni de troubles gastriques ; pas d'accoutumance.

LABORATOIRES SUBSTANTIA
SOCIÉTÉ ANONYME
13, RUE PAGÈS, SURESNES (Seine)

Prix exceptionnel de ce numéro : 1 franc.

N° 6. — MERCREDI 21 JANVIER 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 21 JANVIER 1931. — N° 6.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS
Répartition du personnel médical dans les hôpitaux de Paris.
MAISON DE SANTÉ DE SAINT-LAZARE
Répartition du personnel médical.
MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE
Répartition du personnel médical.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société de chirurgie.
JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION
Taxe sur le chiffre d'affaires. Journaux. Produits de la publicité, par Me H. RIBADEAU DUMAS.

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Par décret en date du 14 janvier 1931, rendu sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-arts, M. Binet (Léon), agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er janvier 1931, professeur de physiologie à la dite Faculté (chaire vacante : M. Roger, dernier titulaire).

— BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté a décidé de maintenir la chaire de médecine expérimentale et d'en déclarer la vacance.

— Sont proposés pour les fonctions d'agrégé : obstétrique : M. le docteur Marc Rivière; physiologie : M. le docteur Roger Fabre.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le vendredi 10 juillet 1931 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris. — Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Paul Blum, directeur de l'Institut d'hydrologie de la Faculté de Strasbourg; Levaditi, professeur à l'Institut Pasteur; le professeur Tixier (de Lyon).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Daumas (de Nice), Fourneau (de la Queue-en-Yvelines), Frogier (de Paris), Guyonnet (de Saint-Etienne), Nora et Royer (de Paris), Picquand (de Montluçon), Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris; Frizac (de Paris), Galland (d'Anzin), Troller (de Paris), Dourland (d'Oran), Crémieu (de Lyon), Tripier (d'Argentan).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La *médaille en vermeil* des épidémies est décernée au professeur Ricardo Jorge, président du Conseil supérieur d'hygiène de Lisbonne, membre du Comité d'hygiène de la Société des nations et de l'office international d'hygiène publique, pour les services éminents qu'il a rendus à la cause de la colonisation, les progrès qu'il a fait réaliser à la lutte contre les maladies exotiques et, en particulier, la fièvre jaune, par les savantes études qu'il a faites, la mission qu'il a accomplie au Brésil pendant l'épidémie de typhus amaril de 1928-1929 et la communication qu'il a bien voulu en faire dans les milieux scientifiques français et particulièrement à l'Ecole d'application du service de santé colonial de Marseille.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Pierre Even, sénateur, est nommé membre de la Commission de répartition du crédit des subventions aux œuvres d'assistance maternelle et de protection des enfants du premier âge.

CENTRES RÉGIONAUX DE LUTTE CONTRE LE CANCER. — M. le docteur Osmont, professeur de médecine opératoire et de pathologie externe à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé directeur du centre régional de lutte contre le cancer de Caen.

COMMISSION CONSULTATIVE DE PROTHÈSE ET D'ORTHOPÉDIE. — Sont nommés membres pour l'année 1931 : MM. les docteurs Rieffel, Mauclaire, Maisonnet, Rœderer, Ripert, David de Drezigue et Menut.

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. (La Haye, du 15 au 20 juin 1931). — PROGRAMME. — *Dimanche 14 juin.* — 17 h. : Réunion du Comité permanent.

Lundi 15 juin. — 9 h. : Remise des insignes, documents, etc. — 11 h. : Réunion des chefs des délégations et correspondants nationaux. Séance administrative. — 14 h. 30 : Ouverture solennelle; puis ouverture solennelle de l'Exposition historique des services de santé. — 19 h. : Soirée officielle.

Mardi 16 juin. — 10 h. et 15 h. : Réunion de toutes les sections. — Première question : « Recrutement, formation et perfectionnement des médecins et des pharmaciens militaires ». Rapporteurs : Pays-Bas, Yougo-Slavie. Nomination de la commission chargée de rédiger les conclusions. — 21 h. : Soirée offerte par la Municipalité.

Mercredi 17 juin. — 10 h. et 15 h. : Deuxième question : « Psychonévrose de guerre : les effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux chez les combattants et les non-combattants ». Rapporteurs : France, Etats-Unis d'Amérique. — Quatrième question : « Préparation et conservation des ampoules médicamenteuses en usage dans les Services de santé des armées de terre et de mer ». Rapporteurs : Pays-Bas, Roumanie. Nomination de la commission chargée de rédiger les conclusions.

Jeudi 18 juin. — 10 h. et 15 h. : Troisième question : « Les procédés d'hémostase du champ de bataille. Unification du matériel de première urgence et des conditions de son application ». Rapporteurs : Pays-Bas, Italie. Nomination de la Commission chargée de rédiger les conclusions. — Quatrième question : « Les séquelles des traumatismes de guerre des dents et du maxillaire inférieur. Le traitement ». Rapporteurs : Pays-Bas, Pologne. — 14 h. : Réuuion du Comité permanent. — 21 h. : Soirée offerte par le Gouvernement néerlandais.

Vendredi 19 juin. — Excursion. Réunion du Comité permanent. Approbation des conclusions et préparation de l'ordre du jour de la séance de clôture. — 19 h. : Banquet.

Samedi 20 juin. — 10 h. : Séance de clôture. Assemblée générale.

Cotisations : 10 florins pour les congressistes; 5 florins pour les personnes accompagnant les congressistes.

Inscriptions : Secrétariat : Jh. Sandberg van Boelens, 3. Surinanestraat, La Haye. Les réductions des chemins de fer seront obtenues à l'agence Cook, Pays-Bas.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Marcel Pouzet (de l'Absie, Deux-Sèvres); Gustave Ruelens (de Bruxelles), Pinet (de Cogny), Portalier (de Paris).

COURS DE CHIRURGIE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE, par MM. les docteurs Rossert, Elbaz et Georges, chefs de clinique à la Faculté, sous la direction du professeur Pierre Sebileau.

Nombre de leçons : dix. — Début du cours : lundi 2 février 1931. — Jours et heures des leçons : tous les jours, à 14 h. — Droits d'inscription : 350 fr. — Lieu d'inscription et renseignements : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Un diplôme leur sera délivré à la fin du cours.

BUREAU OFFICIEL DES GRANDS RÉSEAUX FRANÇAIS. MAISON DU TOURISME. — Les voyageurs trouvent au Bureau officiel des grands réseaux français, installé à la Maison du tourisme, 53, avenue George-V, à Paris, tous renseignements utiles en vue de leurs déplacements.

Ils peuvent y obtenir les billets de toutes catégories qui leur sont nécessaires (chemins de fer et autocars) et y louer à l'avance places de luxe, places de 1re, 2e ou de 3e classes.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

TAXE SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES

JOURNAUX, PRODUITS DE LA PUBLICITÉ

Le Conseil de Préfecture de la Seine, dans une décision en date du 31 mars 1930, a rendu une décision concernant la taxe sur le chiffre d'affaires, qui intéresse tous ceux qui vendent des journaux, et notamment les propriétaires de journaux afférents à la médecine, à la chirurgie, à la pharmacie.

On ne conteste plus aujourd'hui qu'un journal doive être considéré, au point de vue fiscal, comme une marchandise vendue au détail et soumise par ce motif à la taxe sur le chiffre d'affaires. Mais la question s'est posée de savoir si les profits provenant de la publicité en raison de contrats spéciaux étaient indépendants de la vente et devaient échapper à la taxe, s'il fallait considérer les annonces comme un élément du prix de vente et leur produit comme devant faire partie de l'établissement de la base imposable, sous la condition que le chiffre d'affaires total dépasse un million de francs, en conformité de la loi. Le Conseil de Préfecture a répondu affirmativement dans les termes suivants :

« Considérant qu'aux termes de l'article 14 de la loi du 31 juillet 1917, complété par l'article 83 de la loi du 13 juillet 1925, « il est établi indépendamment de l'impôt sur les bénéfices des professions industrielles et commerciales, une taxe spéciale sur le chiffre d'affaires réalisé par les entreprises ayant pour objet principal la vente au détail de denrées ou marchandises, lorsque ce chiffre d'affaires dépasse un million de francs;

Considérant que pour la détermination des entreprises assujetties à la dite taxe, la disposition législative qui précède doit, en raison de la généralité des termes, s'appliquer à toutes catégories de marchandises; que les journaux livrés au public par la voie commerciale, et vendus au détail, constituent bien une marchandise au sens des dispositions législatives ci-dessus visées;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que la Société D... et Cie a pour objet principal la vente au détail d'un journal financier quotidien; qu'il n'est pas contesté par la Société requérante qu'elle réalise un chiffre d'affaires total dépassant 1 million de francs dont il n'y a lieu de distraire les produits de la publicité qui constituent un des éléments du prix de vente dudit journal; que, dans ces conditions c'est à juste titre que la Société D... et Cie a été imposée à la taxe contestée. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.


FORTOSSAN
IRRADIÉ
CIBA
LE FORTOSSAN IRRADIÉ
totalise l'action de l'ergostérol irradié
(Vitamine D)
et du phosphore végétal assimilable
LE FORTOSSAN IRRADIÉ
est soumis à un contrôle chimique et biologique lui assurant une activité maxima constante

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES CHEFS DE CLINIQUE

DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1931-1932

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le prof. Carnot; chefs de clinique : MM. Boltansky, Delafontaine, Delalande, Salmon; chefs de labor. : MM. Deval, Coquoin, Gayet, Dioclès, Dumont, Dognon, Mlle Tissier; internes : MM. Arnaudet, Véran; externes : MM. Leconte (A.), Catinat (Jean), Thorel, Gruner, Marchak, Rambert, de Graciensky, Rendu, Nègre, Grèze, Offret, Picquart (Antony).

2. Médecin : M. Rathery; assistant : M. Froment; interne : M. Derot; externes : Mlle Jomier, MM. Trotot, Tanret, Fournet, Parfus, Brumpt.

3. Médecin : M. Sainton; assistant : M. ; interne : M. Hesse (Didier); externes : Mlles Buttner, Thierry, Paley, M. Drizard.

4. Médecin : M. Halbron; assistant : M. ; interne : M. de Sèze; externes : MM. Klotz (Henri-Pierre), Vieuchange, Losay, Bernard (Jacques), Poirier, Touzé.

5. Médecin : M. Stévenin; assistant : M. Azoulay (Rob.); interne : M. Courtial; externes : MM. Bricage, Allos, Lesauvage, Mirebeau (Gilbert), Corcos, Michard (Louis).

6. Chirurgien : M. le prof. Cunéo; assistants : MM. Bloch (Jacques), Sénèque; chefs de clinique : MM. Meillère, Banzet; chef de labor. : M. Nicolas; internes : MM. Sicard, Mirallié, Longuet, Hervy, Darfeuille; externes : MM. Serre, Tribalet, Auclain (Daniel), Chenebault Guillemin, Mme Gaston, MM. Bret, Falin, Franchel, Desmonts, Mlle Simon (Antoinette), MM. Camus (Pierre), Maury (Pierre), Laigle, Serane, Robin (Jean).

7. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. le prof. Terrien; chefs de clinique : MM. Weil (Prosper), Casteran, Renard, Dolfus, Sourdille, Mlle Braun; chefs de labor. : MM. Hudelo, Gouffier; internes : MM. Chennevière, Paul (Christian); externes : MM. Hermann, Bousseau, Rocher (Jean), Mlles Bogoraze, Dutilleul, MM. Tzannetis, Barouch.

8. Accoucheur : M. Chirié; assistant : M. ; internes : MM. Devaux (Jean), Moline; externes : Mlle Kuntz, MM. Maynardier (Marie-Joseph), Duriez, Pointud, Gautier (Pierre), Boudou.

9. *Consultation. (Médecine.)* — M. H. Bénard; assistant : M. ; externe en premier : M. Baumgartner; externes : MM. Pellier, Gahinet, Lauriat (Charles), Aboulker (Paul).

10. *(Chirurgie.)* — M. Cahen; assistant : M. ; externes : MM. Lauriat (Ernest), Dubois (Pierre), Grumbach.

11. *Consultation dentaire.* — M. Béliard; assistant : M. adjoint : M. ; externes : MM. Laurian, Prunet (Ch.).

12. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lagarenne; assistants : MM. Combier, Dioclès, Chenilleau.

13. *Hydrothérapie et thermothérapie.* — Chef de labor. : M. Dausset; externe : M. Lesage (R.).

B. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. le prof. Vaquez; chefs de clinique : MM. Durand (Paul), Fatou; chefs de labor. : MM. Géraudel, Bordet; interne : M. Rault; externe en premier : M. Macrez; externes : MM. Nguyen van, Peretz, Nitti, Iglesias, Mme Mowszoniez, Mlle Abadie.

2. Médecin : M. le prof. Labbé; chefs de clinique : MM. Azerad, Besançon, Dreyfus (Gilbert); chefs de labor. : MM. Nepveuw, Escalier, Stuhl; interne : M. Uhry; externes : M. Sarradin, Mlle Coste, MM. Wimphen, Léon (Albert), Mlle Salembiez, MM. Mirbeau (Gérard), Picquard (Albert).

3. Médecin : M. Laignel-Lavastine; assistant : M. Georges (Paul); internes : MM. Boquien, Puymartin; externes : MM. Boquet (Paul), Gérard (Ant.), Liber, Szwarc, Martin (And.), Oger, Audebert, Lejeune, Gisselbrecht.

4. Médecin : M. Loeper; assistant : M. Lemaire (André); interne : M. Soulié; externes : Mlle Cazamian, MM. Beurdeley, Duchemin, Maurice (André), Rouchy, Brault (André), Le Picard.

5. Médecin : M. Aubertin; assistant : M. Lévy (Robert); interne : M. Vannier (Edouard); externes : MM. de Berg, Laboureau, Marlin (Pierre), Morin (Marcel), Perrot (Raoul), Vannier (Henri).

6. Médecin : M. Vincent; assistant : M. Chavany (Jean); interne : M. Berdet; externes : MM. Genty (Pierre), Baudart, Pineau, Grosperrin, Lagaillarde, Escarre.

7. Chirurgien : M. Lenormant; assistant : M. Wilmoth; internes : MM. Cordier, Lebel, Jullien; externes : MM. Mouchotte (Maurice), Catz, Bouteau (Pierre), Varaz, Mourgues, Mlle Cauchy, MM. Fauvet, Poncet, Pierra.

8. Chirurgien : M. Fredet; assistant : M. Oberlin; internes : MM. Marx, David (Pierre), Beuzart; externes : MM. Bourée (Jacques), Chauvillon, Barry, Siraga, Lebreton, Mlle Pevet (Renée), MM. Lobel, Deloge.

9. Chirurgien : M. Chevrier; assistant : M. Desplas; internes : MM. Lacoste, Franco, Postel; externes : MM. Schmidt, Bocquet (Henri), Daverne, Buffard, Bondoux, Puyo, Turlotte, Martin (Pierre).

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin; assistant : M. ; chefs de clinique : Mlles Boegner, Debrousses; chef de labor. : M. Minvielle; interne : M. Merger; externes : Mlles Bouillard, Duran.

11. *Consultation. (Médecine.)* — M. Boulin; assistant : M. Weil-Spire; externe en premier : M. Ferroir; externes : Mlle Jesinski, MM. Bogoraze, Saie.

12. *(Chirurgie.)* — M. Métivet; assistant : M. Canonne (Maurice); externes : MM. Molard, Jacquet (Louis), Bernière.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Halphen; assistant : M. ; externes : MM. David (Henri), Maspetiol (Roger), Angyal.

14. *Consultation. (Ophtalmologie.)* — Ophtalmologiste : M. Cerise; assistant : M. ; externes : Mlle Kaz, M. Lardennois (Louis).

15. *Consultation dentaire.* — M. Bozo; assistant : M. ; adjoint : M. ; externes : MM. Normand (Maurice), Vrasse (Robert), élève.

16. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Delherm; chefs adjoints : MM. Thoyer-Rozat, Morel-Kahn, Bordet; assistants : MM. Beau, Codet, Bouleau, Chenot, Stuhl; externes : MM. Valençon, Salaun.

C. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent; chefs de clinique : MM. Benda, Vibert, Lonjumeau, Imbert; chefs de labor. : MM. ; interne : M. Bompard (Etienne); externes : MM. Raphael, Vannereau, Terver, Abaza, Mattern, Couve.

2. Médecin : M. Abrami; assistant : M. Lichtwitz (Paul); interne : M. Fauquet; externes : MM. Vidart, Raulot-Lapointe, Trouve (Jacques), Maroger (Frank), Feldstein.

3. Médecin : M. Fiessinger; assistant : M. Olivier (Henri); interne : M. Thiébaut; externes : Mlle Lévy (Gilberte), MM. Marcombes, Martinie (Jacques), Demartial.

4. Médecin : M. Tixier; assistant : M. ; interne : M. Perin; externes : MM. Martini (Georges), Ferrieu, Chevallier (André), Lavergne (G.), Bour (Henri).

5. Médecin : M. Tinel; assistant : M. ; interne : M. Bolgert; externes : MM. Lecœur, Echegut, Boussand, Ungar.

6. Chirurgien : M. Baumgartner; assistant : M. Gouverneur; internes : MM. Leroy, Rachelsberg, Lardennois; externes : MM. Andouard, Rossier, Cler (René), Dauphin, Monsaingeon, Hector (Joseph), Krug.

7. Chirurgien : M. Küss; assistant : M. ; internes : MM. Simon (Noël), N..., N...; externes : MM. Arnus, Anquin, Orinstein, Creusot, Maynadier, Lambert (André).

8. Accoucheur : M. Vignes; assistant : M. ; interne : M. Cacuira; externes : MM. Boquet (Pierre), Thouret, Laval, Jeulain.

9. *Consultation. (Médecine).* — Mme Bertrand Fontaine; assistant : M. ; externe en premier : M. Soyer; externes : M. Moulinier, Mme Boulle, M. Bequignon.

10. *Chirurgie.* — M. Girode; assistant : M. Hussenstein; externes : MM. Dhotel, Boros.

11. *Consultation dentaire.* — M. Gérard Maurel; assistant :

12. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Ronneaux; adjoint : M. Desgrez; assistants : MM. Gadreau, Quivy, Couvreux, Piffault; externes: Mlle Beskin, M. Roy (F.).

D. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le prof. Bezançon; assistant : M. ; chefs de clinique : MM. Wahl, Duruy, Delarue, Oumansky; Mlle Scherer; chefs de labor. : MM. Tribout, Weill, Guillaumin, Duchon; internes : MM. Gaucher, Tournant; externes : M. Morelle, Mlle Laporte, MM. Debidour, Julia, Mlle Desallais.

2. *Service des tuberculeux.* — Externes : M. Herrenschmidt, Mlle Poitevin.

3. *Centre de triage.* — Externes : MM. Ampugnani, Michaelides, Vincent (Philippe).

4. Médecin : M. F. Ramond; assistant : M. Chêne (Paul); interne : M. Vannier (Jean); externe en premier : M. Fresnais; externes : MM. Osenat, Moreno, Mocton, Moulle, Kunovsy, Benassy.

5. Médecin : M. Bensaude; assistant : M. Hillemand; interne : M. Massot; externes : MM. Labarre, Esquirol, Yaich, Blumen, Bouwens V. d. Boyens.

6. Médecin : M. Comte; assistant : M. ; interne : Mme Laquerrière; externes : MM. Chazel, Pouyol, Alaurent, Moreau (Gilbert).

7. Médecin : M. Pagniez; assistant : M. Plichet; interne : M. Decourt; externes : MM. Nigaud, Moro, Gillet (Edmond), Martel (Jean), Pasquereau.

8. Médecin : M. Chabrol; assistant : M. Maximin; interne : M. Busson; externes : MM. Mathivat, Leconte (Maurice), Doreau, Petit (Pierre), Mlle Gottlieb, M. Ramadier.

9. Médecin : M. Faure-Beaulieu; assistant : M. Weismann (Robert); interne : M. Cord; externes : M. de Botton, Mlle Lyon, MM. Azoulay, Guison.

10. Chirurgien : M. le prof. Lejars; assistant : M. Brocq, chef de clinique : M. Chabrut; chef de labor. : M. Giet; internes : MM. Lellouch, Roquejeoffre, Pham Hu Chi; externes : MM. Michel (Roger), Coulombeix, Michel (Jean), Mlle Lauriat, MM. Meyer (Moïse), Petit (Maurice), Mangenest.

11. Chirurgien : M. Lapointe; assistant : M. ; internes : MM. Naggiar, Audemar, Jonard; externes : MM. Goico, Bonnel (Jacques), Comte, Viennet (Marcel), Lecointre, Kolpenitzki, Le Pavec.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Grivot; assistant : M. ; internes : MM. Hamelin, Illaire; externes : MM. Baratoux, Lestienne, Hecht, David (Ernest), Ludmer.

13. Accoucheur : M. Lévy-Solal; assistant : M. ; internes : Mlle Versini, M. Lepage; externes : MM. Savelli, Pulvenis, Langlade, Gesta, Mlle Tanzy.

14. *Consultation. (Médecine.)* — M. Tzanck; assistant : M. ; externe en premier : M. Groulier; externes : MM. Oster, Fardet, Goudot, Kohen (Ignace).

15. *(Chirurgie.)* — M. Braine; assistant: M. Maximin (René); externes : MM. Martin (Jean-Ernest), Veysset, Casalis (Paul), Ripart.

16. *Ophtalmologie.* — M. Velter; assistant : M. ; externes : MM. Sexe (Jean), Metzquer, du Buit.

17. *Consultation dentaire.* — M. Thibault; assistant : .

18. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Solomon; assistant : M. Lehmann; externe : M. Guidicelli.

19. *Service temporaire de médecine.* — Médecin : M. de Gennes; assistant : M. ; externe en premier : M. Sidi; externes : MM. Thieffry, Gerbeaux, Martin (Jean-Jules), Rouvillois.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Brouardel; assistant : M. Renaud (Jacques); interne : M. Gole; externes : M. Bzowski, Mlle Huguet, MM. Courchinoux, Lemonnier, Kohen.

2. Médecin : M. Villaret; assistant : M. Bith (Henri); interne : M. Guillain; externes : MM. Dainville (François), Daunois, Lesguillons, Marcland (Jean), Forge.

3. Médecin : M. Loederich; assistant : M. ; interne : Mme Arager; externes : MM. Grosbois, Léonard, Gaquière, Inbona.

4. Médecin : M. Heuyer; assistant : M. ; interne : M. Cottet; externes : Mlle Mignon, MM. Fallourd, Levecq, Hinard.

5. Chirurgien : M. le prof. Legueu; assistant : M. Fey; chefs de clinique : MM. Dossot, Lieutand; chefs de laboratoire : MM. Chabanier, Verliac, Fisch, Lumière, Truchot; internes : MM. Chauveau, Palmer; externes : MM. Lerolle, Raisonnier, Rouyer, Duflos (Léon), Bronstein (Elie), Sabatier, Fenichel, Flourens, Soudée, Opin.

6. Chirurgien : M. Robineau; assistant : M. ; internes : MM. Baron (François), Asselin, Fournié; externes : Mlle Lorain, MM. Rosenberg (M.), Taveau (Pierre), Laurent (Joseph), Gresse (Richard), Suire (Pierre), Bain.

7. Chirurgien : M. Schwartz; assistant : ; internes : MM. Demaldent, Rousset; externes : MM. Steinberg, Braunstein, Sachs, Gucret (André), Delord (Pierre).

8. *Consultation.* (*Médecine.*) — M. Haguenau; assistant : M. Thomas; externe en premier : M. Lichtenberg; externes : MM. Massé (André), Boissonnat (Pierre).

9. (*Chirurgie.*) — M. Mondor; assistant : M. Lapeyre (Jean); externes : MM. Binet (J.), Bonamy.

10. (*Dentaire*). — M. ; assistant : M. .

11. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Guibert; adjoints : MM. Petit, Gally, Truchot; externe : M. Israilovici.

F. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt; assistant : M. ; chefs de clinique : MM. Martin, Kaplan, Liège; chef de laboratoire : M. Bidot; interne : M. Ducas (Paul); externes : M. Ortholan, Mlle Ferrieu, MM. Rozée Belle-Isle, Werner, Blumenfeld, Soria.

2. Médecin : M. Weill-Hallé; assistant : Mlle Vogt (Claire); interne : Koang; externes : Mlle Patez, MM. Gaignerot, Klein (Ludovic), David (Jean), Talon.

3. *Crèche ancienne et nouvelle.* — Externe en premier : M. Catonne.

4. Médecin : M. Apert; assistant : M. Cambéssédès (Henri); interne : M. Baillet (Pierre); externes : M. Barrière, Mlle Lagagneux, MM. Martin (Marcel), Blanc (René), Mlle Riche, M. Boyer (Jean).

5. *Sélection.* — Externes en premier : M. Legry, Mlle Cottin.

6. Médecin : M. Hallé; assistant : M. ; interne : M. Rudaux; externes : MM. Abrand, Cucherousset, Pirou, Trepsat, Morax.

7. Médecin : M. Darré; interne : Mlle Landowski; externes : MM. Pouhin, Bellière, Audoux, Bourgen, Rossignol, Mlle Abraham.

8. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne; assistants : MM. Lance, Huc (Jean); chefs de clinique : MM. Fèvre, Garnier, Armingeat; chef de laboratoire : M. ; internes : MM. Maës, Bertrand (Pierre); externes : Mlle Séguin, M. Lacheny, Mlle Métin, MM. Filhouland, Chèvre, Fay, Mlle Levaillant, M. Chevallier.

9. *Service médical d'Antony.* — Externe en premier : M. Judet; externes : Mlle Simon (Marie), Mme Yeu.

10. Chirurgien : M. Berger; assistant : M. ; interne : M. Mutricy; externe en premier : M. Vautrin; externes : MM. Statlender, Schneider (Jean), Lutrot, Rouzaud, Martin (Marx).

11. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. Monthus; assistant : M. ; interne : Mlle Baguette; externes : MM. Petrignani, Levaditi, Durandy, Delbes (Pierre).

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Le Mée; assistant : M. ; internes : MM. Richier, Sergent (Honoré). externes : MM. Borgida, Wajsmanu, Lecouillard, Geninet, Nahon, Cadars, Bouteille.

13. *Electroradiologie* (*consultation*). — Chef du service cenral : M. Duhem; assistants : M. Goubert, Mme Baude; externe : M, Chamtault.

14. *Service temporaire.* — M. le prof. Nobécourt; externe en premier : M. Lachmann; externes : Mlle Falguière, M. Gorrichon.

G. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Achard; assistant : M. ; chefs de clinique : MM. Bariéty, Mousson, Morlaas, Poumailloux; chefs de labor. : MM. Feuillié, Grigaut, Boutroux, Busy; internes : MM. Bonnard, Rivoire, Mlle Wilm; externes : M. Duperrat, Mlle Ladet, MM. Chagnon, Canale, Mme Bourgeois, MM. Lamiraud,

Frouhin, Pinchasoviez, Lebeau, Foret, Mlle Brenot, M. Gérard (Robert).

2. Médecin : M. Pinard; assistant : M. ; internes : MM. Robert (Paul), Peney; externes : MM. Mouchotte (Rob.), Limasset, Mme de Pierredon, MM. Mathey (Pierre), Bernard (Philippe), Vincent (Georges).

3. Médecin : M. Pissavy; assistant : M. ; interne : M. Alpern (Léo); externes : MM. Delie, Jan (Robert), Gillet (Pierre), Vialle (Maurice), Mathieu (André), Vancostenoble.

4. *Service du dispensaire.* — Médecin : M. Pissavy : interne : M. Frumusan; externes : MM. Bouilie, Monin (Emile), Porret (Pierre), Bardon.

5. *Service temporaire de tuberculeux.* — M. Pissavy; externe en premier : M. Vaudour; externes : MM. Reynaud, Rizoff, Mlle Lods.

6. Médecin : M. Chevallier; assistant : M. ; interne : M. Moricard; externes : MM. Danard, Derieux, Nabert, Viala, Fauchard, Florence.

7. Chirurgien : M. le prof. Delbet; assistant : M. Leveuf; chefs de clinique : MM. Mabille, Pascal, Pelle; chefs de labor. : M. ; internes : MM. Netter (Albert), Carlotti, Laquerrière (Michel); externes : MM. Gouraud, Chaudre, Landes (André), Antomarchi, Lazarovici, Orsoni (Paul), Goez (Yann), Herluison.

8. *Annexe de la Clinique chirurgicale.* — M. Leveuf; assistant : M. ; internes : MM. Lachter-Pachter, Barthélemy; externes : M. Bussière, Mlle Périer, MM. Dutheil, Plas, Thomas (Ferdinand).

9. Chirurgien : M. Mathieu; assistant : M. Huet; internes : MM. Priollet, Saint-Pierre; externes : M. Gaillard, Mme Derot, MM. Gratier, Lefer (Robert), Mlle Cotton, M. Dillange.

10. Chirurgien : M. Chevassu; assistant : M. Bayle (Henri); internes : MM. Bacquentin, Contiadès; externes : MM. Brami, Allouche, Cailleret, Calvet (Jean), Kanner, Boulard, Rouvet, Ameur.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — M. Debray; assistant : M. Cahen (Robert); externe en premier : M. Arnal; externes : MM. Rotenstein, Debray, Husset.

12. (*Chirurgie.*) — M. Monod; assistant : M. ; externes : MM. Giordan, Dufour (Emile), Schneider (René), Mlle de Perretti.

13. *Consultation d'ophtalmologie.* — M. Bollack; assistant : M. ; externes : MM. Dufour (Jean), Luteraan.

14. *Consultation dentaire.* — M. Lebedinsky; assistant : M. ; externes : MM. Guili, Dartiguepeyron.

15. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Barret; adjoint : M. Foubert; assistants : M. Prévost, Mme Kaufmann, MM. Moret, Busy; externe : M. Guyon.

16. *Premier service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Levesque; assistant : M. ; externe en premier : M. Pyt; externes : MM. Sambron, Debroise, Laude, Delom.

17. *Deuxième service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Levesque; externe en premier : M. Damon; externes : MM. Calvet, Gessen, Morin (J.), Périgaud.

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. Harvier; assistant : M. de Brun du Bois-Noir; interne : M. Lafitte; externes : MM. Pannet, Jacquot (André), Mme Perles, MM. Lebel, de Lavedan de Casaubon, Lesobre.

2. Médecin : M. de Massary; assistant : M. ; interne : M. Arondel; externes : MM. Simon (Gaston), Amante, Bonnet (René), Leroy (Fr.), Gillet (Bernard).

3. Médecin : M. Faroy; assistant : M. Deron (Henri); interne : M. Goldberg; externes : MM. Nardi, Temerson, Mlle Chailliot, MM. Cazette, Deseglise.

4. Médecin : M. Debré; assistant : M. ; interne : M. Ragu; externes : MM. Winter, Ovary, Mlle Epstein, M. Botreau-Roussel, Mlle Caubet.

5. Chirurgien : M. Basset; assistant : M. ; internes : M. Carteret, Mlle Delahaye; externes : MM. Sénéchal, Faulong, Grupper, Fron, Dreyfus (Jacques), Azéma, Mlle Laurens.

6. *Chirurgie.* — M. Okinczyc; assistant : M. Boppe; internes : MM. Guichard, Milhiet; externes : MM. Fleury, Boyer (Etienne), Pergola, Tempier, Copreaux, Cante (Robert), Jamain.

7. *Service des chroniques.* — M. Okinczyc; interne : M. Pichon (Roger); externe : Mlle Bonnenfant.

8. Chirurgien : M. Alglave; assistant : M. ; internes : MM. Benoist (Hubert), Gorse; externes : MM. Michaut, Zivy, Rabinovici, Gout, Bembaron, Segall (David).

9. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Coutela; assistant : M. ; interne : M. Hamburger; externes : MM. Masson (Roger), Landolt.

10. Accoucheur : M. Levant; assistant : M. ; interne : MM. Laplane, Dubois (Jean); externes : MM. Karcher, Cornetet, Dufour (Jean), Giard.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Baldenweck; assistant : M. ; interne : M. Gaston (Alain); externes : MM. Tu Chan Canh, Bagot, Gallois (Pierre), Joly (Max).

12. *Consultation.* (*Médecine.*) — M. Decourt; assistant : M. Bloch; externe en premier : M. Kaplan; externes : MM. Bouchacourt, Netter (Henry), Parrot.

13. (*Chirurgie.*) — M. Guimbellot; assistant : M. Martin (Jacques); externes : MM. Archaimbault, Payet, Margout.

14. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Aubourg; adjoints : MM. Vignal, Joly; assistants : MM. Mignon, Gaillard; externe : M. Laumonnier.

I. Lariboisière. — 1. Médecin : M. Gandy; assistant : M. ; interne : M. Couder; externes : MM. Delaitre (René), Cailleux (Roland), Mlle Mahieu, MM. Martin (Noël), Galimard, Chancerel.

2. Médecin : M. Garnier; assistant : M. Nicaud; interne : M. Guyot (Jean); externes : MM. Laporte (J.), Nuridsany, Mlles Harisjie, Ledan (J.), Rouard, M. Flori (J.).

3. *Service des tuberculeux.* — Externes : Mlle Griboval, M. Zeller (Maurice).

4. Médecin : M. Clerc; assistant : M. Deschamps (Pierre); interne : M. Schwob; externes : MM. Rouyer (François), Vannier (Léon), Marcais, Mainguy, Roge (Raymond), Le Foll, Rosanoff.

5. Médecin : M. Herscher; assistant : Mlle le Dr Vasseur (Nelly); interne : M. Racine; externes : MM. Gastaud, Lion (René), Lebouchard, Dehouve, Salamon, Rudeaux, Mlles Petitet, Paille.

6. Médecin : M. Rivet; assistant : M. ; interne : Mlle Gautheron; externes : MM. Achard, Carrez, Henry (Ch.), Forget, Pouliquen (Yves), Vincent (Jules), de La Lande de Vallière.

7. Chirurgien : M. Marion; assistant : M. ; internes : MM. Jourdan, Falaize; externes : MM. Borde, Benveniste, de Mestier du Bourg, Bail, Prat (Pierre), Cottin (Pierre), Guérin (Jean), Parrique, Bouley.

8. Chirurgien : M. Wiart; assistant : M. Capette (Henri); internes : MM. Barthes, Graffin, Jehiel; externes : MM. Katz (Lazare), Ducros, Clenet (Eugène), Vincent (Pierre), Tardiveau, Mlle Haguenauer.

9. *Service des chroniques.* — Externe : M. Glasermann.

10. Chirurgien : M. Labey; assistant : M. Soupault; internes : MM. Van der Elst, Richard (Auguste), Weill (Adrien); externes : M. Dumery, Mlle Vialet, MM. Claude, Vassor, Lefebvre (René), Samain, Huchet.

11. Chirurgien : M. Sauvé; assistant : M. ; internes : MM. Bergouignan, Bompart (Henri), Vialle (P.); externes : MM. Delattre, Solomon-Mendel, Jouon, Salvanet, Mlle Seiffert, MM. Thomeret, Duval (Alain).

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. le prof. Sebileau; chefs de clinique : MM. Rossert, Elbaz, George; chef de labor. : M. Cléret; internes : MM. Thomas, Varangot; externes : M. Flaumenbaum, Mlle Petit (Paule); MM. Grunberg, Guttières, Marie (René), Vautier (Jean), Kalmanovitch.

13. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Poulard; assistant : M. ; internes : MM. Lucas, Levannier; externes : MM. Voisin (Jean), Bézier, Rossano, Schwartzenberg, Kerambrun.

14. Accoucheur : M. Devraigne; assistant : M. ; internes : MM. Cohen-Deloro, Villechaize; externes : MM. Fasquelle, Valet-Bellot, Allilaire, Touzard, Stueurmann, Nicaisse.

15. *Consultation.* (*Médecine.*) — M. Hamburger; assistant : M. Petit; externe en premier : M. Marre; externes : MM. Vauclin, Doukan, Mlle Marion, M. Bornet.

16. *Consultation dentaire.* — M. Rousseau-Decelle; externes : MM. Lepoivre, Calmanas.

17. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Ha-

ret ; adjoints : MM. Moutard, Piot; assistant : M. Rebuffel; externes : MM. Frain, Claudet, Maleyrie (Robert).

18. *(Chirurgie.)* — M. Ameline; externes : MM. Adrianopoulos, Billard, Findjanjian.

J. TENON. — 1. Médecin : M. Laroche; assistant : M. Servel (Maurice); interne : M. Joseph (Raymond); externes : MM. Nastorg, Benoist, Georget, Guillaumat.

2. Médecin : M. Brulé; assistant : M. ; interne : M. Lièvre; externes : Mlle Lévy (Renée), MM. Vilde, Malarmé (J.), Michaut, Tallet, Jacquet (Maurice).

3. Médecin : M. Milhit; assistant : M. ; interne : Mlle Valentin; externe en premier : M. Villot; externes : MM. Ribert, Palangie, Rosenbach, Mlles Freydet, Barré, MM. Chanel, Baudet, Vaissière.

4. Médecin : M. Lian; assistant : M. Blondel (André); interne : M. Odinet; externes : MM. Bertheau, Bourdeau, Guébel, Brawermann.

Service des chroniques. — Externe : M. Bacquelin.

5. Médecin : M. Weil (P.-E.); assistant : M. Isch-Wall; interne : M. Trocmé ; externes : MM. Martel (Jean), Bercovici, Ménétrier.

6. Médecin : M. May; assistant : M. ; interne : Mlle Barnaud; externes : MM. Krivine, Pecher, Delzant, Bigey.

7. Service des tuberculeux. — Externes : MM. Tran Van Con, Ledoux-Lebard.

8. Médecin : M. Léchelle; assistant : M. ; interne : M. Douady ; externes : MM. Richard (Eugène), Copreaux, Gordet, Boelle, Simart.

9. Médecin : M. Ameuille; assistant : M. ; interne : M. Antonelli; externes : MM. Ambrosini, de Maulmont, Joseph (René), Fischmann, Hébert, Carniol (J), Placa (Alex).

10. Chirurgien : M. Roux-Berger; assistant : M. de Gaudart d'Allaines; internes : MM. Davioud, Moyse (Pierre), Rouques ; externes : MM. Elkaim, Beauchef, Marques, Bakulin, Bayle, Le Roy (André).

11. Chirurgien : M. Gernez; assistant : M. Moulonguet; internes : MM. Blanquine, Bloch (Léon), Loustch; externes : MM. Paillas, Halpern, Mlle Gasne, MM. Jannette-Walen, Eckle (Pierre).

12. Chirurgien : M. Grégoire; assistant : M. Michon; internes : MM. Couvelaire, Gaulier, Vuillième; externes : MM. Tissot (Jacques), Desfrançois, Milovanovitch, Grenet (P.), Léger, Maruelle, Nakache, Darmon.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Hautant; assistant : M. ; interne : MM. Lemoyne (Jacques), Lapins; externes : MM. Swartmann, Ripert, Bécam, Camard, Marcus, Mlle Cuvier.

14. *Ophtalmologie.* — M. Magitot; assistant : M. ; interne : M. Halbron; externes : MM. Bour (Bernard), Guénin, Gros (Bernard).

15. Accoucheur : M. Ecalle; internes : Mlle Fagnière, M. Landrieu; externes : MM. Peyaud, Gossart (Edmond), Faugère, Tholoze, Cabrit.

16. *Consultations. (Médecine.)* — M. Coste; assistant : M. ; externe en premier : M. Seringe; externes : MM. Bourderon, Dumas, Boyé (Joseph).

17. *(Chirurgie.)* — M. Bernard; assistant : M. Coudert; externes : MM. Dumont (Maurice), Cuzin, Bevalot.

18. *Consultation dentaire.* — M. Lacronique.

19. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Darbois; adjoints : MM. Descoust, Mallet, Coliez; assistants : MM. Huet, Marchal; externe : M. Vintzel.

K. HÔPITAL LAENNEC. — 1. Médecin : M. le prof. Léon Bernard; chefs de clinique : MM. Triboulet, Marie, Pellissier, Lamy, Mayer; chef de laboratoire : M. ; interne : Mlle Blanchy; externes : Mme Mercier, MM. Boissonnet (Jacques), Lemmet, Kern (Ernest), Caudron, Davic (Isaac), Simon (Paul), Dastugue.

2. *Crèche.* — Externes : MM. Buttin (André), Leschi.

3. Médecin : M. Rist; assistant : M. ; interne : M. Arnaud (Jac.); externes : Mlles Dupont, Maire, Mme Pellé, MM. Jacobesco, Lavergne, Martrou, Mlles Renié, Trocmé.

4. *Service des baraquements.* — Interne : M. Bernard Griffiths; externes : MM. Austerweil, Sobieski, Piétroni, Blanchard, Torrel (Jean), Weill (J.-V.).

5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Assistants du professeur Léon Bernard : MM. ; externes : Mlle Demschenko, MM. Turchini, Guittard (Jean); assistants du docteur Rist : MM. ; externes : MM. Chapoy, Sztejn, Lepintre.

6. Médecin : M. Jousset; assistant : M. Guérin (Paul); interne : M. Veslot; externes : MM. Grégoire (Jules), N..., Ganière, Boisrame.

7. Médecin : M. L. Ramond; assistant : M. Vialard ; interne : M. Gauyen; externes : MM. Prat (Gilbert), Lafourcade, Callot (Jacques), Galup, Vignalon.

8. Médecin : M. Baudouin; assistant : M. ; interne : M. Even; externes : MM. Baudouin, Longuet (Yves), Mlle Rohlfs, M. Bidou.

9. Chirurgien : M. Proust; assistants : MM. Houdard, Maurer; internes : MM. Dreyfus (Pierre), Lejeune (Pierre), Megnin; externes : MM. Monier (Henri), Fleys, Sifflet, Morin, Genestoux, Lajouanine, de Montis, Négreanu, Rosenfeld (Bernard).

10. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Bourgeois; assistant : M. ; internes : MM. Bérard, Vandenbossche; externes : MM. Pellerat, Quentin, Departout, Martin (Paul).

11. *Ophtalmologie.* — M. Cantonnet : assistant : M. ; interne : M. Scheid (externe en premier); externes : MM. Cochème, Doger de Speville, Fekete.

12. *Consultation.* (*Médecine.*) — M. Jacob; assistant : M. Marceron; externe en premier : M. Camelot; externes : MM. Falk, Thorain.

13. (*Chirurgie.*) — M. X...; assistant : M. ; externes : M. Gireaux, Mlle de Loeschnigg.

14. *Consultation dentaire.* — M. Darcissac.

15. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Maingot; adjoint : M. Portret; assistants : MM. Hélie, Jouveau-Dubreuil; externes : MM. Lachau, Mathière.

16. *Service temporaire de médecine générale* — M. Cathala; externe en premier : M. Strée; externes : MM. Sicard, Meurin, Fuschs, Fournée.

L. HÔPITAL BICHAT. — 1. Médecin : M. Lemierre; assistant : M. Léon Kindberg; interne : M. Augier (Pierre) externes : MM. Malinsky, Rodier, Vendryes, Dubarry Tantin, Mlles Weissberg, Sabetay.

2. Médecin : M. Boidin; assistant : M. ; interne : M. Reyt; externes : MM. Laroche, Gérard (Pierre), Delort, Morel (André), Hanaut, Lhuillier, Demange, Malartic.

3. Médecin : M. Troisier; assistant : M. Cattan (Roger); interne : Mlle Develay; externes : MM. Halle, Naud (Hubert), Olivier (Marcel), Mlle Courrier.

4. *Service de désencombrement.* — Externe en premier : M. Lortat (Jacob); externes : MM. Chapireau, Duflo (Jacques), Castany, Beaufils (Roger).

5. Chirurgien : M. Mocquot; assistant : M. Monod (Raoul); internes : MM. Baumann, Billet, Gasne; externes : MM. Corrèze, Kramarz, Mlle Levy (Hélène), MM. Wolfromm, Dubos (Pierre), Gross (Félix), Tiffeneau, Dandier.

6. *Consultation.* (*Médecine.*) — M. Garcin; assistant : M. Laporte (Antoine); externe provisoire : M. Cachin (Charles); externes : MM Girard, Lachèze.

7. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. ; externes : M. Macé, Mlle Malan.

8. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Beaujard; assistant : M. Le Goff.

M. HÔPITAL BROUSSAIS. — 1. Médecin : M. Dufour; assistant : M. ; interne : M. Aubert; externes : Mlle Millant, MM. Perret (Robert), Roy (André), Loiseau, Roux, Nand.

2. *Service des tuberculeux.* — Interne : M. Haick; externes : MM. Davidovici, Rachstein.

3. Médecin : M. Laubry ; assistant : M. Walser (Emile); interne : M. Lenègre-Thourin; externes : MM. Gillot, Mouchotte (Jean), Huguier, Brandenburg, Boussoulade.

4. *Service des tuberculeux.* — Interne : M. Bernal : externes : Mlle Moyen, M. Gaume.

5. Médecin : M. Flandin; assistant : M. ; internes : MM. Poumeau, Chadourne; externes : MM. Cahuet (R.), Maurage, Bouvrain, Gelas, Jarriault, Braunberger, Rabant, Meidinger.

6. Chirurgien : M. Bréchot; assistant : M. ; internes : MM. Mariau, Relier; externes : MM. Roy (Guy), Garfunkel, Bessil, Gireaux (Léon), Fortin (René), Mande (Raymond).
7. *Consultation. (Médecine.)* — M. Marchal; assistant : M. ; externe en premier : M. Gibert; externes : MM. Thévenin, Defossez.
8. *(Chirurgie.)* — M. Reinhold; assistant : M. Gasne (Ernest); externes : MM. Draillard, Boursaus.
9. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Cottenot; assistant : M. Blot.
10. *Consultation dentaire.* — M. Raison.

N. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Courcoux; assistant : M. ; interne : M. Bucquoy; externes : MM. Puybaret, La Mouche, Blot, Rabate.
2. *Centre de triage.* — Externes : MM. Genevrier, Amigues.
3. Médecin : M. Trémolières; interne : M. Lancon; externes : M. Meyer (Jean), Mlle Solente, MM. Brochard (Charles), Coste.
4. Chirurgien : M. Dujarier; assistant : M. Rouhier; internes : MM. Bufnoir, Masson, Rudler; externes : MM. Piton (Jean), Magder, Montagne, Logeais, Mlles Sachnine, Despax, MM. Hofmann (Salomon), Forestier.
5. Accoucheur : M. Le Lorier; assistant : M. ; internes : MM. Picard, Durieux (externes en premier); externes : MM. Bourget, Kagan, Brincourt, Mme Maury.
6. *Consultation. (Médecine.)* — M. Carré; assistant : M. ; externe en premier : M. Sauvain; externes : MM. Tournafond, Goyer (R.).
7. *(Chirurgie.)* — M. Rouhier; externes : MM. Grossiord (Gilbert), Lefkovitsch, Mignon (Jean), Breton (Roger).
8. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Moulonguet; assistant : M. ; externes : MM. Jusseaume, Magnin.
9. *Consultation dentaire.* — M. Fargin-Fayolle.
10. *Electro-radiologie.* — M. Guilbert; adjoint : M. Gilson; assistant : M. Blanche.

O. — Hôpital de Vaugirard *(Fondation franco-brésilienne, clinique de thérapeutique chirurgicale de la Faculté de médecine).* — 1. Chirurgien : M. le prof. Duval; assistants : MM. Gatellier, Gueulette; chefs de clinique : MM. Redon, Merle d'Aubigné; chefs de labor. : MM. Moutier, Porcher, Goiffon, Béclère; internes : MM. Gosset (Jean), Mouchet, Monod (Olivier); externes : MM. Cureveaux, Aussanaire, Giaume, de Lignières, Mlle Ghinsberg, MM. Morichau-Beauchamp, Abiteboul, Fornari, Sautter (Yves), de Rocca Serra, Ghozland (Lucien).
2. *Consultation dentaire.* — M. L'Hirondel.
3. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Béclère; adjoint : M. Porcher; assistant : M. Dupouy.

P. Hôpital Ambroise Paré. — 1. Médecin : M. Richet; assistant : M. ; interne : M. Joly (François); externes : M. Boivin, Mlle Olivier, MM. Reveillaud, Neyraud, Weill (Jacques).
2. Médecin : M. Monier-Vinard; assistant : M. Chavanier (Henri); interne : M. Perrault; externes : Mlle Helman, MM. Kipfer, Zaepffel, Bréhant, Attal (André).
3. Médecin : M. Huber; assistant : M. ; interne : Mlle Abricossoff; externes : MM. Mallet (Robert), Renet (Marcel), Mlle Marcelot, M. Seguier.
4. Chirurgien : M. Desmarest; assistant : M. ; internes : MM. Judet, Limasset; externes : MM. Leibovici (David), Vettier, Mandel (Eleazar), Clerc (Pierre), Lepeytre, Broche (Jean), Maurice (Henri).
5. *Consultation. (Médecine.)* — M. Jacquelin; assistant : M. ; externe en premier : M. Turiaf; externes : MM. Daniel, Davous.
6. *(Chirurgie).* — M. Thalheimer; assistant : M. Diamantberger (Lucien); externes : MM. Manil, Roche, Normand (Pierre).
7. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ramadier; assistant : M. ; externes : Mme Davous, M. Natier.
8. *Consultation d'ophtalmologie.* — M. Monbrun; assistant : M. ; externes : MM. Lapeyre, Maillet.
9. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Detré; assistant : M. Brennan.

Q. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Gougerot; assistant : M. ; chefs de clinique : MM. Carteaud, Cohen, Lotte; chefs de labor. : Mlle Eliascheff, MM. Desgrez, Duche, Peyre; internes : M. Stehélin, Mme Poulain; externes : MM. Claisse, Canot, Bonan, Lurie, Guermann, Soulignac, Mlle Verlière, M. Salmona.
2. Médecin : M. Milian; assistant : M. internes : Mlle Riom, M. Degos; externes : MM. Lefèvre (Jacques), Lebourg, Habrekorn, Vincent (P.-E.), Fargette (L.), Jalk, Molinéry, Grange.
3. Médecin : M. Ravaut; assistant : M. ; internes : MM. Cachera (R.), Dany; externes : MM. Massoulier, Gaube, Mlle Saint-Gene, MM. Aubert (Raymond), Szigetti, Haguier (Paul), Mathiot-Beaugendre, Mlle Chessebœuf.
4. Médecin : M. Lortat-Jacob ; assistant : M. ; internes : MM. Jame, Le Baron; externes : MM. Vial, Fulconis, Jouanneau, Pottier (Marcel), Charousset, Doussinet, Mlle Morel, M. Renaud.
5. Médecin : M. Louste; assistant : M. ; internes : MM. Delaporte, Gadaud; externes : MM. Aboulker (Gilb.), Mortier, Germain, Mlle Aghion, MM. Zeiler (Henri), Theurkauff, Giraudoux, Lecat.
6. Médecin : M. Duvoir; assistant : M. ; interne : M. Pautrat; externes : MM. Beauchef, Coldefy, Bardery, Rabourdin, Martinot.
7. Médecin : M. Sézary; assistant : M. ; internes : M. Horovitz, Mme Roudinesco; externes : MM. Lamasson, Amphoux, Marmasse, Mlle Bugeaud, M. Gilbert (Ch.), Mme Vincent, MM. Arloing, Dassencourt.
8. Chirurgien : M. Bazy; assistant : M. ; internes : MM. de Parienté, Durrbach, Avril; externes : MM. N..., Tran Tan Phat, Béranger, Richard (Charles), Vivien, Mlle Wetzel, MM. Monier (Jean-Claude), Mathey.
9. Chirurgien : M. Chifoliau; assistant : M. ; internes : MM. Folliasson, Quivy, Mancière; externes : MM. Gourcon, Daum, Astor, Raison, Tissier, Bregeat, Desrosiers, Vialard.
10. Chirurgien : M. Heitz-Boyer; assistant : M. ; internes : MM. Dupuy, Sterin; externes : MM. Pages, Lardat, Klein, Herzfeld.
Consultation de M. Heitz-Boyer. Externes : MM. Thésée, Dijon, Nico, Avenard, Claudeville.
11. Chirurgien : M. Cadenat; assistant : M. ; internes : MM. Baudelot, Dufour (André), Amid; externes : MM. Schatz, Mendelsohn, Petroff, Marcy, Deuquet, Néveu, Minc, Opolon, Gras.
12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Lemaître; assistant : M. ; internes : MM. Hamon, Zha ; externes : MM. Roger (Jacques), Chaillouet, Fabre (Charles), Puistienne, Cauhepe, Gallot (Jean).
13. *Ophtalmologie.* — M. Dupuy-Dutemps; assistant : M. ; interne : M. Genty; externes : MM. Sobel, Maillefer, Chaussidière, Bruno (Jean).
14. *Maternité.* — Accoucheur : M. Cathala; assistant : M. ; internes : MM. Gavois, Allard; externes : MM. Helluin, Cohen-Solal, Parent, Kun, Lauprêtre.
15. *Consultation. (Chirurgie.)* — M. Bloch (René); assistant : M. Isselin; externes : MM. Dongar, Dupuy (Raymond), Pouliquen (Emmanuel).
16. *Consultation dentaire.* — M. Chompret; assistant : M. ; externes : Mlle Léage, M. Normand (M.).
17. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Belot; chefs adjoints : MM. Lepennetier, Serrand; assistants : MM. Nahan, Pelizza, Hickel, Nebout, Surrel, Juster, Gireaudeau; externes : MM. Vige, Pasquier, Deramond.
18. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Babonneix; assistant : M. Cayla; internes : M. Miget, Mlle Lévy; externes : MM. Grenet (M.), Dulot, Simonin (Louis-René), Mlle Thueux, MM. Sacquépée, Pertus, Gross (Georges).
19. Chirurgien : M. Mouchet; assistant : M. ; internes : MM. Ardouin, Guibé, Hébert; externes : MM. Cauvy, Ngo-Quoc-Quyen, Mlle Giret (Rose), MM. Streusand, Mitrani, Zarachovitch, Freret.

R. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Touraine; assistant : M. ; interne : M. Maison; externes : MM. Gailhard (J.), Dechaume-Montcharmont, Lanthier, Oudin (J.), Mlle Berthond, MM. François (René), Dangauthier.

2. *Consultation de blennorragie.* — Externes : MM. Brunot (Henri), Ayrignac.

3. Médecin : M. Weissenbach; assistant : M. ; interne : M. Brisset; externes : MM. Brocard (Henri), Grépinet, Seguin, Longuet (André), Ulmann; David (Lucien), Bobard.

4. Chirurgien : M. le prof. J.-L. Faure; assistant : M. ; chefs de clinique : MM. Grinda, Béclère, Mlle Laurent (adj.); chefs de laboratoire : ; internes : Mlle Bizou, Fayot (Robert); externes : Mlles Roule, Dumaus, M. Meyer, Mlles Roussy, Lavit, MM. Velez, Lemaire (Robert).

5. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lehmann; assistant : M. Dimier.

S. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. le prof. Rudaux; assistant : M. Lemeland; adjoint : M. ; aide de clinique : M. ; internes : MM. Robin (Maurice), Hutin; externes : Mme Legoux (Marguerite), Mlles Delaroche, Valette (Aliette).

2. *Maternité nouvelle.* — Assistant : M. Lemeland; interne : M. Bissery; externes : Mlles Montrozier, Guignard.

T. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire; assistant : M. ; chefs de clinique : M. Digeonnet, Mlle Bach (adjoint), M. François (adjoint); chefs de laboratoire : MM. Giraud, Lacomme ; interne : M. Mayer; externes : Mme Legoff, MM. Gouzonnat, Boutrou, Fabre (Albert), Mlle Huet, MM. Giami, Pimpaneau.

2. *Consultation electro-radiologie.* — Chef du service central : Mme de Brancas; assistant : M. Lévy-Lebahr.

U. Hôpital de la Clinique d'accouchements Tarnier. — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau; assistant : M. ; chefs de clinique : MM. Suzor, Bidoire, Fleury; chefs de laboratoire : MM. Cartier, Hinglais; interne : M. Hubert; externes : Mlle Douville, MM. Tricault, Kiszelnick, Alfonsi, Reboul.

V. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. le prof. Teissier; assistant : M. ; chefs de clinique : MM. Le Clerc, Bourgeois (Jean), Garnier, Layani (adj.); chef de laboratoire : M. Reilly; internes : M. Patté, Mme Loth, M. Maisler; externes : Mlle Lipschutz, MM. Potier (Georges), Guérin (Jean), Gelbart, Lambey, Traut, Hubermann, Laboureix, Fonteneau, Israël, Salvator, Anglade.

W. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Hutinel; assistant : M. ; interne : Mlle Fayot; externe en premier : M. Challiol; externes : Mlle Herr, MM. Mazingarde, Gouget, Finkelsterne, Aschkenassy, Desvignes, Mme Duhamel, M. Maillard.

X. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Benard (René); assistant : M. ; interne : M. David (Jean); externes : MM. Drain, Burel, Grossiord, Tissandie, Cadet de Gassicourt.

2. Médecin : M. Gautier; assistant : M. ; interne : M. Fauvert; externes : MM. Champsaur, Journe, Copelovici, Boucher (Marcel).

3. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Gutmann; assistant : M. Beaugeard (Georges); externe en premier : M. Broulle; externes : MM. Morange, Epelbaum.

4. *Radioscopie.* — Assistant : M. Charpy.

Y. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Lesné : assistant : Mlle Dreyfus Sée (Germaine); interne : Mlle Ronget; externes : MM. Gillon, Caby, Mlles Comby, Dauban, Cahen, Spire, Mme Julia.

2. *Service de la diphtérie.* — Interne : M. Zadoc-Kahn.

3. Médecin : M. Papillon; assistant : M. ; interne : M. Alibert; externes : Mlle Jeannacopoulo, MM. Masson (Georges), Laplagne, Personnaz, Mlles Desbois, Danzig.

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Papillon; interne : M. Mourrut.

5. Chirurgien : M. Sorrel; assistant : M. Oberthur; internes : MM. Merigot, de Langre, Mlle Le Diouron; externes : MM. Minet, Bismut, Mlle Kapp, MM. Depaillat, Debouvry, Fourault, Lévy (Jean), Mlle Cotineau, M. Chalochet.

6. Médecin : M. Rouget; assistant : M. ; interne : M. Guillon; externes : Mme Leneman, MM. Bosc, Sachnine (Lazare), Perrot (Robert), Mlle Balossini.

7. *Consultation. (Médecine.)* — M. Janet; assistant : M. Vallery-Radot (Pierre); externe en premier : Mlle Kahn; externes : MM. Mennecier, Charlot, Stewart, Maroger (Guy).

8. *Ophtalmologie.* — M. Prelat; assistant : M. ; externe : M. Simon (René), N....

9. *Consultation dentaire.* — M. Lemerle.

10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Mahar.

Z. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guillemot; assistant : M. Prieur (René); interne : Mme Papaivannou; externes : M. Gamet, Mlles Wix, Ruais, MM. Attal (Marcel), Coemelic, Mlle Petroff.

2. Médecin : M. Grenet; assistant : M. Isaac (Georges-Pierre), interne : M. Mezard; externes : MM. Benardeau, Tissot (Franck), Coussieu, Mlle Debay, MM. Salleron, Arviset.

3. Chirurgien : M. Picot; assistant : M. ; internes : MM. Guiheneuc, Lieffring, Joly (Henri); externes : MM. Blondeau, Petresco, Mlle Margueron, MM. Buisson (Guy), Truelle, Soullard, Leclercq (Jean).

4. Chirurgien : M. Metzger; assistant : M. ; internes : MM. Valensi, Augereau; externes : MM. Streicher, Djian, Chambon, Germon, Lubas, Divet.

5. *Consultation. (Médecine.)* — M. Marquézy; assistant : Mlle le Dr Hébert; externe en premier : M. Fontaine; externes : Mme Herbert, MM. Bousquet, Giraud, Hébert (Pierre), Pasqualini.

6. *Consultation dentaire.* — M. Izard.

7. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lobligeois; assistants : MM. Lifschitz, Torchaussé.

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bloch; assistant : M. ; externes : MM. Jamet, Meillon, Brun (Maurice), Rosenberg (Tiburce).

Aa. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Armand-Delille; assistant : M. Lestocquoy (Paul); interne : Mlle Odru; externes : MM. Scemama, Monceau (Yves), Mme Lorsignol, MM. Hélion, Magrin, Hechter.

2. Médecin : M. Paisseau; assistant : M. ; interne : M. Weill (Jean); externes : MM. Ichard, Turbe, Goujard, Wattez, Mlle Ocmichen, Mme Gibert.

3. *Consultation. (Médecine.)* — M. Turpin; assistant : M. Pichon; externe en premier : M. Bastien; externes : MM. Caratzalis, Antoniou.

4. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Bouchet; assistant : M. ; externes : MM. Wilbert, Combes (André).

5. *Consultation dentaire.* — M. Ruppe.

6. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Laquerrière; externe : M. Peyne.

Ab. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. P. Weil; assistant : M. ; interne : M. Langlois; externes : Mlle Delage, M. Gelbert (Jean), Mlle Lecour, MM. Dragomiresco, Vincent (Jean), Paris.

2. Médecin : M. Donzelot; assistant : M. ; interne : M. Fau; externes : MM. Benguigui, Grabli, Lichtenberg (Hirsch), Trombert.

3. Chirurgien : M. Moure; assistant : M. ; internes : MM. Gorodiche, Martin (René); externes : MM. Philippe (Léon), Lespinat, Bauer, Lapierre, Besson (Jean), Avenier (Philippe), Rohozinski (Michel).

4. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Aimé; adjoint : M. Ordioni.

Ac. Hôpital des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le prof. Lereboullet; assistant : M. Lelong; chefs de clinique : MM. Chabrun, Bohn, Benoist; chef de labor. : M. Detrois; internes : MM. Garnier, Merklen; externes : M. Pochon, Mlle Sainton, MM. Kuypers, Le Cœur (P.), Bonnet (G.), Laguzet.

2. Chirurgien : M. Veau; assistant : M. ; internes : Mlle Delon, M. Querneau; externes : Mlle Philippe, Mme Cochard, MM. Angelici, Guès (Albert), Mignot.

3. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Gérard; assistant : M. Boulant; externe : M. Simon (Franck).

Ad. BICÊTRE. — 1. Médecin : M. Pasteur Vallery-Radot; assistant : M. ; internes : Mlle Hermann, M. Maurice; externes : MM. Fildermann (Marcel), Bonhomme, Brunhes, Mlle Fauvert.

2. *Premier service temporaire (chroniques).* — Interne : M. Gilbrin.

3. *Deuxième service temporaire (chroniques).* — Externes en premier : MM. Soubrane, Dreyfus; externes : MM. Belletoille, Collart, Demart.

4. *Service d'enfants plâtrés.* — Externe en premier : M. Bourdial.

5. *Troisième service temporaire.* — Externe en premier : M. Lafont; externes : MM. Israël, Wolinetz, Mlle Ternois, M. Feuillet.

6. Médecin : M. Jacquet; assistant : M. ; interne : M. Benzequen; externes : MM. Guichard, Leduc (Jean), Maillard (Jean), Menanteau.

7. Médecin : M. Feuillié; interne : M. Loisel; externes : MM. Monti (Martin), Mekdjan, Robert (Jean), Bibas, Devoucoux.

8. Chirurgien : M. Toupet; assistant : M. ; internes : MM. Gaudy, Petit (Pierre), Zagdoux; externes : MM. Gringoire, Coustenoble, Bourel, Szejdel (Alfred), Basset (André), Campesco, Rudich.

9. Médecin : M. Paul Camus; assistant : M. ; interne : M. Sourice.

10. Médecin : M. Maillard; assistant : M. ; interne : M. Macé de Lépinay.

11. Médecin : M. Riche; assistant : M.

12. *Consultation dentaire.* — M. Richard.

13. *Ophtalmologie.* — M. Hartmann.

14. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Dariaux; chef adjoint : M. Guénaux.

Ae. SALPÊTRIÈRE. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain; assistant : M. ; chefs de clinique : MM. Mollaret, Schmite, Michaux. Thurel; chefs de laboratoire : MM. Bertrand, Garcin, Thévenard; internes : MM. Sigwal, Lereboullet, Desso lle; externes : MM. Lambling, Villaret, Raybaud, Mougin, Hanoun, Millot, Chatain.

2. Médecin : M. Crouzon; assistant : M. Christophe (Jean); internes : MM. Wester, Sée (Georges); externes : MM. Poisson, Schmid (René-Claude), Ellenberger, Mlle Burdin, MM. Greif, Boutakof, Cordebar, Got, Couso.

3. *Infirmerie du personnel et chalets.* — Interne : M. Terrenoire.

4. Médecin : M. Ribadeau-Dumas; assistant : M. Mathieu (René); interne : M. Guèdé; externes : M. Arnous, Mlles Luneau, Renier (Suz.), MM. Ferval, Boudonnet.

5. Médecin : M. Pruvost; assistant : M. ; interne : M. Meyer (André); externes : M. Karabarbounis, Courtin, Guillon (Emile), Mlle Cheikh, MM. Thomas (Henri), Bellotte, Cau (Jean).

6. Chirurgien : M. le prof. Gosset; assistants : MM. Petit-Dutaillis, Charrier; chefs de clinique : MM. Seillé, Sauvage, Blondin (Marcel); chefs de laboratoire : MM. Magron, Rouche; internes : MM. Padovani, Bernard (Etienne), Hepp; externes : MM. Batail, Pinto, Cernea, Adlé, Laurence (Gabriel), Mlle Picard (Suz.), MM. Nouaille, L'Hirondel, Martini (Ph.), Mlle Rotté.

7. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Delay.

8. Médecin : M. Vurpas; assistant : M. ; interne : M. Corman.

9. *Electro-radiologie.* — Chef de service : M. Bourguignon; adjoints : MM. Thibonneau, Ledoux-Lebard; assistants : MM. Humbert, Mathieu, Dubost; externes : MM. Legrand, Malmeid (élève).

10. *Premier service temporaire de réserve.* — Médecin : M. Alajouanine; externe en premier : M. Livieratos; externes : MM. Maire (Georges), Hornus, Mlle Melon, MM. Vallancien, Polak.

11. *Deuxième service de réserve.* — Médecin : M. Mouquin; externe en premier : M. Brouet; externes : M. Robert (Pierre), Mlle Pinel, M. Galland, Mlle Kritchewski, M. Golse, Mlle Ciosi, MM. Bridgmann, Chareire.

12. *Service temporaire enfants.* — Externe en premier : Mlle Armelin; externes : MM. Calvet (Henri), Meveiller, Goby.

Af. HOSPICE DES INCURABLES (IVRY). — 1. Médecin : M. Caïn; assistant : M. ; interne : Mlle Pichon; externes : MM. Ingrand, Krakowski, Hertz, Mlle Hannes.

2. *Chroniques et admissions.* — Externes : M. Schwartz, Mlle Jakowler.

3. Médecin : M. Moreau; assistant : M. ; internes : MM. Delamarre, Albeaux; externes : MM. Desseigne, Viault (Pierre), Gerbet (Michel), Zwillinger, Ciaudo, David (Elie).

4. Chirurgien : M. Martin; assistant : M. Deniker (Michel); internes : MM. Reboul (Henri), Barraya; externes : Mme Kiriloff, MM. Roveanu, Giraud (Jean).

5. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Pestel; assistant : M. Delapchier.

Ag. HOSPICE DES MÉNAGES (ISSY). — 1. Médecin : M. Brodin; assistant : M. ; interne : M. Aubin (André); externes : MM. Faugeron, Bauvais, Brochard (R.), Douay.

2. Chirurgien : M. Lardennois; assistant : M. Madier; internes : M. Laffaille, Mme Grand, M. Luzuy; externes : M. Bureau (Pierre), Mme Luzuy, MM. Gossart (Pierre), Evrard, Le Duc (Jean), Casalis (Gérard), Le Brun (Léon).

3. *Radioscopie.* — Assistant : Mme le Dr Tedesco.

Ah. MAISON DE RETRAITE DE LA ROCHEFOUCAULD. — 1. *(Vieillards.)* Médecin : M. Chiray; assistant : M. ; interne : M. Ribadeau-Dumas; externe : M. Bamas.

2. *(Tuberculeux.)* Interne : M. Hesse (Jean); externes : MM. Roux (Maurice), Bernaud, Mme Mollaret, M. Meyer (L.).

Ai. HOSPICE ALQUIER-DEBROUSSE. — 1. *(Vieillards.)* — Médecin : M. Rouillard; assistant : M. ; interne : M. Louvet.

2. *(Tuberculeux.)* — Externes : MM. Picard (René), Baulande, Delaroche (Jean).

Aj. HÔPITAL DE BERCK-SUR-MER. — 1. Hôpital maritime. Chirurgien : M. Richard; assistants : MM. Andrieu, Bouquier, Delahaye; internes : MM. Malgras, Elbim, Martin (Jean-Thomas); externes : MM. Barneville (Christian), Gasne (Pierre), Martin (Charles), Rosenstein (Simon).

2. Annexe de Rouville. Interne : M. Janvier; externe : M. Pupko.

3. *Électro-radiologie.* — M. Parin.

Ak. BRÉVANNES. — 1. Médecin : M. René Marie; internes : MM. Iliovici (externe en premier); Tellier (concours spécial).

2. Médecin : M. Renaud; assistant : M. ; internes : MM. Pourquié (externe en premier); Yovanovitch, Tilitchef, N..., (concours spécial).

3. Médecin : M. Lévy-Valensi; assistant : M. ; internes : MM. Suchmann (externe en premier); Blau, Lepart, Rymer, Darras, Nomblot (concours spécial).

4. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Chatellier.

Al. INSTITUTION SAINTE-PÉRINE. — 1. Médecin : M. Binet; interne : M. Raymond (concours spécial).

Am. MAISON DE RETRAITE CHARDON-LAGACHE. — 1. Médecin : M. Binet; interne : M. Boisseau (concours spécial).

An. SANATORIUM D'HENDAYE. — 1. Médecin : M. Morancé; internes : MM. Bellière (Robert), Landau (concours spécial).

Ao. ASILE SAINTE-ANNE. — 1. Médecin : M. le prof. Claude; chefs de clinique : MM. Garand, Baruk, de Guillant, Bourgeois (Pierre), Migault; chefs de labor. : MM. Cuel, Dubar, Lehmann, Dumas, Lecourt, Mlle Bonnard.

2. *Électro-radiologie.* — Assistant : M. Lehmann.

Ap. SANATORIUM D'ANGICOURT. — 1. Médecin : M. Buc.

Aq. SANATORIUM SAN SALVADOUR. — 1. Médecin : M. Fohanno; interne : M. N...

Ar. GALIGNANI et BELŒUIL. — 1. Médecin : M. Maréchal; assistant : M. Cochemez.

As. LA RECONNAISSANCE. FONDATION BRÉZIN. — 1. Médecin : M. Mutel.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1º CHEFS DE SERVICE (MÉDECINS, CHIRURGIENS, ACCOUCHEURS ET ASSISTANTS; CONSULTATIONS, OPHTALMOLOGISTES, OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES, ÉLECTRO-RADIOLOGISTES, STOMATOLOGISTES); 2º CHEFS DE CLINIQUE (MÉDECINE, CHIRURGIE, ACCOUCHEMENTS); 3º INTERNES; 4º EXTERNES EN PREMIER; 5º EXTERNES.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : Mlle Comby, Y-1 = Y. Hôpital Trousseau, 1. Service de M. Lesné.

MÉDECINS

et assistants.

Abrami, C-2.
Achard, G-1.
Alajouanine, Ae-10.
Ameuille, J-9.
Apert, F-4.
Armand-Delille, Aa-1.
Aubertin, B-5.
Azoulay, A-5.
Babonneix, Q-18.
Baudouin, K-8.
Beaugeard, X-3.
Benard (H.), A-9.
Bénard (R.), X-1.
Bensaude, D-5.
Bernard (Léon), K-1, K-2 et K-5.
Bertrand-Fontaine (Mme), C-9.
Bezançon (F.), D-1.
Binet, Al-1 et Am-1.
Bith, E-2.
Bloch, H-12.
Blondel, J-4.
Boidin, L-2.
Boulin, B-11.
Brodin, Ag-1.
Brouardel (G.), E-1.
Brulé, J-1.
Brun du Bois-Noir (de), H-1.
Buc, Ap-1.
Cahen (Rob.), G-11.
Cain, Af-1.
Cambessédès, F-4.
Camus, Ad-9.
Carnot, A-1.
Carrié, N-6.
Cathala, K-16.
Cattan, L-3.
Cayla, Q-18.
Chabrol, D-8.
Chavannier, P-2.
Chavany, B-6.
Chêne, D-4.
Chevallier, G-6.
Chiray, AH-1.
Claude, Ao-1.
Clerc, I-4.
Cochemez, Ar-1.
Comte, D-6.
Coste, J-16.
Coudert, J-18.
Courcoux, N-1 et 2.
Crouzon, Ae-2 et Ae-3.
Darré, F-7.
Debray, G-11.
Debré, H-4.
Decourt, H-12.
Deron, H-3.
Deschamps, L-4.
Donzelot, Ab-2.
Dufour, M-1 et M-2.
Duvoir, Q-6.
Faroy, H-3.
Faure-Beaulieu, D-9.
Feuillié, Ad-7.
Fiessinger, C-3.
Flandin, M-5.
Fohanno, A-9.
Fournier, F-2.
Froment, A-2.
Gandy, I-1.
Garcin, L-6.
Garnier, I-2 et I-3.
Gautier, X-2.
Gennes (de), D-19.
Georges, B-3.
Gougerot, Q-1
Grenet, Z-2.
Guérin, K-6.
Guillain, Ae-1.
Guillemot, Z-1.
Gutmann, X-3.
Haguenau, E-8.
Halbron, A-4.
Hallé, F-6.
Hamburger, I-15.
Harvier, H-1.
Hébert, Z-5.
Herscher, I-5.
Heuyer, E-4.
Hillemand, D-5.
Huber, P-3.
Hutinel, W-1.
Isch-Wahl, J-5.
Jacob, K-12.
Jacquelin, P-5.
Jacquet, Ad-6.
Janet, Y-7.
Jousset, K-6.
Kindberg, L-1.
Labbé (Marcel), B-2.
Laederich, E-3.
Laignel-Lavastine, B-3.
Laporte, L-6.
Laroche (Guy), J-1.
Laubry, M-3 et M-4.
Léchelle, X-8.
Lemaire, B-4.
Lelong, Ac-1.
Lemierre, L-1.
Lereboullet, Ac-1.
Lesné, Y-1 et Y-2.
Lestocquoy, Aa-1.
Levesque, B-16 et B-17.
Lévy (Rob.), B-5.
Lévy-Valensi, Ak-3.
Lian, J-4.
Lichtwitz, C-2.
Lœper, B-4.
Lortat-Jacob, Q-4.
Louste, Q-5.
Maillard, Ad-10.
Marceron, K-12.
Marchal, M-7.
Maréchal, Ar-1.
Marquézy, Z-5.
Marie (R.), Ak-1.
Massary (de), H-2.
Mathieu, Ae-4.
Maximin, D-8.
May, J-6.
Milhit, J-3.
Milian, Q-2.
Monier-Vinard, P-2.
Morancé, An-1.
Moreau, Af-3.
Mouquin, Ae-11.
Mutel, As-1.
Nageotte, Ae-7.
Nicaud, I-2.
Nobécourt, F-1 et F-14.
Olivier, C-3.
Pagniez, D-7.
Paisseau, Aa-2.
Papillon, Y-3 et Y-4.
Pichon, Aa-3.
Pinard, G-2.
Pissavy, G-3.
Plichet, D-7.
Prieur, Z-1.
Pruvost, Ae-5.
Ramond (Félix), D-4.
Ramond (L.), K-7.
Rathery, A-2.
Ravaut, Q-3.
Renaud, E-1.
Ribadeau-Dumas, Ae-4.
Riche, Ad-11.
Richet, P-1.
Rist, K-3, K-4 et K-5.
Rivet, I-6.
Rouget, Y-6.
Rouillard, Ai-1.
Sainton, A-3.
Sergent, C-1.
Servel, J-1.
Sézary, Q-7.
Stévenin, A-5.
Teissier, V-1.
Thomas, E-8.
Tinel, C-5.
Tixier, C-4.
Touraine, R-1.
Trémolières, N-3.
Troisier, L-3.
Turpin, Aa-3.
Tzanck, D-14.
Vallery-Radot (Pasteur), Ad-1.
Vallery-Radot (Pierre), Y-7.
Vaquez, B-1.
Vasseur (Mlle), I-5.
Vialard, K-7.
Villaret, E-2.
Vincent, B-6.
Vogt (Mlle), F-2.
Vurpas, Ae-8.
Walser, M-3.
Weil (M.-P.), Al-1.
Weil (P.-E.), J-5.
Weili-Spire, B-11.
Weill-Hallé, F-2.
Weissenbach, R-2.
Weissmann, D-9.

CHIRURGIENS

et assistants.

Alglave, H-8.
Ameline, I-18.
Andrieu, Aj-1.
Basset, H-5.
Baumgartner, C-6.
Bayle, G-10.
Bazy, Q-8.
Berger, F-10.
Bernard, J-17.
Bloch, Q-15.
Boppe, H-6.
Bouquier, Aj-1.
Bloch (Jacques), A-6.
Braine, D-15.
Bréchot, M-6.
Brocq, D-10.
Cahen, A-10.
Cadenat, N-11.
Canonne, B-12.
Capette, I-8.
Charrier, Ae-7.
Chevassu, G-10.
Chevrier, B-9.
Chifoliau, Q-9.
Cunéo, A-6.
Delahaye, Aj-1.
Delbet, G-7.
Deniker, Af-4.
Desmarets, P-4.
Desplas, B-9.
Diamantberger, P-6.
Dujarier, N-4.
Duval (Pierre), O-1.
Faure (J.-L.), R-3.
Fey, E-5.
Fredet, B-8.
Gasne, M-8.
Gatellier, O-1.
Gaudart d'Allaines (de), J-10.
Gernez, J-11.
Girode, C-10.
Gosset, Ae-6.
Gouverneur, C-6.
Grégoire, J-12.
Gueullette, O-1.
Guimbellot, H-13.
Heitz-Boyer, Q-10 et Q-11.
Houdard, K-9.
Huc, F-8.
Huet, G-9.
Hussenstein, C-10.
Kuss, C-7.
Labey, I-10.
Lance, F-8.
Lapeyre, E-9.
Lapointe, D-11.
Lardennois, G-2.
Legueu, E-5.
Lejars, D-10.
Lenormant, B-7.
Leveuf, G-7 et G-8.
Madier, Ag-2.
Marion, I-7.
Martin, Af-4.
Martin (J.), H-13.
Mathieu, G-9.
Maurer, K-9.
Maximin, D-15.
Metzger, Z-4
Michon, J-12.
Mocquot, L-5.
Mondor, E-9.
Monod, G-12.
Monod (Raoul), L-5.
Mouchet, Q-19.
Moulonguet, J-11.
Moure, Ab-3.
Oberlin, B-8.
Oberthur, Y-5.
Ockinczyc, H-6 et H-7.
Ombrédanne, F-8.
Petit-Dutaillis, Ae-7.
Picot, Z-3.
Proust, K-9.
Reinhold, M-8.
Richard, Aj-1.
Robineau, E-6.
Rouhier, N-4 et N-7.
Roux-Berger, J-10.
Sauvé, L-11.
Schwartz, E-7.
Senèque, A-6.
Sorrel, Y-5.
Soupault, I-10.
Thalheimer, P-6.
Toupet, Ad-8.
Veau, Ac-2.
Wiart, I-8.
Wilmoth, B-7.

ACCOUCHEURS

et assistants.

Brindeau, U-1.
Cathala, K-16 et Q-14.
Chirié, A-8.
Couvelaire, T-1.
Devraigne, I-14.
Ecalle, J-15.
Jeannin, B-10.
Le Lorier, N-5.
Lemeland, S-1 et S-2.
Levant, H-10.
Lévy-Solal, D-13.
Rudaux, S-1.
Vignes, C-8.

OPHTALMOLOGISTES

Bollach, G-13.
Cantonnet, K-11.
Cerise, B-14.
Coutela, H-9.
Dupuy-Dutemps, Q-13.
Hartmann, Ad-13.
Magitot, J-14.
Monbrun, P-8.
Monthus, F-11.
Poulard, I-13.
Prélat, Y-8.
Terrien, A-7.
Velter, D-16.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

Baldenweck, H-11.
Bloch (André), Z-8.
Bouchet, Aa-4.
Bourgeois, K-10.
Chatellier, Ak-4.
Grivot, D-12.
Halphen, B-13.
Hautant, J-13.
Lemaître, Q-12.
Le Mée, F-12.
Moulonguet, N-8.
Ramadier, P-7.
Sebileau, I-12.

ÉLECTRO-RADIOLOGISTES

Aimé, Ab-4.
Aubourg, H-14.
Barret, G-15.
Baude (Mme), F-13.
Beau, B-16.
Beaujard, L-8.
Béclère, O-3.
Belot, Q-17.
Blanche, N-10.
Blot, M-9.
Bordet, B-16.
Boulant, Ac-3.
Bouleau, B-16.
Bourguignon, Ae-9.
Brancas (Mme de), T-2.
Brennan, P-9.
Busy, G-15.
Charlier, Ab-4.
Chenilleau, A-12.
Chenot, B-16.
Codet, B-16.
Coliez, J-19.
Colombier, A-12.
Couvreux, C-12.
Cottenot, M-9.
Darbois, J-19.
Dariaux, Ad-14.
Delapchier, Af-5.
Delherm, B-16.
Descoust, J-19.
Desgrez, C-12.
Detré, P-9.
Dimier, R-5.
Dioclès, A-12.
Dubost, Ae-9.
Duhem, F-13.
Dupouy, O-3.
Foubert, G-15.
Gadreau, C-12.
Gally, E-11.
Gauillard, H-14.
Gérard, Ac-3.
Gilson, N-10.
Gireaudeau, Q-17.
Goubert, F-13.
Guénaux, Ad-14.
Guibert, E-11.
Guilbert, N-10.
Haret, I-17.
Hélie, J-19.
Hickel, Q-7.
Huet, J-19.
Humbert, Ae-9.
Joly, H-14.
Jouveau-Dubreuil, J-19.
Juster, Q-17.
Kaufmann (Mme), G-15.
Le Goff, L-8.
Lachaud (ext. fais. fonct.), K-15.
Lagarenne, A-12.
Laquerrière, Aa-6.
Ledoux-Lebard, Ae-9.
Lehmann, D-12, R-5 et Ao-2.
Lepennetier, Q-17.
Lévy-Lebahr, T-2.
Lifschitz, Z-8.
Lobligeois, Z-7.
Mahar, Y-10.
Maingot, K-1.
Mallet, J-19.
Marchal, J-19.
Mathieu, Ae-9.
Méry, Z-7.
Mignon, H-14.
Morel-Kahn, B-16.
Moret, G-15.
Moutard, I-17.

Nahan, Q-17.
Nebout, Q-17.
Ordioni, Ab-4.
Parin, Aj-3.
Pelizza, Q-17.
Pestel, Af-5.
Petit, E-11.
Piffault, C-12.
Piot, I-17.
Porcher, O-3.
Portret, J-19.
Prévost, G-15.
Quivy, C-12.
Rebuffel, I-17.
Ronneaux, C-12.
Serrand, Q-17.
Solomon, D-18.
Stuhl, B-16.
Surrel, Q-17.
Thibonneau, Ae-9.
Thoyer-Rozat, B-16.
Torchaussé, Z-7.
Truchot, E-11.
Vignal, H-14.

STOMATOLOGISTES

Béliard, A-11.
Bozo, B-15.
Chompret, Q-16.
Fargin-Fayolle, N-9.
Gérard-Maurel, C-11.
Izard, Z-6.
Lacronique, J-18.
Lebedinsky, G-14.
Lemerle, Y-9.
L'Hirondel, O-2.
Raison, M-10.
Richard, Ad-12.
Rousseau-Decelle, I-16.
Ruppe, Aa-5.
Thibault, D-17.

HYDROTHÉRAPIE ET THERMOTHÉRAPIE

Dausset, A-13.

CHEFS DE LABORATOIRE

adjoints et assistants.

Béclère, O-1.
Bertrand, Ae-1.
Bidot, F-1.
Bonnard (Mlle), Ao-1.
Bordet, B-1.
Boutroux, G-1.
Busy, G-1.
Cartier, U-1.
Chabanier, E-5.
Cléret, I-12.
Coquoin, A-1.
Cuel, Ao-1.
Desgrez, Q-1.
Detrois, Ac-1.
Deval, A-1.
Dioclès, A-1.
Dognon, A-1.
Dubar, Ao-1.
Duché, Q-1.
Duchon, D-1.
Dumas, Ao-1.
Dumont, A-1.
Eliascheff (Mlle), Q-1.

Escalier, B-2.
Feuillié, G-1.
Fisch, E-5.
Garcin, Ae-1.
Gayet, A-1.
Géraudel, B-1.
Giet, D-10.
Giraud, T-1.
Goiffon, O-1.
Gouffier, A-7.
Grigaut, G-1.
Guillaumin, D-1.
Hinglais, U-1.
Hudelo, A-7.
Lacomme, T-1.
Lecourt, Ao-1.
Lehmann, Ao-1.
Lumière, E-5.
Magron, Ae-6.
Minvielle, B-10.
Moutier, O-1.
Nepveux, B-2.
Nicolas, A-6.
Peyre, Q-1.
Porcher, O-1.
Reilly, V-1.
Rouché, Ae-6.
Stuhl, B-2.
Thévenard, Ae-1.
Tissier (Mlle), A-1.
Tribout, D-1.
Truchot, E-5.
Verliac, E-5.
Weill, D-1.

RADIOSCOPIE

Charpy, X-4.
Tedesco (Mme), Ag-3.

CHEFS DE CLINIQUE

Armingeat, F-8.
Azerad, B-2.
Bach (adj.), T-1.
Banzet, A-6.
Bariéty, G-1.
Baruk, Ao-1.
Béclère, R-1.
Benda, C-1.
Benoist, Ac-1.
Besançon (J.), B-2.
Bidoire, U-1.
Blondin (M.), Ae 6.
Boegner (Mlle), B-10.
Bohn, Ac-1.
Boltansky, A-1.
Bourgeois (J.), V-1.
Bourgeois (P.), Ao-1.
Braun (Mlle), A-7.
Carteaud, Q-1.
Castéran, A-7.
Chabrun, Ac-1.
Chabrut, D-10.
Cohen, Q-1.
Debrousses (Mlle), B-10.
Delafontaine, A-1.
Delalande, A-1.
Delarue, D-1.
Digonnet, T-1.
Dolfus, A-7.
Dossot, E-5.
Dreyfus (Gilbert), B-2.
Durand (Paul), B-1.
Duruy, D-1.
Elbaz, I-12.
Fatou, B-1.
Fèvre, F-8.
Fleury, U-1.
François (adj.), T-1.

Garand, Ao-1.
Garnier, F-8.
Garnier, V-1.
George, I-12.
Grinda, R-1.
Guillant (de), Ao-1.
Imbert, C-1.
Lamy, K-1.
Laurent (Mlle), adj., R-1.
Layani (adj.), V-1.
Le Clerc, V-1.
Liège, F-1.
Lieutaud, E-5.
Lonjumeau, C-1.
Lotte, Q-1.
Mabille, G-7.
Marie, K-1.
Martin, F-1.
Mayer, K-1.
Meillère, A-6.
Merle d'Aubigné, O-1.
Michaux, Ae-1.
Migault, Ao-1.
Mollaret, Ae-1.
Morlaas, G-1.
Mousson, G-1.
Oumansky, D-1.
Pascal, G-7.
Pellé, G-7.
Pellissier, K-1.
Poumailloux, G-1.
Raplan, F-1.
Redon, O-1.
Renard, A-7.
Rossert, I-12.
Salmon, A-1.
Sauvage, Ae-6.
Scherer (Mlle), D-1.
Schmite, Ae-1.
Seillé, Ae-6.
Sourdille, A-7.
Suzor, U-1.
Thurel, Ae-1.
Triboulet, K-1.
Vibert, C-1.
Wahl, D-1.
Weil (P.), A-7.

INTERNES

Abricossoff (Mlle), P-3.
Albeaux, Af-3.
Alibert, Y-3.
Allard, Q-14.
Alpern (Léo), G-3.
Amid, Q-11.
Antonelli, J-9.
Arager (Mme), E-3.
Ardouin, Q-19.
Arnaud (Jac.), K-3.
Arnaudet, A-1.
Arondel, H-2.
Asselin, E-6.
Aubert, M-1.
Aubin (And.), Ag-1.
Audemar, D-11.
Augereau, Z-4.
Augier, L-1.
Avril, Q-8.
Bacquentin, G-10.
Baguette (Mlle), F-11.
Baillet, F-4.
Barnaud (Mlle), J-6.
Baron (F.), E-6.
Barraya, Af-4.
Barthélémy, G-8.
Barthes, I-8.
Baudelot, Q-11.
Baumann, L-5.
Bégaud (Mlle), R-3.
Bellière, An-1.
Benaërts, G-9.

Benoist (Hub.), H-8.
Benzequen, Ad-6.
Bérard, K-10.
Berdet, B-6.
Bergouignan, I-11.
Bernal, M-4.
Bernard (Et.), Ae-6.
Bernard-Griffiths, K-4.
Bertrand (Pierre), F-8.
Beuzart, B-8.
Billet, L-5.
Bissery, S-2.
Bizou, (Mlle), R-3.
Blanchy (Mlle), K-1.
Blanquine, J-11.
Blau, Ak-3.
Bloch (Léon), J-11.
Boisseau, Am-1.
Bolgert, C-5.
Bompart (Et.), C-1.
Bompart (H.), I-11.
Bonnard, G-1.
Boquien, B-3.
Brisset, R-2.
Bucquoy, N-1.
Bufnoir, N-4.
Busson, D-8.
Cachera, Q-3.
Cacuira, C-8.
Carlotti, G-7.
Carteret, H-5.
Chadourne, M-5.
Chauveau, E-5.
Chennevière, A-7.
Cohen-Deloro, I-14.
Contiadès, G-10.
Cord, D-9.
Cordier, B-7.
Corman, Ae-8.
Cottet, E-4.
Couder, I-1.
Courtial, A-5.
Couvelaire, J-12.
Dany, Q-3.
Darfeuille, A-6.
Darras, Ak-3.
David (Jean), X-1.
David (Pierre), B-8.
Davioud, J-10.
Decourt, D-7.
Degos, Q-2.
Delahaye (Mlle), H-5.
Delamarre, Af-3.
Delaporte, Q-5.
Delay, Ae-7.
Delon (Mlle), Ac-2.
Demaldent, E-7.
Derot, A-2.
Dessoille, Ae-1.
Devaux (J), A-8.
Develay (Mlle), L-3.
Douady, J-8.
Dreyfus (Pierre), K-9.
Dubois (Jean), H-10.
Ducas (P.), F-1.
Dufour (And.), Q-11.
Dupuy, Q-10.
Durieux (fais fonct.), N-5.
Durrbach, Q-8.
Elbin, Aj-1.
Even, K-8.
Fagnière (Mlle), J-15.
Falaize, I-7.
Fau, Ab-2.
Fauquet, C-2.
Fauvert, X-2.
Fayot (Mlle), W-1.
Fayot (Rob.), R-3.
Folliasson, Q-9.
Fournié, E-6.
Franco, B-9.
Frumusan, G-4.

Gadaud, Q-5.
Garnier, Ac-1.
Gasne, L-5.
Gaston (A.), H-11.
Gaucher, D-1.
Gaudy, Ad-8.
Gaulier, J-12.
Gautheron (Mlle), I-6.
Gauyen, K-7.
Gavois, Q-14.
Genty, Q-13.
Gilbrin, Ad-2.
Goldberg, H-3.
Gole, E-1.
Gorodiche, Ab-3.
Gorse, H-8.
Gosset (Jean), O-1.
Graffin, I-8.
Grand (Mme), Ag-2.
Guede, Ae-4.
Guibé, Q-19.
Guichard, H-6.
Guiheneuc, Z-3.
Guillain, E-2.
Guillon, J-6.
Guyot (Jean), I-2.
Haïck, M-2.
Halbron, J-14.
Hamburger, H-9.
Hamelin, D-12.
Hamon, Q-12.
Hébert, Q-19.
Hepp, Ae-6.
Hermann (Mlle), Ad-1.
Hervy, A-6.
Hesse (Didier), A-3.
Hesse (J.), Ah-2.
Horovitz, Q-7.
Hubert, U-1.
Hutin, S-1.
Iliovici (fais fonct.), Ak-1.
Illaire, D-12.
Jame, Q-4.
Janvier, Aj-2.
Jehiel, I-8.
Joly (Fr.), P-1.
Joly (H.), Z-3.
Jonard, D-11.
Joseph (Ray.), J-1.
Jourdan, I-7.
Judet, P-4.
Jullien, B-7.
Koang, F-2.
Lachter-Pachter, G-8.
Lacoste, B-9.
Laffaille, Ag-2.
Lafitte, H-1.
Lançon, N-3.
Landau, An-1.
Landowski (Mlle), F-7.
Landrieu, J-15.
Langlois, Ab-1.
Langre (de), J-5.
Lapiné, J-13.
Laplane, H-10.
Laquerrière (Mme), D-6.
Laquerrière (Mic.), G-7.
Lardennois, C-6.
Le Baron, Q-4.
Lebel, B-7.
Le Diouron (Mlle), Y-5.
Lejeune (P), K-9.
Lellouch, D-10.
Lemoyne (J.), J-13.
Lenègre-Thourin, M-3.
Lepage, D-13.
Lepart, Ak-3.
Lereboullet, Ae-1.

Leroy, C-6.
Levannier, I-13.
Lévy (Mlle), Q-18.
Lieffring, Z-3.
Lièvre, J-2.
Limasset, P-4.
Loisel, Ad-7.
Longuet, A-6.
Loth (Mme), V-1.
Loustch, J-11.
Louvet, Ai-1.
Lucas, I-13.
Luzuy, Ag-2.
Macé de Lépinay, Ad-10.
Maës, F-8.
Maisler, V-1.
Maison, R-1.
Malgras, Aj-1.
Mariau, M-6.
Martin (J.-T.), Aj-1.
Martin (René), Ab-3.
Marx, B-8.
Masson, N-4.
Massot, D-5.
Maurice, Ad-[illegible].
Mayer, T-1.
Megnin, K-9.
Mencière, Q-9.
Merger, B-10.
Mérigot, Y-5.
Merklen, Ac-1.
Meyer (André), Ae-5.
Mézard, Z-2.
Miget, Q-18.
Milhiet, H-6.
Mirallié, A-6.
Moline, A-8.
Monod (O.), O-1.
Moricard, G-6.
Mouchet, O-1.
Mourrut, Y-4.
Moyse (P.), J-10.
Mutricy, F-10.
Naggiar, D-11.
Netter (Alb.), G-7.
Nomblot, Ak-3.
Odinet, J-4.
Odru (Mlle), Aa-1.
Padovani, Ae-6.
Palmer, E-5.
Papaivannou, Z-1.
Pariente (de), Q-8.
Patte, V-1.
Paul (Chr.), A-7.
Pautrat, Q-6.
Peney, G-2.
Périn, C-4.
Perrault, P-2.
Petit (P.), Ad-8.
Pham-hu-Chi, D-10.
Picard (fais. fonct.), N-5.
Pichon (Mlle), Af-1.
Pichon (R.), H-7.
Poilleux, G-9.
Postel, B-9.
Poulain (Mme), Q-1.
Poumeau, M-5.
Pourquié (fais. fonct.), Ak-2.
Puymartin, B-3.
Querneau, Ac-2.
Quivy, Q-9.
Rachelsberg, C-6.
Racine, I-5.
Ragut, H-4.
Rault, B-1.
Raymond, Al-1.
Reboul (H.), Af 4.
Relier, M-6.
Reyt, L-2.
Ribadeau-Dumas, Ah-1.
Richard (Aug.), I-10.
Richier, F-11.
Riom (Mlle), Q-2.

Rivoire, G-1.
Robert (Paul), G-2.
Robin (M.), S-1.
Ronget (Mlle), Y-1.
Roquejeoffre, D-10.
Roudinesco (Mme), Q-7.
Rouquès, J-10.
Rousset, E-7.
Rudaux, F-6.
Rudler, N-4.
Rymer, Ak-3.
Scheid (fais. fonct.), K-11.
Schwob, I-4.
Sée (G.), Ae-2.
Sergent (H.), F-11.
Sèze (de), A-4.
Sicard, A-6.
Sigwald, Ae-1.
Simon (Noël), C-7.
Soulié, B-4.
Sourice, Ad-9.
Stéhelin, Q-1.
Stérin, Q-10.
Suchmann (fais. fonct), Ak-3.
Tellier, Ak-1.
Terrenoire, Ae-3.
Thiébaut, C-3.
Thomas, I-12.
Tilitchef, Ak-2.
Tournant, D-1.
Trocmé, J-5.
Uhry, B-2.
Valensi, Z-4.
Valentin (Mlle), J-3.
Vandenbossche, K-10.
Van der Elst, I-10.
Vannicr (Ed.), B-5.
Vannier (Jean), D-4.
Varangot, I-12.
Véran, A-1.
Versini (Mlle), D-13.
Veslot, K-6.
Vialle (P.), I-11.
Villechaize, I-14.
Vuillième, J-12.
Weill (A.), I-10.
Weill (J.), Aa-2.
Wester, Ae-2.
Wilm (Mlle), G-1.
Yovanovitch, Ak-2.
Zadoc-Kahn, Y-2.
Zagdoux, Ad-8.
Zha, Q-12.

EXTERNES EN PREMIER

Armelin (Mlle), Ae-12.
Arnal, G-11.
Bastien, Aa-3.
Baumgartner, A-9.
Bourdial, Ad-4.
Brouet, Ae-11.
Broulle, X-3.
Cachin (Ch.) L-6.
Camelot, K-12.
Catonné, F-3.
Challiol, W-1.
Cottin (Mlle), F-5.
Damon, G-17.
Dreyfus, Ad-3.
Durieux, N-5.
Ferroir, B-11.
Fontaine, Z-5.
Fresnais, D-4.
Gibert, M-7.
Groulier, D-14.
Iliovici, Ak-1.
Judet, F-9.
Kahn (Mlle), Y-7.
Kaplan, H-12.
Lachmanu, F-14.
Lafont, Ad-5.
Legry, F-5.
Lichtenberg, E-8.
Livieratos, Ae-10.
Lortat-Jacob, L-1.
Macrez, B 1.
Marre, I-15.
Picard, N-5.
Pourquié, Ak-2.
Pyt, G-16.
Sauvain, N-6.
Scheid, K-11.
Seringe, J-16.
Sidi, D-19.
Soubrane, Ad-3.
Soyer, C-9.
Strée, K-16.
Suchmann, Ak-3.
Turiaf, P-5.
Vaudour, G-5.
Vautrin, F-10.
Villot, J-3.

EXTERNES

Abadie (Mlle), B-1.
Abaza, C-1.
Abiteboul, O-1.
Aboulker (G.), Q-5.
Aboulker (P.), A-9.
Abraham (Mlle), F-7.
Abrand, F-6.
Achard, I-6.
Adle, Ae-6.
Adrianopoulos, I-18.
Aghion (Mlle), Q-5.
Alaurent, D-6.
Alfonsi, U-1.
Allilaire, I-14.
Allos, A-5.
Allouche, G-10.
Amante, H-2.
Ambrosini, J-9.
Ameur, G-10.
Amigues, N-2.
Amphoux, Q-7.
Ampugnani, D-3.
Andouard, C-6.
Angelici, Ac-2.
Anglade, V-1.
Angyal, B-13.
Anqnin, C-7.
Antomarchi, G-7.
Antoniou, Aa-3.
Archaimbault, H-13.
Arloing, Q-7.
Arviset, Z-2.
Aschkenassy, W-1.
Astor, Q-9.
Attal (André), P-2.
Attal (Marcel), Z-1.
Aubert (R.), Q-3.
Auclain (D.), A-6.
Audibert, B-3.
Audoux, F-7.
Aussanaire, O-1.
Austerweil, K-4.
Avenard, Q-10.
Avenier (Phil.), Ab-3.
Ayrignac, R-2.
Azema, H-5.
Azoulay, D-9.
Bacquelin, J-4
Bagot, H-11.
Bail, I-7.
Bain, E-6.
Bakulin, J-10.
Balossini (Mlle), Y-6.
Bamas, Ah-1.
Baratoux, D-12.
Bardery, Q-6.
Bardon, G-4
Barneville (Ch.), Aj-1.
Barouch, A-7.
Barré (Mlle), J-3.
Barrière, F-4.
Barry, B-8.
Basset (And.), Ad-8.
Batail, Ae-6.
Baudart, B-6.
Baudet, J-3.
Baudouin, K-8.
Bauer, Ab-3.
Baulande, Ai-1.
Bauvais, Ag-1.
Bayle, J-10.
Beauchef, J-10.
Beauchef, Q-6.
Beaufils (R.), L-4.
Bécam, J-13.
Belletoille, Ad-3.
Bellière, F-7.
Bellotte, Ae-5.
Bembaron, H-8.
Benardeau, Z-2.
Benassy, D-4.
Benguigui, Ab-2.
Benoist, J-1.
Benveniste, I-7.
Béquignon, C-9.
Béranger, Q-8.
Bercovici, J-5.
Berg (de), B-5.
Bernard (J.), A-4.
Bernard (Ph.), G-2.
Bernaud, Ah-2.
Berni (Mlle), Ae-4.
Bernière, B-12.
Bertheau J-4.
Berthond (Mme), R-1.
Beskin (Mlle), C-12.
Bessil, M-6.
Besson (Jean), Ab-3.
Beurdeley, B-4.
Bevalot, J-17.
Bezier, I-13.
Bibas, Ad-7.
Bidou, K-8.
Bigey, J-6.
Billard, I-18.
Binet, Je-9.
Bismut, J-5.
Blanc (R.), F-4.
Blanchard, K-4.
Blondeau, Z-3.
Blot, N-1.
Blumen, D-5.
Blumenfeld, F-1.
Bobard, R-2.
Bocquet, Hb-9.
Boelle, J-8.
Bogoraze, A-7.
Bogoraze, B-11.
Boisramé, K-6.
Boissonnat (P.), E-8.
Boissonnet (J.), K-1.
Boivin, P-1.
Bonamy, E-9.
Bonan, Q-1.
Bondoux, B-9.
Bonhomme, Ad-1.
Bonnel (J.), D-11.
Bonnenfant (Mlle), H-7.
Bonnet (G.), Ac-1.
Bonnet (R.), H-2.
Boquet (Paul), B-3.
Boquet (Pierre), C-8.
Borde, I-7.
Borjida, F-12.
Bornet, I-15.
Boros, C-10.
Bosc, J-6.
Botreau-Roussel, H-4.
Botton (de), D-9.
Bouchacourt, H-12.
Boucher (M.), X-2.
Boudonnet, Ae-4.
Boudou, A-8.
Bouilie, G-4.
Bouillard (Mlle), B-10.
Boulard, G-10.
Bouley, I-7.
Boulle (Mme), C-9.
Bour (B.), J-14.
Bour (H.), C-4.
Bourdeau, J-4.
Bourderon, J-16.
Bourée (J.), B-8.
Bourel, Ad-8.
Bourgeois (Mme), G-1.
Bourget, N-5.
Bourgen, F-7.
Boursaus, M-8.
Bousquet, Z-5.
Boussand, C-5.
Bousseau, A-7.
Boussoulade, M-3.
Boutakoff, Ae-2.
Bouteau (P.), B-7.
Bouteille, F-12.
Boutrou, T-1.
Bouvrain, M-5.
Bouwens-van-der Boyen, D-5.
Boyé (J.), J-16.
Boyer (Et.), H-6.
Boyer (J.), F-4.
Brami, G-10.
Brandenburg, M-3.
Brault (And.), B-4.
Braunberger, M-5.
Braunstein, E-7.
Brawermann, J-4.
Brégeat, Q-9.
Bréhant, P-2.
Brenot (Mlle), G-1.
Bret, A-6.
Breton (R.), N-7.
Bricage, A-5.
Bridgmann, Ae-11.
Brincourt, N-5.
Brocard (H.), R-2.
Brochard (Ch.), N-3.
Brochard (R.), Ag-1.
Broche (J.), P-4.
Bronstein (E.), E-5.
Brumpt, A-2.
Brun (M.), Z-8.
Brunhes, Ad-1.
Bruno (Jean), Q-13.
Brunot (H.), R-2.
Buffard, B-9.
Bugeaud (Mlle), Q-7.
Buisson (Guy), Z-3.
Burdin (Mlle), Ac-2.
Bureau (P.), Ag-2.
Burel, X-1.
Bussière, G-8.
Buttin (And.), K-2.
Buttner (Mlle), A-3.
Bzowsky, E-1.
Cabrit, J-15.
Caby, Y-1.
Cadars, F-12.
Cadet de Gassicourt, X-1.
Cahen (Mlle, Y-1.
Cahuet (R.), M-5.
Cailleret, G-10.
Cailleux (R.), I-1.
Calmanas, I-16.
Callot (J.), K-7.
Calvet (H.), Ae-12.
Calvet (J.), G-10.
Calvet, G-17.
Camard, J-13.
Campesco, Ad-8.
Camus (P.), A-6.
Canale, G-1.
Cante (Rob.), H-6.
Caquière, E-3.
Caratzalis, Aa-3.
Carniol (J.), J-9.
Carrez, I-6.
Casalis (G.), Ag-2.
Casalis (P.), D-15.
Castany, L-4.
Catinat (J.), A-1.
Cau[illegible](J.), Ae-5.
Caubet (Mlle), H-4.
Caudron, K-1.
Cauhcy (Mlle), B-7.
Cauhepe, Q-12.
Cauvy, Q-19.
Cazamian (Mlle), B-4.
Cazette, H-3.
Cernea, Ae-6.
Chagnon, G-1.
Challiot, H-3.
Chaillouet, Q-12.
Chalochet, Y-5.
Chambon, Z-4.
Champault, F-13.
Champsaur, X-2.
Chancerel, I-1.
Chanel, J-3.
Chapireau, L-4.
Chapoy, K-5.
Chareire, Ae-11.
Charlot, Y-7.
Charousset, Q-4.
Chatain, Ae-1.
Chaudre, G-7.
Chaussidière, Q-13.
Chauvillon, B-8.
Chazel, D-6.
Cheickh (Mlle), Ae-5.
Chenebault, A-6.
Chesseboeuf (Mlle), Q-3.
Chevallier, F-8.
Chevallier (A.), C-4.
Chèvre, F-8.
Ciaudo, Af-3.
Ciosi (Mlle), Ae-11.
Claisse, Q-1.
Claude, I-10.
Claudet, I-17.
Claudeville, Q-10.
Clenet (E.), I-8.
Clerc (R.), C-6.
Clerc (P.), P-4.
Cochard (Mme), Ac-2.
Cochemé, K-11.
Coemelic, Z-1.
Cohen-Solal, Q-14.
Coldefy, Q-6.
Collart, Ad-3.
Combes (A.), Aa-4.
Comby (Mlle), Y-1.
Comte, D-11.
Conso, Ae-2.
Copelovici, X-2.
Copreaux, H-6.
Corcos, A-5.
Cordebar, Ae-2.
Cordet-Boelle, J-9.
Cornetet, H-10.
Corrèze, L-5.
Coste (Mlle), B-2.
Coste, N-3.
Cotineau (Mlle), Y-5.
Cottin (P.), I-7.
Cotton, G-9.
Coulombeix, D-10.
Courchinoux, E-1.
Courrier (Mlle), L-3.
Courtin, Ae-5.
Coussieu, Z-2.
Coustenoble, Ad-8.
Couve, G-1.
Creusot, C-7.
Cucherousset, F-6.
Cureveaux, O-1.
Cuvier (Mlle), J-13.
Cuzin, J-17.
Danard, G-6.
Dandier, L-5.
Dangauthier, R-1.
Daniel, P-5.
Dantzig (Mlle), J-3.
Darmon, J-12.
Dartiguepeyron, G-14.
Dassencourt, Q-7.
Dastugue, K-1.
Dauban (Mlle), Y-1.
Daum, Q-9.
Daunois, E-2.
Dauphin, C-6.
Daverne, B-9.
David (Elie), Af-3.
David (Ernest, D-12.
David (H.), B-13.
David (I.), K-1.
David (J.), F-2.
David (L.), R-2.
Davidovici, M-2.
Davous, P-5.
Davous (Mme), P-7.
Debay (Mlle), Z-2.
Debidour, D-1.
Debouvry, Y-5.
Debray, G-11.
Debroise, G-16.
Dechaume-Montcharmont, R-1.
Defossez, M-7.
Dehouve, I-5.
Delage (Mlle), Ab-1.
Delaitre, (R.), I-1.
Delaroche (Mlle), S-1.
Delaroche (Jean), Ai-1.
Delattrè, I-11.
Delbes (P.), F-11.
Delié, G-3.
Deloge, B-8.
Delom, G-16.
Delord (P.), E-7.
Delort, L-2.
Delzant, J-6.
Demange, L-2.
Demart, Ad-3.
Demartial, C-3.
Demschenko (Mlle), K-5.
Depaillat, Y-5.
Departout, K-10.
Deramond, Q-17.
Derieux, G 6.
Derot (Mme), G-9.
Desallais (Mlle), D-1.
Desbois (Mlle), Y-3.
Deséglise, H-3.
Desfrançois, J-12.
Desmonts, A-6.
Despax, N-4.
Desrosiers, Q-9.
Desseigne, Af-3.
Desvignes, W-1.
Deuquet, Q-11.
Devoucoux, Ad-7.
Dhéry, Z-7.
Dhotel, C-10.
Dijon, Q-10.
Dillange, G-9.
Divet, Z-4.
Djian, Z-4.
Doger de Spéville, K-11.
Dongar, Q-15.
Doreau, D-8.
Douay, Ag-1.
Doukan, I-15.
Doussinet, Q-4.
Douzille (Mlle), U-1.
Dragomiresco, Ab-1.
Draillard, M-8.
Drain, X-1.
Dreyfus (J.), H-5.
Drizard, A-3.
Dubarry, L-1.

Dubois, Pa-10.
Dubos (P.), L-5.
Du Buit, D-16.
Duchemin, B-4.
Ducros, I-8.
Duflo (J.), L-4.
Duflos (Léon), E-5.
Dufour (E.), G-12.
Dufour (Jean), H-10.
Dufour (Jean), G-13.
Duhamel (Mme), W-1.
Dulot, Q-18.
Dumas J-16.
Dumaus (Mlle), R.3.
Dumery, I-10.
Dumont (M.), J-17.
Duperrat, G-1.
Dupont (Mlle), K-3.
Dupuy (Ray.), Q-15.
Duran (Mlle), B-10.
Durandy, F-11.
Duriez, A-8.
Dutheil, G-8.
Dutilleul (Mlle), A-7.
Duval (A.), I-11.
Echegut, C-5.
Eckle (P.), J-11.
Elkaïm, J-10.
Ellenberger, Ae-2.
Epelbaum, X-3.
Epstein (Mlle), H-4.
Escarre, B-6.
Esquirol, D-5.
Evrard le Duc (J.) Ag-2.
Fabre (Alb.), T-1.
Fabre (Ch.), Q-12.
Falguière (Mlle), F-14.
Falin, A-6.
Falk, K-12.
Fallourd, E-4.
Fardet, D-14.
Fargette (L.), Q-2.
Fasquelle, I-14.
Fauchard, G-6.
Faugère, J-15.
Faugeron, Ag-1.
Faulong, H-5.
Fauvert (Mlle), Ad-1.
Fauvet, B-7.
Fay, F-8.
Fekete, K-11.
Feldstein, C-2.
Fenichel, E-5.
Ferrieu (Mlle), F-1.
Ferrieu, C-4.
Ferval, Ae-4.
Feuillet, Ad-5.
Filderman (M.), Ad-1.
Filhouland, F-8.
Findjanjian, I-18.
Finkelsterne, W-1.
Fischmann, J-9.
Flaumenbaum, I-12.
Fleury, H-6.
Fleys, K-9.
Florence, G-6.
Flori (J), I-2.
Flourens, E-5.
Fonteneau, V-1.
Forestier, N-4.
Foret, G-1.
Forge, E-2.
Forget, I-6.
Fornari, O-1.
Fortin (E.), M-6.
Fourault, Y-5.
Fournée, K-16
Fournet, A-2.
Frain, I-17.
Franchel, A-6.
François (René), R-1.
Francois-Dainville, E-2.
Fréret, Q-19.
Freydet (Mlle), J-3.
Fron, H-5.
Frouhin, G-1.
Fulconis, Q-4.
Fuschs, K-16.
Gabinet, A-9.
Gaignerot, F-2.
Gailhard (J.), R-1.
Gaillard, G-9.
Galimard, I-1.
Galland, Ae-11.
Gallois (P.), H-11.
Gallot (J.), Q-12.
Galup, K-7.
Ganet, Z-1.
Ganière, K-6.
Ganot, Q-1.
Garfunkel, M-6.
Gasne (Mlle), J-11.
Gasne (P.), Aj-1.
Gastaud, I-5.
Gaston (Mme), A-6.
Gaube, Q-3.
Gaume, M-4.
Gautier (P.), A-8.
Gelas, M-5.
Gelbart, V-1.
Gelbert (J.), Ab-1.
Genestoux, K-9.
Genevrier, N-2.
Geninet, F-12.
Genty (P.), B-6.
Georget, J-1.
Gérard (A.), B-3.
Gérard (P.), L-2.
Gérard (Rob.), G-1.
Gerbeaux, D-19.
Gerbet (M.), Af-3.
Germain, Q-5.
Germon, Z-4.
Gessen, G-17.
Gesta, D-13.
Ghinsberg (Mlle), O-1.
Ghozland (L.), O-1.
Giami, T-1.
Giard, H-10.
Giaume, O-1.
Gibert (Mme), Aa-2.
Gilbert (Ch.), Q-7.
Gillet (B.), H-2.
Gillet (Ed.), D-7.
Gillet (P.), G-3.
Gillon, Y-1.
Gillot, M-3.
Giordan, G-12.
Girard, L-6.
Giraud (Jean), Af-4.
Giraud, Z-5.
Giraudoux, Q-5.
Gireaux, K-13.
Gireaux (L.), M-6.
Giret (Mlle), Q-19.
Gisselbrecht, B-3.
Glasermann, I-9.
Goby, Ae-12.
Goez (Y), G-7.
Goico, D-11.
Golse, Ae-11.
Gordet, J-8.
Gorrichon, F-14.
Gossart (E.), J-15.
Gossart (P.), Ag-2.
Got, Ae-2.
Gottlieb (Mlle), D-8.
Goudot, D-14.
Gouget, W-1.
Goujard, Aa-2.
Gouraud, G-7.
Gourçon, Q-9.
Gout, H-8.
Gouzonnat, T-1.
Goyer (R.), N-6.
Grabli, Ab-2.
Graciensky (de), A-1.
Grange, Q-2.
Gras, Q-11.
Gratier, G-9.
Grégoire, K-6.
Greif, Ae-2.
Grenet, J-12.
Grenet (Marcel), Q-18.
Grépinet, R-2.
Gresse (R.), E-6.
Grèze, A-1.
Griboval (Mlle), I-3.
Gringoire, Ad-8.
Gros (B.), J-14.
Grosbois, E-3.
Grosperrin, B-6.
Gross (F.), L-5.
Gross (G.), Q-18.
Grossiord, X-1.
Grossiord (G.), N-7.
Grumbach, A-10.
Grunberg, I-12.
Gruner, A-1.
Grupper, H-5.
Gucret (A.), E-7.
Guebel, J-4.
Guénin, J-14.
Guérin (Jean), I-7.
Guérin (J.-A.), V-1.
Guermann, Q-1.
Gues (Alb.), Ac-2.
Guichard, Ad-6.
Guidicelli, D-18.
Guignard (Mlle), S-2.
Guili, G-14.
Guillaumat, J-1.
Guillemin, A-6.
Guillon (P.), Ae-5.
Guison, D-9.
Guittard (J.), K-5.
Guttières, I-12.
Guyon, G-15.
Habrekorn, Q-2.
Haguenauer (Mlle), I-8.
Haguier (P.), Q-3.
Hallé, L-3.
Halpern, J-11.
Hanaut, L-2.
Hannes (Mlle), Af-1.
Hanoun, Ae-1.
Harisjie (Mlle), I-2.
Hébert, J-9.
Hébert (P.), Z-5.
Hecht, D-12.
Hechter, Aa-1.
Hector (J.), C-6.
Hélion, Aa-1.
Helluin, Q-14.
Helman (Mlle), P-2.
Henry (Ch.), I-6.
Herbert (Mme), Z-5.
Herluison, G-7.
Hermann, A-7.
Herr (Mlle), W-1.
Herrenschmidt, D-2.
Hertz, Af-1.
Herzfeld, Q-10.
Hinard, E-4.
Hofmann (Sal.), N-4.
Hornus, Ae-10.
Hubermann, V-1.
Huchet, I-10.
Huet (Mlle), T-1.
Huguet (Mlle), E-1.
Huguier, M-3.
Husset, G-11.
Ichard, Aa-2.
Iglésias, B-1.
Inbona, E-3.
Ingrand, Af-1.
Israilovici, E-11.
Israël, Ad-5.
Israël-Salvator, V-1.
Jacobesco, K-3.
Jacquot (And.), H-1.
Jacquet, B-12.
Jacquet (Mce), J-2.
Jakovler (Mlle), Af-2.
Jalk, Q-2.
Jamain, H-6.
Jamet, Z-8.
Jan (Rob.), G-3.
Jannette Walen, J-11.
Jarriault, M-5.
Jeannacopoulo (Mlle), Y-3.
Jesniski, B-11.
Jeulain, C-8.
Joly (Max), H-11.
Jomier (Mlle), A-2.
Joseph (R.), J-9.
Jouanneau, Q-4.
Jouon, I-11.
Journe, X-2.
Julia, D-1.
Julia (Mme), Y-1.
Jusseaume, N-9.
Kagan, N-5.
Kalmanovitch, I-12.
Kanner, G-10.
Kapp (Mlle), Y-5.
Karabarbounis, Ae-5.
Karcher, H-10.
Katz (L.), I-8.
Kaz (Mlle), B-14.
Kerambrun, I-13.
Kern (E.), K-1.
Kipfer, P-2.
Kiriloff (Mme), Af-4.
Kiszelnick, U-1.
Klein (E.), Q-10.
Klein (Ludovic), F-2.
Klotz (H. P.), Aa-4.
Kohen (Ignace), D-14.
Kohen, E-1.
Kolpenitzki, D-11.
Krakowski, Af-1.
Kramarz, L-5.
Kritchewski, Ae-11.
Krivine, J-6.
Krug, C-6.
Kun, Q-14.
Kunovsky, D-4.
Kuntz (Mlle), A-8.
Kuypers, Ac-1.
Labarre, D-5.
Laboureau, B-5.
Laboureix, V-1.
Lacheny, F-8.
Lachèze, L-6.
Ladet (Mlle), G-1.
Lafourcade, K-7.
Lagagneux (Mlle), F-4.
Lagaillarde, B-6.
Laguzet, Ac-1.
Laigle, A-6.
Lajouanine, K-9.
Lamasson, Q-7.
Lambert (And.), C-7.
Lambey, V-1.
Lambling, Ae-1.
Lamiraud, G-1.
La Mouche, N-1.
Lande de Vallière (de la), I-6.
Landes (And.), G-7.
Landolt, H-9.
Langlade, D-13.
Lanthier, R-1.
Lapeyre, P-8.
Lapierre, Ab-3.
Laplagne, Y-3.
Laporte (Mlle), D-1.
Laporte (J.), I-2.
Lardat, Q-10.
Lardennois (L.), B-14.
Laroche, L-2.
Laude, G-16.
Laumonnier, H-14.
Lauprêtre, Q-14.
Laurence (G.), Ae-6.
Laurens (Mlle), H-5.
Laurent (J.), E-6.
Laurian, A-11.
Lauriat (Mlle), D-10.
Lauriat (Ch.), A-9.
Lauriat (E.), A-10.
Laval, C-8.
Lavedan de Casaubon (de), H-1.
Lavergne, K-3.
Lavergne (G.), C-4.
Lavit (Mlle), R-3.
Lazarovici, G-7.
Léage (Mlle), Q-16.
Lebeau, G-1.
Lebel, H-1.
Lebouchard, I-5.
Lebourg, Q-2.
Lebreton, B-8.
Le Brun (L.), Ag-2.
Lecat, Q-5.
Leclercq (Jean), Z-3.
Lecœur (P.), Ac-1.
Lecœur (Yves), C-5.
Lecointre, D-11.
Leconte (A.), A-1.
Leconte (Mce), D-8.
Lecouillard, F-12.
Lecour (Mlle), Ab-1.
Ledan (Mlle), I-2.
Ledoux-Lebard, J-7.
Leduc (J.), Ad-6.
Lefebvre (R.), I-10.
Le Fer (Rob.), G-9.
Lefèvre (J.), Q-2.
Lefkovitsch, N-7.
Le Foll, I-4.
Léger, J-12.
Le Goff (Mme), T-1.
Legoux (Mme), S-1.
Legrand, Ae-9.
Leibovici (D.), P-4.
Lejeune, B-3.
Lemaire (R.), R-3.
Lemmet, K-1.
Lemonnier, E-1.
Leneman (Mme), Y-6.
Léon (A.), B-2.
Léonard, E-3.
Le Pavée, D-11.
Lepeytre, B-4.
Le Picard, B-4.
Lepintre, K-5.
Lepoivre, I-16.
Lerolle, E-5.
Leroy (A.), J-10.
Lesage, A-13.
Lesauvage, A-5.
Leschi, K-2.
Lesguillons, E-2.
Lesobre, H-1.
Lespinat, Ab-3.
Lestienne, D-12.
Levaditi, F-11.
Levaillant, F-8.
Levecq, E-4.
Lévy (Mlle G.), C-3.
Lévy (Mlle H.), L-5.
Lévy (Mlle R.), J-2.
Lévy (J.), Y-5.
Leroy (Fr.), H-2.
L'Hirondel, Ae-6.
Lhuillier, L-2.
Liber, B-3.
Lichtenberg (H.), Ab-2.
Lignières (de), O-1.
Limasset, G-2.
Lion (R.), I-5.
Liphschutz (Mlle), V-1.
Lobel, B-8.
Lods (Mlle), G-5.
Loeschnigg (Mlle de), K-13.
Logeais, N-4.
Loiseau, M-1.
Longuet (And.), R-2.
Longuet (J.), K-8.
Lorain (Mlle), E-6.
Lorsignol (Mlle), Aa-1.
Losay, A-4.
Lubas, Z-4.
Ludmer, D-12.
Luneau (Mlle), Ae-4.
Lurie, Q-1.
Luteraan, G-13.
Lutrot, F-10.
Luzuy (Mme), Ag-2.
Lyon (Mlle), D-9.
Macé, L-7.
Magder, N-4.
Magnin, N-9.
Magrin, Aa-1.
Mahieu (Mlle), I-1.
Maillard (J.), Ad-6.
Maillard, W-1.
Maillefer, Q-13.
Maillet, P-8.
Mainguy, I-4.
Maire (Mlle), K-3.
Malre (G.), Ae-10.
Malan (Mlle), L-7.
Malartic, L-2.
Maleyrie (R.), I-17.
Malinsky, L-1.
Mallarmé (J.), J-2.
Mallet (Rob.), P-3.
Malmeid (élève), Ae-9.
Mande (R.), M-6.
Mandel (E.), P-4.
Mangenest, D-10.
Manil, P-6.
Marcais, I-4.
Marcelot (Mlle), P-3.
Marchak, A-1.
Marcland (J.), E-2.
Marcombes, C-3.
Marcus, J-13.
Marcy, Q-11.
Margueron (Mlle), Z-3.
Marie (R.), I-12.
Marion (Mlle), I-15.
Marlin (P.), B-5.
Marmasse, Q-7.
Maroger (Fr.), C-2.
Maroger (G.), Y-7.
Marquès, J-10.
Martel (J.), D-7.
Martel (J.), J-5.
Martin (A.), B-3.
Martin (Ch.), Aj-1.
Martin (J.-E.), D-15.
Martin (J.-J.), D-19.
Martin (Marcel), F-4.
Martin (Marx), F-10.
Martin (Paul), K-10.
Martin (Pierre), B-9.
Martini (G.), C-4.
Martini (Ph.), Ae-6.
Martinie (J.), C-3.
Martinot, Q-6.
Martrou, K-3.
Maruelle, J-12.
Maspetiol (R.), B-13.
Masse, E-8.
Masson (G.), Y-3.
Masson (R.), H-9.
Massoulier, Q-3.
Mathey (Jean), Q-8.
Mathey (P.), G-2.
Mathière, K-15.
Mathieu (A.), G-3.
Mathiot-Beaugendre, Q-3.

Mathivat, D-8.
Mattern, C-1.
Maulmont (de), J-9.
Maurage, M-5.
Maurice (And.), B-4.
Maurice (H.), P-4.
Maury (Pierre), A-6.
Maury (Mme), N-5.
Maynadier, C-7.
Maynardier (M.-J.), A-8.
Maulmont (de), J-10-
Mazingarbe, W-1.
Meidinger, M-5.
Meillon, Z-8.
Mekdjan, Ad-7.
Melon (Mlle), Ae-10.
Menanteau, Ad-6.
Mendelsohn, Q-11.
Ménétrier, J-5.
Mennecier, Y-7.
Mercier (Mme), K-1.
Mestier du Bourg (de), I-7.
Métin (Mlle), F-8.
Metzquer, D-16.
Meurin, K-16.
Meveiller, Ae-12
Meyer (J.), N-3.
Meyer (L.), Ah-2.
Meyer (Moïse), D-10.
Meyer, R-3.
Michaelidès, D-3.
Michard (L.), A-5.
Michaut, J-2.
Michaut, H-8,
Michel (Jean), D-10.
Michel (R.), D-10.
Mignon (J.), N-7
Mignon (Mlle), E-4.
Mignot, Ac-2.
Millant (Mlle), E-4.
Millot, Ae-1.
Milovanovitch, J-13.
Milovanovitch, J-12.
Minc, Q-11.
Minet, J-5.
Mirbeau (G.), B-2.
Mirebeau (G.), A-5.
Mitrani, Q-19.
Mocton, D-4.
Molard, B-12.
Molinéry, Q-2.
Mollaret, Ah-2.
Monceau (Y.), Aa-1.
Monier (H.), K-9.
Monier (J.-C.), Q-8.
Mouin (E.), G-4.
Monsaingeon, C-6.
Montagne, N-4.
Monti (M.), Ad-7.
Montis (de), K-9.
Montrozier, S-2.
Morange, X-3.
Morax, F-6.
Moreau (Gilb.), D-6.
Morel (Mlle), Q-4.
Morel (And.), L-2.
Morelle, D-1.
Moreno, D-4.
Morichau-Beauchamp, O-1.
Morin, K-9.
Morin, G-17.
Morin (M.), B-5.
Moro D-7.
Mortier, Q-5.
Mouchotte (J.), M-3.
Mouchotte (M.), B-7.
Mouchotte (R.), G-2.
Mougin, Ae-1.
Moulinier, C-9.
Moulle, D-4.
Mourgues, B-7.
Mowszoniez (Mme), B-1.
Moyen (Mlle), M-4.
Nabert, G-6.
Nahon, F-12.
Nakache, J-12.
Nardi, H-3.
Nastorg, J-1.
Natier, P-7.
Naud (H.), L-3.
Nègre, A-1.
Negreanu, K-9.
Netter (H.), H-12.
Neveu, Q-11.
Neyraud, P-1.
Ngo-Quoc-Quyen, Q-19.
Nguyen-Van, B-1.
Nicaisse, I-14.
Nico, Q-10.
Nigaud, D-7.
Nitti, B-1.
Normand (Mme), B-15.
Normand (P.), P-6,
Normand (M.), Q-16.
Nouaille, Ae-6.
Nuridsany, I-2.
Ocmichen (Mlle), Aa-2.
Offret, A-1.
Oger, B-3.
Olivier (Mlle), P-1.
Olivier (M.), L-3.
Opin, E-5.
Opolon, Q-11.
Orinstein, C-7.
Orsoni (Paul), G-7.
Ortholan, F-1.
Osenat, D-4.
Oster, D-14.
Oudin (J.), R-1.
Ovary, H-4.
Pages, Q-10.
Paillas, J-11.
Paille (Mlle), I-5.
Palangie, J-3.
Paley (Mlle), A-3.
Pannet, H-1.
Parent, Q-14.
Parfus, A-2.
Paris, Ab-1.
Parrique, I-7,
Parrot, H-12.
Pasqualini, Z-5.
Pasquereau, D-7.
Pasquier, Q-17.
Patez (Mlle), F-2.
Pecher, J-6.
Pellé (Mme), K-3,
Pellerat, K-10.
Pellier, A-9.
Peretz, B-1.
Pergola, H-6.
Périer (Mlle), G-8.
Perigaud, G-17.
Perles (Mme), H-1.
Perret (Rob.), M-1.
Perretti (Mlle de), G-12
Perrot (Raoul), B-5.
Perrot (Rob.), Y-6.
Personnaz, Y-3.
Pertus, Q-18
Petit (M.), D-10.
Petit (Pierre), D-8.
Petit (Mlle P.), I-12.
Petitet (Mlle), I-5.
Pétresco, Z-3.
Petrignani, F-11.
Pétroff, Q-11.
Pétroff (Mlle), Z-1.
Pevet (Mlle R.), B-8.
Peyaud, J-15.
Peyne, Aa-6.
Philippe (Mlle), Ac-2.
Philippe (Léon), Ab-3.
Picard (Mlle S.), Ae-6.
Picard (René), Ai-1.
Picquard (Alb.), B-2.
Picquart (Antony), A-1.
Pierra, B-7.
Pierredon (Mme de), G-2.
Pietroni, K-4.
Pimpaneau, T-1.
Pinchasoviez, G-1.
Pineau, B-6.
Pinel (Mlle), Ae-11.
Pinto, Ac-6.
Pirou, F-6.
Piton (J.), N-4.
Placa (Alex), J-9.
Plas, G-8.
Pochon, Ac-1.
Pointud, A-8.
Poirier, A-4.
Poisson, Ac-2.
Poitevin (Mlle), D-2.
Polak, Ae-10.
Poncet, B-7
Porret (P.), G-4.
Potier (G.), V-1.
Pottier (M.), Q-4.
Pouhin, F-7.
Pouliquen, I-6.
Pouliquen (Emm.), Q-15.
Pouyol, D-6.
Prat (G.), K-7.
Prat (P.), I-7.
Prunet (Ch.), A-11.
Puistienne, Q-12.
Puyo, B-9.
Pulvenis, D-13.
Pupko, Aj-2.
Puybaret, N-1.
Quentin, K-10.
Rabant, M-5.
Rabaté, N-1.
Rabinovici, H-8.
Rabourdin, Q-6.
Rachstein, M-2.
Raison, Q-9.
Raisonnier, E-5.
Ramadier, D-8.
Rambert, A-1.
Raphaël, C-1.
Raulot-Lapointe, C-2.
Raybaud, Ae-1.
Reboul, U-1.
Renaud, Q-4.
Rendu, A-1.
Renet (M.), P-3.
Renie (Mlle), K-3.
Renier (Mlle S.), Ae-4.
Reynaud, G-5.
Reveillaud, P-1.
Ribert, J-3.
Richard (Ch.), Q-8.
Richard (E.), J-8.

Riche (Mlle), F-4.
Ripart, D-15.
Ripert, J-13.
Rizoff, G-5.
Robert (J.), Ad-7.
Robert (P.), Ae-11.
Robin (J.), A-6.
Rocca Serra (de), O-1.
Roche, P-6.
Rocher (J.), A-7.
Rodier, L-1.
Rogé (R.), I-4.
Roger (J.), Q-12.
Rohlfs (Mlle), K-8.
Rohozinski (M.), Ab-3.
Rosanoff, I-4.
Rosenbach, J-3.
Rosenberg (M.), E-6.
Rosenberg (Tib.), Z-8.
Rosenfeld (B.), K-9.
Rosenstein (Simon), Aj-1.
Rossano, I-13.
Rossier, C-6.
Rossignol, F-7.
Rotenstein, G-11.
Rotté (Mlle), Ae-6.
Rouard, I-2.
Rouchy, B-4.
Roule (Mlle), R-3.
Roussy (Mlle), R-3.
Rouvet, G-10.
Rouvillois, D-19.
Roux (M.), Ah-2.
Roux-Nand, M-1.
Rouyer (Fr.), I-4.
Rouyer (R.), E-5.
Rouzaud, F-10.
Roveanu, Af-4.
Roy (And.), M-1.
Roy (F.), C-12.
Roy (Guy), M-6.
Rozée Belle Isle, F-1.
Ruais (Mlle), Z-1.
Rudeaux, I-5.
Rudich, Ad-8.
Sabatier, E-5.
Sabetay (Mlle), L-1.
Sachnine (Mlle), N-4.
Sachnine (Laz.), Y-6.
Sachs, E-7.
Sacquepée, Q-18.
Saie, B-11.
Saint-Cène (Mlle), Q-3.
Sainton (Mlle), Ae-1.
Salamon, I-5.
Salaun, B-16.
Salembiez (Mlle), B-2.
Salleron, Z-2.
Salmona, Q-1.
Samain, I-10.
Sambron, G-16.
Sarradin, B-2.
Sautter (Y.), O-1.
Savelli, D-13.
Scemana, Aa-1.
Schatz, Q-11.
Schmid (R.-C.), Ae-2.
Schmidt, B-9.
Schneider (J.), F-10.
Schneider (R.), G-12.
Schwartz, Af-2.
Schwartzenberg, I-13.
Segall (David), H-8.
Seguier, P-3.
Séguin (Mlle), F-8.
Séguin, R-2.
Seippert (Mlle), I-11.
Sénéchal, H-5.
Serane, A-6.
Serre, A-6.
Sexe (Jean), D-16.
Sicard, K-16.
Sifflet, K-9.
Simart, J-8.
Simon (Fr.), Ac-3.
Simon (Mlle Ant.), A-6.
Simon (Mlle M.), F-9.
Simon (G.), H-2.
Simon (P.), K-1.
Simon (René), Y-8.
Simonin (L.-R.), Q-18.
Siraga, B-8.
Sobel, Q-13.
Sobieski, K-4.
Solente (Mlle), N-3.
Solomon-Mendel, I-11.
Solvanet, I-11.
Soria, F-1.
Soudée, E-5.
Soulignac, Q-1.
Soullard, Z-3.
Spire (Mlle), Y-1.
Statlender, F-10.
Steinberg, E-7.
Stewart, Y-7.
Streicher, Z-4.
Streusand, Q-19.
Stueurmann, I-14.
Suire (P.), E-6.
Swartmann, J-13.
Szejdel (A.), Ad-8.
Szigeti, Q-3.
Sztejn, K-5.
Szwarc, B-3.
Tallet, J-2.
Talon, F-2.
Tanret, A-2.
Tantin, L-1.
Tanzy (Mlle), D-13.
Tardiveau, I-8.
Taveau (P.), E-6.
Temerson, H-3.
Tempier, H-6.
Ternois (Mlle), Ad-5.
Terver, C-1.
Thésée, Q-10.
Theurkauff, Q-5.
Thévenin, M-7.
Thieffry, D-19.
Thierry (Mlle), A-3.
Tholoze, J-15.
Thomeret, I-11.
Thomas (F.), G-8.
Thomas (H.), Ae-5.
Thorain, K-12.
Thorel, A-1.
Thouret, C-8.
Thueux (Mlle), Q-18.
Tiffeneau, L-5.
Tissandié, X-1.
Tissier, Q-9.
Tissot (F.), Z-2.
Tissot (J.), J-12.
Torrel (J.), K-4.
Tournafond, N-6.
Touzard, I-14.
Touzé, A-4.
Tran tan Phat, Q-8.
Tran-van-Con, J-7.
Traut, V-1.
Trepsat, F-6.
Tribalet, A-6.
Tricault, U-1.
Trocmé (Mlle), K-3.
Trombert, Ab-2.
Trotot, A-2.
Trouvé (J.), C-2.
Truelle, Z-3.
Tu Chan Cann, H-11.
Turbé, Aa-2.
Turchini, K-5.
Turlotte, B-9.
Tzannetis, A-7.
Ullmann, R-2.
Ungar, C-5.
Vaissière, J-3.
Valençon, B-16.
Valet-Bellot, I-14.
Valette (Mlle), S-1.
Vallancien, Ae-10.
Vancostenoble, G-3.
Vannereau, C-1.
Vannier (H.), B-5.
Vannier (L.), I-4.
Varaz, B-7.
Vassor, I-10.
Vauclin, I-15.
Vautier (J.), I-12.
Velez, R-3.
Vendryes, L-1.
Vettier, P-4.
Veysset, D-15.
Verlière, Q-1.
Vial, Q-4.
Viala, G-6.
Vialard, Q-9.
Vialet (Mlle), I-10.
Vialle (Mce), G-3.
Viault (P.), Af-3.
Vidart, C-2.
Viennet, D-11.
Vieuchange, A-4.
Vigé, Q-17.
Vignalon, K-7.
Vildé, J-2.
Villaret, Ae-1.
Vincent (Mme), Q-7.
Vincent (G.), G-2.
Vincent (Jean), Ab-1.
Vincent (Jules), I-6.
Vincent (P.), I-8.
Vincent (Ph.), D-3.
Vincent (P.-E.), Q-2.
Vintzel, J-19.
Vivien, Q-8.
Vix (Mlle), Z-1.
Voisin (J.), I-13.
Vrasse (R.), élève, B-15.
Wajsmann, F-12.
Wattez, Aa-2.
Weill (Jacques-V.), K-4.
Weil (Jacques), P-1.
Weisberg (Mlle), L-1.
Werner, F-1.
Wetzel (Mlle), Q-8.
Wilbert, Aa-4.
Wimphen, B-2.
Winter, H-4.
Wolfromm, B-5.
Wolinetz, Ad-5.
Yaïch, D-5.
Yeu (Mme), F-9.
Zaepfel, P-2.
Zarachovitch, Q-19.
Zeiler, Q-5.
Zeller (M.), I-3.
Zivy, H-8.
Zwillinger, Af-3.

MAISON DE SANTÉ DE SAINT-LAZARE

(107, rue du Faubourg-Saint-Denis).

Directeur : M. Vialla). — I. **Infirmerie spéciale** (maladies vénériennes) :

Médecin : M. Emery; assistant : M. Alexandre Morin; interne : M. Stephan Fuchs.

Médecin : M. Marcel Sée; assistant : M. Paul Boyer; interne : M. Pierre Durel.

Médecin : M. Lacapère; assistant : M. A. Galliot; interne : M. Pierre Grangé.

Médecin : M. Clément Simon; assistant : M. Bralez; interne : M. Morel.

Médecin : M. P. Fernet; assistant : M. Raymond Girard; interne : M. N...

Chirurgien : M. Poupardin; assistant : M. A. Chalet; interne : M. Saint-Fuchs.

Laboratoires : Chefs de laboratoire, MM. William Lévy et Rabreau.

II. **Infirmerie pénitentiaire** :

Médecin : M. Ermenge; assistant : M. N...; interne : Mme Raoul Blondel.

Médecin : M. Bizard; assistant : M. N...; interne : M. Ch. Boursat.

Médecin : M. Lévy-Bing; assistant : M. Belgodère; interne : M. Ch. Boursat.

Ophtalmologiste : M. Biagini.

Oto-rhino-laryngologiste : M. Bonnet-Roy.

Stomatologiste : M. Poitrine.

Pharmacien : M. B. Geslin.

III. **Dispensaire antivénérien de Saint-Lazare** (dispensaire Toussaint-Barthélemy, 107 *bis*, rue du Faubourg-Saint-Denis) :

Médecins : MM. Fernet, Durœux, Poupardin, Bizard, Marcel Sée, Lacapère, Lévy-Bing, Georges Lévy, Clément Simon, Emery, Belgodère.

Médecins assistants : MM. R. Girard, Bralez, P. Boyer, Galliot, Morin, A. Chalet, Demerliac.

Chefs de laboratoire : MM. W. Lévy et Rabreau.

Secrétaire : M. Jules Geoffret.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE

Personnel administratif : directeur, M. Beaufort; économe : M. Caillo.

Personnel médical : Médecins : MM. François-Dainville, Henri Français, Michaux, Lasnier.

Chirurgiens : MM. Jean Français, Sénéchal.

Ophtalmologiste : M. Descola.

Radiographe : M. Bosquain.

Maladies de la peau : M. Fouquet.

Maladies des voies urinaires : M. Pelletier.

Chirurgien-dentiste : M. Pellissier.

Oto-rhino-laryngologie : MM. Engel, Munch.

Médecin suppléant : M. Bith.

Internes , MM. Cliquet, Rouzaud, Vernotte, Raynaud, Baisette, Bailey, Bouroullec, André, Luthereau, Cernéa, Fabre, Sauné, Barbin.

Pharmacien : M. Cahen.

Internes en pharmacie : MM. Faure, Leherpeur, Lecoq.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 JANVIER 1931).

Le sort des bacilles de Koch contenus dans le lait après séparation du beurre et du caséum. — M. Auguste LUMIÈRE et Mme A. DUBOIS. « En vue d'éviter la contamination par le lait bacillifère, les hygiénistes nous recommandent de faire bouillir cet aliment, mais ils ne nous engagent point à stériliser le beurre et le fromage, obtenus à partir de ce produit infecté.

« Or, si la transmission de la tuberculose par le lait était bien effective, il y aurait le plus grand intérêt à savoir comment sont répartis les microbes dans les éléments de dislocation de l'émulsion lactée. »

C'est ce que plusieurs auteurs ont essayé de faire sans arriver à des résultats concordants. M. A. Lumière et Mme A. Dubois ont repris ces recherches sur du lait tuberculeux centrifugé. « Le petit lait a été trouvé dépourvu de germes. Par conséquent, les bacilles se sont localisés dans le caséum, au moment de la floculation de la caséine; ils ont été englobés par les floculats, par un phénomène mécanique analogue à celui qui est utilisé pour le collage des vins. D'après ces expériences, s'il y avait risque de contamination par les produits dérivés du lait tuberculeux, ce serait le fromage frais qui présenterait le maximum de dangers. »

Les auteurs en signalant ces faits font remarquer qu'en bonne logique les partisans du contagionnisme devraient faire cuire le fromage avant de l'ingérer.

Diagnostic de la syphilis par specto-réaction. — M. L. Septicili. « Mélange du sérum humain normal avec de l'encre de Chine en proportion de 30 parties du premier pour une partie de la seconde; ce mélange doit être opalescent, mais non opaque. On dépose une certaine quantité de sérum sur une plaque de porcelaine blanche, de sorte qu'elle occupe une sphère de 10 millimètres environ; on introduit dans le centre de cette grosse goutte sérique une petite goutte du mélange précédent et l'on observe l'aspect de la diffusion qui s'accomplit lentement. »

Cet aspect est caractéristique pour le sérum normal et diffère d'une façon très nette pour le sérum syphilitique. La technique qu'expose l'auteur lui permet de se prononcer « d'une manière tranchante : le sérum est normal ou syphilitique. »

Action préventive du bismuth liposoluble dans la syphilis expérimentale du chimpanzé. — MM. Levaditi et P. Lépine exposent des expériences dont voici les conclusions :

« A la condition de maintenir l'organisme du chimpanzé sous une « pression » métallique suffisamment élevée, le bismuth liposoluble, administré à la dose de 0gr004 par kilogramme, confère une immunité antisyphilitique totale, quelle que soit la fréquence des inoculations infectantes et malgré la haute virulence du virus inoculé. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 10 décembre 1930)

Volvulus du testicule. — M. Mocquot fait un rapport sur une observation de M. Matry (de Fontainebleau) concernant un volvulus du testicule survenu en deux temps chez un sujet qui présentait une ectopie de l'autre côté. Il insiste sur la nécessité d'opérer précocement ces torsions.

Volvulus d'un mégacôlon sigmoïde. — M. Mocquot rapporte ce travail de M. Matry. La malade, qui avait déjà présenté une crise au cours d'une grossesse, recommence dans les mêmes conditions. Intervention, résection et suture bout à bout suivie d'anus contre nature. Réintervention ultérieure pour fermeture de l'anus et guérison.

Arthrodèses de la hanche pour coxalgie. — M. Sorrel rapporte un travail de M. Clavelin ayant trait à cinq cas d'arthrodèse pour coxalgie en évolution, et un autre travail de M. Richard sur le même sujet. Les malades de M. Richard concernent les uns des séquelles de coxalgie, et deux autres des coxalgies en évolution. Dans ces deux derniers cas un beau résultat et dans l'autre cas, chez une polytuberculeuse, l'intervention a été suivie de mort quelques semaines plus tard par généralisation tuberculeuse. M. Clavelin a obtenu trois résultats excellents et deux moins favorables.

Luxation des vertèbres cervicales. — Ce travail de M. Jirasch (de Prague) est rapporté par M. Hartmann. Dans le premier cas le malade présente des accidents cinq mois après la luxation non réduite. Intervention, mort. Dans le deuxième cas M. Jirasch a reséqué l'arc postérieur des vertèbres et réduit la luxation. Guérison mais avec reproduction ultérieure à la radiographie. Même intervention dans un troisième cas. M. Jirasch conclut à l'utilité de l'intervention. Une greffe d'Albee pourrait maintenir les vertèbres en place.

Fractures du calcanéum. — M. Desplat rapporte plusieurs cas de fractures sous-thalamiques récentes qu'il a traités par greffe ostéo-périostique. Le meilleur résultat a été obtenu chez le blessé opéré le plus tôt. Bons résultats.

M. Mauclaire a expertisé des malades analogues; il estime qu'il faut les immobiliser peu de temps et que les résultats des opérés s'améliorent à la longue.

M. Lenormant insiste sur les variations des traits de fracture, sur la fragilité de la coque osseuse remplie de tissu spongieux, sur l'abaissement du calcanéum cause première de toutes les autres dislocations, sur les bons résultats obtenus au point de vue clinique.

Ostéite raréfiante par corps étrangers métalliques non fixés. — M. Chevrier a pu voir deux fragments d'aiguille fixés dans une phalange, un fragment ayant déchiré l'os car ayant suivi la croissance de l'ongle, un autre ayant déterminé une cavité d'ostéite raréfiante.

M. Bazy se demande s'il n'y a pas eu infection.

M. Picot, réalisant des fixations par fil métallique dans des fractures infectées, a vu le fil couper l'os.

Présentation de malades :

Large arthrotomie du genou avec section du tendon rotulien. — M. Duval. Excellent résultat fonctionnel quinze ans après.

(Séance du 17 décembre 1930)

A propos du procès-verbal :

Parathyroïdectomie. — M. Chifoliau a eu l'occasion de pratiquer la parathyroïdectomie une fois. Ce cas a été présenté intégralement par M. Léri à la Société médicale des hôpitaux.

Complications pulmonaires après intervention gastrique. — M. Lapointe estime que la gangrène pulmonaire peut être due à des embolies parties du territoire porte.

Fistule duodénale. — M. Métivet rapporte cette observation de M. Murard (Creusot). Après intervention pour ulcus il survint une fistule duodénale. Guérison après exclusion. M. Métivet se demande si le méchage n'est pas souvent à l'origine de ces fistules.

Plaies articulaires. — M. Grégoire fait un rapport sur une observation de M. Coureaud (marine) ayant trait à une plaie articulaire sérieuse du genou qui, nettoyée, excisée et suturée immédiatement, a donné un beau succès.

Typhlite aiguë. — M. Cunéo rapporte ce travail de MM. Pellé et Folliasson portant sur trois cas. Intervenant pour syndrome appendiculaire ces auteurs n'ont rien pu trouver comme lésions appendiculaires même à l'examen macroscopique. Il s'agit vraisemblablement de typhlite aiguë peut-être due à des phlébites.

M. Bazy estime que souvent la typhlite est primitive.

Anévrisme artério-veineux. — M. Paul Mathieu fait un rapport sur un travail de M. Ferey (Saint-Malo). Il s'agissait d'anévrisme artério-veineux poplité consécutif à une lésion de guerre avec troubles cardiaques importants. Anévrismorraphie et ligature incomplète de la poplitée. Guérison avec disparition rapide des troubles cardiaques.

Embolectomie de la fémorale commune. — M. Paul Mathieu rapporte ce travail de M. R. Bernard. Chez une femme atteinte d'insuffisance mitrale survint brusquement une douleur aiguë et un refroidissement du membre inférieur. M. Bernard put pratiquer l'embolectomie à la sixième heure. En vingt-quatre heures le membre inférieur redevint chaud. Mais il persista une rétraction du triceps sural, et deux mois après l'intervention la sensibilité n'était pas complètement reparue. Il semble que l'emploi d'huile de vaseline en quantité ne facilite pas les manœuvres. Eimar Key propose pour la remplacer le citrate de soude.

M. Dujarier a opéré deux cas d'embolie d'origine cardiaque, l'un concernant un thrombus de l'artère axillaire, avec extirpation et assez bon résultat (un peu de sphacèle à la main) et un second cas. Il conseille de laver l'artère en lâchant un moment le clamp pour renvoyer à l'extérieur les débris d'embolies avant de rétablir le courant artériel.

M. Bazy, à la suite de Mann, conseille de dégager l'adventice avant de faire la suture vasculaire.

M. Mocquot pense que si le caillot a quelque peine à sortir on peut l'aspirer avec une sonde de Nélaton adaptée à une seringue.

Les Thérapeutiques nouvelles. Exposé critique et synthétique. Applications, par Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale à la Faculté. Un volume de 390 pages. — Prix : 26 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La fièvre exanthématique du littoral méditerranéen, par M. G. MAZET.
TRAVAUX ORIGINAUX
La « douleur-signal ». Procédé diagnostique de la dilatation atonique de l'estomac. Erreurs à éviter en l'utilisant, par M. G. LEVEN.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de biologie.
REVUE DES CONGRÈS
Les paralysies laryngées (MM. TERRACOL, EUZIÈRE et PAGÈS).
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. les docteurs Delherm, Mme de Brancas, Gérard, Charlier, Feuillié, Heitz-Boyer, Robineau.

Liste des candidats : MM. les docteurs Beau, Buhler, Devois, Dubost, Gauillard, Hickel, Huet et Nadal.

Séance du 14 janvier 1931. — *Epreuve d'électrologie.* — Question posée : « Les polynévrites. Leur diagnostic et leur traitement électrique. »

Epreuve de radiodiagnostic. — Question posée : « Radiodiagnostic du cancer du poumon. »

Epreuve de radiothérapie. — Question posée : « Radiothérapie et curiethérapie des hémorragies utérines. »

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Au cours de sa session ordinaire, fixée au 26 courant, le Conseil supérieur de l'Instruction publique devra notamment donner son avis sur un projet d'arrêté modifiant l'arrêté du 6 avril 1929, portant règlement de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et pharmacie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — *Diplômes de médecin colonial et de médecin sanitaire maritime.* — La XXVe série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin sanitaire maritime (novembre-décembre 1930) a été suivie par 36 auditeurs dont 10 avaient bénéficié de bourses d'études offertes par la Société thermale d'Encausse-les-Thermes, station du paludisme.

A l'examen pour le diplôme de médecin colonial se sont inscrits 27 candidats; 3 ne se sont pas présentés; 4 ont été ajournés.

Après examen ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux : MM. Aimez, Bargues, interne dea hôpitaux; Bourgarel, Brienne, Callonas, Carbonel, Céleste, les docteurs Constans, Deligné, Divnogorski, MM. Fileyssant, Grall, le docteur Griffaut, M. Lamoureux, le docteur Landret, le médecin commandant Marty, MM. Mazet, Monastiri, Noblia, interne des hôpitaux; les docteurs Penanhoat, Pitous, Vesnat.

Sont inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes : MM. les docteurs Blazy, Broustet, Constans, Curtot, Griffaut, Grimard, le médecin lieutenant Guibert, Landret, le médecin commandant Marty, Penanhoat.

La XXVIe série d'études aura lieu du 5 novembre au 22 décembre 1931.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ COLONIAL. — Sont promus :
Au grade de médecin général inspecteur. — M. le médecin général Boyé.
Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Couvy.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Sont nommés professeurs : de la chaire d'hygiène militaire, d'hygiène tropicale et de médecine préventive, M. Heckenroth, médecin colonel; de la chaire de neuro-psychiatrie, médecine légale, législation et administration, Service de santé en France et aux colonies, M. Guyonmarc'h, médecin lieutenant-colonel.

A LA MÉMOIRE DE LOUIS FOURNIER. — Une plaque sera posée le 26 janvier, à l'hôpital Cochin, pour perpétuer la mémoire du docteur Louis Fournier, médecin de cet hôpital, décédé l'an dernier à pareille époque.

IXe CONGRÈS UNIVERSEL DE CHIMIE PURE ET APPLIQUÉE. — Ce Congrès, organisé par le *Consejo de la Federación Española de Sociedades Químicas* aura lieu à Madrid au printemps de 1932.

JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES. (PARIS, juillet 1931.) — Le Comité chargé de l'organisation des Journées médicales coloniales a été constitué sous la présidence d'honneur du médecin général inspecteur Rigollet, du Corps de santé colonial, et la présidence du docteur Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris.

Les Journées médicales, dont le programme se déroulera en juillet, seront au nombre de huit. Le ministre des Colonies présidera la séance d'ouverture. Les principales questions traitées concerneront la protection de l'enfance indigène, la lutte contre les moustiques et notamment contre le stegomyia de la fièvre jaune, les maladies cutanées et spécialement la lèpre. L'aviation sanitaire aux colonies, et, d'une manière générale, la protection démographique des populations autochtones figureront aussi au programme.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Nieppe (de Cambrai), Maurice Bourcart (de Genève).

HÔTEL-DIEU. — MM. Velter et Tournay commenceront le lundi 23 février 1931 une série de 18 conférences de neurologie oculaire.

Ces conférences, publiques et gratuites, auront lieu à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Dupuytren, à 18 h., tous les jours, du 23 au 28 février, et les mardis, jeudis et samedis, du 3 au 28 mars.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. les docteurs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau; Vaudescal, agrégé; Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux; Desoubry, Jacquet, Lantuéjoul, de Peretti, Suzor, Bidoire, Fleury, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; Mme Bardy-Goiran, M. de Manet, anciens chefs de clinique adjoints, assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 14 février 1931; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les leçons théoriques seront illustrées par des projections photographiques ou cinématographiques. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de Clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

— CHAIRE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES (professeur M. Maurice VILLARET). — *Enseignement clinique d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques* (hôpital Necker, salle Delpech). — Ce cours sera fait, du 2 au 19 février, avec la collaboration de MM. Henri Bénard, agrégé, médecin des hôpitaux; Haguenau et Paraf, médecins des hôpitaux; Bith, assistant du service; François Moutier, chef de laboratoire à la Faculté; Brin et Saint-Girons, anciens chefs de clinique à la Faculté; Justin-Besançon, chef de clinique et chef du laboratoire d'hydrologie à la Faculté; Wahl et Jean Bourgeois, chefs de clinique à la Faculté; Wallich, interne médaille d'or; Even, interne des hôpitaux; Martiny et Quirin.

Programme des leçons. — Tous les matins, de 11 h. 30 à 12 h. 30, leçon au lit du malade.

Tous les jours de la semaine, de 14 à 15 h., leçon avec présentation de malades.

— TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE LÉGALE. — M. Dervieux, chef des travaux, fera une série supplémentaire de travaux pratiques les mercredi 18, vendredi 20 et lundi 23 février 1931, à 16 h. 30, au laboratoire de médecine légale (Institut médico-légal, place Mazas). Cette série est exclusivement réservée aux étudiants de 5e année qui n'ont pas assisté aux séances réglementaires.

Les demandes doivent être adressées (sur feuille de papier timbré à 3 fr. 60) à la Commission scolaire qui appréciera les excuses invoquées et qui accordera, s'il y a lieu, l'inscription à cette série supplémentaire.

Les élèves devront verser, en s'inscrivant, un droit de laboratoire de 250 fr. — S'adresser au secrétariat (guichet n°4), les lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 4 h., jusqu'au vendredi 13 février inclusivement.

N. B. — Les étudiants qui ont assisté aux séances de leur série, mais dont les travaux pratiques n'ont pas été validés devront se présenter au laboratoire le lundi 23 février 1931, à 16 h. 30, pour y subir une nouvelle interrogation. Ils n'auront pas à s'inscrire au secrétariat et n'auront pas à verser de droits.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 28 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Lesbouyries et Nicolas. — M. COURTCHOUX. Chimiothérapie de l'avortement des bovidés.

Jeudi 29 janvier. — Jury : MM. Claude, président; Gougerot, Lereboullet et Sézary. — M. DE LA FARGE. Les séquelles traumatiques cranio-faciales. — M. BOUTTEAU. Le diagnostic précoce de la syphilis. — M. LEROY. La dermite livedoïde et gangréneuse de Nicolau. — Mlle CROS-LEBOURLIER. Syndrome cholériforme et diphtérie du nourrisson. — M. MERLAUD. Etude bactériologique des bacilles diphtériques.

Vendredi 30 janvier. — Jury : MM. Balthazard, président; Couvelaire, Loeper et Piédelièvre. — M. BALLERIN. De l'intoxication par l'élixir parégorique. — M. BENICHOU. Sévices envers les enfants. — M. RACINE. Le syndrome d'atonie pariéto-viscérale. — M. GOURAY. Etude des applications médicamenteuses du lait.

Samedi 31 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président; Cunéo, Gougerot, Lesbouyries, Robin, Bresson, Coquot, Dechambre et Petit. — M. MARIETTE. Des renversements de matrice chez la jument. — M. LEDRU. Amputation des membres chez les carnivores domestiques. — M. DARSONVAL. Etude du poil du chien.

REVUE GÉNÉRALE

LA FIÈVRE EXANTHÉMATIQUE
DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

Par le docteur G MAZET (de Nice).

La fièvre exanthématique du Littoral méditerranéen a été depuis plusieurs années si complètement étudiée et décrite par les médecins marseillais qu'il ne reste aujourd'hui plus grand'chose à dire à son sujet.

Pourtant 57 cas niçois des étés 1929 et 1930 que nous avons pu réunir grâce à l'aide de plusieurs de nos confrères nous ont paru de quelque intérêt à être encore présentés.

Plutôt que d'en entreprendre l'énumération forcément monotone, vu la grande similitude des observations, nous exposerons succinctement les remarques qu'il nous a été loisible de faire en les étudiant dans leur ensemble.

Étiologie. — **La tique du chien.** — D'abord au point de vue étiologique, dès l'examen de nos premiers cas, nous avons été frappé par la présence constante d'un chien dans l'appartement de ces malades. Le fait a déjà été signalé depuis longtemps et la tique du chien soupçonnée par plusieurs auteurs comme le vecteur possible de cette affection, comme l'hôte intermédiaire nécessaire du microbe causal, lequel certainement spécifique reste toujours inconnu. Mais aucun fait scientifique n'est encore venu appuyer cette hypothèse.

L'échec complet de nos essais de transmission expérimentale aux animaux de laboratoire par des tiques pris sur les chiens de nos malades nous a forcé à attaquer le problème par une méthode indirecte : la statistique qui nous a apporté la force convaincante de ses chiffres.

Sur les 57 cas que nous avons réunis, dans 55 cas notre enquête nous a révélé la présence d'un ou de plusieurs chiens porteurs de tiques à proximité immédiate des malades. Dans chacune de nos observations il s'agissait de chiens vivant habituellement dans l'appartement même du malade. La fièvre exanthématique peut être considérée pratiquement comme la maladie des possesseurs de chiens. Nous avons deux exceptions à cette règle : il s'agit de deux femmes vivant avec des chats assez vagabonds, qui ont l'habitude de s'enfuir dans les cours voisines où nichent des chiens. Véritablement ces exceptions confirment notre règle.

Plus convaincantes encore, ayant la valeur d'une véritable reproduction expérimentale de la fièvre exanthématique, sont nos quatre observations suivantes où la preuve directe de la piqûre d'une tique a pu être faite dans les trois ou quatre jours précédant le début de la fièvre.

Le premier de ces cas est celui d'un de nos malades d'hôpital de cet été, grand amateur de chiens. Sa femme découvrit derrière son oreille deux tiques, quelques jours avant sa maladie : celle-ci fut absolument typique mais sans escarre. Fait notable, on découvre de même une tique dans l'oreille de son petit garçon qui, lui, ne présenta jamais l'affection exanthématique. Ce fait n'a rien de paradoxal : toutes les tiques ne sont évidemment pas pathogènes.

Deuxième cas (docteur Marassi). — Malade du Golfe Juan, présente cet été une forme typique mais à l'érythème assez léger et également sans escarre. Fièvre à 40 degrés. Hémoculture négative. Quelques jours avant le début de l'affection on découvrit une tique dans le lit de cet homme.

Troisième et quatrième cas (docteur Moroni). — *A.* En cours d'été 1929 dans l'oreille de l'un de ces malades on trouve un peu avant le début de la fièvre une tique de chien. Cette forme fut également sans escarre.

B. En septembre 1930, un enfant de dix-sept mois présente un exanthème typique dès son début. La mère signale au docteur Moroni qu'elle a retiré, la veille, une tique du fond de l'oreille de son enfant. Le docteur Moroni constate la trace de la morsure sous forme d'une piqûre un peu enflammée. Il note une assez grosse adénopathie sous-maxillaire correspondante. Evolution très bénigne.

Nous avons nous-même examiné cet enfant en pleine convalescence : l'adénopathie était en voie de régression. La piqûre invisible.

Nous avons facilement recueilli des tiques qui grimpaient nombreuses le long des murs de cette petite maison de campagne, tiques identiques au dire de la mère à celle qu'elle avait trouvée sur son enfant : c'étaient des femelles adultes d'Ixodes Ricinus comme a bien voulu nous l'affirmer M. Sarrailhé.

Ces quatre nouveaux cas s'ajoutent aux six cas déjà publiés (un de M. Bernard d'Avignon, un de Piéri et Dunan, un de M. Charvet d'Avignon, trois de M. Godlenski. Un de M. Raybaud, un de M. Turcan de Fréjus et le cas signalé par M. Olivier d'un pharmacien qui fit son escarre à l'aisselle où il avait été piqué par une tique).

Ces douze observations, dont chacune pourrait être considérée comme expérience type de transmission de l'affection par la tique du chien, ont véritablement une importance doctrinale capitale. Une réaction biologique ou sérologique pourra-t-elle jamais avoir autant de valeur ?

Il est à remarquer, en terminant, que la piqûre de la tique est certainement peu douloureuse : aucun de nos cinquante-sept malades ne s'est souvenu l'avoir ressentie, même ceux chez qui la tique a été retirée de l'oreille. Il n'est donc pas étonnant que l'on découvre rarement et tout à fait par hasard l'auteur de l'inoculation.

Nous devons avouer que nous n'avons pas examiné un assez grand nombre de parasites pour être certain qu'une autre espèce de tique que l'Ixode Ricinus (le Rhipicephalus sanguineus par exemple, accusé par certains), ne puisse être également l'agent de transmission. Mais chaque fois que nous avons demandé l'examen d'une tique prise aux chiens de nos malades, le laboratoire nous a répondu qu'il s'agissait de la tique vulgaire du chien.

Un fait mérite encore d'être signalé : la moitié des

cas de notre statistique nous a été donnée par le docteur Moroni; presque tous ses malades habitaient le vallon de la Madeleine. Ce vallon qui se trouve dans la banlieue immédiate de Nice est suivi par un tout petit torrent, le Magnan, large de 1 à 2 mètres. De chaque côté de ce ruisseau que franchissent de tout petits ponts de planches s'alignent sur moins de 1 kilomètre de longueur, presque côte à côte, de petites maisonnettes de paysans ou d'ouvriers entourées de cour ou de jardinets : là s'ébattent des quantités de chiens, chaque maisonnette en possédant au moins un. La transmission d'un chien à un autre des tiques pathogènes s'explique ainsi suffisamment. Pourtant le quartier de Saint-Sylvestre, celui de Saint-Maurice et tant d'autres où les maisonnettes sont disposées à peu près de même façon et où les chiens sont presque aussi nombreux ne nous ont fourni aucun exanthème : seule manque la proximité d'une rivière. Peut-on rattacher ceci à cela ? La tique est-elle le seul hôte intermédiaire du microbe causal : ne peut-on penser qu'un moustique, premier hôte du virus, le transmet au chien qui, par sa tique, donne l'exanthème à l'homme?

La répartition géographique de la fièvre exanthématique ne correspond-elle pas bien avec celle du moustique? Il en est de même pour leur saison. Mais ici nous sommes en pleine hypothèse et nous devons franchement reconnaître que le chien ne semble en tout cas guère incommodé par la piqûre de notre moustique hypothétique. A peu près tous les chiens de nos malades étaient superbes et en excellente santé.

On peut aussi penser que la tique pathogène du chien lui vient d'un petit animal sauvage aimant le voisinage de l'eau, tel que le rat d'eau. Le campagnol est déjà soupçonné par certains d'être le réservoir du virus. Cette question ne semble pas facile à résoudre.

L'escarre. — L'escarre noire décrite par M. Piéri est dans la région marseillaise un signe presque constant de la fièvre exanthématique. Nous avons été surpris dans les quatre observations où la tique a été retrouvée sur le malade (trois fois dans l'oreille) de ne pas voir apparaître l'escarre au point de la piqûre. Cependant l'enfant du docteur Moroni a présenté une réaction ganglionnaire correspondante.

Chez un de nos petits malades d'hôpital (que nous décrirons plus loin) nous avons trouvé une adénopathie de même type à l'aine droite.

Le docteur Moroni rapporte le cas d'un autre enfant de deux ans qui, en même temps qu'une forme typique sans escarre, présente une adénopathie sous-maxillaire (septembre 1930).

Dans la cinquantaine de nos autres malades, nous n'avons vu l'escarre que dans une douzaine de cas.

Cette inconstance chez nous du signe de Piéri a déjà été signalée par les docteurs Carcopino et Moroni à la Société de médecine de Nice, en mars 1930. Nous n'y voyons pas d'explication. Il ne correspond pas en tout cas aux formes les plus graves de l'affection. Il nous semblerait plutôt en rapport avec une sensibilité particulière de la peau ou une sorte d'anergie des téguments. Si l'escarre est inconstante, en revanche, deux malades du docteur Moroni firent chacune deux escarres : chez l'une d'elles, les escarres siégeaient sur la face interne de chaque cuisse à la même hauteur. Chez l'autre, une escarre se trouvait au niveau du tendon d'Achille à droite, l'autre au niveau de la malléole interne gauche, au-dessus des régions protégées par la chaussure.

Ces deux observations apportent encore une preuve indirecte de l'inoculation de la maladie par une piqûre d'insecte ; l'escarre, quand elle existe, apparaît au point de la ou *des* piqûres. De plus, son apparition était précoce ; nous ne l'avons jamais vue apparaître après l'éclosion de l'exanthème. Deux de nos malades nous ont même assuré que leur escarre était apparue plusieurs jours avant le début de la fièvre. Nos escarres étaient toujours indolores et ne s'accompagnaient ni d'inflammation périphérique notable ni de réaction ganglionnaire. Ce fait est d'autant plus curieux que nous avons signalé nos trois observations où il y avait adénopathie nette d'ailleurs non douloureuse, et sans escarre.

Pour terminer cette question de l'escarre, nous croyons de quelque intérêt de signaler l'observation suivante :

Il y a quatre ans, un bébé de quelques mois nous est amené par sa mère, très inquiète par l'apparition spontanée et brusque du matin au soir d'une petite plaie noire sur une fesse. Il s'agissait d'une petite escarre à fond bien noir, de la dimension d'une très grosse lentille, cerclée d'une mince zone congestive — et parfaitement indolore —. Elle ressemblait exactement à l'escarre de Piéri. Un prélèvement examiné microscopiquement par M. Ronchèse n'a fait que confirmer l'absence de germes particuliers. L'enfant, scrupuleusement surveillé, n'a présenté à aucun moment de la fièvre ni un exanthème si léger fût-il, et l'escarre guérit spontanément en quelques jours. Est-ce là une forme abortive de la fièvre exanthématique? Aucun animal ne vivait auprès de ce bébé : il passait ses après-midi au square mais *dans* sa voiture.

L'exanthème. — Dans ses formes très légères et au début, il ressemble beaucoup aux taches lenticulaires de la typhoïde : l'erreur est facile vu l'état infectieux du malade et leur localisation sur le ventre tout au début. Mais même dans les formes les plus discrètes, on doit remarquer qu'il y en a réellement trop pour une véritable dothiénenterie ; le lendemain d'autres taches lenticulaires apparaîtront en particulier sur les bras et les jambes. Dans les formes un peu violentes, nous avons toujours remarqué la prédominance très nette aux extrémités : pieds, chevilles, mains et poignet où il prend d'ailleurs une teinte plus écarlate.

Dans une forme mortelle, nous avons même vu confluant les éléments en îlots irréguliers : leur teinte était rouge violet cyanotique et s'effaçaient mal à la pression du doigt. MM. Moroni et Carcopino ont signalé un cas mortel à peu près semblable. Dans plusieurs cas où l'exanthème était très important, nous avons retrouvé des taches rouges typiques

jusque sur la muqueuse buccale à l'intérieur des joues et sur le palais.

Arthropathies. — Dans nos cas niçois, elles ne sont pas extrêmement fréquentes. Nous en avons observé une à forme mono-articulaire (un coude) et qui a cédé immédiatement à l'aspirine.

Asthénie. — L'asthénie générale de la convalescence est classique : un de nos malades qui avait fait une forme assez sérieuse a présenté consécutivement une asthénie qui a duré plusieurs mois. Il s'agissait pourtant d'un adulte taillé en hercule et entraîné par un métier très fatigant (conducteur d'autocar P.-L.-M. de la route des Alpes). Cet homme malgré la rapide reprise de son poids initial qu'il dépassa largement ensuite par le fait de la suralimentation qu'il s'imposait, ne présentant ni anémie globulaire ni aucune diminution de la tension artérielle, fut incapable de reprendre son métier avant trois mois après guérison complète.

Revu dix mois après, il faisait péniblement son métier : obligé d'appeler le matin des camarades pour faire partir son car à la manivelle. Cet homme avait trente-cinq ans, 1 m. 75 et pesait alors 86 kilogrammes sans surcharge graisseuse!

Une forme d'asthénie plus curieuse nous a frappé chez beaucoup de malades que nous avons pu examiner nous-même en cours de maladie : c'est une sorte d'asthénie intellectuelle avec paresse de la mémoire frisant la bêtise. Sans aucun tuphos, alors que la fièvre ne dépasse parfois pas 38°5 au moment de notre examen, nos malades présentaient une obnubilation intellectuelle gênant véritablement la prise de leur observation. Tel malade ne savait plus exactement où il habitait (l'un avait oublié le nom de sa villa; l'autre s'embrouillait avec son adresse personnelle et l'adresse de sa fille; une troisième entre son adresse à Nice et son adresse à la campagne, etc...), l'enquête sur la présence du chien habituel était parfois du plus haut comique, le malade commençant généralement par ne pas comprendre la question, puis par répondre négativement, puis devant notre insistance par s'écrier : « Ah! oui, j'ai un chien, mais un petit chien! »

J'étais souvent obligé de renoncer à connaître la date exacte du début de l'affection, le malade me fournissant des approximations d'une à deux semaines. Et tel autre de nos malades particulièrement intelligent répondait à sa femme qui l'entretenait de questions domestiques bien simples : « Ne me parle pas de ces choses compliquées, je ne peux pas te suivre! »

Cette sorte de paresse intellectuelle nous a semblé persister, quoique beaucoup moins nette, encore quelques jours après la guérison.

Complications. — La seule que nous ayons rencontrée, d'ailleurs rarement, est la congestion pulmonaire uni- ou bilatérale. Nous avons deux observations où celle-ci est apparue après la guérison apparente de la fièvre exanthématique en pleine convalescence : la fièvre se rallumait en même temps que les sous-crépitants apparaissaient. Ces deux complications tardives furent très bénignes.

Pronostic. — La mortalité varie selon les auteurs entre 2 et 4 p. 100. Sur nos 57 cas nous avons une mort en coma, infectieux sans localisation particulière, et une mort par broncho-pneumonie.

Le premier, un paysan de plus de soixante ans, le second, une vieille femme de soixante-douze ans. Sur les 3 cas rapportés par M. d'Oelnitz, en 1927, il y eut un décès : une femme de soixante-treize ans.

En revanche, un diabétique de quarante-cinq ans, du docteur Moroni, fait une forme normale. De même, plusieurs de nos malades âgés, parmi lesquels une hémiplégique de soixante ans, guérirent finalement; néanmoins ils firent à peu près tous des formes sérieuses avec température élevée, exanthème très violent et maladie qui se prolongea au delà de trois semaines et fut suivie d'une asthénie profonde.

D'autre part, nous avons sur notre liste trois obèses relativement jeunes : l'un a fait une congestion pulmonaire double en pleine convalescence; l'autre a présenté une forme particulièrement asthénique avec température dépassant 40 degrés et exanthème étendu à la muqueuse buccale.

Le troisième (docteur Folacci) a fait une forme arthralgique violente et la fièvre très élevée a duré un mois. En revanche, nous avons tous été frappés par l'extrême béniguité de l'affection chez les enfants; ceux-ci parfois n'ont même pas été alités.

Telles sont les remarques que nous avons cru pouvoir tirer des cinquante-sept observations que nous avons recueillies et qui n'ont pu trouver place dans cette Revue.

BIBLIOGRAPHIE

BABLET et MESNARD. Etat actuel de nos connaissances sur le typhus exanthématique et en particulier sur les méthodes de laboratoire qui permettent de l'identifier, *Bull. de la Soc. méd.-chir. de l'Indochine*. nov. 1926, n° 11.

BIGNANI. Sull'Eritema essudavito grave, *Riv. osped.*, Gennaio 1911.

BOINET. Le typhus exanthématique. Note sur quatre petites épidémies observées à Marseille, *Marseille méd.*, 25 juillet 1927.

BOINET et Jean PIÉRI. La fièvre exanthématique du Littoral méditerranéen, Soc. de méd. et d'hyg. coloniale, *Marseille méd.*, 10 nov. 1927; — Notes à propos de quelques nouveaux cas d'exanthèmes infectieux, *Sud méd.*, 15 août 1927; — Epidémies d'exanthème infectieux de nature indéterminée observées sur le Littoral méditerranéen, *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XCVIII, n° 31; — *Presse méd.*, 5 nov. 1927, n° 89; — Au sujet de la fièvre exanthématique du Littoral méditerranéen, *Soc. d'hyg. et de méd. coloniale*, 8 déc. 1927.

BOINET, Jean PIÉRI et DUNAN. Recherches nouvelles sur la fièvre exanthématique du Littoral méditerranéen, *Acad. de méd.*, 9 oct. 1928; *Presse méd.*, 31 oct. 1928; — Résultats des récentes recherches sur la fièvre exanthématique, Soc. de méd. et d'hyg. col., 11 oct. 1928; *Marseille méd.*, 1928, n° 34, p. 703.

CARDUCCI. Su una forma speciale de febbre eruttiva, *Riv. osped.*, 1920.

CESARI. La febbre eruttiva, forma speciale discritta del prof. Carducci, *Ascoli Piceno*, 1921.

CONNOR et BRUCH. Une fièvre éruptive observée en Tunisie, *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, 1910, n° 8.

CONNOR et HAYAT. Nouveaux faits concernant la fièvre boutonneuse, *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, 1910, n° 10.

DUNAN. Au sujet de l'exanthème infectieux méditerranéen, *Th. de Montpellier*, 1928.

FILIPELLA (P.). Recherche su tre casi di febbre eruttiva, *Policlinica*, sezione pratica, 1923, n° 9.

FLETCHER et LESSLAR. Typhus tropical and Brill's disease, *Journ. of trop. dis. and hyg.*, nov. 1926, et *Indian med. Gaz.*, Calcutta, nov. 1926; — The Weil-Felix Reaction in Sporadic tropical typhus in the Federated Malay States, *Bull. from the institute for med. Res.-Feder. Malay States*, 1925 et 1926.

GODLEWSKI (Ch.). A propos d'une épidémie de fièvre exanthématique dans la banlieue avignonnaise, *Provence méd.-chir.*, 1928, n° 7.

LEMAIRE. Petite épidémie algéroise de maladie de Connor et Bruch, *Presse méd.*, 31 déc. 1930.

MANSSON. *Traité de pathologie exotique.*

MEGAW, SETTLE et ROY. Typhus like fever probabily tick typhus in Central India, *Indian med. Gaz.*, Calcutta 1925.

NETTER. Le typhus endémique bénin (maladie de Brill), *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1927, n° 29; — *Traité des maladies infectieuses*, Coll. Gilbert et Carnot, n° 6.

NICOLLE (Ch.). Contribution à l'étude des infections inapparentes. Le typhus exanthématique inapparent, *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, avril 1925.

ŒLSNITZ (D'). Exanthème typhoïde estival, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1927, n° 39.

OLMER. Sur une infection épidémique avec exanthème de nature indéterminée, *Marseille méd.*, 5 juin 1925; — Exanthème infectieux de nature indéterminée ou typhus exanthématique, *Marseille méd.*, 5 nov. 1925; — Sur une infection avec exanthème de nature indéterminée, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1927, n° 29; — Nouvelles recherches sur une infection typhoïde avec exanthème et ses relations avec le typhus exanthématique, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1927, n° 39.

OLMER (D. et J.). Typhus exanthématique et infections typhoïdes avec exanthème, *Presse méd.*, 1927, n° 89.

OLMER (J.). *Th. de Montpellier*, 1927.

OLMER (D. et J.) et TEISSONNIÈRE. L'agglutination du Protéus X19 dans la fièvre exanthématique marseillaise, *Marseille méd.*, 10 nov. 1927.

PECORI (G.). Note su alcuni casi di unz forma morbosa riferibile alla malattia di Brill osservati in Roma, *Ann. d'igiène*, anno XXXVIII.

PIÉRI (Jean) et BRUGEAS. Sur un nouveau cas d'exanthème infectieux épidémique, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, oct. 1925; *Presse méd.*, 18 nov. 1925, p. 1530.

PLAZI, MARÇON et CARBONI. Typhus endémique bénin, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1927, n° 37; *Marseille méd.*, janv. 1928, n° 3.

RAYBAUD (A.). Un cas tardif de fièvre boutonneuse arthromyalgique, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, 14 déc. 1927.

RAYNAUD (Lucien). Typhus exanthématique et fièvre marseillaise, *Algérie méd.*, déc. 1927; — La dengue, *Algérie méd.*, déc. 1927.

Le Diabète sucré. Son traitement, par P.-A. CARRIÉ, médecin des hôpitaux de Paris. In-8 de 96 pages avec graphiques et tabl. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

La Transfusion du sang, par R. BENDA, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté. « La Pratique médicale illustrée. » In-8 de 36 pages avec figures dans le texte. — Prix : 9 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

LA « DOULEUR-SIGNAL »

PROCÉDÉ DIAGNOSTIQUE DE LA DILATATION ATONIQUE DE L'ESTOMAC
ERREURS A ÉVITER EN L'UTILISANT

Par M. G. LEVEN.

C'est en 1911 que j'ai publié mon premier travail (1) sur la « douleur-signal », signe clinique destiné à mettre en évidence la dilatation atonique de l'estomac (2).

Depuis les travaux de Ch. Bouchard, on demandait à la mise en évidence du clapotage gastrique, faite dans certaines conditions, d'aider à ce diagnostic. Or, nos recherches radiologiques, en collaboration avec G. Barret, nous avaient montré que si le clapotage révélait la dilatation, il accompagnait toujours l'aérogastrie; elles nous apprenaient aussi que le clapotage pouvait faire défaut, alors que l'estomac était fortement dilaté.

Ces recherches nous ont en fait permis d'imaginer le procédé de la « douleur-signal » dont la valeur et l'intérêt se sont affirmés au cours de ces vingt années d'emploi.

Je me propose dans cet article de rappeler brièvement ce qu'est la « douleur-signal » et d'attirer l'attention du lecteur sur quelques particularités qui pourraient en faire méconnaître la valeur, si on les ignore; il faut en tenir compte, si l'on veut affirmer un diagnostic de dilatation atonique de l'estomac, sans recourir à la radioscopie.

Dois-je rappeler que G. Barret et moi avons donné une définition radiologique de la dilatation atonique de l'estomac, basée essentiellement sur le mode de remplissage du viscère, étudié sur l'écran. Nous avons prouvé que la longueur de l'estomac et que la situation de son bas-fond par rapport aux crêtes iliaques n'ont qu'une valeur très relative. En d'autres termes, un estomac long n'est pas nécessairement atone et inversement un estomac atone est parfois peu allongé (3).

* * *

La raison d'être de la « douleur-signal » repose sur les données suivantes : l'hyperesthésie du plexus solaire, due aux tiraillements de ses filets nerveux par un estomac dilaté et allongé, prend fin, dès que le bas-fond de l'estomac est relevé, la traction, cause de la douleur, étant ainsi supprimée.

Chez tous les malades ayant une dilatation atonique de l'estomac, on provoque une douleur vive ou même insupportable, en exerçant une pression au niveau de la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde du sternum. S'il est vrai que cette douleur liée à l'hyperesthésie solaire existe à des degrés divers chez tous les dyspeptiques sans dilatation gastrique, il est néanmoins

(1) G. LEVEN. La douleur-signal, *La Clinique*, 6 janv. 1911.

(2) Synonymie : ptose, dislocation verticale de l'estomac, etc.

(3) G. LEVEN et G. BARRET. *Radioscopie gastrique et maladies de l'estomac*, Paris 1909, O. Doin. — G. LEVEN. *La Dyspepsie*, p. 67 et suiv., 2e édit., 1922, G. Doin, édit.

certain que chez les dilatés seuls elle est supprimée complètement ou diminuée considérablement par le relèvement des régions déclives de l'estomac, si minime que soit ce relèvement.

Cette notion primordiale n'a jamais été prise en défaut au cours des innombrables examens radioscopiques que nous avons pratiqués.

Dès que la main cesse de relever l'estomac, le viscère revient à sa position première. La douleur reparaît; le malade accuse une sensation très pénible; il a l'impression que le contenu de son abdomen s'affaisse.

Maintes fois, à la douleur s'ajoute une sensation d'angoisse respiratoire, alors que le relèvement gastrique faisait dire au malade : « Enfin, je respire. »

Ces constatations radiologiques et cliniques ont donné naissance au procédé de la « douleur-signal » dont la précision est sans doute plus grande que celle de tous les autres procédés appliqués à la recherche des dimensions de l'estomac.

La position debout exagère la traction gastrique et augmente l'hyperesthésie solaire, alors que la position couchée la diminue à tel point que les malades supportent la palpation épigastrique, sans ressentir de douleurs.

Cette observation nous a conduit à commencer nos examens de l'abdomen, les malades étant debout et de ne les examiner couchés que dans un deuxième temps. Nous avons relevé des erreurs de diagnostic ne s'expliquant que par ces variations de la douleur, selon l'attitude.

Il devient évident que la « douleur-signal » ne peut plus être mise en évidence dans les cas rares où l'estomac disparaît derrière le pubis, le relèvement devenant ainsi impraticable. Dans ces conditions, il suffit de coucher le malade pour diminuer la douleur épigastrique, supprimée généralement si l'on relève le siège. Dans cette attitude, la pression épigastrique la plus forte est souvent indolore, alors que la douleur reparaît en s'accentuant, à mesure que le sujet reprend successivement la position horizontale, puis la position verticale.

*
* *

La recherche de la « douleur-signal » s'effectue de la manière suivante :

Le médecin se place derrière le malade en position debout. Avec la main droite, il détermine le point indiqué plus haut, sur la ligne médiane, à égale distance des deux repères précisés. Puis, avec le bord cubital de la main gauche, placée perpendiculairement à la paroi, il explore l'abdomen de bas en haut, sur la ligne médiane, puis à droite et à gauche de la ligne médiane.

Si le relèvement de l'estomac par la compression médiane ne fait pas disparaître la « douleur-signal », les deux explorations latérales deviennent nécessaires, car l'estomac peut être dévié dans un sens ou dans l'autre, tant et si bien que le relèvement latéral s'impose avant de dire que le relèvement ne supprime pas la « douleur-signal ».

Le malade renseignera l'explorateur sur la diminution ou la cessation de la douleur.

Lorsque la « douleur-signal » est supprimée, il suffit d'abandonner l'estomac à lui-même pour la voir réapparaître.

Dans les cas de grande hyperesthésie, il est prudent de faire une décompression graduelle, car l'abandon brusque peut provoquer une syncope.

*
* *

Nous aborderons maintenant l'étude complémentaire des cas où la « douleur-signal » fait défaut, alors que la dilatation atonique de l'estomac existe cependant, démontrée par la radioscopie.

I. Dans quelques cas, peu fréquents, il est vrai, où l'allongement est tel que le bas-fond de l'estomac repose sur un fond résistant, en cas d'allongement, extrême, la « douleur-signal » manque.

II. Au cours de la grossesse, vers le quatrième mois et demi, l'utérus soulève assez l'estomac pour que la « douleur-signal » prenne fin.

La diminution de l'irritabilité du plexus solaire, réalisée par ce support suffisant, explique la cessation spontanée des vomissements incoercibles à ce moment de la grossesse.

Cette remarque est une de celles qui nous ont conduit à instituer une thérapeutique spéciale de ces vomissements dont les résultats heureux sont constants.

III. L'estomac dilaté trouve encore un soutien naturel, chez les aérophages dont l'intestin est distendu par l'aérocolie. Il en résulte que la « douleur-signal » existe ou n'existe pas, chez un même sujet, selon le degré de réplétion gazeuse qui varie avec l'heure de l'exameu.

En pratique, si l'aérocolie est intense, il ne faudra demander à la « douleur-signal » un diagnostic certain qu'après un deuxième ou un troisième examen, réalisé après la diminution ou la suppression de l'aérocolie.

Nous avons publié, G. Barret et moi, sur ce sujet à la Société de thérapeutique (10 avril 1929) et dans la Clinique (octobre 1929 A.) un travail intitulé : L'aérocolie « pelote gastrique »; son action sur la dilatation atonique de l'estomac.

Nous avons eu la bonne fortune, tous deux, de voir un bas-fond gastrique s'abaisser de 8 centimètres, au cours d'un examen radioscopique d'aérophage aérocolique. Chez ce sujet la « douleur-signal » apparaissait très violente ou faisait totalement défaut, selon les jours, c'est-à-dire, selon que l'estomac était ou n'était pas soulevé par le coussinet intestinal plus ou moins rempli d'air.

La dilatation atonique de l'estomac est souvent la raison d'être de l'aérophagie : nous avons longuement exposé dans notre livre *L'Aérophagie* (1), le mécanisme reliant l'aérophagie à la dilatation atonique et nous avons rapporté un exemple tout à fait démonstratif de ces notions.

L'irritation solaire due à la dilatation atonique de l'estomac exagère le réflexe œsophagosalivaire, bien étudié par le professeur H. Roger. Il en résulte une

(1) G. Leven. *L'Aérophagie*, 2e édit., 1926, p. 53 à 61, Doin, édit.

sialhorrée excessive et la sialophagie entraîne à sa suite l'aérophagie.

M. Paul Jacquet dans un travail récent (1), confirme par ses recherches personnelles nos publications déjà anciennes sur ce sujet. Mais il propose une hypothèse finaliste pour expliquer l'aérophagie des ptosés.

IV. Il nous reste à exposer un dernier cas où l'interprétation de la « douleur-signal » pourrait être inexacte : chez certains sujets, la douleur médiane au point où se recherche la « douleur-signal » est liée à l'hyperesthésie cutanée superficielle et non à la douleur solaire.

Cette hyperesthésie est soulagée par le relèvement de l'abdomen. On entrevoit sans peine l'erreur qui peut en découler. Cette erreur est évitable, dès que l'on sait qu'elle est possible. Il suffit de comparer la douleur du pincement superficiel de la peau et la sensibilité provoquée par une pression profonde pour savoir où localiser la douleur.

Il est des cas même où, faisant glisser la peau sur les parties profondes, on entraîne latéralement la douleur qui se déplace avec le tégument, alors qu'une nouvelle pression médiane ne réveille pas la sensibilité.

*
* *

Je souhaite que le lecteur ne se laisse pas impressionner par l'exposé de ces quelques causes d'erreur, relativement très rares.

Leur existence possible ne complique en rien le procédé diagnostique si précis que leur offre la recherche de la « douleur-signal », sans laquelle un diagnostic de dilatation atonique de l'estomac est presque toujours incertain. N'ai-je pas indiqué au début de ce travail que le signe du clapotage appartient à l'aérophagie et non à la dilatation?

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1931)

Scorbut aigu expérimental. — Mme Lucie RANDOIN et Mlle Andrée MICHAUX étudient les variations au cours du scorbut aigu expérimental de la teneur en chlore et de la teneur en eau des muscles striés, du foie et du rein.

Antagonisme cardiaque de la pilocarpine et de la tropine. — M. Raymond HAMET conclut que l'existence d'un antagonisme pilocarpine-tropine ne démontre nullement l'existence d'une action atropinique de la tropine.

Influence de la concentration des ions hydrogènes sur la fixation du chlorhydrate de cocaïne par adsorption sur les fibres nerveuses. — MM. Jean RÉGNIER et Guillaume VALETTE.

Sensibilité du renard au spirochète marocain. « Sp. hispanicum », var. « marocanum ». Ch. Nicolle et Ch. Anderson, 1928. — Le renard réservoir de virus de ce spirochète.

(1) Paul JACQUET. *Monde méd.*, 15 nov. 1929.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1931)

Présentation. — M. Pierre DELBET présente un ouvrage de M. Tcherny sur la répartition géographique et ethnique du cancer dans l'Afrique du Nord.

Les principales conclusions de ce travail sont que l'influence des mœurs et particulièrement celle des habitudes alimentaires dominent l'influence ethnique dans la genèse du cancer et que la fréquence du cancer est inverse de la richesse des régions en magnésie.

Le cancer est trois fois moins fréquent dans les régions où les eaux sont magnésiennes que dans celles où elles ne le sont pas.

Le travail de M. Tcherny est donc une confirmation de la thèse de M. Delbet sur le rôle anticancérique des sels de magnésium.

Sur la cure de Vittel. — MM. DESGREZ, RATHERY et GIBERTON, dans un travail sur la cure de Vittel, montrent que le mode d'action de cette cure est analogue à celui de la cure d'Evian. Ils ont retrouvé, à quelques variantes près, le syndrome de réaction décrit par eux à propos de la cure d'Evian : augmentation de la diurèse aqueuse accompagnée de l'accroissement des éliminations organiques urinaires, par conséquent des déchets; diminution de la molécule élaborée moyenne.

Sur le B. C. G. et sur la possibilité de le voir reprendre de la virulence. — M. LIGNIÈRES rouvre le débat sur le B. C. G. Il aborde la question de la récupération possible de la virulence du vaccin B. C. G. Il cite notamment un travail du professeur Dreyer et de R. L. Vollum publié dans *The Lancet* du 3 janvier 1931, dans lequel les auteurs montrent « qu'en cultivant le B. C. G. dans la profondeur du bouillon on obtient des granulations formées par des bacilles doués d'une virulence qui peut aller jusqu'à produire des lésions tuberculeuses progressives et mortelles, comme s'il s'opérait dans ces conditions une sorte de sélection des B. C. G. virulents ».

M. Lignières appelle ensuite l'attention sur une découverte récente du professeur Hormaeche (de Montevideo) qui, en collaboration avec J. E. Mackinnon, vient de démontrer la possibilité de donner à volonté de la virulence au B. C. G. classique de Calmette... Hormaeche montre qu'en inoculant le B. C. G. à des cobayes infectés préalablement par un streptocoque, ce B. C. G. non pathogène produit des lésions tuberculeuses qui, après le troisième passage, sont déjà progressives et tendent à la généralisation. Une fois isolé, le bacille B. C. G. redevenu virulent conserve ses qualités pathogènes...

« En résumé, ajoute M. Lignières, les faits nouveaux révélés sur le B. C. G. prouvent que ce vaccin peut reprendre de la virulence dans certaines conditions; nous commençons seulement maintenant à en connaître quelques-unes. »

Ulcères géants de l'estomac. — M. Victor PAUCHET. En général, les ulcus gastriques présentent de petites dimensions (0 fr. 50, 1 fr.); quelques-uns atteignent les dimensions d'une pièce de 2 fr. ou 5 fr., ou d'une paume de main et pénètrent dans le foie et le pancréas. Cette évolution tient à un processus extensif spécial. Ils nécessitent la résection aussi large et aussi précoce que possible.

Pour opérer, M. Victor Pauchet a reconnu l'avantage de certaines manœuvres et de détails techniques :

Jamais d'anesthésie générale. Anesthésie locale ou rachidienne dans les cas difficiles, à cause de l'extrême souplesse de la paroi abdominale qu'elle confère. — Incision médiane longue; ne pas faire d'incision latérale, transversale. — Emploi du bistouri électrique. — Procédé en gouttière. —

Suture inversante. — Drainage post-opératoire pendant vingt-quatre ou trente-six heures.

Anaphylaxie et maladies héréditaires. — M. L. Nattan-Larrier. On a pu penser que certaines maladies cutanées de l'enfance et même quelques formes de l'asthme étaient en relation avec une anaphylaxie héréditaire. La pathologie expérimentale ne permet pas d'admettre sans réserve cette hypothèse. Toute sensibilisation de la mère peut, il est vrai, se transmettre au fœtus, mais cette anaphylaxie héréditaire passive ne se maintient que pendant quelques semaines chez l'enfant nouveau-né, à une période de la vie où les chocs anaphylactiques sont exceptionnels. Il existe, d'autre part, une anaphylaxie héréditaire active qui demeure permanente après la naissance, mais elle ne peut être déterminée que par les rares substances sensibilisatrices qui sont capables de traverser le placenta. Avant d'invoquer l'action héréditaire de l'anaphylaxie il faudra donc démontrer que la substance que l'on veut mettre en cause peut passer du sang de la mère dans le sang du fœtus et il faudra établir que cette transmission a pu se faire au cours de la gestation.

Sur le mode de conductibilité électrique des tissus vivants. — M. Strohl.

Première note relative à l'action de la lumière du néon sur l'organisme. — MM. Zimmern et R. Hickel.

De l'action hépato-biliaire des eaux de Vichy prises au griffon, appréciée par le tubage duodénal. — MM. Binet et Nepveux.

Variations des réactions glycémiques postprandiales. Réaction directe et réaction inverse. — MM. Mathieu de Fossey et J. Rouzaud.

Nomination du bibliothécaire. — Le ministre de l'Instruction publique, sur la proposition de l'Académie, vient de nommer bibliothécaire, en remplacement du regretté Busquet, notre confrère le docteur Maurice Genty, du *Progrès médical*. Nous sommes heureux d'adresser nos très amicales félicitations à notre érudit confrère et ami.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 6 décembre 1930)

Les plaquettes sanguines au cours de la grossesse, du travail et des suites de couches. — MM. Ed. Benhamou et A. Nouchy. Les plaquettes, dont le chiffre est de 330.000 à 380.000 chez la femme normale, augmentent chez la femme enceinte. Dès le deuxième ou le troisième mois elles dépassent le chiffre de 400.000. A terme, elles dépassent dans les deux tiers des cas le chiffre de 500.000. Les chiffres de 600.000, et au-delà, ne sont pas rares. Cette augmentation du chiffre des plaquettes apparaît comme un des éléments du diagnostic biologique de la grossesse.

Pendant le travail, le chiffre des plaquettes diminue brusquement. Cette chute atteint son maximum aussitôt après la délivrance. Dans les jours qui suivent l'accouchement, les plaquettes augmentent assez rapidement pour atteindre des chiffres normaux vers la fin des lochies. A partir du huitième ou du neuvième jour, elles se stabilisent autour de chiffres normaux.

Les plaquettes sanguines au cours de la menstruation et après injection de folliculine. — MM. Ed. Benhamou et A. Nouchy. Les plaquettes diminuent pendant la période menstruelle. Cette chute est précoce, précédant de plusieurs heures l'apparition des règles; elle peut être assez marquée pour permettre d'annoncer la venue imminente des menstrues. Quand les règles sont courtes, la diminution du chiffre des plaquettes persiste pendant toute leur durée. Quand elles sont plus longues, le chiffre des plaquettes remonte vers le quatrième ou le cinquième jour, pour atteindre la normale vers la fin des menstrues.

L'injection de folliculine à doses répétées, pendant la période intermenstruelle ou chez des malades aménorrhéiques, n'a point montré de modification du chiffre des plaquettes.

Elevage de chevreaux avec un régime carné. — M. Maurice Renaud. Après avoir constaté que des jeunes mammifères pouvaient être soumis dès la naissance à un régime comprenant des protides d'origine viscérale, à la condition que ces substances soient présentées sous une forme physique convenable et après avoir reconnu que les animaux élevés avec un tel régime devenaient très beaux, j'ai voulu savoir si de pareils régimes convenaient à des herbivores stricts.

Des chevreaux ont été élevés dans les mêmes conditions, soumis dès la naissance à un régime comprenant du lacto-sérum, de la caséine, des graisses et des tissus animaux floculés et émulsionnés à l'état de fines particules. L'élevage des jeunes chevreaux s'est fait dans des conditions particulièrement favorables, et leur développement a été rapide et régulier. Ils sont devenus plus grands et plus forts, plus vifs aussi que les animaux du même troupeau.

Ces procédés d'alimentation à la fois très variés, très substantiels et très complets des jeunes animaux pourraient vraisemblablement devenir une méthode de choix pour l'amélioration et le perfectionnement des races.

Sur la vitalité du bacille de Preisz-Nocard. — D'après les expériences d'Achille Urbain, G. Guillot et Maurice Vallée, le bacille de Preisz-Nocard, agent de la lymphangite ulcéreuse du cheval et de la suppuration caséeuse du mouton, conserve dans le pus une vitalité qui peut dépasser treize mois à l'obscurité, même si ce pus est desséché et transformé en poudre.

Cette longue durée de vitalité du bacille de Preisz-Nocard, dans le pus desséché provenant d'abcès de lymphangite ulcéreuse, explique la persistance de l'affection dans certains effectifs et elle peut avoir un rôle important dans la prophylaxie des maladies qui sont sous la dépendance de ce germe.

Sur la physio-pathogénie de la fièvre de lait sec. — MM. R. Debré et M. Lelong. L'hyperthermie paraît bien être la conséquence d'une ingestion de poudre de lait sec trop abondante par rapport à la quantité d'eau dans laquelle elle est diluée. Tout se passe comme si la température de l'enfant était le résultat d'un équilibre entre la chaleur dégagée par le métabolisme de la poudre de lait sec ingérée d'une part, et d'autre part le refroidissement périphérique obtenu par l'évaporation au niveau de la peau et des poumons de l'eau dont dispose le nourrisson. Il ne s'agit pas d'une déshydratation, c'est-à-dire d'une perte d'eau, mais d'un manque relatif d'eau par augmentation des besoins de l'organisme en eau.

(séance du 13 décembre 1930)

Les éléments filtrables du bacille de Preisz-Nocard. — MM. Achille Urbain, M. Vallée et G. Guillot montrent que le bacille de Preisz-Nocard, agent de la lymphangite ulcéreuse du cheval, possède des éléments capables de franchir les bougies Chamberland L2. Ces éléments filtrables sont obtenus beaucoup plus facilement en partant de cultures jeunes que de cultures âgées ou de pus.

Sur la protéinémie du cheval, normal et immunisé, et du lapin. — MM. G. J. Stéfanopoulo et A. Codounis, continuant leur étude sur les protéines du sérum de quelques animaux utilisés en médecine expérimentale et en sérologie, rapportent les résultats de leurs recherches sur le comporte-

ment de l'équilibre protéique (méthode azotométrique) du sérum de cheval normal. Ils ont examiné aussi le sérum de ce même animal soumis à différents modes d'immunisation. Les chiffres moyens des protéines obtenus chez seize sujets normaux sont en général comparables à ceux qu'ils ont trouvés chez douze autres animaux immunisés contre différentes infections.

Pour le lapin ils confirment les résultats obtenus par d'autres auteurs et prouvent par un certain nombre de dosages successifs que les animaux soumis au régime habituel du laboratoire ne présentent pas des modifications sensibles de l'équilibre protéique de leur sérum.

Sur la résistance des cobayes vaccinés par l'anatoxine, à l'injection de cultures de bacilles diphtériques d'origines diverses. — MM. G. Ramon, Robert Debré et P. Thiroloix. Plus de quarante souches de bacilles diphtériques d'origines variées et douées d'un pouvoir pathogène plus ou moins élevé pour le cobaye neuf, ont été injectées à des cobayes vaccinés par l'anatoxine et qui de ce fait possèdent un certain degré d'immunité antitoxique. Tous ces animaux ont résisté. Ainsi l'immunité antitoxique que confère l'anatoxine diphtérique à l'animal d'expériences est bien capable de le protéger contre l'infection toxique due au bacille de Löffler. Cette immunité est « une » spécifiquement, elle vaut contre les souches du germe diphtérique, d'origines les plus diverses.

Immunité antitoxique et résistance de l'homme à l'infection diphtérique. — MM. G. Ramon, Robert Debré et P. Thiroloix. Les recherches entreprises montrent sinon l'absence totale, du moins l'insuffisance pour ainsi dire générale d'antitoxine dans les sérums des sujets atteints de diphtérie et non encore traités spécifiquement, elles apportent une nouvelle preuve qui, quoique indirecte, n'en est pas moins valable de la valeur de l'immunité antitoxique pour la protection du sujet humain vis-à-vis de la diphtérie. La constatation d'un certain nombre de cas de diphtérie chez des vaccinés ou considérés comme tels mais non immunisés ou insuffisamment immunisés, doit tout d'abord inciter à pratiquer très correctement et selon les règles prescrites les vaccinations. De plus, cette constatation et le fait relaté d'un sujet possédant une immunité appréciable et qui a fait une diphtérie bénigne, mais cependant bien apparente cliniquement et confirmée bactériologiquement, montrent que l'on doit s'efforcer, en particulier par l'emploi d'une anatoxine de haute valeur antigène intrinsèque, d'obtenir le maximum d'immunité chez le maximum d'individus vaccinés.

Modifications à la technique d'inscription des mouvements intestinaux. Emploi du manomètre à eau à inscription directe. — MM. M. Lœper et A. Lemaire.

Le rapport des chronaxies des zones motrices corticales de la flexion et de l'extension des membres. — M. et Mme A.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Sports d'hiver. — *Billets d'aller et retour spéciaux en 1re et 2e classes.* — Les gares de Paris, Dijon-Ville, Lyon-Perrache, Marseille Saint-Charles, Saint-Etienne Châteaucreux, Grenoble, Chambéry-Challes-les-Eaux, Annecy, Genève, Eaux-Vives délivrent des billets d'aller et retour spéciaux en 1re et 2e classes valables quinze jours (dimanches et fêtes compris) :

Jusqu'au 31 mars 1931, à destination de Chamonix-Mont-Blanc, Saint-Gervais-les-Bains, le Fayet et Sallanches-Combloux-Mégève;

Jusqu'au 15 mars 1931, à destination d'Aix-les-Bains-Mont-Revard.

La gare d'Aix-les-Bains délivre, dans les mêmes conditions, des billets pour Chamonix-Mont-Blanc, Saint-Gervais-les-Bains-le-Fayet, Sallanches-Combloux-Mégève (pour Aix-les-Bains-Mont-Revard, les billets sont délivrés au départ de Genève-Cornavin).

La durée de validité de ces billets peut être, à deux reprises, prolongée de huit jours (dimanches et fêtes compris) moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100 du prix des billets.

Chauchard et M. S. Kajiwara ont mesuré sur l'écorce cérébrale du chien la chronaxie des zones motrices de l'extension et de la flexion. Ils observent qu'elle est généralement plus petite pour la flexion que pour l'extension; mais cette différence n'est pas toujours dans le rapport de 1 à 2; il arrive même que ce rapport soit inversé.

Action de l'alcool sur l'excitabilité des neurones moteurs de l'écorce cérébrale. — M. et Mme A. Chauchard et M. S. Kajiwara, après avoir injecté à des chiens de l'alcool dilué dans de la solution physiologique, examinent l'excitabilité des zones motrices du cortex cérébral. La chronaxie de ces zones augmente d'autant plus que les animaux atteignent à un stade de torpeur plus profonde. Mais elle ne s'accroît pas avec la même vitesse pour la zone de l'extension des membres et pour celle de la flexion. Il en résulte finalement une égalisation des chronaxies des antagonistes qui contribue à expliquer les troubles de la coordination dans l'intoxication alcoolique aiguë.

REVUE DES CONGRÈS

Les paralysies laryngées. Etude neuro-laryngologique. (Rapport au IVe Congrès des Sociétés d'oto-rhino-ophtalmologie, par MM. Terracol, Euzière et Pagès, Bruxelles, juin 1930. — *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, t. VIII, n° 4, avril 1930.

Classiquement, on reconnaît au larynx une fonction respiratoire et une fonction vocale; cet organe en possède, en réalité, une troisième qui n'est pas moins importante : la fonction sphinctérienne.

Comme l'ont montré depuis longtemps les anatomistes, Farabeuf, en particulier, tous les muscles intrinsèques du larynx sont des constricteurs à l'exception d'un seul, le crico-aryténoïdien postérieur. Et encore cet unique dilatateur assure-t-il, en synergie avec celui du côté opposé, l'immobilisation des cartilages aryténoïdes et participe-t-il ainsi accessoirement à la fonction de tension et de constriction. On peut donc considérer que l'action dominante de l'appareil musculaire du larynx est une action de constriction, action sphinctérienne.

La neuropathologie vient confirmer cette conception. L'étude des centres corticaux, bulbaires, cérébelleux et des voies motrices montre qu'il existe une représentation motrice pour les fonctions laryngées, que les centres moteurs antagonistes sont couplés dans l'écorce cérébrale au point qu'il faut user d'artifices pour en dissocier les fonctions, que l'action du centre cortical s'exerce sur les deux moitiés du larynx mais avec une prédominance marquée sur le côté opposé. Les centres bulbaires commandent les actes réflexes, les centres corticaux les actes volontaires.

Les nerfs se divisent également la tâche : nerf laryngé supérieur pour la sensibilité, très accessoirement moteur, nerf récurrent, essentiellement moteur, accessoirement sensitif du fait de l'anse de Galien dont l'importance chez l'homme paraît très secondaire.

Le sympathique possède aussi un rôle qui est encore mal connu.

A l'unité anatomique s'oppose donc une dualité fonctionnelle. Il est difficile cliniquement de reconnaître la situation exacte d'une corde vocale paralysée. Il fut classique de dire, après Semon et Rosenbach qu'il y avait une infériorité biologique du muscle crico-aryténoïdien postérieur; après de longues discussions, l'obscurité règne toujours mais il semble qu'il faille tempérer la rigueur d'une telle affirmation.

Parmi les diverses paralysies laryngées, certains types cliniques ont une importance pratique particulière.

L'hémiplégie laryngée, quelle qu'en soit l'origine, est toujours le résultat d'une lésion du récurrent et est du type paralysie récurrentielle; dans les paralysies du laryngé supérieur les signes vocaux sont différents et se compliquent de troubles sensitifs.

Les diplégies laryngées peuvent être une paralysie récurrentielle bilatérale ou une paralysie des dilatateurs qui fut et demeure l'occasion de nombreuses discussions. Quoi qu'il en soit, il existe cliniquement des diplégies à type aphonique, et des diplégies à type dyspnéique. L'existence d'une paralysie des dilatateurs ne saurait être mise en doute; elle se caractérise avant tout par la conservation de l'adduction des deux cordes. Le plus important élément de pronostic semble, non pas l'atteinte de la voix, fonction sociale, mais la menace pour la respiration; la fonction sphinctérienne est une fonction vitale.

On connaît de nombreux types de paralysies laryngées associées, diversement classés par les auteurs. Les auteurs du présent rapport se rangent dans l'ensemble à la classification de Vernet, d'inspiration anatomique et neurologique.

En pratique, l'association des laryngoplégies et des hémiplégies paraît peu fréquente. En réalité, il y a souvent des troubles laryngés frustes ou transitoires, difficilement explicables par des considérations d'anatomie; il faut, sans doute, pour les expliquer, recourir à un mécanisme spécial, du genre de la « diaschisis » de von Monakow.

L'examen laryngoscopique peut rendre de grands services pour reconnaître certaines lésions nerveuses et en préciser le siège, tant dans des paralysies d'origine centrale que dans des paralysies d'origine périphérique.

Les paralysies laryngées sont enfin d'un grand intérêt pronostique, en particulier comme témoins de l'atteinte bulbaire. C'est le trouble de la déglutition qui prime de beaucoup l'atteinte vocale; il témoigne de la paralysie des abducteurs et de la menace toujours présente de suffocation brusque.

C'est dire l'intérêt de l'examen laryngoscopique chez tout sujet chez qui une extension laryngée est à redouter.

R. LEVENT.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 8. — MERCREDI 28 JANVIER 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 28 JANVIER 1931. — N° 8.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Sur les souffles fonctionnels aortiques, par MM. Ch. Laubry et Baillet.
Réactions cellulaires et bactériopexie du bacille de Koch dans les primo-infections et les réinfections tuberculeuses expérimentales, par MM. Jean Albert-Weil et R. F. Le Guyon.
ACTUALITÉS
A propos de la diphtérie chez les vaccinés, par M. Jacques Odinet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société des chirurgiens de Paris.
Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
PRATIQUE MÉDICALE
Acrocyanose. Engelures et déficit endocrinien, par M. Savigny.
NÉCROLOGIE
Georges Weiss, par M. F. L. S.
NOTES POUR L'INTERNAT
Cancer du rein. Signes. Diagnostic. Traitement.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Lecture des copies :

Epreuve d'électrologie. — MM. Beau, 14; Devois, 12; Hickel, 7; Huet, 10; Nadal, 9.

Epreuve de radiodiagnostic. — MM. Beau, 11; Devois, 13; Hickel, 8; Huet, 10; Nadal, 13.

Epreuve de radiothérapie. — MM. Beau, 13; Devois, 14; Hickel, 7; Huet, 11; Nadal, 10.

Epreuve pratique. — Séance du 20 janvier 1931. — Question posée : « Radiographier le crâne en position de Hertz dite menton vertex plaque. Exposer ce que l'on fait et ce que doit montrer la radiographie sur un sujet normal. »

MM. Hickel, 12; Nadal, 10; Beau, 12; Devois, 9.

Séance du 23 janvier. — Question posée : « Explorer sur un sujet donné par la méthode classique, les muscles de l'avant-bras gauche innervés par le nerf radial. Exposer ce que l'on fait. »

MM. Devois, 13; Hickel, 5; Nadal, 9; Huet, 8; Beau, 14.

Classement des candidats déclarés admissibles :

MM. Beau, 77; Devois, 70; Nadal, 58; Huet, 49.

HÔPITAL DE NOTRE-DAME DE BON-SECOURS. — Concours de l'internat. — Titulaires : Mme Bocquentin, MM. Draillard, Gautier, Canut, Golse, Butaud, Debroise, Leduc, Thévenot.

Provisoires : MM. Meunier, Guillois, Bonnefoy.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le dépouillement du scrutin du 8 janvier 1931 pour l'élection d'un représentant des professeurs titulaires et des agrégés en exercice des Facultés de médecine et de l'enseignement médical des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, en remplacement de M. Roger, admis à la retraite, démissionnaire, a eu lieu le 15 janvier 1931 au siège de l'Académie de Paris.

M. Balthazard ayant obtenu la majorité des suffrages exprimés a été déclaré élu.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 21 janvier :

Les élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire, à partir du concours de 1931, rejoindront cette école à Lyon pour y poursuivre intégralement leur scolarité auprès de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Les dispositions du décret du 19 septembre 1919, concernant les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire détachés dans les villes de faculté restent applicables aux élèves actuellement détachés (*J. O.*, 25 janv. 1931).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux Pénaud, Dalger, Lutaud, Pierre.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Condé, Buffet, Barbin, Maubourguet, Delom et Espieux.

MÉRITE MARITIME. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Brissot, Gourdon.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Branger.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille de bronze.* — MM. les docteurs Basch (de Creil),

Lucien Périn (de Gennevilliers), Cony (de Courbevoie), Lacroix et Torne (de Paris).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Maric, médecin chef honoraire des Asiles de la Seine, est nommé membre du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, en remplacement du docteur Colin, décédé.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE. — Prix décernés en 1930 :

PRIX DUBREUIL. — Le prix est décerné à M. le docteur Henri Fischer (de Bordeaux) pour son travail : « Les dysmorphies congénitales cranio-faciales et leurs syndromes cliniques. »

PRIX CHUPIN. — Le prix est décerné à M. le docteur J. Bercher, chirurgien des hôpitaux militaires, pour son travail : « Propos sur les fractures du maxillaire inférieur. »

PRIX DUVAL-MARJOLIN. — Le prix est décerné à M. le docteur Jean-Paul Grinda, pour son travail : « Les chordomes sacro-coccygiens. »

PRIX LE DENTU. — Le prix est décerné à M. Jean Patel, interne, médaille d'or de chirurgie en 1930.

INSTITUT D'HYGIÈNE DE LYON. — L'Assemblée annuelle des anciens élèves de l'Institut d'hygiène de Lyon a eu lieu e samedi 3 janvier, sous la présidence du docteur Dequidt, linspecteur général au ministère de l'Intérieur.

Les participants à l'Assemblée ont envisagé les moyens de grouper tous les médecins praticiens et hygiénistes susceptibles d'adhérer à l'association et de contribuer par leur propagande à son succès et à son rôle corporatif et amical.

Le secrétaire général de l'Association, dont le siège est à l'Institut bactériologique de Lyon (61, rue Pasteur), insiste auprès de tous les anciens élèves civils et militaires, diplômés d'hygiène de l'Université de Lyon, pour qu'ils apportent leur adhésion à la Société.

LA RUE JEAN-SICARD. — Le nom de notre regretté ami le docteur J. Sicard a été attribué à la voie projetée à Paris sur l'emplacement du bastion 74, entre le boulevard Lefebvre et l'avenue Albert Bartholomé, près de la porte de Versailles.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — *Séance du Conseil d'administration du 20 janvier 1931.* — M. Cardinaux, à la suite d'entretiens qu'il a eus avec le professeur Dubé (de Montréal), fait un exposé des conditions à réaliser pour l'organisation à Paris de cours en anglais.

M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur, est nommé membre du Comité de patronage.

Plusieurs postes sont actuellement vacants à l'étranger : un de doctoresse dans une école de sage-femmes annexée à un hôpital; un de directeur adjoint du laboratoire de l'administration des Services sanitaires d'Egypte, et un de premier bactériologiste. Pour tous renseignements, s'adresser au bureau de l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de médecine).

Nouvelles adhésions : MM. Belot et Legrand (Paris); Catrakis, Kyriacacos et Photaras (Grèce).

LA FEDERAZIONE NAZIONALE ITALIANA FASCISTA PER LA LOTTA CONTRO LA TUBERCULOSI a mis à la disposition de l'Union internationale contre la tuberculose deux bourses d'études destinées à être attribuées à deux médecins français spécialisés ou désireux de se spécialiser en phtisiologie, en vue d'effectuer un stage d'études de perfectionnement sur la tuberculose, d'une durée de huit mois, auprès de l'Institut Benito Mussolini, à Rome, dirigé par le professeur Eugenio Morelli.

Le montant de chacune des bourses envisagées s'élève à 6.000 lires, plus la nourriture et le logement. Les candidats à ces bourses sont invités à adresser, dans le plus bref délai, leur demande accompagnée de leurs titres et références, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Le cinquième bal de la médecine française aura lieu le Lundi Gras, 16 février 1931, sous le haut patronage de M. le Président de la République, en l'Hôtel du Cercle de l'Union interalliée, 33, Faubourg Saint-Honoré, Paris (VIIIe), au profit des veuves et orphelins du Corps médical.

Une soirée artistique sera donnée au cours du bal. Au programme : Mme Dolorès de Silvera, de l'Opéra-Comique; la danseuse Leda Ginelly, du Théâtre des Champs-Elysées; Mme Cebron, premier sujet de l'Opéra, et sa petite classe; le chansonnier Georges Chepfer; le trio Dariox; chœurs alsaciens.

Prix des cartes : soirée et bal : 80 fr.; bal seulement : 60 fr. Corps médical : soirée et bal : 60 fr.; bal seulement : 40 fr. Jeunes gens, jeunes filles, bal seulement : 25 fr.

S'adresser pour les cartes au siège social de la Société de Secours mutuels et de Retraites pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.), 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe), où l'on trouvera également des billets pour la tombola. Prix du billet : 5 fr. Carnet de 10 billets : 50 fr.

Georges WEISS

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le professeur Georges Weiss, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Strasbourg, membre titulaire de l'Académie de médecine depuis 1907, commandeur de la Légion d'honneur.

Jules-Adolphe-Georges Weiss était né à Bischwiller (Bas-Rhin) le 26 avril 1859. Elève de l'Ecole Polytechnique, ingénieur des Ponts et Chaussées, il fit sa médecine à Paris et devint agrégé de physique en 1889.

Professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de Gariel, il fut appelé après la guerre à la Faculté de médecine de Strasbourg dont, comme doyen, il assura la réorganisation.

On sait quels immenses services il rendit en accomplissant cette tâche. On sait aussi avec quelle clairvoyance il dénonça les dangers des assurances sociales, sans d'ailleurs pouvoir se faire écouter par les politiciens.

Georges Weiss laissera le souvenir d'un homme courtois pour ses confrères, bienveillant pour ses élèves, mais surtout d'un savant d'une trop grande modestie et d'un Français aux vues claires qui rendit d'immenses services à son pays.

F. L. S.

SUR LES SOUFFLES FONCTIONNELS AORTIQUES

Par CH. LAUBRY et P. BAILLET.

En abordant à nouveau l'importante question des souffles fonctionnels aortiques, nous n'avons nullement l'intention de rééditer les articles que l'un de nous leur a si souvent consacrés. Nous nous contentons de l'enrichir d'une observation anatomo-clinique nouvelle. Elle montrera que la question des souffles qui domine, malgré qu'on en ait, toute la pathologie cardiaque, est encore loin d'être épuisée. Jusqu'ici néanmoins, les constatations souvent imprévues de l'autopsie n'ont pas brisé le cadre des souffles fonctionnels tel que l'ont dessiné Laubry et Routier (1). Nous le reproduisons ici, pour bien montrer la place qui doit être réservée au fait que nous apportons, et pour souligner en même temps ce qu'il a de classique et d'original.

« Tout comme les souffles organiques, disent Laubry et Routier, les souffles *fonctionnels* sont produits par des veines liquides qui font vibrer l'orifice rétréci occasionnel où elles se forment, et la paroi myocardique où elles se brisent. Ce qui différencie le souffle fonctionnel du souffle organique, c'est la nature de l'orifice où se produit la veine liquide. Lorsqu'il y a souffle organique, l'anatomie pathologique nous montre à l'orifice, siège du souffle, des lésions permanentes d'ordre cicatriciel, inflammatoire ou aplasique; cet orifice est transformé définitivement en un diaphragme plus ou moins complet et immobile. En cas de souffles fonctionnels, ces mêmes orifices, ou plutôt les appareils valvulaires qui les garnissent, se présentent indemnes de toute atteinte pathologique. Par contre, on peut observer des modifications de voisinage : dilatations cavitaires ou vasculaires, rétractions ou indurations sus et sous-orificielles, altérations de consistance et de couleur du myocarde. Dans beaucoup de cas, l'examen macroscopique ne révèle rien d'anormal. »

* * *

Ceci dit, les auteurs divisent les souffles fonctionnels en deux groupes : 1° les souffles *non valvulaires*, dans lesquels l'appareil valvulaire considéré dans son ensemble, nanti de son anneau, de son appareil musculo-élastique, est apparemment indemne, cliniquement et anatomiquement; 2° les *souffles valvulaires* où, au contraire, une fuite réelle se produit au travers d'un appareil valvulaire insuffisamment occlus.

La première variété comprend le chapitre encore si controversé des souffles anorganiques. Nous l'éliminerons d'autant plus volontiers que nous n'avons en vue que des souffles d'insuffisance fonctionnelle aortique. Or, sauf quelques exceptions, d'ailleurs rares et qui appartiennent à des souffles extra-cardiaques, le souffle diastolique aortique *n'est jamais un souffle anorganique*, et cette loi fondamentale justifie l'intérêt qui s'attache à son étude.

Se dressent donc en face des souffles organiques d'insuffisance aortique, des souffles fonctionnels *exclusivement valvulaires* selon la définition que nous leur donnons d'après Laubry et Routier, c'est-à-dire où anatomiquement on constate l'intégrité du diaphragme valvulaire dont le mécanisme doit être cherché en dehors des valves qui ont conservé leur individualité et leur souplesse.

On est actuellement à peu près fixé sur ce mécanisme. On sait qu'il ne consiste pas dans une distension de l'anneau d'insertion des valves, car les expériences de Potain et Barié ont montré que cet anneau fibreux, d'une solidité éprouvée, ne se prête guère à cette distension. On a, au contraire, soupçonné d'abord, établi ensuite, avec preuves à l'appui, que la fuite diastolique et le souffle qui en est l'expression, ressortissaient, soit à l'hypotonicité myocardique, soit à des brides ou des indurations de voisinage qui portent entrave au jeu valvulaire. Telle est, à juste titre, la subdivision appliquée à tout souffle fonctionnel par Laubry et Routier, et qui convient parfaitement aux souffles fonctionnels d'insuffisance aortique.

Les premiers, qui sont les souffles *par hypotonicité musculaire*, sont de date récente. Ils ont été mis en lumière par Laubry et Doumer. L'anneau aortique, au lieu d'être constitué comme l'anneau mitral par une bandelette continue, est formé par trois arcs à concavité supérieure et réunis par leurs extrémités. Ces trois arcs, par leur convexité, donnent insertion aux fibres myocardiques de l'infundibulum. Uni ainsi solidement à l'infundibulum, l'anneau aortique est donc solidaire de ses déformations, de son volume, de ses faiblesses, sans compter que cet infundibulum forme un coude, un épais coussinet musculaire qui n'est pas sans « épauler » les valvules et les aider à soutenir le poids de la colonne sanguine qu'elles arrêtent. Que l'infundibulum se distende, que ses fibres musculaires participent aux défaillances de voisinage, le plan d'insertion des valvules est modifié, et celles-ci sont incapables de s'affronter. Cette insuffisance fonctionnelle apparaît habituellement à la phase ultime des grandes insuffisances ventriculaires gauches. On voit alors le souffle diastolique qui en est l'expression, s'ajouter au souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, et on constate, à l'autopsie : l'intégrité des valves, l'intégrité de l'aorte sus-jacente, l'intégrité anatomique de l'infundibulum, qui surprend simplement par sa béance. La caractéristique de cette insuffisance est donnée par sa valeur pronostique sévère.

Dans les souffles *par entrave au jeu valvulaire*, le plan d'insertion est modifié, non plus par des altérations musculaires, mais par les lésions des régions sous et sus-jacentes. Parmi les premières, prennent place avant tout, les altérations de la grande valve mitrale qui disloquent l'appareil sigmoïdien aortique, en tiraillant la valve postérieure : il suffit d'ouvrir un ventricule gauche pour se rendre compte de la solidarité entre cette valve aortique et la grande valve mitrale. Ainsi s'ex-

(1) LAUBRY, ROUTIER, WALSER. *Traité des maladies du cœur*, Paris 1930, G. Doin, édit.

plique pour nous le *souffle diastolique vrai* du rétrécissement mitral. Ainsi agit probablement l'athérome aortique infundibulaire.

Parmi les secondes, figurent toutes les lésions de l'aorte, alors même qu'elles épargnent miraculeusement les valves. L'anneau aortique, en effet, donne insertion par la concavité de ses arcs, à l'aorte, et subit le contre-coup de ses déformations, aussi bien que des déformations infundibulaires. Une ectasie bulbaire gauchit le plan d'insertion et éverse les sigmoïdes, dont l'affrontement ne se fait plus. Ainsi s'expliquent les souffles diastoliques des aortiques et peut-être des hypertendus aux aortes plus ou moins fortement et rapidement dilatées. Reste cependant à ce propos un point qui n'est pas éclairci, et qui concerne l'absence du souffle diastolique dans les dilatations aortiques notables ou importantes voire même énormes. C'est même là un fait d'observation courante, et qui sans diminuer la valeur du facteur distension, laisse entrevoir qu'il n'est pas le seul. A la question qu'il pose, notre observation n'est pas sans apporter quelques réponses :

*
* *

Elle concerne une femme de quatre-vingts ans, dont l'histoire clinique se résume en quelques lignes. Entrée dans notre service, en raison de son grand âge, elle ne présentait que les attributs habituels de la sénilité : certaine faiblesse, des artères indurées, une augmentation insignifiante de la tension maxima, mais aucun symptôme n'attirait l'attention sur un appareil plutôt que sur un autre. Objectivement le cœur était l'organe le plus atteint : il laissait entendre un double souffle, dont les deux composants étaient aussi marqués, aussi intenses l'un que l'autre et se produisaient l'un et l'autre presque en jet de vapeur. Mais l'existence de ce double souffle contrastait tellement avec l'absence de tout symptôme fonctionnel, et notamment de tout signe d'insuffisance cardiaque, qu'à peine avions-nous insisté sur sa signification. Nous avions seulement fait remarquer qu'il était l'attribut habituel du cœur et de l'aorte séniles, et que la malade, soupçonnant à peine sa lésion, savait s'y adapter inconsciemment pendant des années. Du même coup la question de l'insuffisance ventriculaire ne se posait pas, et nous avions discuté dans le mécanisme du souffle les trois sièges lésionnels habituellement responsables, l'infundibulum, les valvules ou l'aorte.

Après quelques semaines de séjour à l'hôpital la malade s'éteignit brusquement comme le font souvent les vieillards, et l'autopsie ne nous révéla rien en dehors des lésions vasculaires dûment soupçonnées. Le cœur était macroscopiquement normal ; les cavités cardiaques, et en particulier la cavité infundibulaire, avaient leur volume et leur aspect habituels. On ne remarquait que quelques traces d'athérome sur la grande valve mitrale, mais qui n'en altéraient pas la souplesse; dans le reste de l'infundibulum on n'en notait pas. Cette souplesse valvulaire était également remarquable pour les valves aortiques : ni à la vue, ni au toucher on n'y reconnaissait trace d'induration. Par contre l'aorte était indurée et dilatée, dilatation uniforme, ni anévrismale, ni même excessive; mais surtout marquée à la base d'implantation. Ce qui primait la dilatation, c'était l'*aspect* et la *consistance* du vaisseau : il formait un véritable tube rigide, et tellement infiltré de calcaire, tellement cassant, que l'enveloppe interne se rompait au cours des manipulations, et se détachait comme par un plan de clivage de l'enveloppe externe. Cette infiltration aortique s'arrêtait exactement au plan d'insertion valvulaire.

Ainsi du souffle si intense que nous avions perçu, les valvules ne pouvaient être rendues responsables. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'un souffle fonctionnel, dont la raison d'être était dans les lésions de l'aorte. Mais les caractères de celles-ci étaient tels que force nous était de ne pas nous contenter de la simple dilatation venant disloquer le plan d'insertion des valvules, pour en expliquer le jeu insuffisant, mais d'invoquer la nature même et le siège des lésions. Nous assistions à une véritable transformation fibrocalcaire des parties nobles de l'aorte, à une disparition totale de son tissu élastique, et très probablement en un point où son rôle n'est pas négligeable : nous voulons parler du sinus de Vasalva. En raison de sa structure et de sa richesse en fibres élastiques, son rôle ne doit pas se borner à *être passif* : brusquement distendu par l'ondée ventriculaire, il revient aussitôt et fortement sur lui-même, et prend ainsi une *part active* au rapprochement et à l'étanchéité des valvules sigmoïdes. On ne comprendrait pas autrement, en effet, qu'une lésion prédominante dans cette région puisse être capable d'entraîner une insuffisance aortique. Qu'il y ait écartement des arcs constitutifs de l'anneau, le fait n'est pas niable, mais que ce dispositif ait suffi à lui seul à entraîner une veine de reflux capable de produire un souffle intense, nous n'en avons pas l'impression.

*
* *

En résumé plus les faits s'accumulent, et plus on s'éloigne de l'ancienne conception mécanique de la fermeture des valvules aortiques, où seule était invoquée la colonne sanguine abaissant par son poids les nids valvulaires, maintenant les bords libres, en déterminant l'affrontement parfait, et assurant ainsi l'étanchéité.

Aux phénomènes purement physiques il faut joindre : 1° l'action des tissus vivants, le rôle des muscles à la fois passifs par leur disposition infundibulaire, et actifs par la dépendance dans laquelle ils tiennent l'anneau d'insertion; 2° le rôle du tissu élastique que nous venons de mettre en évidence. *Facteur mécanique* qui abaisse la valvule, *facteur musculaire* qui la maintient et la soutient, *facteur élastique* qui en assure le rapprochement, tels sont les participants de l'acte complexe qu'est la fermeture des valves aortiques.

Ces considérations physiologiques ont à leur tour un intérêt pratique. Elles ne modifient pas la valeur du souffle diastolique qui reste capitale, en tant

qu'indice de lésion ou de trouble grave du fonctionnement cardiaque. Elles augmentent le nombre des éventualités que sa présence laisse soupçonner : endocardite valvulaire, et séquelles de valvulites aortiques, affection mitrale et en particulier sténose mitrale, affection athéromateuse de l'infundibulum, forte distension sus-aortique avec ou sans hypertension, aortite de toute sorte, mais en particulier, et notre observation en est une preuve, *aortite athéromateuse* calcifiée et localisée de la région sus-aortique, enfin défaillance avancée du myocarde.

Grâce à cette physiologie chaque jour mieux comprise de l'orifice aortique, se présente, avec le souffle qui est l'*indice certain* de sa carence, une série de problèmes qui trouvent leur solution dans la confrontation du signe objectif avec les commémoratifs, les troubles fonctionnels et les signes objectifs cardiaques concomitants. Pour qui sait l'interpréter, le souffle diastolique prend donc de plus en plus, tant au point de vue diagnostic, qu'au point de vue pronostic, une valeur sémiologique de premier ordre.

TRAVAIL DE L'INSTITUT DE BACTÉRIOLOGIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

(Directeur : Professeur A. Borrel.)

RÉACTIONS CELLULAIRES ET BACTÉRIOPEXIE DU BACILLE DE KOCH

DANS LES PRIMO-INFECTIONS ET LES RÉINFECTIONS TUBERCULEUSES EXPÉRIMENTALES

PAR

Jean ALBERT-WEIL et R. F. LE GUYON

Ancien interne des hôpit. de Strasbourg, chef de clin. méd. adj. à la Faculté de méd. de Strasbourg.

Docteur ès sciences, assistant à l'Institut de bactériologie de la Faculté de méd. de Strasbourg.

Borrel (1) a fait, en 1893, de remarquables expériences sur l'histogénèse du follicule tuberculeux. Il inoculait à des lapins par voie intraveineuse une émulsion de bacilles de Koch humains virulents qui, entraînés par le courant circulatoire, étaient arrêtés comme par un filtre au niveau des capillaires pulmonaires. Il a observé, par des coupes successives du poumon, les divers stades de formation du follicule tuberculeux : *polynucléose* initiale, suivie d'une importante augmentation des cellules mononucléaires. Englobement par les cellules mononucléaires des polynucléaires dégénérés ayant phagocyté ou non des bacilles de Koch. Englobement des bacilles de Koch libres par les cellules mononucléaires. Formation de cellules géantes par fusion de ces derniers éléments. L'afflux périphérique de cellules ayant pris l'aspect épithélioïde constitue enfin le follicule tuberculeux. *La polynucléose réapparaît au moment de la caséification des tubercules.*

Ces faits étant connus, il nous a paru intéressant d'étudier, à notre tour, les premiers stades de l'infection tuberculeuse, d'une part chez le cobaye sain, inoculé par voie intrapéritonéale; d'autre part, chez le cobaye tuberculeux réinoculé par la même voie. Les inoculations et réinoculations furent faites avec 2 centimètres cubes d'une émulsion de bacilles de Koch bovins opalescente. Nous avons retrouvé à l'examen de la sérosité péritonéale des étapes analogues à celles trouvées par Borrel, mais nous avons cependant noté certaines particularités de réactions cellulaires chez les cobayes tuberculeux de trente jours (1) après réinoculation.

Notre technique a été la suivante :

Les cobayes sont rasés sur une surface d'environ 4 centimètres carrés, et l'on pratique une petite incision abdominale de la peau et des plans musculaires sous-jacents. On perfore le péritoine avec une sonde cannelée, et l'on prélève l'exsudat péritonéal avec une pipette Pasteur dont l'extrémité a été rodée à la flamme pour éviter toute lésion et hémorragie intestinales. On fait des frottis de sérosité, qui sont examinés après coloration les uns à la thionine, ou au bleu de méthylène, les autres par la méthode de Ziehl.

Avant d'exposer les résultats obtenus, nous devons faire remarquer qu'au point de vue de la terminologie, nous utilisons *à dessein* le terme générique de « cellules mononucléaires ». Nous n'ignorons pas les recherches déjà anciennes de Renaut et Dubreuil (*Bibliographie anatomique*, t. XIX), celles beaucoup plus récentes de Maximow (*J. Inf. Dis.*, 1924, vol. XXXIV, p. 549), qui a étudié l'histogénèse du follicule tuberculeux en culture de tissus, conditions d'ailleurs s'éloignant, dans une certaine mesure, de l'histophysiologie normale. Nous n'ignorons pas les nombreuses discussions encore pendantes sur l'origine des éléments spécifiques du follicule. Mais la question de l'origine des histiocytes, des monocytes, ou des cellules appelées polyblastes par Maximow est par nous laissée de côté dans cette étude. Nous appelons donc tous ces éléments « cellules mononucléaires » et nous étudions les polynucléaires et les « cellules mononucléaires, non pas du point de vue de leur origine tissulaire ou systématique, qui est d'ailleurs en partie élucidée, mais en tant que facteurs soit de localisation, soit de dispersion du bacille de Koch.

Résultats obtenus. — *Cinq heures après l'inoculation* : polynucléose importante dans la sérosité péritonéale des cobayes sains. Polynucléose *encore plus importante* au même stade chez les cobayes tuberculeux de trente jours, à tel point que les éléments mononucléaires ont entièrement disparu du champ, envahi par des polynucléaires en grand nombre. *De nombreux polynucléaires ont englobé des bacilles de Koch.*

Vingt-quatre heures après l'inoculation, l'aspect a changé. Les cellules mononucléaires réapparaissent en assez grand nombre dans le champ. De nombreux polynucléaires présentent des signes de dégénérescence. Etat trouble du noyau, chromatolyse, noyau en picnose. *De nombreuses cellules mononu-*

---

(1) A. Borrel. Tuberculose pulmonaire expérimentale. Etude anatomo-pathologique du processus obtenu par injection veineuse, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. VII, p. 593.

(1) Cobayes inoculés trente jours auparavant par voie souscutanée avec une souche bovine Vallée virulente.

cléaires ont englobé des bacilles de Koch et des polynucléaires dégénérés. La macrophagie est plus intense chez les cobayes tuberculeux de trente jours que chez les cobayes sains. Déjà, chez les cobayes tuberculeux de trente jours, des cellules mononucléaires se sont accolées ébauchant la formation de cellules géantes.

Quarante-huit heures après l'inoculation, le nombre des polynucléaires a considérablement diminué. L'englobement des polynucléaires plus ou moins dégénérés et des bacilles par les macrophages est intense.

Chez les cobayes tuberculeux de trente jours, on constate des ébauches nettes de cellules géantes.

Enfin, quatre jours après l'inoculation la réaction est fixée sur le péritoine. Sur des frottis d'épiploon on voit que les polynucléaires ont presque entièrement disparu. Il y a une réaction épithélioïde marquée, et des cellules géantes.

Chez les cobayes anciennement tuberculeux (1) et porteurs d'ulcérations et de lésions tuberculeuses étendues, la réaction polynucléaire est moins précoce, et surtout la macrophagie moins intense.

Conclusions. — Il ressort des constatations précédentes que chez les cobayes sains inoculés par voie intrapéritonéale avec une souche bovine *virulente* l'entrée en jeu des macrophages est relativement tardive, la dispersion des divers éléments persistant, semble-t-il, plus longtemps chez le cobaye sain que chez les cobayes tuberculeux réinoculés avec des bacilles virulents.

Chez ces derniers il nous faut considérer deux cas :

1° Chez les cobayes tuberculeux de trente jours la réaction polynucléaire est intense, suivant presque immédiatement la réinoculation. Mais l'action des macrophages est également précoce et d'emblée très efficace, la formation de cellules géantes est rapide. Ces faits sont en contradiction apparente avec ceux observés par Marion B. Sherwood (2) qui a inoculé à des cobayes des émulsions bacillaires peu virulentes, et qui a observé que la phagocytose de bacilles relativement avirulents par les cellules mononucléaires commence plus tôt chez l'animal non allergique que chez l'animal allergique.

Cette divergence de constatations peut s'expliquer par ce fait que l'auteur américain a inoculé une émulsion peu virulente. Après inoculation de bacilles morts à des cobayes sains et à des cobayes tuberculeux, nous avons observé aux stades initiaux chez les divers animaux une polynucléose précoce. Mais ultérieurement l'arrivée des macrophages, l'englobement des bacilles et des polynucléaires par les macrophages se sont montrés chez les uns et chez les autres plus tardifs que chez les cobayes inoculés ou réinoculés avec des souches virulentes.

On constate aussi après inoculation de bacilles morts moins de figures de dégénérescence nucléaire dans les polynucléaires.

2° Chez les cobayes tuberculeux anciens inoculés dans le péritoine avec une souche bovine virulente, la réaction polynucléaire est forte dans les cas considérés, mais moins marquée que chez les cobayes tuberculeux de trente jours. Les macrophages sont moins actifs. La tendance à la localisation des bacilles sur place est moins marquée, mais davantage cependant que chez les cobayes de primo-infection.

Les faits précédents expliquent aisément le mécanisme d'apparition du phénomène de Koch chez les cobayes tuberculeux de trente jours réinoculés avec des souches virulentes, le processus étant dans ce cas limité d'emblée, mais se traduisant par une destruction importante de polynucléaires, nécrose cellulaire et formation de pus. Ils expliquent l'impossibilité de production du phénomène de Koch qu'on peut observer chez certains cobayes anciennement tuberculeux chez lesquels la réaction cellulaire, et partant ce qu'on est convenu d'appeler allergie tuberculeuse, a fléchi.

La conclusion générale à tirer des expériences précédentes c'est que dès que la réaction polynucléaire a disparu, il s'est produit une fixation relative du processus tuberculeux *et que cette fixation est sous la dépendance de l'intensité de la macrophagie.* L'englobement macrophagique s'exerce à la fois sur les bacilles et sur les polynucléaires plus ou moins dégénérés. La phagocytose polynucléaire du bacille de Koch est, si elle n'est pas entravée par la « pexie » macrophagique (1), un *facteur de dispersion de l'infection tuberculeuse.*

(1) Cobayes tuberculisés antérieurement avec des produits pathologiques (quatre à six mois auparavant).

(2) Marion B. Sherwood. Some cellular reactions and immunity in tuberculosis, *Journ. of immunology*, déc. 1929, p. 481, t. XVII, n° 6.

ACTUALITÉS

A PROPOS DE LA DIPHTÉRIE CHEZ LES VACCINÉS

Par M. Jacques ODINET,
Interne des hôpitaux de Paris.

La vaccination antidiphtérique est devenue une réalité pratique depuis les travaux de Ramon et la découverte de l'anatoxine. Dès son apparition, elle a fait naître de grands espoirs dans le milieu des pédiatres qui ont vu en elle le moyen de juguler définitivement la diphtérie dont la fréquence et la gravité augmentaient depuis quelques années et entraînaient une mortalité élevée malgré l'emploi précoce et intensif du sérum antidiphtérique.

Elle fut facilement acceptée dans la majorité des cas et se développa avec une grande rapidité. Les premiers résultats publiés, très optimistes, contribuèrent à accroître sa faveur et à la faire pénétrer dans les mœurs.

Cependant, tandis que se multipliait le nombre des vaccinations, on commençait à publier quelques échecs qui risquaient de jeter un discrédit sur une méthode excellente et qu'il est souhaitable de voir se généraliser. Aussi la Société de pédiatrie s'est-elle

(1) A laquelle participent les cellules réticulo-endothéliales.

émue de ces faits et a-t-elle chargé une commission composée de MM. L. Martin, Ramon, Lafaille et Loiseau (de l'Institut Pasteur), Armand-Delille, Debré, Gournay, Guillemot, Hallé, Lereboullet, Lesné et Terrien d'étudier les cas publiés, de rechercher la cause et la fréquence de ces échecs et de préconiser les meilleurs moyens à mettre en œuvre pour les éviter.

Ce sont les travaux de cette commission et les conclusions qu'elle a publiées que nous voudrions étudier aujourd'hui.

*
* *

Le premier point à élucider était de connaître la *fréquence réelle des accidents* relatés par rapport au nombre des sujets vaccinés, en écartant toutefois les vaccinations incomplètes ou incorrectement pratiquées pour ne retenir que les cas pouvant sans discussion être mis au passif de la méthode.

Il était par contre beaucoup plus difficile d'écarter les angines banales chez des porteurs de germes : certains cas ont été publiés qui ont guéri sans sérothérapie, mais la majorité des auteurs a préféré à juste titre soigner d'emblée ces malades par le sérum sans attendre les résultats d'une réaction de Schick.

82.000 vaccinations correctes furent ainsi retenues (52.000 pratiquées dans les Ecoles de la Ville de Paris, 20.000 par M. Lereboullet. 5.000 par M. Lesné et 5.000 par l'Institut Pasteur), et sur ce chiffre considérable on ne put relever que 50 cas de diphtérie cliniquement et bactériologiquement confirmée, soit une proportion de 1 cas pour 1.600 vaccinés. Cette proportion est déjà satisfaisante mais elle prend une valeur plus considérable si on la compare à certaines statistiques étrangères : à Berlin par exemple sur 88.000 vaccinations pratiquées avec un mélange de toxine antitoxine on aurait observé 363 cas de diphtérie, soit une proportion de 1 diphtérie pour 240 vaccinés. (Robert Debré.)

Ces échecs semblent dus en grande partie à des erreurs de technique dans la vaccination ; c'est ainsi que MM. Lereboullet et Gournay ayant déjà vacciné en 1928, 17.000 enfants n'ont pu retrouver que 5 cas de diphtérie bactériologiquement confirmée chez des enfants régulièrement vaccinés alors qu'ils en relevaient dans le même temps 25 chez ceux dont la vaccination était incomplète et dont le nombre était pourtant infiniment moindre : de ces 25 enfants, 10 avaient reçu deux injections et 15 n'en avaient reçu qu'une.

Après les vaccinations incomplètes on peut incriminer les injections trop rapprochées : il semble que dans certains cas les délais préconisés entre deux injections aient été raccourcis et que ce soit là la cause de l'échec.

Mais si l'on écarte ces cas, de même que les diphtéries survenant moins de trois semaines après la dernière injection d'anatoxine il n'en reste pas moins un certain nombre d'observations où la vaccination s'est révélée inopérante et ce sont ceux qu'a retenus la Commission.

L'apparition de ces cas de diphtérie chez des enfants correctement vaccinés ne devait pas surprendre puisque l'on sait qu'il est des enfants réfractaires à toute immunisation. Pendant la période que l'on pourrait qualifier d'expérimentale de la vaccination antidiphtérique, on avait déjà remarqué en se basant sur le test de la réaction de Schick que l'immunité était acquise dans 40 p. 100 des cas après une injection, dans 70 p. 100 après deux injections et dans 96 p. 100 après trois injections.

Il reste donc 4 p. 100 d'enfants non immunisés ou immunisés de façon incomplète après une vaccination classique et correcte : ce chiffre n'avait pas de prime abord attiré l'attention des médecins, mais il est évident qu'il explique sans aucune difficulté la possibilité d'une diphtérie venant chez des sujets ayant reçu les trois injections d'anatoxine.

Peut-on diminuer ce pourcentage d'enfants réfractaires à l'immunisation contre la diphtérie? Certains auteurs préconisent dans ce but de faire une quatrième injection de 1cc5 d'anatoxine aux enfants dont la réaction de Schick resterait positive un mois après la troisième injection. Cette technique présente un inconvénient léger mais délicat à résoudre en dehors des centres spécialisés de vaccination : la pratique de la réaction de Schick.

Elle a, par ailleurs, une valeur certaine puisqu'elle a permis à Mozer d'obtenir un résultat favorable chez 100 p. 100 des sujets vaccinés suivant cette technique.

Un second point qui prête à discussion fut de savoir quelle était la gravité des cas ainsi observés. Il est hors de doute que la plupart d'entre eux furent bénins; cependant quelques-uns furent graves et si l'on additionne les cas rapportés par les divers auteurs, on trouve 5 cas mortels signalés par MM. Grenet, Weill-Hallé, Delthil et Mlle Papaioannou, MM. Martin, Loiseau et Lafaille.

Par ailleurs, M. Armand Delille et Mme Roudinesco-Weiss, rapportant une série de 12 cas de diphtérie maligne, n'ont observé qu'un cas de guérison survenu chez le seul enfant vacciné. Mais ils n'ont point voulu tirer de conclusions de ce fait isolé.

Tels sont les faits qui ont été publiés : il reste à en tirer les conclusions pratiques qui permettront d'éviter autant que possible les échecs et de parer aux manifestations de la diphtérie quand elle se manifeste chez un vacciné.

1° Il faut avant tout faire une vaccination correcte, c'est-à-dire pratiquer trois injections d'anatoxine de 0cc5, 1 centimètre cube, 1cc5, en laissant un intervalle d'au moins vingt jours entre les deux premières injections et de quinze jours entre la seconde et la troisième. Il n'y a aucun inconvénient à augmenter ces intervalles alors que les abréger expose à un échec.

Il nous a semblé utile d'insister à nouveau sur la technique de cette vaccination, car les erreurs de technique sont encore trop nombreuses, et les échecs qu'elles peuvent entraîner viendraient grever lourdement les statistiques. C'est ainsi que sur les 180.000 vaccinés des écoles de la Ville de Paris, 52.000 seulement ont pu être retenus par la Commission de la Société de pédiatrie comme l'ayant été de façon correcte.

2° La reconnaissance d'une vaccination antérieure ne doit pas faire rejeter de plano le diagnostic de diphtérie; en présence d'une angine à fausses membranes, la clinique reprend tous ses droits et il faut injecter immédiatement du sérum, si l'état du malade le commande, comme si l'enfant n'avait pas été vacciné.

La sérothérapie n'a chez ces malades aucun inconvénient et ne les expose notamment à aucun accident anaphylactique puisque l'anatoxine ne contient pas de sérum.

3° L'âge optimum de cette vaccination s'échelonne entre dix-huit mois et dix ans; plus précoce, elle risque d'être inefficace à cause de la difficulté d'obtenir chez un nourrisson une immunisation quelconque; plus tardive enfin, elle expose peut-être plus facilement à quelques accidents, pour la plupart heureusement sans danger.

On peut donc conclure que la vaccination antidiphtérique reste le meilleur moyen de prophylaxie dont nous disposions à l'heure actuelle. Elle mérite d'entrer plus encore dans les mœurs et sa généralisation doit permettre d'envisager la disparition de la diphtérie au même titre que celle de la variole après la vaccination jennerienne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1930)

Essais de traitement de la tuberculose par l'or, le cérium, le lanthane et le molybdène. — MM. Ch. Flandin, L. Lecoq, N. Maison et L. Thiroloix. L'*or*, sous forme de *crisalbine*, semble d'un maniement délicat à cause des accidents d'intoxication et d'intolérance. Les auteurs insistent sur l'avantage des faibles doses (0,05 à 0,20 par semaine), et signalent l'intérêt de l'administration par voie rectale. La crisalbine agit surtout sur l'état général; elle ne supprime pas le bacille de Koch dans les crachats. Les modifications pulmonaires se font dans le sens de la sclérose.

A la crisalbine, les auteurs ont souvent substitué avec avantage un *or lipo-soluble*, stable et stérilisable, dosé à 0,03 centigrammes par centimètre cube. Cette préparation, administrée par voie intramusculaire, est parfaitement tolérée, et l'administration de quantités d'or métal est plus élevé qu'avec la crisalbine.

Le *cérium* a paru, aux auteurs, nettement plus actif que l'or. Au *chlorure de cérium* ils préfèrent une solution huileuse de *camphrocarbonate de cérium* comparable à celle qui permet d'employer le bismuth lipo-soluble.

Il en est de même du *lanthane*, employé dans des conditions identiques.

Le *molybdène*, sous une forme injectable dans les veines, a donné des résultats tels que les auteurs se demandent s'il n'agit pas comme MÉDICAMENT SPÉCIFIQUE DE LA TUBERCULOSE. Appliqué uniquement dans des formes graves, avec grosses lésions et température élevée, le molybdène a enrayé très rapidement des poussées évolutives. Dans plusieurs cas, l'expectoration, très abondante, a été tarie complètement, si bien que la bacilloscopie n'a pu être refaite; dans d'autres, on ne trouve que quelques crachats muqueux, sans bacilles.

Efficacité thérapeutique des savons de métaux lourds dans le traitement de la syphilis et de la tuberculose. — M. Maurice Renaud apporte les résultats de son expérimentation clinique qui confirment la valeur de certains d'entre eux comme agents d'antisepsie profonde.

Dans la syphilis, l'emploi d'un savon de mercure dans lequel la toxicité du métal est très réduite, a permis d'obtenir la guérison apparente complète de syphilis secondaire floride, dont tous les accidents disparurent en moins de quinze jours avec une dose équivalant à 6 centigrammes de Hg donnée en quatre injections.

Dans la tuberculose chronique de l'adulte, les résultats obtenus avec divers complexes de métaux lourds (or, osmium, platine), ont été particulièrement heureux et encourageants.

Ces résultats obtenus chez des malades dont la maladie aurait dû évoluer progressivement dans un sens défavorable sont particulièrement dignes d'être notés.

Traitement de certaines formes graves du rhumatisme chronique déformant progressif par les extraits parathyroïdiens. — MM. R.-J. Weissenbach, A. Françon, L. Perlès et P. Seidmann résument les résultats qu'ils ont obtenus dans différents cas graves de rhumatisme chronique déformant progressif par les injections d'extrait parathyroïdien. Les résultats sont de deux ordres : 1° *immédiat*, procurant peu après l'injection et pour une durée d'une journée environ, une diminution de la raideur; 2° *éloigné*, entraînant après un traitement plus ou moins long un assouplissement des tissus, une résolution plus ou moins complète des infiltrats denses et même des nodules fibreux.

Hypotension permanente, acrocyanose et aplasie cardio-artérielle. — M. Ed. Doumer (de Lille) montre que tension artérielle et pression sanguine ne sont nullement synonymes. On peut être en état d'hypotension artérielle sans être en état d'hypopression sanguine lorsque la réduction générale du calibre de l'arbre artériel diminue la masse de l'onde systolique projetée contre le brassard et par conséquent sa force vive.

Les enfants ont une tension maxima inférieure à celle des adultes parce qu'ils ont de petites artères. Dans la plupart des cas, les sujets en état d'hypotension permanente sont des aplasiques de l'appareil cardio-artériel.

L'acrocyanose s'explique aussi bien mieux que dans l'hypothèse d'un trouble portant sur la régulation de la pression sanguine. Elle est une réaction compensatrice, comme dans les cardiopathies cyanotiques.

Un cas de péritonite à pneumocoques chez l'adulte. — M. Apert.

Nouveaux cas de sclérose en plaques traités par sérothérapie hémolytique. — MM. Laignel-Lavastine et Koressico.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1930)

Résection du genou. Quelques points de technique. — M. Judet expose quelques points de sa technique. Pour faire des sections osseuses parallèles, il utilise des lames métalliques coudées à angle droit qui guident la scie. Pour éviter les déplacements secondaires osseux et en particulier la chute du tibia en arrière, il suture les os avec catgut à résorption lente. Pour immobiliser, il préconise un grand appareil plâtré, en deux parties réunies par une articulation métallique.

A propos du traitement du pied bot du nourrisson. — M. Roederer. La précocité du traitement est une notion fondamentale trop méconnue et qui devrait être un dogme

pour le médecin. Pour la première étape, celle qui suit la naissance, c'est à la correction par emplâtres adhésifs qu'on aura recours. Le procédé suffit pour quelques pieds bots légers, mais il est des pieds bots qui sont, comme le rappelait Massart, irréductibles d'emblée ou voués à des récidives. A ceux-là, aussitôt qu'il est possible, il faut appliquer l'attelle plâtrée et la ténotomie qui donnent des résultats plus constants et plus complets que l'emplâtre adhésif.

Ostéosynthèse pour fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. Dupuy de Frenelle présente les radiographies d'une malade à laquelle il a fait une ostéosynthèse et dont la tête humérale était éclatée par de multiples fissures.

Ostéome du brachial antérieur. — M. Petit de la Villéon présente un volumineux ostéome du brachial antérieur occupant presque tout le muscle, et développé chez une enfant de dix ans massée par un rebouteux.

Maladie osseuse de Recklinghausen. — M. Muller (de Belfort) a observé chez une femme de quarante ans une fracture de la diaphyse fémorale qui n'a pas consolidé, en dépit d'une intervention sanglante secondaire (greffe d'une côte enchevillant les extrémités osseuses). La radiographie montrait une décalcification de l'os et un aspect kystique. La diaphyse fémorale opposée présenta aussi le même aspect kystique. Elle se fractura ainsi que les autres os longs : humérus, tibias. L'examen histologique des fragments prélevés à l'intervention montre une disparition des lamelles osseuses et une métaplasie fibroblastique médullaire avec plasmodes multinucléés.

Épididymite chronique. — M. Le Fur a observé chez un homme de trente-cinq ans une épididymite qui était une localisation unique de la tuberculose chez ce malade sans participation ni du testicule ni de l'appareil urinaire. Il a pu, par une épididymectomie large et précoce, sauver le testicule qui est resté sain. Cette localisation montre qu'il peut exister des tuberculoses génitales primitives.

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1930)

A propos des ostéomes du coude. — M. Peugniez montre le dessin d'un ostéome développé dans la masse des muscles épitrochléens. Le malade, porteur de cette tumeur, a guéri par la radiothérapie. A ce propos, l'auteur cite un autre cas d'ostéome développé aux dépens des adducteurs qui a guéri par le simple repos.

M. Haller présente trois radiographies successives d'un ostéome du brachial antérieur qui montre la disparition totale de l'ostéome par la simple immobilisation dans un appareil plâtré.

M. Raphaël Massart présente une série de radiographies montrant des ostéomes du triceps, des ostéomes ayant pour point de départ la tête radiale fracturée, des ostéomes en pont, ou huméro-antibrachiaux, des ostéomes en gaine réalisant l'ankylose cerclée du coude dont un avait déterminé une compression du médian. Il fait remarquer que si l'ostéome est si fréquent au coude, c'est qu'il y a là sept cartilages conjugaux et sept noyaux épiphysaires au contact de fibres d'insertions musculaires.

A propos du cancer de l'épiploon. — M. Haller rappelle un cas de cancer massif de l'épiploon ayant englobé toute la masse intestinale et qui, histologiquement, était une linite plastique.

Ostéosynthèse par plaque vissée pour une fracture de l'humérus chez un enfant. — M. Dupuy de Frenelle présente un enfant sur lequel il a pratiqué une ostéosynthèse par plaque vissée pour une fracture de la diaphyse humérale, dont la réduction sous appareil plâtré était incomplète. L'auteur pense que la reprise de l'usage du membre est beaucoup plus rapide et plus immédiatement parfaite par l'ostéosynthèse que par les procédés non sanglants.

Projectile cardio-péricardique. — M. Petit de la Villéon présente un opéré auquel il a extrait un projectile incrusté dans la zone superficielle de la paroi ventriculaire gauche, en arrière. Il l'a opéré par sa méthode pulmonaire, par boutonnière sous écran. Cette méthode s'applique exclusivement aux projectiles pariétaux du ventricule gauche, à la condition qu'ils n'occupent que la partie superficielle de cette épaisse paroi.

Notes sur les cancers du maxillaire supérieur. — M. Dufourmentel apporte des observations qui montrent qu'on ne doit jamais désespérer de la guérison même dans les cas où l'extension est considérable. Le cancer du maxillaire supérieur ne touche que très lentement l'état général et peut rester guéri de longues années par une résection complète. Celle-ci doit être faite d'après les lésions ; elle n'est bénigne et facile qu'après ligature de la carotide externe.

Un cas de grossesse extra-utérine. — M. Lanos présente l'observation d'une malade chez laquelle, à côté d'un fibrome utérin, il trouva un kyste fœtal contenant, dans un liquide huileux, le squelette d'un fœtus à terme. L'anamnèse permettait de retrouver tous les signes de l'évolution d'une grossesse diagnostiquée extra-utérine en 1907 et non opérée malgré ce diagnostic.

Cancers de l'œsophage traités avec succès par la radiumthérapie. — M. Jean Guisez communique dix observations de malades traités depuis trois ans où l'amélioration est telle que toute tumeur a disparu. Il rappelle des observations publiées de malades soignés avant 1925 et toujours vivants, sans récidives. Il insiste sur la nécessité de n'appliquer le traitement que si l'état général est bon et si les lésions n'ont pas dépassé les parois de l'œsophage. Il irradie la tumeur dans toute sa longueur dans des séances courtes et répétées.

Forme récidivante de la torsion du testicule. — M. Nora présente une observation où la récidive a abouti à une torsion complète irréductible. L'intervention a montré une double inversion épididymaire, antérieure à la torsion, l'absence de gubernaculum et de méso-vaginal. Ces malformations éclairent la pathogénie de la torsion du testicule.

Volumineux corps étranger intravésical. Extraction par les voies naturelles. — M. Nora, par une manœuvre de version, a extrait par l'urètre chez une jeune femme un étui à aiguilles, en os.

Pré-spondylolisthésis. — M. Roederer présente une pièce anatomique où le stade qui précède le spondylolisthésis est visible. Le sacrum arcuatum existe avec une base très inclinée, sans glissement vrai, car les pédicules vertébraux n'ont pas cédé. Il existe de la lordose basse, angulaire, surmontée d'une cyphose dorso-lombaire : signe de Tchirkin.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche sans plâtre. — M. Roederer a depuis longtemps essayé de traiter sans appareil plâtré la luxation congénitale; il y a renoncé. Il présente un appareil à articulation à rotule avec ceinture de celluloïd qu'il a construit il y a des années.

Deux cas d'épithélioma sudorifère. — M. Muller (de Belfort). Dans les deux cas il s'agissait de petite tumeur de la paroi thoracique, indolore; le second à évolution lente comme c'est la règle, mais rompu. L'examen histologique montra qu'on pouvait suivre le passage entre les glandes sudoripares et l'épithéliome, ce qui facilita le diagnostic.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1930)

Hernie diaphragmatique de l'estomac et du gros intestin. (*Présentation de radiographies.*) — MM. LEENHARDT et PARES.

Considérations thérapeutiques sur la fièvre ondulante. Essais de traitement par le novarsenobenzol. — MM. VEDEL et J. VIDAL publient les résultats qu'ils ont obtenus avec les divers traitements mis en œuvre, dans une trentaine de cas de fièvre ondulante. Ils constatent l'échec constant des diverses médications de choc et en particulier de l'autohémothérapie. La vaccinothérapie, dans les cas où elle a été pratiquée avec des stocks-vaccins, n'a donné aucun résultat; par contre, avec des auto-vaccins, elle compte 2 succès sur 7 cas.

Pour ce qui concerne la chimiothérapie, les auteurs enregistrent l'échec du traitement par le salicylate de soude en injections intraveineuses. L'emploi des dérivés de l'acridine qui n'est pas sans danger (les auteurs rapportent un accident mortel) ne leur a donné que peu de satisfaction : 2 résultats favorables sur 10 cas,

Enfin le traitement par le novarsenobenzol, à doses croissantes, récemment utilisé par les auteurs de la communication est préconisé par eux, il leur a apporté dans les trois cas où ils l'ont essayé, un résultat particulièrement favorable.

Cyanose sus-malléolaire hypostatique. Insuffisance endocrinienne et hérédo-syphilis. — MM. VEDEL, VIDAL et Mme LONJON.

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1930)

Deux cas de greffe autoplastique particulière de la conjonctivite et de la paupière. — M. Ch. DEJEAN.

Quelques observations de tumeurs traitées par un mélange de cyclanols polyméthyléniques et de composés diphénoliques mettant en valeur son pouvoir de destruction élective des tissus néoplasiques. — MM. GRYNFELT et AIMES, posant en principe qu'il ne saurait être question ici de « guérison du cancer », mais seulement d'essais de destruction locale des bourgeons néoplasiques suivant un processus tout à fait nouveau et du plus haut intérêt au point de vue de la pathologie générale, apportent un certain nombre d'observations dont les plus anciennes remontent à plus de deux ans. Il s'agissait de toutes petites tumeurs bénignes et malignes d'une exiguïté telle qu'il fut impossible de les biopsier, car c'eût été une extirpation totale. Toutes (papillomes, botryomycomes, épithéliomas) disparurent sans laisser de traces. Ultérieurement ce furent des baso, des spinocellulaires de la face et des lèvres avec diagnostic histologique, un épithélioma ulcéré de la langue avec envahissement du plancher, inopérable, puis un noyau de récidive d'un sarcome histiocytaire dans le tissu de cicatrice de l'amputation (le malade présentant actuellement une pleurésie hémorragique). C'est en s'appuyant sur ces derniers cas qu'ils ont pu, par une étude histologique très poussée, mettre en valeur le pouvoir oncolytique électif du mélange qui, loin de déterminer la nécrose du tissu périnéoplasique, exerce sur lui une action cytogénétique très marquée, par quoi se fait la régénération des tissus destinés à remplacer les bourgeons néoplasiques nécrosés et éliminés.

De l'imperméabilité globulaire aux composés azotés non protéiques dans l'intoxication urémique et de ses conséquences au point de vue pathogénique. — MM. P. CRISTOL, A. PUECH et P. MONNIER rapportent des faits précis établissant que dans l'intoxication urémique il existe une véritable imperméabilité globulaire aux constituants azotés non protéiques. Cette imperméabilité retentit elle-même sur le pouvoir sécréteur du rein dont la diminution accroissant l'imperméabilité tissulaire réalise un cercle vicieux sur lequel se caractérise l'urémie. Ce phénomène à lui seul explique la plupart des phénomènes de l'intoxication urémique.

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1930)

Sur une loi de répartition des non-électrolytes entre le plasma et les globules sanguins. — MM. P. CRISTOL, A. PUECH et P. MONNIER.

Acrodynie au cours de trois cas de poliomyélite antérieure aiguë. — MM. LEENHARDT, J. CHAPTAL et M. DUFOIX présentent l'observation de trois enfants provenant d'un foyer d'épidémie de poliomyélite antérieure aiguë, et atteints eux-mêmes de cette affection. Mais, en outre, on a constaté chez chacun d'eux l'existence d'une acrodynie caractérisée nettement par les symptômes cutanés habituels, la sudation et les troubles psychiques. Les auteurs attribuent dans ces trois cas l'acrodynie à l'atteinte des centres végétatifs mésocéphaliques (hypothétiquement considérés comme le siège des lésions dans l'acrodynie) par le virus de la poliomyélite antérieure aiguë.

Sur la valeur thérapeutique du synthol dans les néoplasmes malins. — M. AIMES.

PRATIQUE MÉDICALE

ACROCYANOSE, ENGELURES ET DÉFICIT ENDOCRINIEN (1)

Par le docteur SAVIGNY.

L'auteur, prenant pour base un certain nombre d'observations de jeunes filles et de jeunes garçons présentant un syndrome cyanotique des extrémités, avec engelures chaque hiver, qui ont vu complètement disparaître, et la cyanose et les engelures, après un traitement opothérapique par l'androstine, tente une interprétation étiologique de ces résultats.

Citant Léopold Lévi, Maranon, Sédillot, il établit que le syndrome cyanotique de la jambe et de la main correspond, d'après les endocrinologues, à un déficit thyro-ovarien ou thyro-orchitique, le premier se traduisant surtout par la cyanose de la jambe, le second par celle de la main.

Les faits cliniques montrent, en effet, que les engelures sont en rapport étroit, chez la femme, avec sa vie génitale et, chez l'homme, avec la crise pubertaire.

Leur traitement pathogénique par l'androstine (5 à 10 pilules par jour ou une injection tous les deux jours) qui, dans un cas comme dans l'autre, tend à rétablir la valeur fonctionnelle déficiente de l'ovaire et du testicule, se trouve ainsi justifié, et les beaux résultats obtenus apportent une confirmation clinique à ce concept étiologique.

(1) *Concours méd.*, 27 janv. 1929.


TRAITEMENT
DU
DIABÈTE
PAR LES
CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PANCRÉPATINE
LALEUF
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS (XVe)

LIVRES NOUVEAUX

Les endocardites infectieuses. Diagnostic et traitement (1), par A. LEMIERRE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et P.-N. DESCHAMPS, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris.

On connaît aujourd'hui toute l'importance des problèmes de diagnostic et de thérapeutique que posent les endocardites infectieuses. C'est à un exposé d'ensemble de ceux-ci, basé tant sur les résultats de leur expérience personnelle que sur l'analyse des si nombreux travaux consacrés à cette branche de pathologie, que s'attachent les auteurs de cet ouvrage.

Ils envisagent successivement l'endocardite rhumatismale, dans ses deux variétés, atténuée et maligne, et l'endocardite septique ou endocardite à germes pyogènes. Celle-ci peut être due à des microbes très divers, parmi lesquels toutefois le streptocoque tient une place de beaucoup prépondérante. Elle revêt trois formes différentes : aiguë, subaiguë ou lente.

Les auteurs passent en revue pour chacune de ces trois catégories, les erreurs possibles de diagnostic. Ils consacrent la plus large part de leur exposé à l'endocardite maligne à forme lente, en raison de sa fréquence et de la multiplicité de ses aspects cliniques.

Une analyse complète des divers traitements proposés tant pour l'endocardite rhumatismale que pour les endocardites septiques, termine l'ouvrage. Celui-ci s'accompagne d'un index bibliographique important, s'efforce de mettre au point en un petit nombre de pages l'état actuel d'une question particulièrement complexe.

C'est dire qu'il s'adresse aussi bien aux praticiens, désireux de trouver des règles précises pour le diagnostic et le traitement des endocardites infectieuses, qu'à ceux que le sujet intéresse au point de vue scientifique. L. G.

Questions cliniques d'actualité (2) [2e série]. Leçons professées à la Charité (service du professeur Sergent).

Cet ouvrage est le second recueil de Conférences de « La Charité » ; le premier est actuellement épuisé.

Chacune des leçons qui composent cet ouvrage a été faite à l'hôpital par un clinicien connu sur un sujet qui lui est familier et à propos duquel sa compétence s'est déjà affirmée.

Chacune de ces leçons fournit une documentation très nouvelle sur des sujets d'actualité. L. G.

Etudes radiologiques sur le poumon et le médiastin. Radiologie vasculaire. Aorte (3), par M. DE ABREU, de l'Institut brésilien des sciences et de l'Académie de médecine de Rio.

On trouvera dans cet ouvrage une grande originalité de vues et le résultat très important des recherches personnelles approfondies de l'auteur; il intéressera les radiologistes et les spécialistes du poumon et du cœur.

Le premier chapitre étudie la volumétrie pulmonaire, c'est-à-dire l'évaluation du volume relatif d'une lésion; le deuxième, les formes radiologiques discrètes de la tuberculose pulmonaire; le troisième, la radiogéométrie du médiastin, et le quatrième d'abord la critique et l'interprétation des données classiques de la radiologie vasculaire, ensuite de nouveaux signes volumétriques.

L'illustration abondante est composée en grande partie de reproductions radiographiques. L. G.

(1) In-8 de 72 pages avec graphiques dans le texte. — Prix : 16 fr. — Paris, G. Doin et Cie,

(2) Un volume de 344 pages avec figures. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

(3) Un volume de 200 pages avec 42 planches et 79 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'Age, la vie, la maladie (1), par Sir Humphry ROLLESTON, professeur royal de médecine à l'Université de Cambridge. « Collection franco-britannique des sciences médicales et biologiques. »

Voici un livre de Sir Humphry Rolleston, médecin du roi d'Angleterre, une des plus éminentes autorités britanniques, qui sera lu avec très grand intérêt.

La vieillesse, la nature et les variations cliniques des maladies, le tabac considéré du point de vue médical, les maladies des médecins, les vacances, tels sont les premiers chapitres traités de main de maître. Mais où Sir Humphry excelle, c'est dans les considérations qu'il présente sur les carrières de la médecine, sur le charlatanisme et l'exercice irrégulier de la médecine, sur les moyens de réussir en médecine et sur le problème du succès pour les doctoresses en médecine.

Le volume se termine par un chapitre sur la poésie en rapport avec la médecine, complété par une étude sur Samuel Johnson au point de vue médical, qui est un modèle du genre et que le regretté Cabanès aurait eu grand plaisir à citer.

Ce volume est le deuxième de la « Collection franco-britannique des sciences médicales et biologiques » publiée sous la direction de MM. F. G. Crookshank (de Londres) et R. Cruchet (de Bordeaux). L. G.

Actualités médico-chirurgicales (2), seize conférences par les chefs de clinique de la Faculté de médecine de Marseille. Préface du professeur Léon IMBERT.

Les seize conférences contenues dans ce volume constituent une mise au point des grandes questions de la pratique actuelle. La variété des sujets qui sont traités, ainsi que la forme très nouvelle sous laquelle ils sont présentés sont une représentation de l'activité scientifique qui règne à la Faculté de médecine de Marseille, ainsi que de ses possibilités. L. G.

Le Lumbago. Les affections auxquelles il appartient, son interprétation dans les accidents du travail (3), par Guy HOUZEL, diplômé de l'Institut de médecine légale, ancien interne de l'hôpital Bon-Secours.

La question du lumbago dégagée de l'obscurité qui l'entoure, tel est le sujet de ce petit volume plein de faits observés.

Réduit à la définition de symptôme douloureux, le lumbago n'est pas une maladie ; on le rencontre comme la courbature et la névralgie dans une foule d'affections auxquelles il appartient.

Pour le traiter il ne suffit pas d'administrer des analgésiques, mais il faut soigner la cause.

L'idée nouvelle que présente l'auteur est la réalité d'un point sensible que le malade ignore et que l'examen révèle chez beaucoup d'individus.

Le siège de ce point varie suivant celui de la blessure ou de la maladie antérieure qui le conditionne. La moindre infection qui chez d'autres ne déterminera que de la lassitude ou de la courbature y révélera une névralgie. Sur ce second point, ce travail embrasse une vue d'ensemble. La névralgie sera localisée aux lombes et s'appellera lumbago, si quelque accident antérieur a créé un point de moindre résistance.

En résumé, travail complet qui par son exactitude éclairera d'un jour nouveau la question jusqu'à présent mal connue du lumbago. L. G.

(1) In-8 de 352 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, G. Doin et Cie.
(2) In-8 de 344 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.
(3) In-8 de 100 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, N. Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU REIN

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

Sous le nom de cancer du rein, il faut comprendre toutes les tumeurs malignes du rein, qu'elles soient des épithéliomas ou des sarcomes.

Ce sont les plus fréquentes des tumeurs rénales.

ÉTIOLOGIE

Se rencontrent à tout âge, surtout :

1. *Chez l'enfant* où l'on observe des sarcomes ou des tumeurs mixtes.

2. Chez l'homme, de quarante-cinq à cinquante-cinq ans, où l'on observe les néphroépithéliomes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A la suite de Lecène on peut concevoir ainsi la classification des cancers du rein :

I. **Epithéliomas**. — *A*. **Néphroépithéliome**, noyau localisé à un des pôles, parfois diffus, parfois circonscrit.

a. *Epithélioma tubulé* (néoformation rappelant la structure de tubes urinifères).

b. *Epithélioma végétant ou papillaire* (rappelant l'aspect du kyste végétant de l'ovaire).

B. **Hypernéphromes** dont la structure rappelle celle des surrénales, sans qu'on puisse affirmer leur origine surrénalienne.

II. **Sarcomes**. — Caractérisés par leur énorme développement, refoulant ou infiltrant le rein. On rencontre des sarcomes globo ou fusocellulaires, des angiosarcomes.

III. **Tumeurs mixtes** qui seraient peut-être des embryomes.

SYMPTOMATOLOGIE

Type : cancer du rein de l'adulte.

Début. — Le début est variable. Le plus souvent c'est l'hématurie qui ouvre la scène.

Rarement la tumeur rénale.

Signes fonctionnels. — *L'hématurie* : c'est le symptôme essentiel, le premier en date le plus souvent, et très souvent encore isolé : période d'hématurie sans tumeur.

a. *C'est une hématurie rénale* car totale. Les urines sont uniformément rouges; parfois expulsion de moules sanguins urétériques.

b. *Elle est apparue spontanément*, insidieusement, sans cause apparente. Elle ne cède pas au repos et disparaît sans raison (capricieuse).

c. *Elle est intermittente et répétée*, se reproduisant fréquemment, souvent durable et abondante.

d. *Elle est indolore* (sauf si le malade urine des caillots urétériques).

e. Enfin, si en dehors des hématuries on examine les urines on y trouvera souvent un culot hémorragique : les hématuries macroscopiques se soudent l'une à l'autre par des hémorragies occultes.

Examen. — 1. *Rechercher la tumeur rénale* :

— Parfois déjà étendue, inopérable;

— Souvent cliniquement absente ;

— La rechercher en station verticale, en Trendelenburg, dans les grandes inspirations.

2. *Rechercher le varicocèle* :

Le varicocèle droit est le plus probant, car il est fréquent à gauche normalement. Le caractère des veines non bosselées, sa persistance en position couchée, sa disparition en genu pectorale, mais surtout son apparition récente (surtout à gauche) ont une certaine valeur.

Il serait lié à des compressions ganglionnaires.

3. Un certain nombre de signes cliniques négatifs importants sont constitués par :

L'absence de lésions génitales ;
L'absence de signes vésicaux.

4. Enfin, des *examens spéciaux* sont nécessaires :

a. *Cystoscopie.* — Permet de s'assurer de l'intégrité de la vessie et de localiser l'hémorragie à un côté.

b. *Cathétérisme urétéral.* — Montre que la *fonction rénale* est peu touchée : du côté malade diminution légère du volume des urines, mais éliminations normales; souvent légère *albuminurie unilatérale.* Cet examen permet de plus d'explorer le fonctionnement du rein opposé et de faire une constante d'Ambard. Nous ne ferons que citer la recherche des cellules néoplasiques dans les urines.

c. *Radiographie.* — 1. *Radiographie* simple ou après insufflation du côlon, peut montrer un rein augmenté de volume ou tacheté.

2. *Pyélographie.* — *C'est l'examen capital.* L'injection de liquide opaque (collargol) dans le bassinet montre des déformations variables du bassinet et des calices par la tumeur. Elle peut montrer :

— L'oblitération d'un calice ;

— Une encoche sur l'ombre du bassinet ou des calices ;

— Une déformation caractéristique « en pattes d'araignée » ;

— Enfin, parfois déviation urétérale par une tumeur du pôle inférieur.

On a récemment décrit une pyélographie par voie veineuse (urosélectan), mais les résultats restent encore imprécis.

— Cependant les réponses peuvent être discordantes ; aussi est-on autorisé dans les cas douteux à recourir à la *lombotomie exploratrice.*

Évolution. — A ce stade l'évolution peut être favorablement influencée par la thérapeutique.

Dans les cas heureux et en intervenant précocement on peut espérer enrayer l'évolution fatale.

Cependant la néphrectomie pour cancer doit être large. C'est là une intervention très choquante grevée d'une *grosse mortalité.*

Les *résultats tardifs* sont peu satisfaisants dans l'ensemble, la récidive locale est très fréquente.

Non opéré, l'évolution se poursuit lentement, c'est le plus lent des cancers (quatre ou cinq ans au total).

Période d'état. — La période d'état classique est caractérisée par l'existence de la *tumeur*, du gros rein, mais nous savons que ce signe peut être plus précoce.

Signes fonctionnels. — Les hématuries se répètent, en s'aggravant progressivement. L'attention est, en outre, attirée par de la pesanteur lombaire, ou des douleurs sourdes irradiant souvent vers la région inguinale et le testicule.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE (leçon inaugurale de clinique médicale).
Savoir, pour prévoir, afin de pouvoir, par M. le Professeur Victor AUDIBERT.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Le doctorat en médecine et les chirurgiens-dentistes, par M. Maurice MORDAGNE.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, délégué des agrégés des facultés de médecine et des professeurs de l'enseignement médical, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie au Conseil supérieur de l'Instruction publique, est nommé membre de la section permanente du Conseil, en remplacement de M. Roger, admis à la retraite, démissionnaire, et pour la durée de son mandat.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le vendredi 16 octobre 1931 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

L'arrêté du 15 janvier 1931, fixant ledit concours au 10 juillet 1931, est et demeure rapporté.

ÉQUIVALENCE DU BACCALAURÉAT. — Les sessions de l'examen organisé pour les étrangers qui demandent l'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire en vue des études universitaires s'ouvriront au siège de chaque académie, aux dates ci-après : 1re session : lundi 16 mars 1931 ; 2e session : mardi 3 novembre 1931.

Les registres d'inscription seront ouverts au siège de chaque académie aux dates suivantes :

1re session : du mardi 10 février au mardi 24 février 1931 inclus ; 2e session : du mercredi 30 septembre au mercredi 14 octobre 1931 inclus.

Les recteurs d'Académie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté. (*J. O.*, 28 fév. 1931.)

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — Des concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale auront lieu à Toulon, au mois de juin 1931, à des dates qui seront fixées ultérieurement, en vue de la nomination d'un titulaire pour chacune des catégories suivantes :

a. Physiologie, médecine ;
b. Anatomie, chirurgie (section de chirurgie générale) ;
c. Bactériologie, hygiène.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'argent.* — MM. le médecin commandant Ferron (de Marrakech), le médecin capitaine Rouzaud (de Beyrouth).

CONFÉRENCES DE L'HÔTEL CHAMBON. — Le professeur Louis Martin a fait, devant une salle attentive, le mercredi 21 janvier 1931, une conférence sur « Le fonctionnement de l'hôpital Pasteur depuis trente ans ». M. Louis Martin, après avoir exposé les plans et le fonctionnement du service des isolés puis du service des convalescents et des services généraux, donne les résultats de statistique obtenus à l'hôpital Pasteur depuis trente années : 32.007 malades ont été hospitalisés ; 1.882 sont morts, soit une mortalité générale de 5,87 p. 100. L'auteur souligne ensuite quelques-uns des chiffres de la statistique et signale que 2.516 diphtériques sont entrés à l'hôpital avec 175 décès, donnant une mortalité de 6,95 p. 100 ; rougeole : 2.902, 84 décès, 2,89 p. 100 ; scarlatine : 4.820 entrées, 103 décès, 2,13 p. 100.

L'auteur donne également quelques précisions sur la maladie du sommeil qui a été particulièrement étudiée à l'hôpital Pasteur, ainsi que la spirochétose ictéro-hémorragique. L'auteur traite ensuite des contagions à l'hôpital Pasteur qui sont insignifiantes : 2 p. 1.000, et termine sa conférence par une étude économique sur les hôpitaux à isolement cellulaire tout à l'avantage des hôpitaux du type Pasteur.

La prochaine conférence sera donnée le lundi 9 février, à 21 h., dans la grande salle des conférences de l'Hôtel

Chambon (95, rue du Cherche-Midi), sous la présidence du professeur Georges Dumas, membre de l'Académie de médecine, par le docteur Leschke, professeur de pathologie interne à l'Université de Berlin; le conférencier exposera ses idées sur « La structure de la personnalité humaine ».

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. Maurice LOEPER.) — *Cours complémentaire sur la thérapeutique médicale du cancer*, grand amphithéâtre de la Faculté, à 17 h.

Vendredi 30 janvier : professeur Roussy. Considérations générales sur les traitements actuels du cancer.

Samedi 31 janvier : docteur Proust, agrégé, chirurgien de l'hôpital Beaujon. Indications de la curiethérapie et de la radiothérapie dans les cancers internes.

Vendredi 6 février : docteur Schulmann, assistant à l'hôpital Saint-Louis. Les divers traitements des cancers externes.

Samedi 7 février : docteur Peyre, chef de laboratoire à la Faculté. Les tentatives chimiques de traitement du cancer.

Vendredi 13 février : docteur Rubens Duval. Les tentatives biologiques de traitement du cancer.

Samedi 14 février : docteur Alajouanine, agrégé, médecin des hôpitaux. Traitement des algies des cancéreux.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE DOCTORAT EN MÉDECINE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Poursuivant ma mission corporative qui est de combattre toutes les formes possibles des équivalences du baccalauréat à l'entrée de la Faculté, il est de mon devoir de faire connaître les négociations auxquelles on se livre dans certains milieux « dentaires » pour permettre à des non-bacheliers l'accès au grade de docteur en médecine.

On a en effet réussi à faire reprendre au Sénat l'étude de la proposition de loi Milan-Rio qui prévoit *la suppression du grade de chirurgien-dentiste*, créé provisoirement en 1892, et par suite *l'obligation pour exercer la profession de dentiste d'être docteur en médecine.*

A ces prétentions justifiées par les exigences du progrès, nul ne peut opposer d'objection valable. Mais, *pour le même motif*, on ne peut admettre les mesures transitoires de transformation du diplôme de chirurgien-dentiste en doctorat en médecine. Si celles-ci étaient accordées, les dentistes exerçant actuellement au nombre de *5.000* environ et les élèves-dentistes, *non-bacheliers dans la proportion des 6 septièmes*, pourraient devenir médecins moyennant une scolarité très réduite.

L'article 5 du texte sénatorial permet en effet au Ministre, après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique, de signer un décret fixant les mesures transitoires : c'est là qu'est le danger car ce décret portera les traces des influences politiques, le Ministre n'étant pas l'esclave du Conseil supérieur, et le Conseil supérieur n'étant pas tenu d'écouter les deux seuls médecins qui en font partie. Il eût été bien préférable qu'en l'espèce la « Commission de médecine et de pharmacie » du Comité consultatif de l'Enseignement supérieur fût obligatoirement consultée, car les médecins y sont représentés par 25 de leurs maîtres sur ses 34 membres : l'avis de cette Commission eût été conforme aux aspirations légitimes du corps médical. Pour toutes ces raisons nous proclamons notre méfiance à l'égard de l'article 5, car il existe déjà un projet de décret ministériel seulement connu des initiés : il s'appelle le *protocole Edouard Herriot* et prévoit que les 12 premières inscriptions de doctorat seront accordées au chirurgien-dentiste qui en fera la demande; après quoi ce dernier accomplira la scolarité correspondant aux 8 dernières inscriptions et subira des examens à programme restreint qui porteront sur la pathologie « dentaire ». Donc ni anatomie, ni physiologie, ni physique, ni chimie, ni histologie! Mais le grade obtenu sera le DOCTORAT EN MÉDECINE D'ETAT, ni plus, ni moins.

A cet extraordinaire projet et aux demandes similaires des dentistes, les Syndicats médicaux ont répondu par le vote d'une résolution présentée par le docteur Cibrie et tendant à obtenir du Parlement la suppression de l'article 5 (1). L'Association corporative des étudiants en médecine, qui a été la première à dévoiler le piège tendu par l'article de loi en question, a publié dans la *Gazette des hôpitaux* (1930, n° 100, p. 1732) un communiqué qui précise sa doctrine : *Les mesures transitoires doivent être réservées aux seuls dentistes bacheliers, fixées par les Conseils des Facultés de médecine et inscrites dans le texte de loi.*

***

Or, au milieu de décembre dernier, la Commission sénatoriale de l'enseignement a adopté la proposition Milan-Rio, y compris l'article 5. Les personnalités bien informées affirment que le *Sénat serait disposé à voter très prochainement le texte étudié en Commission sans tenir compte des vœux que lui ont transmis les représentants qualifiés du Corps médical.* S'il est désirable pour certains de voir entrer l'art dentaire dans le giron de la médecine, il est indésirable d'accorder le grade de docteur à des diplômés d'enseignement primaire supérieur. Singulière incompréhension de la valeur scientifique du diplôme de médecin par ceux qui veulent ouvrir à la Faculté la brèche à travers laquelle passera rapidement l'invasion de masse des primaires. Et le précédent une fois créé pour les dentistes, la Faculté de médecine assistera impuissante à cette irruption que connaît hélas depuis longtemps la Sorbonne avec ses licenciés ès lettres « primaires » ignorant latin et grec et ses agrégés de philosophie ignorant la langue de Plutarque.

Le ministre de la Santé publique a demandé à l'Académie de médecine de lui faire connaître son opinion sur la proposition de loi Milan-Rio; une Commission vient d'être nommée qui prépare un rapport dont la discussion ne tardera pas. *Le vote qui suivra sera très gros de conséquences*, aussi faisons-nous des vœux ardents pour que la Haute Assemblée de la Médecine française prononce un verdict de sagesse qui soit entendu du Parlement.

MAURICE MORDAGNE,
Membre d'honneur du Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine, ancien externe des hôpitaux de Paris.

(1) Voici les termes de cette résolution votée le 21 décembre 1930 :

« L'assemblée générale de la *Confédération des syndicats médicaux français* approuve les quatre premiers articles de la loi Milan-Rio ;

Demande la suppression de l'article 5 portant établissement de mesures transitoires;

Demande que l'exigence du baccalauréat classique à l'entrée des écoles dentaires soit comprise dans le cadre même de la loi pour intervenir entre la date de promulgation et la date de son application. » (A l'unanimité.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

LEÇON INAUGURALE DE CLINIQUE MÉDICALE

SAVOIR, POUR PRÉVOIR, AFIN DE POUVOIR

Par le Professeur **Victor AUDIBERT**.

Mon cher Ministre,

Vous avez bien voulu, abandonnant vos multiples et fécondes occupations, venir, tout exprès, de Paris présider à ma leçon inaugurale de clinique médicale. Cette marque de bienveillance qui honore l'humble universitaire que je suis et qui traduit, une fois de plus, votre sympathie à son égard me touche profondément; je vous en exprime ma très vive reconnaissance.

Mais votre geste dépasse, certainement, ma modeste personne et, si je le tiens pour un gage nouveau de votre amitié, je ne doute pas que Marseille ne le considère comme un témoignage éclatant de l'intérêt que vous portez à la grande réforme universitaire qui vient de s'accomplir, je veux parler de la transformation de notre Ecole en Faculté de médecine et de pharmacie.

Les ministres qui vous ont précédé, Monsieur Honnorat, s'étaient, tous, montrés hostiles à cette importante réforme. Le premier, vous en avez compris l'impérieuse nécessité. L'ayant comprise, vous n'avez pas hésité à imposer votre volonté d'aboutir. Certes, vous n'avez eu ni le temps, ni la satisfaction de signer vous-même le Décret du 11 novembre 1922; qu'importe? Vous en restez l'initiateur et le meilleur artisan.

C'est pourquoi, si j'ai pris la grande liberté de vous appeler « mon cher Ministre » et si je me suis permis de vous désigner par ce qualificatif dans lequel j'enferme le meilleur de ma pensée et de mon cœur, ma seule excuse est d'avoir parlé avec la certitude que je me faisais l'écho de la voix totale de la Provence et de la Corse, cette voix reconnaissante de six départements qui ne peut vous nommer autrement que son cher Ministre, puisque vous êtes et demeurerez, éternellement, le père de la Faculté de médecine et de pharmacie de Marseille.

Mesdames, Messieurs.

Les matériaux scientifiques, dont dispose la ville de Marseille justifient, dans sa nouvelle Faculté, l'existence de trois cliniques médicales, centre d'enseignement qui se donne pour but le diagnostic avec, comme moyens, l'observation du malade.

J'ai le très grand honneur d'être le titulaire d'une de ces chaires fondamentales, qui, à vrai dire, n'est pas de création récente, puisqu'elle existait dans feu notre Ecole, sous le titre de Clinique médicale thérapeutique. Le Décret du 11 novembre 1922 lui fit prendre le nom de Clinique médicale et thérapeutique et, dans celui du 25 avril 1930, elle disparut pour céder la place à la Clinique médicale tout court qui, comme vous le voyez, n'a ni passé, ni ancêtres. Et c'est là toute l'histoire de ma chaire.

Au début de cette leçon inaugurale, mes premières paroles seront pour exprimer ma gratitude profonde à M. le Ministre de l'Instruction publique et à M. le Directeur de l'Enseignement supérieur qui, en me plaçant et en me faisant placer à ce poste élevé et envié de la Clinique médicale, m'ont honoré d'une confiance que je m'efforcerai de conserver.

Je tiens, aussi, à adresser mes plus vifs remerciements à M. Padé, recteur de l'Université d'Aix-Marseille, qui s'est toujours montré, à mon égard, d'une bienveillance qui me touche et qui m'a témoigné, ainsi que Mme Padé, une sympathie et une amitié qui me flattent.

Quant à vous, mon cher Doyen, vous avec qui j'ai collaboré en si parfaite union de pensée et d'action, agréez le témoignage de mon affection et de mon admiration car j'ai pu apprécier, à leur juste valeur, vos généreuses qualités de cœur et celles non moins précieuses de votre intelligence et de votre volonté.

Puisque je parle de notre Ecole, je m'en voudrais de ne pas citer le nom de son avant-dernier directeur, M. le professeur Alezais, à qui je garde une gratitude infinie pour sa foi robuste dans une noble cause, pour la constance de son effort silencieux et pour l'aide précieuse qu'il m'a apportée dans maintes circonstances difficiles.

Enfin, que mes collègues du Conseil de la Faculté veuillent bien croire à ma grande reconnaissance pour le geste qu'ils ont eu de me désigner au choix de M. le Ministre. Cette manifestation unanime fut pour moi un précieux réconfort et une grande joie.

Messieurs,

Il en est des traditions comme des souvenirs dont les uns puérils devraient pouvoir être oubliés, dont les autres exquis font le charme de l'existence. La leçon d'ouverture de clinique médicale s'apparente à ces derniers : tradition très heureusement conservée, elle permet à celui dont les cheveux sont devenus blancs de se rajeunir, quelques minutes, dans l'évocation émue de ceux qui ont façonné son cerveau médical.

De ces maîtres quelques-uns, hélas! nous ont quittés, tels les éminents professeurs Fallot, Villard, Laget, Oddo, Treille dont je fus l'externe, l'interne, le préparateur, le chef de clinique, ou le remplaçant. A ces hommes qui furent pour moi des guides précieux et des amis sûrs, j'adresse le souvenir pieux de ma reconnaissance, heureux si mes faibles mains arrivent à reprendre le flambeau qu'ils m'ont passé et à le tenir aussi haut et aussi vaillamment qu'ils l'ont porté jusqu'à épuisement de leurs forces.

D'autres maîtres sont toujours parmi nous, entourés de l'estime et de l'amitié générales, je veux parler de M. le professeur François Arnaud, chez qui je fis fonction d'interne, de M. le professeur Boinet qui succéda au professeur Villard et dont je devins, automatiquement, le premier interne, de M. le professeur d'Astros dans le service de qui j'ai passé de longs mois comme externe, puis comme interne. Vous êtes, mes chers maîtres, les modèles vivants d'une admirable existence de labeur et d'abnégation. Puisse votre exemple m'encourager, me sou-

tenir, me guider et me conseiller dans cette voie de l'enseignement du malade que vous m'avez montrée et sur laquelle m'attendent de grands devoirs et de lourdes responsabilités.

Enfin, je ne puis passer sous silence un maître, un grand maître, un des plus illustres de la médecine contemporaine, le professeur Fernand Widal. Je n'ai pas voulu terminer mes études sans m'approcher de ce savant, et suivre, pendant un semestre, son cours de pathologie interne; plus tard, professeur moi-même, j'ai senti le besoin de me perfectionner encore auprès de lui et de me rendre, le plus souvent que je pouvais, à cet hôpital Cochin qu'il illustra, si magnifiquement, comme professeur de clinique. Bien que, dans ces dernières années, j'aie éprouvé la tristesse indicible de sentir sa formidable autorité se mettre au travers d'une grande œuvre, la Faculté de médecine de Marseille, bien qu'il m'ait fallu soutenir avec lui d'âpres discussions sur cette cause de l'enseignement qui nous dépassait tous les deux, aujourd'hui que ce grand maître n'est plus, je veux faire abstraction de son obstination qui m'est apparue comme un défi à la logique, car je ne puis oublier et n'oublierai jamais l'impression profonde que fit sur moi le lumineux cerveau du professeur Widal et l'influence décisive qu'il a exercée sur mon penser médical.

Ce devoir accompli, reconnaissons, Messieurs, que la leçon d'ouverture ne constitue pas simplement une charmante et touchante tradition; c'est encore un exercice précieux de rhétorique et de philosophie qui oblige le professeur à faire pour ainsi dire le point, à situer une époque et, par l'opposition du passé avec le présent, à discerner, pour l'avenir, dans quel sens se poursuit le progrès et comment le médecin doit savoir l'utiliser pour le plus grand bien de ses malades.

Savoir, pour prévoir, afin de pouvoir! Tel est le titre que j'ai choisi. Profonde sentence d'Auguste Comte qui s'applique, étonnamment, à la médecine d'aujourd'hui et que j'ai placée en exergue de cette leçon parce qu'elle m'a paru synthétiser, admirablement, la pensée que je me propose de développer.

Messieurs,

Voltaire demandait à quelqu'un qui se destinait à la médecine : « Qu'allez-vous faire, jeune homme? Vous mettrez des drogues que vous ne connaissez pas dans un corps que vous connaissez encore moins. » Sous son ironie amère, cette boutade du philosophe de Ferney semble résumer l'état de la médecine, il y a quelques lustres à peine.

Pendant de longs siècles, effectivement, la médecine fut tout sauf ce qu'elle devait être. Les médecins passaient, tour à tour, pour sorciers, visionnaires, alchimistes, tireurs d'horoscopes, devins, mages, dieux même puisque le premier médecin dont l'histoire fasse mention, I. Em-Hetep, fut deifié, à qui ses contemporains élevèrent la fameuse pyramide de Sakkars, près de Memphis.

On demeure confondu lorsqu'on songe qu'il fallut attendre 17 siècles après Jesus-Christ, sans compter ceux d'avant, pour entendre un citoyen de la République de Gênes demander la création d'une Académie d'instruction avec hôpital où l'on examinerait des malades et réclamer, pour les études médicales, la sanction du prince, c'est-à-dire le diplôme. Ce vœu fut, partiellement, réalisé quelques années plus tard à Utrecht où fut créée la première clinique avec Guillaume Stratem, puis, en 1658, à Leyde où s'installa la deuxième qui devint cette fameuse clinique où brilla, d'un si vif éclat, Boerhaave.

Au début du XVIIIe siècle, la France ne possédait aucune clinique officielle. Les élèves, pour s'instruire, suivaient les médecins dans leur visite de clientèle, tout comme au temps de Lymmache qui, s'il faut en croire Martial, amenait 100 disciples auprès de ses patients.

Vers la fin du XVIIIe seulement, Corvisart, le premier, organisa en clinique privée son service hospitalier de la Charité, fonction qui fut rendue publique en 1795 par la Convention et qui, sous l'Empire, prit pour la première fois et officiellement, le nom de clinique médicale.

Que représenta la médecine jusqu'à cette époque et même au delà? Vous l'avez deviné, messieurs, et si vous ne l'avez pas deviné, Claude Bernard, dans son admirable *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* que tout médecin devrait connaître par cœur, va vous le faire comprendre : la médecine suivit les étapes de l'esprit humain; elle passa comme lui, et « successivement, par le sentiment, la raison et l'expérience. D'abord le sentiment seul s'imposant à la raison créa les vérités de foi. La raison ou la philosophie devenant ensuite la maîtresse, enfanta la scolastique. Enfin, l'expérience, c'est-à-dire l'étude des phénomènes naturels, apprit à l'homme que les vérités du monde extérieur ne se trouvent formulées, de prime abord, ni dans le sentiment, ni dans la raison. Conçue et divulguée par les prêtres et les penseurs, la médecine resta donc une sœur de la philosophie suivant l'expression de l'écrivain ecclésiastique Tertullien dont les connaissances médicales étaient fort étendues. Chacun alors, d'apporter son système, sa théorie, pour essayer de déterminer le grand X de la vie et, avec lui, le pourquoi de l'existence, c'est-à-dire le principe de finalité. D'où une lutte épique entre doctrinaires, lutte qui se prolongea longtemps après que fut créé l'enseignement officiel, lutte qui se poursuivit, plus violente si possible, comme un sursaut *ante finem*, au début du XIXe siècle où Broussais ne se montra le juge le plus impérieux, le plus impitoyable, le plus partial et le plus haineux des conceptions formulées par ses collègues que pour imposer, à sa génération, un autre système qu'il prétendait et voulait supérieur à tous. Comment s'étonner que Napoléon dont l'esprit clair, positif et mathématique ne pouvait souffrir les rhéteurs, ait pu, dans un moment d'abandon et de dédain, laisser tomber devant son premier médecin, ces cinglantes paroles : « Médecine, pauvre science; médecins, pauvres savants; malades, pauvres victimes »?

Bref, jusqu'au XIXe siècle, le médecin apparut à tous, comme à Balzac : « un être inspiré, doué d'un génie particulier à qui Dieu concède le pouvoir de lire dans la vitalité, comme il donne aux prophètes

des yeux pour contempler l'avenir ». Que ne sommes-nous de tels hommes !... A la réflexion pourtant, je croirais volontiers que Balzac n'est qu'un pince-sans-rire romantique, puisqu'il constate, par ailleurs que la guérison des maladies tient tout entière entre un rosaire et un chapelet de sangsues ! »

Certes, lorsque nous scrutons et interrogeons cette ténébreuse période, l'envie nous vient de sourire de la puérilité des conceptions médicales. Ah! messieurs, ne sourions pas, même si nous croyons ouïr un de nos plus distingués confrères, Van Helmont soutenir, en 1630, qu'en laissant pourrir des chemises sales, des souris peuvent y prendre naissance; ne sourions pas, chaque époque renferme à la fois ses grandeurs qui l'honorent et ses misères qui ne la diminuent point. Que penseront de nos idées, de notre langue, de nos écrits ceux qui auront à les juger dans quelques milliers d'années? Par amour-propre, je préfère ne pas m'appesantir sur ce sujet.

Il n'en demeure pas moins que, pendant plusieurs siècles, la médecine ne s'affirma guère que logomachie. Quelques hommes, épris de liberté, tels Vésale, A. Paré, Paracelse, Servet, Harvey, afin de la sortir des nuées, réclamaient bien au nom de cette Raison qu'exaltaient Descartes et Bacon, le droit de penser, de chercher la vérité en dehors des dogmes tyranniques, de secouer le joug des mots et des personnes, leurs voix n'étaient pas entendues : les médecins demeuraient si imprégnés de spéculations philosophiques qu'ils ne pouvaient s'empêcher de ratiociner avec les rhéteurs. Pouvaient-ils faire mieux? Je crois bien que non. Pour connaître et comprendre, il faut l'étincelle de la Science; elle leur manquait.

Elle leur manqua jusqu'à cet extraordinaire XIXe siècle qui amena une seconde Renaissance plus prodigieuse encore que la première, véritable révolution qui fit s'écrouler monastères et donjons de la pensée, s'évanouir les théories spéculatives, « ces phantasmes de la nuit », comme les appelait Laennec, et mit à la disposition du médecin de tels moyens de recherche et de contrôle qu'il se trouve, aujourd'hui, comme embarrassé, étourdi, tant il se sent désorienté et perdu au milieu de l'amoncellement des faits nouveaux qu'il découvre chaque jour.

On s'aperçut, alors seulement, que la médecine est ce qu'elle est et non pas ce qu'on voudrait qu'elle soit. On délaissa, enfin, l'orgueilleux *Pourquoi* et l'on se contenta, avec plus de logique, du modeste *Comment*. On fit de la médecine scientifique.

Science médicale! Deux mots que ne peuvent pas encore rapprocher d'aucuns qui, ne comprenant point, n'ont pas voulu dépouiller le vieil homme et parlent encore de l'Art médical. Quand notre 15 HP s'arrête sur la route, faisons-nous appel à l'artiste ou à celui qui sait?

La Vie nous échappe dans son essence (ce qui fait évidemment, notre faiblesse et notre désespoir); mais, au moins, pouvons-nous l'étudier, grâce à la Science, dans ses manifestations qui deviennent, sinon faciles (car pendant plusieurs siècles peut-être le corps humain restera jaloux de ses secrets) tout au moins aisées à concevoir.

Qu'est-ce que la Vie, en effet, biologiquement parlant et non plus au point de vue finaliste, à la manière du naïf Bernardin de Saint-Pierre qui croyait le melon taillé en tranches pour être mangé en famille? La vie est une modalité de la lutte universelle. Qui dit lutte dit adversaires : d'un côté, l'organisme avec ses hérédités et sa constitution; de l'autre, le milieu extérieur avec ses multiples agents physiques, chimiques et animés. De la rencontre de ces deux adversaires résultera la lutte pour la vie et la victoire, puisque « vivre c'est vaincre » a dit Le Dantec, appartiendra complète à celui-là seul qui aura pu absorber, entièrement, son ennemi. Ce que nous appelons maladie ne constitue, à tout prendre, qu'une forme de l'adaptation de l'être dans un milieu variable et qui a varié. Lors donc que nous estimerons un individu malade, nous sous-entendrons que, les éléments extérieurs s'étant modifiés, qu'ils soient physiques, chimiques ou animés, son organisme est obligé de se modifier, à son tour, de s'adapter à une situation nouvelle. Cette lutte se traduira par des symptômes que nous nommerons anormaux ou pathologiques par rapport à ceux de l'état de santé, mais qui, en réalité, expriment, simplement, la nouvelle adaptation de l'organisme; ils seront donc normaux, étant donné les circonstances nouvelles. La maladie, en définitive, ne peut être comprise que par comparaison avec cet état d'équilibre instable que nous disons sain; elle se définira : l'ensemble des réactions de l'organisme vis-à-vis des agents extérieurs qui se sont modifiés en plus ou en moins. Nous sommes loin de la définition de Barthez, il y a cent vingt ans, qui disait : « La maladie est une affection du principe vital! »

En somme, la médecine ne peut progresser que par la Science; elle n'est et ne peut être qu'une Science, la plus belle, la plus difficile, la plus compliquée de toutes, science faite de l'observation la plus juste, de l'expérimentation la plus rigoureuse, de l'analyse la plus minutieuse, de la synthèse la plus logique, en un mot de l'esprit critique le plus large et le plus subtil.

Et quelle science, Messieurs! Il faut la naïveté du débutant ou l'ignorance des insouciants pour ne pas être stupéfait de sa prodigieuse complexité. Pour ma part, j'en suis épouvanté.

Voulez-vous qu'entre mille, nous choisissions un exemple sur lequel je vous demande de m'étendre, à seule fin de vous prouver que je n'abuse point des mots?

On admettait, jusqu'à ces dernières années, que le sang est contenu dans un récipient musculaire strié à quatre cavités, qu'à chaque contraction de ses parois le cœur se vidait pour se remplir à nouveau, la contraction épuisée. Telle était la totalité de nos connaissances sur le cœur, pompe aspirante et foulante.

Nous avons appris, depuis, que ce globe strié n'est point simple, puisqu'on est parvenu à isoler, noyé dans sa contexture, un autre cœur singulier, non strié, dit cœur embryonnaire. Ce nouveau cœur n'est plus constitué par des fibres musculaires mais par des nœuds et faisceaux : nœuds de Keith-Flack,

d'Aschoff-Tavvara, faisceau de His. Voilà des faits déjà fort complexes.

Or, voici que la question se complique; sans ce second cœur, le premier ne peut rien : le sang demeurera immobile dans son récipient, si le cœur embryonnaire se refuse à donner à celui-ci le stimulus qui le fera battre, rythmiquement, 72 fois par minute. Le premier n'est, en somme, qu'un cœur contractile, qui se voit et tire la noblesse de sa fonction d'un second cœur excito-moteur, invisible, mais indispensable.

Il ne s'agit point là d'une vue de l'esprit : on a pu suivre, en effet, l'itinéraire de cette onde d'excitation qui part du pôle supérieur du cœur, vers le nœud de Keith-Flack, se répand de proche en proche, excentriquement, fait contracter les oreillettes, puis atteint le nœud d'Aschoff-Tavvara où elle se renforce de toute la décharge de celui-ci, parcourt le faisceau de His, pour venir, enfin, en suivant les deux branches de bifurcation, imprimer leur cadence, à la fois et en même temps, au ventricule droit et au ventricule gauche. Arrivée à la pointe du cœur l'onde remonte à la base où elle prend fin et où une autre lui succède immédiatement.

La physique intervient, alors, et nous enseigne qu'un muscle qui se contracte se charge d'électricité négative, la zone non contractée restant chargée d'électricité positive. Elle nous apprend, en outre, qu'entre les deux s'établit un courant allant du positif au négatif. Or, le muscle cardiaque n'échappe pas à cette loi. Quand les oreillettes, base du cœur, se contractent, elles se chargent d'électricité négative; un courant passe, donc, qui se dirige de la pointe vers la base. Mais, à mesure que l'onde d'excitation progresse de la base vers la pointe, le phénomène inverse se produit : la base se met au repos et se charge d'électricité positive, la pointe se contractant se charge d'électricité négative; un second courant se forme, alors, qui chemine, en sens inverse, de la base vers la pointe.

Ces courants, vous le devinez, sont d'une extrême faiblesse, de l'ordre du millième de volt et du millième d'ampère. Eh! bien, Messieurs, la science des ingénieurs et des constructeurs a réalisé un galvanomètre d'une sensibilité telle (et pas suffisante encore, d'après Frédérich) qu'elle est capable de mettre en évidence ces infimes courants de notre cœur. Il s'agit du galvanomètre à corde d'Einthoven qui a servi de principe au merveilleux instrument dit électrocardiographe. Je ne vous décrirai pas cet appareil compliqué; j'espère vous le montrer, un jour. Qu'il vous suffise de savoir que ces courants, issus de la contraction de la fibre cardiaque, viennent, finalement, s'inscrire sur un papier photographique, constituant ainsi une série de courbes dessinées en blanc sur fond noir nommées cardiogrammes. L'unité de ces courbes est représentée, dans un laps de temps donné, par une succession de descentes et de montées dessinant un graphique P Q R S T qu'on appelle le complexe auriculo-ventriculaire.

Grâce, donc, à la science et au merveilleux appareil dont elle a doté la clinique médicale, s'éclairent, d'une lumière inconnue jusque-là, et la physiologie et la pathologie du cœur. A mesure, en effet, que s'engendre l'excitation, on peut suivre l'onde contractile qui lui succède, à condition (et c'est là vraiment où l'électrocardiographe se montre un instrument étonnant et indispensable). à condition, dis-je, que les sinus, nœuds et faisceaux soient de bonne qualité, autrement dit que la voie de conduction se trouve libre. Le stimulus cardiaque est un express qui n'admet pas d'obstacles et de retards; qu'à certains carrefours, des défauts de courbes ou des erreurs d'aiguillages se produisent, l'express déraillera; mais, comme il porte le viatique, il aura le privilège de se frayer, quelque part, un chemin. Toutefois, les courants, empruntant d'autres voies ou les mêmes avec des retards et interruptions, seront, vous le concevez, tout différents en intensité, vitesse, direction; ils s'enregistreront, alors, à l'électrocardiographe, sous forme de complexes ne ressemblant en rien aux complexes physiologiques. Dès lors, il suffira de lire ces nouveaux graphiques, de les comparer aux graphiques normaux pour comprendre toutes les anomalies cardiaques : tachycardies, bradycardies, flutter, fibrillation, bloc du cœur, etc., que vous apprendrez à distinguer au lit du malade.

Mais d'où provient cette onde mystérieuse et qu'est-ce qui peut bien déclancher le stimulus? Il semblerait que la science dût connaître le terme de sa puissance! Il n'en est rien, heureusement! « Pas de dernier chapitre au livre de la science », a dit Widal. En effet, Jean Demoor, à la suite de remarquables travaux condensés dans son livre sur le *Réglage humoral du cœur*, ne vient-il pas d'isoler, du nœud de Keith-Flack, une substance qui exerce une action positive sur les oreillettes d'où part ce stimulus qu'elle semble provoquer, telle une automatine, ou mieux une hormone cardiaque, suivant le mot de Haberland, analogue à celle que sécrètent les tissus glandulaires. Les tout derniers travaux de Muller, Büdingen, Loeper, Vaquez, etc., semblent même démontrer que l'action de cette hormone est influencée, favorablement, par l'emploi du glucose associé à un produit pancréatique, l'insuline.

On pourra, donc, observer ce phénomène déroutant mais compréhensible d'un cœur, à priori intact, dont la contraction deviendra vicieuse par défaut de la quantité ou de la qualité de l'hormone, elle-même viciée par le défaut de sécrétion d'autres produits qui n'ont, semble-t-il, aucun lien de parenté avec elle, tels ceux provenant du pancréas.

Etourdissante science, assurément, que la médecine! Comprenez-vous, Messieurs, que nous n'ayons plus le droit de faire de la thérapeutique, comme jadis, sur une illusion de théorie philosophique, ou même comme aujourd'hui, en simple médecin aimable, artiste et confiant, au jugé, à l'à-peu-près, par mode ou par routine, autrement dit, sans savoir?

Je pense m'être suffisamment expliqué pour vous montrer la différence fondamentale qui existe entre la médecine d'hier, spiritualiste, spéculative, que j'arrête au XIXᵉ siècle et la médecine d'aujourd'hui, positive et scientifique, cette opposition vous faisant comprendre pourquoi la clinique médicale à

notre époque ne ressemble à rien de ce qu'elle fut jusqu'au XIXe siècle.

Autrefois, si le maître était doué d'un vaste esprit; tel un Hipocrate, il recommandait à ses disciples de « voir, toucher, écouter tout ce qui peut être vu, touché, entendu ». On observait donc, comme nous le faisons, par la vue, le palper, l'ouïe, c'est-à-dire par les sens, encore que la vue fût généralement utilisée, témoin cette explication de Mentor au fils d'Ulysse : « A peine Nosophuge avait-il vu un malade, qu'il connaissait, à ses yeux, à la couleur de son teint, à la conformation de son corps, à la respiration, la cause de sa maladie. » Facile médecine, n'est-il pas vrai, qui se pratiquait, pour ainsi dire, à vue de nez!

A l'observation par l'œil, Laennec, au début du XIXe siècle, ajouta celle par l'oreille. Ce grand observateur, dont il faut lire les magnifiques pages de l'*Auscultation médiate*, mérite, vraiment, la gloire d'avoir inventé une nouvelle méthode d'investigation clinique, l'Auscultation, presque ignorée avant lui, qu'il porta à son maximum de précision, grâce à une attention, à une minutie, qui lui valurent les sarcasmes de son collègue, le farouche doctrinaire Broussais, sur « ses longues observations et ses courtes conclusions ».

Il ne faudrait, donc, pas prétendre que nos pères n'observaient pas où ne savaient pas observer, puisqu'ils se trouvaient munis, comme nous, des organes que la nature fournit à tous ses enfants (A. Paré n'avait-il pas établi une méthode pour « cognoistre » les maladies par les cinq sens)? Mais s'ils observaient, leurs déductions restaient, la plupart du temps, fausses. Cela tenait à l'emprise, sur eux, des idées philosophiques ou scolastiques et surtout à l'absence du doute et du scrupule scientifiques. Ils affirmaient en doctrinaires et s'imposaient grands médecins par leurs affirmations. Mais, comme ces affirmations n'étaient pas le fruit d'une analyse et d'une synthèse scientifiques, comme elles résultaient d'une Raison qui se donnait des raisons impératives et catégoriques sans frein ni correctif, ces puissants cerveaux, trop certains de très bien utiliser leur Raison, portaient, néanmoins, des jugements faux. Inutile d'ajouter que la thérapeutique sortie de pareils jugements s'avérait non seulement fausse mais encore néfaste.

Combien de médecins de nos jours ressemblent à ces ancêtres, non pas qu'ils aillent puiser leur médication dans un restant de spéculation philosophique, mais parce qu'un faux amour-propre les fait s'attacher, un peu trop, à leurs propres idées scientifiques, ou parce qu'ils continuent, sous le couvert de ce qu'ils croient modestie, à s'incliner, trop longtemps, devant les idées des autres! « Quand le fait qu'on rencontre est en opposition avec une théorie régnante, il faut accepter le fait et abandonner la théorie, lors même que celle-ci est soutenue par des grands noms et généralement adoptée. » Ce n'est pas moi qui parle, mais Claude Bernard.

La véritable modestie médicale ne consiste ni à s'humilier, ni à se servir de ce prétexte comme d'un tremplin; la véritable modestie consiste, tout en demeurant soi-même, à savoir reconnaître qu'il existe des murailles qu'on ne peut pas traverser; la véritable modestie est donc de ne pas essayer d'expliquer ce que la science n'explique pas encore, d'éviter, en présence de symptômes bizarres, d'employer constamment ces locutions : « C'est anormal, c'est illogique », quand on n'ajoute pas : « C'est absurde, c'est impossible. » Non, non, la nature ne se trompe pas, c'est nous qui faisons erreur lorsque nous voulons interpréter, prématurément, ses réactions. Au lieu de nous servir, à tout propos et mal à propos, de ces adjectifs commodes, véritables catacrèses de notre ignorance et de nore orgueil, ne rougissons pas de dire : « Je ne sais pas! » Cette affirmation négative nous évitera, je l'espère, de trop ressembler à ce grave docteur dont parle, quelque part, Voltaire, qui se croyait un grand savant et qui devait être un grand ignare puisqu'il répondait à tout ce qu'on lui demandait.

Excusez, je vous prie, cette digression qui n'est pas de la médecine philosophique mais cette philosophie de la médecine que nous avons le devoir de dégager et d'exposer.

L'enseignement de la clinique à cette époque que j'appellerais sensorielle était relativement aisé, pour peu que l'on possédât, avec le talent d'observation indispensable, cet art de l'exposition, de l'éloquence et de la mise en scène (car l'art existe dans les à-côtés de la médecine) à la manière d'un Trousseau qui me semble personnifier le clinicien du milieu du XIXe siècle. Cet enseignement consistait à rechercher et à décrire les symptômes apparents des organes lésés, à s'appliquer à les grouper en syndromes, puis à les faire reconnaître. La vue, le palper, l'audition, l'olfaction, et le goût pour A. Paré, assuraient le diagnostic. Clinique déjà très en progrès sur celle de Nosophuge; clinique purement symptomatique, malheureusement, au point de vue thérapeutique; on soignait ce que l'on constatait, ce qu'on croyait contraire à la normale, ce qui semblait incommoder le malade : la fièvre, la douleur, l'anémie, l'anorexie, l'hémorragie, etc., sans se douter que fièvre, douleur, anémie, anorexie, hémorragie ne figurent qu'à titre de témoins de la lutte soutenue par l'organisme, que cette lutte doit être souvent respectée, qu'il ne faut donc pas toujours combattre les symptômes qui l'extériorisent, que rien, d'ailleurs, ne peut se faire d'utile sans la connaissance de la cause qui force l'organisme à se défendre. *Primum non nocere*! N'oublions jamais cet immortel précepte du médecin de Cos.

A l'époque pourtant, où le médecin s'imposait par la puissance de son imagination, de son verbe et de ses affirmations, qui aurait bien pu parler de science? Qui, le pouvant et l'ayant osé, ne se serait pas attiré les foudres d'un Trousseau, ne pouvant comprendre « l'immixtion maladroite et impertinente des sciences et particulièrement de la chimie » (ce sont ses propres expressions) dans ce qu'il nomme et ne peut nommer autrement : « l'art médical »? Un professeur de clinique qui se permettrait, en 1930, de semblables propos serait, immanquablement, tué par le ridicule.

Certes, ce professeur doit encore demander aux

sens de préciser les symptômes apparents et spontanés qui sont comme les cris des organes malades : il a le devoir de faire fond de tous ces signes même les plus insignifiants et de s'efforcer, par sa sagacité et sa patience, d'en découvrir de nouveaux, mais hélas! les sens sont bornés : ce qui peut être vu, palpé, entendu, senti (je n'ose pas dire avec A. Paré : « et goûté ») tout cela semblait beaucoup et suffisant jadis, c'est quelque chose et peu à notre époque. Aussi, allons-nous demander à la science de décupler notre pouvoir d'observation : elle nous répondra favorablement, nous procurant ainsi avec une réelle supériorité sur nos aînés, la satisfaction de découvrir une infinité de signes qu'ils n'auraient jamais pu découvrir.

On peut affirmer que la science a fait franchir une grande, une immense étape à la clinique; elle a augmenté le champ de nos investigations bien au delà de tous nos espoirs. Notre main, par exemple, avait beau palper et repalper une colonne vertébrale, ses doigts butaient, désespérément, contre les apophyses. Lorsque notre main se fut donné cette minuscule rallonge d'une fine aiguille de quelques centimètres, et que Quincke l'eut guidée au travers des espaces intervétébraux jusqu'à la dernière méninge, quand cette main eut retiré du liquide qui circule dans les centres nerveux et qu'elle l'eut porté, avec Widal, Sicard et Ravaut, sur la platine du microscope, tout à coup se révélèrent à nous des signes de première importance, se précisèrent des diagnostics avant le symptôme. C'est ainsi qu'une lymphocytose et une albuminose de ce liquide nous ont traduit une réaction subaiguë des méninges, parfois latente, la plupart du temps tuberculeuse ou syphilitique, alors qu'une polynucléose signait une inflammation aiguë de méningite cérébro-spinale ou pneumococcique et qu'une albuminose sans leucocytose, une dissociation albumino-cytologique, pour employer les termes de Sicard et Foix, révélaient une tumeur comprimant le cerveau ou la moelle.

Notre vision s'arrêtait à l'épiderme, c'est-à-dire à la surface : aujourd'hui, grâce à la radiographie, elle plonge jusqu'au tréfond de la chair pour aller saisir la forme, le volume, l'augmentation, la rétraction, la contraction des organes invisibles; ne sommes-nous pas arrivés à insuffler de l'air à travers la voûte cranienne, jusque dans la profondeur de la substance cérébrale, et à saisir, grâce aux rayons issus de la cathode, la moindre déformation des ventricules latéraux, indice d'une tumeur cérébrale ignorée que les hardiesses de la chirurgie permettront d'enlever.

Ainsi, la science munit nos organes, suivant le mot de Bezançon, « d'antennes » hypersensibles au moyen desquelles ils parviennent à flairer, à deviner et découvrir une infinité de signes cachés qui traduisent, d'une façon toujours plus précise, les modalités de la lutte.

Nous voyons, donc, la clinique se compliquer, automatiquement et indéfiniment, au fur et à mesure des progrès scientifiques. L'étude des signes apparents et spontanés, si elle est indispensable, ne suffit plus; il faut y joindre l'étude des signes provoqués et des signes cachés qu'une instrumentation très spéciale, seule, permet de découvrir. Grâce à ces signes provoqués et cachés, nous aurons la chance de pouvoir saisir la souffrance d'un organe avant la constatation de la lésion irrémédiable. Immense progrès, assurément, car lorsqu'un organe est lésé, et profondément lésé, la maladie, malheureusement, existe depuis longtemps; nous arrivons trop tard dans notre diagnostic sensoriel, c'est, je le répète, *c'est avant le symptôme que la clinique doit, désormais, diagnostiquer* et non pas quand l'organe trop touché ne parvient plus à assurer sa fonction.

Je m'arrête, Messieurs, sur ce mot de fonction car nous voici arrivés — par la force des choses — à une nouvelle et capitale étape de la clinique : le dépistage des troubles de la fonction, autrement important, vous le comprenez, que la constatation d'un organe déformé ou d'une lésion.

La difficulté d'une pareille étude est extrême puisque chacun de nos organes possède de multiples fonctions. A nous d'essayer, cependant, de trouver celles qui sont atteintes et dans quelle proportion.

Déjà, nous avons reconnu les hypo et les hyperfonctionnements des glandes endocrines, classé avec assez de précision les symptômes s'y rapportant et formulé des correctifs appropriés. Déjà, l'étude du rein, ne s'attachant plus à la constatation de lésions parenchymateuses ou interstitielles, nous a poussés, avec Achard et Widal, vers les viciations des fonctions chlorées et azotées, donc, sur les rétentions d'urée et de chlorure de sodium dans le sang, cependant que, tout récemment, Blum et ses élèves sont arrivés à dissocier encore ces viciations en rapportant dans le chlorure de sodium, par exemple, la part de troubles qui revient à chacune de ces molécules chlore et sodium, si bien que nous n'avons plus le droit de parler de chlorurémie, mais de chlorémie et de natrémie. Ne quittons pas le rein, sans remarquer encore qu'il vient de se montrer capable, tout comme les muscles, de former de l'ammoniaque, alors que jusqu'à ce jour, on croyait l'ammoniaque fabriquée par le foie. Combien importante une pareille notion dans le déterminisme de l'équilibre acido-base et du pH sanguin. L'ammoniaque ainsi formée est arrêtée par le foie qui la transforme en urée, urée qui, à son tour, devient un stimulant de la diurèse. Imaginez-vous, donc, quels troubles peuvent entraîner précisément, sur ce pH et cet équilibre acido-base, les vices de fonctionnement du foie et du rein dont la déficience de l'un va retentir, inévitablement, sur la déficience de l'autre, faisant ainsi apparaître leurs fonctions comme complémentaires.

Nouvel et grand chapitre qui s'ébauche à peine, celui de ces fonctions complémentaires, de ces synergies, de cette « sympathie universelle », de nos organes suivant l'expression prophétique d'Hippocrate, de ces sympathèses, enfin, pour parler comme mon maître Oddo, car il semble bien, en effet, que le sympathique s'arroge le droit presque exclusif du grand metteur en scène de tous ces troubles associés d'organes qui retentissent les uns sur les autres

pour produire des complexes pathologiques de plus en plus variés.

Bientôt, en multipliant recherches et rapprochements, parviendrons-nous à reconnaître la plupart des fonctions complémentaires et même supplémentaires. Mais, déjà, bien des secrets nous ont été livrés qui existent entre l'ovaire et la thyroïde, l'hypophyse et l'ovaire, l'hypophyse et la surrénale, la surrénale et la thyroïde, le rein et la surrénale, etc., comme nous avons pu en découvrir, récemment, entre le foie et le pancréas au cours du diabète qui relève de troubles des fonctions de production et d'utilisation des hydrates de carbone, dans lesquels interviennent aussi bien la cellule hépatique avec ses sécrétions internes que la cellule pancréatique avec ses produits insuliniques.

Ainsi, comme dans le monde de la matière où tout se tient et où il n'apparaît qu'à la manière d'un infiniment petit macrocosmique, le corps humain ne peut isoler les réactions de chacun de ses organes. Nos soixante trillions de cellules, si éloignées soient-elles les unes des autres, réagissent les unes sur les autres, subissent des interférences réciproques, ne possèdent aucune indépendance, en un mot restent solidaires, tout en demeurant soumises à cette force fatale, sorte de loi infaillible du totémisme qui règle et maintient l'admirable équilibre de la vie commune. « Quand nous avons faim et soif, dit Maeterlinck, il règne dans notre immense confédération de cellules une faim et une soif collectives. » On ne saurait penser plus judicieusement.

Pas de clinique possible et pratique, désormais, sans la recherche systématique mais délicate des déviations de fonctions, autrement dit sans l'étude approfondie de cette physiologie déviée qu'est la pathologie. La pathologie amenant, du reste, la plupart des découvertes physiologiques.

Pour arriver à déceler ces troubles des fonctions, nos laboratoires utilisent des méthodes de plus en plus précises avec des instruments toujours plus perfectionnés. Quels services ne nous rend pas, quotidiennement, la constante uréo-sécrétoire, d'Ambard, en éveillant notre attention sur le danger des azotémies au-dessus de 0,50 p. 1000 et des chiffres de K au-dessus de 0,075 ?

N'en déplaise à Trousseau, la chimie, cette exaspérante chimie nous devient extrêmement précieuse en clinique. Certains esprits chagrins mais superficiels soutiendront, avec le maître d'autrefois, que c'est regrettable parce que la chimie nous fait perdre de vue le malade. Fermons l'oreille à pareilles sottises. La bonne marche de notre 15 HP dépend-elle de la couleur, de la forme, du volume de la machine ou de la qualité des aciers, de la pureté des hydrocarbures, de la densité du charbon et du platine des vis? Non, la chimie ne nous éloigne pas du malade, elle nous introduit, au contraire, et toujours davantage, dans son intimité ; aussi, peut-on prévoir qu'un jour viendra où la connaissance parfaite de la chimie biologique évitera la maladie.

Nous voici, donc, arrivés à la dernière étape de la clinique, l'étape chimique, ou mieux physicochimique, puisque l'agencement chimique se fait, finalement, sous un mode physique. Je dis la dernière étape — étant sous entendu pendant la durée de notre existence — car l'orgueil nous est interdit de penser que, demain, la médecine n'aura pas fait un nouveau bond dans le progrès. Il appartiendra au professeur de demain de le faire apprécier. Pour l'heure, à l'instar de Candide, cultivons, modestement et consciencieusement, notre jardin.

Or, que récoltons-nous dans ce jardin? Voici : la matière vivante se résoud en un complexe à l'état de dispersion colloïdale dont les micelles (qui parfois floculent amenant des symptômes troublants) sont doués d'une formidable énergie radiante qu'ils doivent non seulement à l'accrochage de leurs atomes, cet accrochage qui tracassait déjà l'esprit inquiet de Démocrite, mais encore à l'équilibre de leurs composés simples, K, Na, Cl, Ca, etc.

Le médecin peut, désormais (oh! timidement encore), concevoir la vie comme liée à une série de modifications que subit le corps humain sous l'influence de transformations incessantes des divers constituants que charrie le torrent circulatoire et que retiennent les micelles, autrement dit sous un double aspect d'assimilation ou de construction qu'on nomme anabolisme et de désassimilation et de destruction qu'on nomme catabolisme, les deux s'exprimant par le mot de métabolisme.

Vous entendrez parler souvent, en clinique, de métabolisme. Ne croyez pas, cependant, que nous connaissions l'anabolisme et le catabolisme intégraux; cette étude est extrêmement ardue car le métabolisme est fonction d'innombrables facteurs, sympathiques, vagaux, endocriniens, glandulaires, diastasiques, facteurs de l'âge, du climat, du jeûne, facteurs du travail musculaire, de la digestion, de la thermorégulation, etc.

Il en est un, pourtant, qui fournit quelques renseignements non négligeables. Je veux parler du métabolisme de base sur lequel je ne m'étendrai pas. Qu'il vous suffise de retenir cette définition de Claude Gautier et René Wolf : « Le métabolisme basal représente la quantité de chaleur exprimée en grandes calories qu'un organisme dégage en une heure par mètre carré de surface corporelle. » Vous apprendrez à rechercher, dans nos services, ce métabolisme basal. Vous trouverez que, diminué dans certains états pathologiques, il augmente dans d'autres, en particulier dans les états disthyroïdiens. Impossible, à l'heure actuelle, de définir, exactement, un trouble en hyper de la glande thyroïde sans la recherche du métabolisme de base.

Un autre métabolisme, celui du calcium et du potassium, fait l'objet d'études sérieuses, ces deux corps jouant un rôle de premier plan dans les processus vitaux, puisque le calcium cellulaire échange, constamment, ses radicaux acides avec le potassium et le sodium du sang. Or, n'avons-nous pas appris à connaître que dans les troubles vagotoniques (urticaire, eczéma, asthme), le K augmente pendant que se raréfie le Ca, que la diminution de ce Ca entrave la leucopoïèse, que son augmentation excite le sympathique.

Il n'y a, donc, pas, dans ces recherches, qu'un intérêt théorique. D'ailleurs, en voici une preuve quasi expérimentale : dans la néphrose lipoïdique

« véritable diabète albumineux » dû à un trouble du métabolisme des protides et lipides, l'administration de viande fait fondre les œdèmes du malade pour cette seule raison que la viande contient de la potasse et que le K jouit de la propriété de déplacer l'ion sodium qui, lui, est hydratant.

Quelques mots, encore, pour terminer ces exemples, sur l'équilibre acido-basique, le pH, et la réserve alcaline dont la clinique utilise, largement, les formules.

Certes, point n'est commode d'expliquer, en quelques phrases claires, ce que signifient ces mots d'équilibre acido-basique, pH, réserve alcaline. Pourtant, lorsqu'on enseigne, il faut éviter l'obscurité. Je vais donc essayer.

Sachez, Messieurs, que dans une solution, les ions peuvent se dissocier : la fonction acide sera définie par le nombre d'atomes d'hydrogène (H), qui se séparent de leurs molécules et la fonction basique, par le nombre d'ions oxygène, hydrogène (O H), les premiers (H) chargés d'électricité positive, les seconds (O H), d'électricité négative. Le poids des ions d'hydrogène (H) constitue le pH, qu'on désigne par le chiffre logarithmique variant de o à 14, pour se stabiliser aux environs de 7,4, chiffre physiologique, limite entre l'acidité et l'alcalinité, mais légèrement alcalin. Notre sang, par exemple, malgré les infinités de corps charriés et les multiples secousses et réactions qu'il subit, reste toujours, quoi qu'il advienne, alcalin (pH = 7,3 ou 7,4). Remarquable fixité due à un pouvoir régulateur régi par de nombreux facteurs dont le principal est constitué par la présence de substances dites tampons, en particulier de bicarbonates, phosphates et matières protéiques qui absorbent les ions acides H.

On donnera, avec Van Slycke, le nom de réserve alcaline à ces substances tampons immédiatement disponibles dans l'organisme et variables suivant chaque individu; on exprimera cette réserve par le nombre de centimètres cubes mesurés à o degré et à 760 millimètres de gaz carbonique combiné à l'état de bicarbonate dans 100 centimètres cubes de plasma sanguin. A l'état normal, la réserve alcaline oscille entre 55 et 65. Dès que ce chiffre tombe au-dessous de 50, on considère qu'il y a acidose (ce qui est anormal); avec 30 ou 40, cette acidose aboutit à la perte de connaissance. L'alcalose, par contre, apparaît au-dessus de 70.

Où nous amène cette aride dissertation ? A ce point, Messieurs, qu'on ne peut plus se passer de ces recherches en clinique, qu'à l'hôpital et en clientèle aussi, vous pourrez prévoir et prévenir le coma dans le diabète, dans les néphrites, dans la grossesse même, par la recherche de la réserve alcaline qui vous montrera l'acidose. Vous pourrez, également, prévoir les convulsions, la tétanie, la mélancolie, voire l'épilepsie, par un déséquilibre rompu en sens inverse, puisqu'il y a alcalose.

Grâce à la chimie, encore, s'expliqueront les multiples variétés de tempéraments, puisque cette science tient sous sa dépendance tous les facteurs d'harmonie ou de désharmonie organiques, non seulement l'acidose, l'alcalose, le métabolisme de base, mais encore l'état colloïdal, l'équilibre des ferments, l'accoutumance aux toxines, l'immunité aux microbes, l'allergie qui est une immunité incomplète, l'idiosyncrasie et l'anaphylaxie, contraires de l'immunité, les réactions endocriniennes et, par eux tous, l'équilibre vagosympathique qui sert à séparer, en deux catégories bien distinctes, au point de vue physique et moral, les habitants de notre planète.

Mais, Messieurs, la chimie doit nous conduire plus loin, jusqu'au but suprême de la médecine qui est le soulagement des malades.

Effectivement, la thérapeutique lui doit de sortir, enfin, de cet empirisme qui a dû coûter tant de vies humaines. Figurons-nous les atomes, par des schémas stéréo-chimiques. Dès lors, les médicaments posséderont telle ou telle affinité, pourront, comme une clef à la serrure, dit Fischer, entrer en relation avec tel ou tel groupe, suivant que tel ou tel groupe atomique possédera telle ou telle place sur le noyau principal. Armand Gautier avait déjà pressenti cette thérapeutique de l'avenir, lorsqu'il émettait l'idée qu'un corps ne peut se montrer actif qu'à la condition de posséder une relation d'ordre atomique, géométrique, stéréo-chimique. Comment comprendre autrement que, par une vitesse de migration des ions ou des contraires strictement identiques de charges électriques, qu'un milligramme d'aconitine, par exemple, puisse influencer, si rapidement, quelques cellules des noyaux bulbaires et tuer, instantanément, un organisme de 60 à 80 kilos?

La chimie guide, donc, nos pas dans la thérapeutique; seule, elle nous permet de découvrir des médicaments dont l'action devient élective contre notre terrible ennemi, l'agent infectieux, à telle enseigne qu'un grand savant, Erlich, travaillant, dans cet esprit, le chlorhydrate de dioxydiamido-arséno-benzol, a eu la satisfaction et la gloire, après la 606e préparation, de mettre à la portée du médecin son fameux remède dont l'action parasitrope ne se discute plus.

En résumé, nous voilà loin de la clinique de Babylone où l'on exposait les malades sur la place publique afin que chacun pût dire s'il avait vu des cas semblables et comment on les avait soignés, loin de la clinique de Trousseau où le professeur, encore affublé d'un large peplum et d'une toque, décrivait, en chaire, des suites de signes apparents!

Evidemment, au lit du malade, nous commencerons, comme autrefois et comme toujours, par rechercher les symptômes spontanés, puis nous provoquerons des symptômes que l'organisme ne manifeste pas, puis nous irons chercher les signes cachés. A ce moment, nos organes, devenant insuffisants, se feront aider par la science; puis, toujours avec la science, nous analyserons les troubles des fonctions.

Jusque-là, cependant, nous n'observons que des symptômes traduisant un état pathologique constitué qu'il est déjà et souvent impossible d'améliorer.

Le but de la médecine est plus haut et si la clinique, jusqu'ici, s'est bornée, la plupart du temps, à constater le degré du mal, le clinicien aujourd'hui veut et doit prévoir. La médecine cesse d'être une science de constatation, elle devient une science de

précision. *Savoir, pour prévoir, afin de pouvoir!*

Oui, prévoir la maladie avant le symptôme, pour pouvoir éviter la lésion, voilà où nous devons tendre, nous médecins, de tout l'effort de notre volonté et de notre intelligence.

Pour arriver à ce point de perfection, la clinique devra utiliser de nombreux laboratoires, parfaitement et complètement outillés, avec de nombreux techniciens de premier ordre.

Je ne vais pas, Messieurs, vous faire une dissertation sur l'utilité du laboratoire que d'aucuns prétendent antagoniste de la clinique. Tout ce que je viens d'exposer définit suffisamment le laboratoire et situe sa place en médecine. Le laboratoire ne saurait être antagoniste de la clinique, puisqu'il en fait partie intégrante, puisqu'il prolonge nos sens, puisqu'il met en évidence les signes cachés. Le laboratoire ne fait pas le diagnostic, il fournit des symptômes supplémentaires et ajoute à l'histoire pathologique. Au clinicien de réunir tous les signes, de les rapprocher, d'en faire, sans esprit préconçu, la synthèse, pour arriver, en toute connaissance de cause, à porter un jugement définitif.

Une pareille organisation clinique laisse, évidemment, sous-entendre d'importants crédits en matériel et techniciens. Hélas! La France, si admirable par ailleurs, ne donne pas l'exemple à ce point de vue! Les crédits de laboratoires sont, dans les Facultés, squelettiques. Des millions pour amuser! A la bonne heure! Quelques milliers de francs pour faire vivre les élites! Allons donc! *Panem et Circenses!*... Parfaitement, ô peuple, tes clameurs sont entendues : Attrape, voilà pour le cirque! Quant au pain, demain, plus tard, on verra!

Avez-vous assez souffert de cette triste mentalité, mon cher Ministre, vous qui, tout vibrant d'une grandiose et généreuse idée, n'avez recueilli, à sa genèse, que haussements d'épaule, sourires et dédains. Ah! vous n'étiez qu'un penseur, donc un rêveur, un pêcheur de lune, un idéaliste pour tout dire; qu'aviez-vous besoin d'argent? Il n'a fallu rien moins que votre foi, votre ténacité et surtout votre réussite pour démontrer, une fois de plus, que l'idéalisme bien compris n'est pas autre chose qu'une manière de se donner sans restriction et de mettre sa vie tout entière au service de ses concitoyens, de son pays et de l'humanité. Passons rapidement sur ces douloureuses constatations.

Finalement, l'étude toujours plus précise des molécules protaplasmiques, de leurs atomes, de leurs anions et cathions, celle de leurs constituants, de leurs charges électriques, de leur vitesse de migration, nous amèneront, fatalement, il faut l'espérer, à la limite de la physiologie normale, tant il est vrai que la barrière est fragile et factice entre l'état sain et l'état pathologique, puisque la vie ne représente qu'une simple adaptation.

A ce bienheureux moment, peut-être arrivera-t-on à ne confier son corps au médecin qu'en pleine santé. « Le bien portant, écrit très spirituellement et probablement très prophétiquement Favre, le bien portant ira, donc, de propos délibéré, à époques fixes chez son médecin. Le praticien de ce temps, pourvu de mille procédés délicats ignorera nos prudentes hésitations. Il ne parlera que par certitudes et pourra rassurer son visiteur sur le parfait état d'un organisme dont le fonctionnement sera pour lui sans mystère. » Ce jour-là verra, enfin, la disparition des rebouteux, charlatans, marchands d'orvietan, qui déshonorent aussi bien ceux qui les fréquentent que ceux qui les tolèrent. Ce jour-là, l'exercice de la médecine sera réservé à ceux qui savent, aux seuls savants; les autres assisteront à leur propre déchéance, souffriront de leur médiocrité et, fussent-ils chargés d'honneurs, se verront contraints d'aller confier aux roseaux qu'ils ont des oreilles d'âne.

Voilà la clinique médicale, Messieurs, voilà la médecine, cette formidable et redoutable science!

J'ignore les sentiments qu'éprouvent certains médecins, je vous avoue, que lorsque je me trouve en présence d'un malheureux organisme se débattant au milieu des affres d'une de ces graves septicémies contre lesquelles la science ne nous a pas suffisamment armés, je vous avoue, dis-je, qu'une véritable angoisse m'étreint à la pensée que je vais être obligé, peut-être, de prescrire. Quels effets ira produire le corps chimique que je vais formuler au sein de ce protaplasma qui réagit au cours d'une fièvre typhoïde, quand je sais qu'une parcelle de quinine arrête, *in vitro*, l'action du bactériophage bienfaisant de d'Hérelle, quand Miller et Whitaker m'ont appris que, si certaines doses de produits chimiques augmentent le pouvoir bactéricide du sang en tuant le microbe, certaines doses, au contraire, diminuent ce pouvoir parce qu'elles tuent le leucocyte chargé de fabriquer les anticorps? Alors, hésitant et perplexe, la plume aux doigts, devant ma feuille blanche, je demeure comme éperdu, car je me produis l'effet d'un halluciné, dans la main de qui on aurait placé une épée.

Voilà la médecine! Que connaissons-nous, que savons-nous, et sommes-nous vraiment plus avancés que ne l'était Paracelse lorsqu'il déduisait l'action des médicaments d'après les influences astrologiques, ou Porta attribuant des vertus thérapeutiques aux plantes parce qu'elles possédaient quelques ressemblances avec les organes viciés, ou même que ne l'étaient ces sorcières antiques qui guérissaient les maladies par l'absorption de miroirs pilés et pulvérisés?

Ah! Messieurs, la contemplation réfléchie du corps humain, après avoir inspiré au médecin une juste modestie de soi-même et une légitime pitié pour son entendement, briserait toute son énergie et l'amènerait fatalement à une terrible désillusion s'il n'était soutenu, soulevé, transporté par cette foi, par cet enthousiasme, par ce formidable mouvement en avant qui nous force à aller plus loin, comme dit Malebranche, toujours plus loin, dans l'Insondable, dans l'Inconnu, dans l'Infini.

J'en ai terminé, Messieurs. Excusez ma longueur : le sujet est si passionnant et l'on ne recommence pas une leçon inaugurale de clinique médicale!

Un dernier mot : j'ai essayé de vous définir la médecine d'aujourd'hui et de vous montrer qu'elle est heureusement devenue une science, mais la Science n'est ni morale, ni immorale. Comme on l'a

dit avant moi, elle nous aide à nous reconnaître, elle ne nous change pas et ne règle ni nos sentiments, ni notre sensibilité.

Pourtant, si le progrès moral ne découle pas du progrès scientifique, la Science possède ce pouvoir quasi divin de nous faire comprendre. Or, comprendre c'est d'abord douter, non pas douter de soi-même, ce qui n'est que grimacer la modestie, mais douter de son propre savoir et se rappeler, sans cesse, avec Chevalier, que ce que l'on « mesure et enferme dans ses concepts ce n'est pas la réalité même mais son substitut ». Comprendre c'est ensuite et, tout au moins, excuser; excuser c'est devenir meilleur.

Bénissons donc la Science, nous médecins qui passons notre existence à nous imprégner de la morne tristesse des hôpitaux, à voir « planer l'ombre de la mort sur tous nos actes », bénissons la Science, car par elle notre âme s'épure et s'élève, notre cœur s'ouvre à la tolérance et à la bonté qui, mieux et plus que notre savoir et notre expérience, imposent notre autorité; bénissons la Science créatrice, entre le malade et nous, de cette atmosphère sympathique, douce et confiante, qui relève les courages, entretient la résignation et, dans les minutes d'angoisse suprême, apporte l'Espérance qui console les plus déshérités.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1931)

Sur les conditions du métabolisme qui peuvent permettre la réalisation du changement de sexe. — M. Ph. Joyet-Lavergne.

Stérilisation des eaux par les métaux. — MM. F. Dienert et P. Etrillard rappellent que Raulin a obtenu l'absence complète de culture d'*Aspergillus niger* en plaçant son liquide nutritif dans une cuvette d'argent. En 1903, l'un des auteurs a étudié l'action antiseptique du zinc et du magnésium.

Dernièrement, Rudolf Degkwitz, Krause, etc., ont étudié tout particulièrement l'action stérilisante de l'argent et sont arrivés à créer un métal très spongieux que Krause a désigné sous le nom de *Katadyn*. En 1929, enfin, M. G. Lakhowsky a fait connaître le résultat de quelques essais en utilisant des spires d'argent qu'on trempait dans une eau à stériliser.

MM. Dienert et Etrillard ont répété les expériences de ce dernier avec des spirales en argent, en zinc, en aluminium et en nickel.

Ils ont, en outre, fait des expériences au moyen de sable argenté par le procédé de Kayser. Voici leurs conclusions : « Si une eau quelconque, renfermant cependant moins de 0g200 de sel marin, passe pendant quelques minutes à travers du sable métallisé avec de l'argent, elle se dépouille de ses germes pathogènes. Par sécurité il suffit de la faire rester quelque temps dans un réservoir, de la filtrer rapidement à travers du sable ordinaire, pour qu'elle sorte épurée, sans goût ni odeur, et débarrassée des substances microbicides qu'elle renfermait au sortir du sable argenté. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1931)

Notice nécrologique. — M. Portier lit une notice nécrologique sur M. Albert Brachet (de Bruxelles), membre correspondant étranger depuis 1921 dans la section des sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles.

La médecine et les médecins au Maroc. — M. Léon Bernard expose le rôle du Corps médical au Maroc, l'action qu'il y a poursuivie, ainsi que les grandes lignes de l'organisation sanitaire réalisée par le protectorat sous l'inspiration du maréchal Lyautey. Cette organisation concentre dans la même direction l'assistance médicale et la prophylaxie des maladies, et c'est le même personnel technique qui a la conduite des formations hospitalières des divers degrés et divers types, et la charge du dépistage des maladies infectieuses, ainsi que de la défense contre leur propagation. Au centre la Direction de la santé publique exerce avec son personnel technique le commandement et le contrôle de toute l'organisation. Celle-ci est divisée en régions, pourvues chacune d'un médecin-chef, représentant du Directeur dans sa région; en outre, dix-sept bureaux d'hygiène pour les grandes villes dépendent également de la direction; enfin, sept agences sanitaires maritimes, relevant encore de la même autorité, assurent la défense des ports. Les instruments d'action sont les uns mobiles, les autres fixes. On compte, en effet, quatorze groupes sanitaires mobiles et quatre sections de prophylaxie qui pourvoient, en se transportant en tous lieux, à l'assistance médicale et à la préservation des populations les plus éloignées ou dispersées. Quant aux formations fixes, elles sont au nombre de 171 hôpitaux, infirmeries, dispensaires, réparties dans les centres urbains ou disséminées en plein bled.

L'auteur décrit quelques types de maternités, de postes sanitaires avancés, de dispensaires antivénériens, antituberculeux, de centres de puériculture. Il parle aussi de l'Institut d'hygiène de Rabat, à l'inauguration duquel il était invité. Enfin, il résume par quelques chiffres les résultats acquis, dans les différentes activités sanitaires, lutte contre la variole, contre la peste, le typhus, le paludisme, la tuberculose, la syphilis, la rage, la teigne, le trachome, la bilharziose. Ces chiffres démontrent la pénétration de l'action médicale parmi les populations, qui s'avère aussi par l'attachement et la reconnaissance que celles-ci manifestent à l'égard des médecins.

En rendant un juste hommage, plein d'admiration, au

Corps médical, ancien et actuel du Maroc, M. Léon Bernard rappelle l'estime en laquelle il était tenu par le maréchal Lyautey, et il exalte l'œuvre grandiose accomplie au Maroc par son illustre animateur.

— Sur la proposition de M. Gosset, l'Académie décide de transmettre la communication de M. Léon Bernard à M. le maréchal Lyautey en lui exprimant l'admiration de l'Académie de médecine pour l'œuvre médicale accomplie sous sa haute direction.

Le rôle de l'acide carbonique dans l'organisme. — M. A. MAYER montre que l'acide carbonique paraît avoir dans l'organisme une action double : d'abord une action sur le système nerveux qui consiste à exciter le bulbe et à accélérer la respiration; d'autre part, une action générale qui est la diminution des échanges au niveau des tissus. Cette double action de l'acide carbonique éclaire le mécanisme de l'asphyxie; elle jouerait peut-être également un rôle, suivant l'auteur, dans certaines anesthésies, en particulier dans celle qui est produite par le protoxyde d'azote à l'air libre.

Modes d'action du sérum antigangréneux polyvalent dans le traitement des infections polymicrobiennes. — M. WEINBERG.

Recherches sur l'activité de l'hormone folliculaire administrée par voie buccale. — M. HINGLAIS.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux associés nationaux.

Sont élus, au premier tour, M. Louis Tixier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon, et M. Michel Pachon, professeur de physiologie à la Faculté de Bordeaux.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 3 février. — Jury : MM. Bezançon, président; Nobécourt, Hutinel et Philibert. — M. BOURRIER. Etudes sur la transmission de l'infection tuberculeuse. — M. FRAISSE. Hémorragies de la région ombilicale par diverticule de Meckel.

Mercredi 4 février. — Jury : MM. Sébileau, président; Ombrédanne, Loeper et Leveuf. — M. VINCENT. De certaines réactions du rein à nos vins régionaux. — M. KONG-HAN-MEI. Diagnostic et traitement de l'appendicite aiguë. — M. AVRAMESCO. Quelques cas de sinusite maxillaire guéris par la vaccinothérapie locale.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Panisset et Vergé. — M. PASQUINI. La maladie du jeune âge chez le chien.

Jeudi 5 février. — Jury : MM. Achard, président; Guillain, Aubertin et Verne. — M. DESBUQUOIS. Les modifications du sang au cours des états de choc. — M. BRAUN. La réaction du benjoin colloïdal chez les paralytiques généraux avant et après la malariathérapie.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lenormant, président; Coquot et Maignon. — M. AUDEBERT. Anesthésie générale du cheval par le chloroforme.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Indications de la gastro-entérostomie, par M. VICTOR PAUCHET.
ACTUALITÉS
Du bon usage des produits quinoléiques, par M. R. LEVENT.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de biologie.
CONGRÈS ET EXCURSIONS
VIIe Congrès national de la tuberculose de Bordeaux.
Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur.
Croisière d'été en Norvège, au Spitzberg et à la banquise organisée par Bruxelles médical.
CHRONIQUE
L'aide aux mères de famille, par M. F. L. S.
NOTES POUR L'INTERNAT
Cancer du rein. Signes. Diagnostic. Traitement (suite).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Sont admis à prendre part au concours qui doit s'ouvrir le lundi 9 février 1931 pour la nomination aux places de chirurgiens des hôpitaux les vingt-six candidats dont les noms suivent :

MM. les docteurs Fèvre, Thalheimer, Leibovici, Bernard, Diamantberger, Reinhold, Chastang, Garnier, Ménégaux, Aurousseau, Welti, Meillère, Armingeat, Iselin, Huard, Brouet, Chevalier, Banzet, Marchant, Gueullette, Seille, Chabrut, Sauvage, Redon, Galtier, Merle d'Aubigné.

Sont dispensés des épreuves d'admissibilité du présent concours, aux termes de l'article 225 du règlement, les quatre candidats dont les noms suivent, titulaires de deux admissibilités, MM. les docteurs Thalheimer, Leibovici, Bernard, Reinhold.

Jury : MM. les docteurs Basset, Houdard, Mauclaire, Schwartz, Lardennois, les professeurs Gosset, Cunéo.

Censeurs : MM. les docteurs Charrier, Métivet, d'Allaines, Bloch (Jacques).

— CONCOURS DE NOMINATION D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE. — Jury : MM. les docteurs Chicotot, Mme de Brancas, Aubourg, Duhem, le professeur Guillain, les docteurs Mauclaire, Gernez.

LA NEURO-CHIRURGIE DANS LES HÔPITAUX PARISIENS. — La neuro-chirurgie a pour but les opérations sur le système nerveux, dont l'une des plus fréquentes et des plus importantes est l'ablation des tumeurs du cerveau.

L'expérience des Etats-Unis et de l'Angleterre a montré que la neuro-chirurgie cérébrale ne peut être faite avec succès que par des spécialistes qui la pratiquent tous les ours et qui étudient leurs malades avant de les opérer. Or, il n'existe en France guère de chirurgien officiel, ni dans les hôpitaux de Paris, ni dans ceux de province, qui fasse spécialement de la neuro-chirurgie, et surtout de la neuro-chirurgie cérébrale. Le docteur Clovis Vincent, médecin à l'hôpital de la Pitié, s'est spécialisé dans la neuro-chirurgie du système nerveux central, obtenant des résultats presque égaux à ceux des grands spécialistes américains.

Afin qu'il puisse pratiquer dans son service de la Pitié des interventions qu'il fait actuellement dans une clinique privée, M. Raymond-Laurent vient de déposer une proposition demandant qu'un service de neurologie lui soit confié par l'Assistance publique. Cette proposition rappelle le précédent du docteur Lermoyez, médecin qui a introduit dans les hôpitaux de Paris, d'une façon officielle, l'oto-rhino-laryngologie.

ASSOCIATION AMICALE DES CHEFS DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Au cours de l'assemblée générale tenue le 21 janvier, l'Association a nommé son bureau pour 1931. Ont été élus : président, docteur André Tristant ; secrétaire, docteur Jean Chosson ; trésorier, docteur Ed. Giraud-Costa. Les chefs de clinique ont décidé d'organiser en avril un cycle de conférences analogue à celui qui, en septembre 1929, avait connu un si brillant succès.

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — CONCOURS D'INTERNAT EN MÉDECINE DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour sept places d'internes en médecine titulaires des Asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la préfecture de police et de l'hôpital Henri Rousselle, s'ouvrira à Paris le lundi 9 mars 1931.

Les inscriptions seront reçues à la préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau), annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, tous les jours, de 10 à 12 h., et de 14 à 17 h., sauf les dimanches.

Pièces à produire : Acte de naissance. Extrait du casier judiciaire. Certificat de revaccination. Diplôme de docteur en médecine ou certificat de 14 inscriptions prises dans une Faculté ou Ecole de médecine de l'Etat. Certificat de bonne vie et mœurs. Certificats de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris ou d'un établissement hospitalier de province indiquant les services hospitaliers du candidat constatant qu'il a satisfait au stage d'accouchement et témoignant qu'il n'a pas subi de peine disciplinaire grave.

Les candidats devront, en outre, n'avoir pas atteint l'âge de trente ans révolus au 1er avril de l'année 1931.

Les épreuves du concours sont les suivantes :

1° Une composition écrite de trois heures sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, médecine et chirurgie ; 30 points pour cette épreuve qui pourra être éliminatoire ;

2° Une épreuve écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, 20 points ;

3° Une épreuve orale de cinq minutes sur une question de garde (conduite à tenir par le médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique), temps égal au candidat pour réfléchir, 15 points.

Durée, trois ans. Internes provisoires, une année.

A la fin de la troisième année, les internes peuvent être maintenus sur leur demande pendant deux périodes successives d'une année.

Traitements : 1re année, 9.500 fr. ; 2e année, 9.900 fr. ; 3e année, 10.300 fr. ; 4e année, 10.700 fr. ; 5e année, 11.100 fr. Indemnité de résidence, 2.240 fr.

Indemnité de déplacement de 900 fr. pour l'Asile de Villejuif, et pour les Asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Maison-Blanche et Moisselles.

Les internes logés subissent une retenue de 980 fr. sur leur traitement et 13,75 p. 100 sur l'indemnité de résidence.

Ils remboursent pour chaque repas pris à l'établissement : petit déjeuner, 0 fr. 60 ; déjeuner, 4 fr. 80 ; dîner, 4 fr. 80.

Indemnités pour charges de famille pour les mariés avec enfants.

Inscriptions du 13 février au jeudi 26 février 1931 inclus.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — (Au titre étranger.) *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Yahoubian (Arménien).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en argent a été décernée à M. Fleury, externe à l'hospice général de Tours, pour maladie très grave contractée en service.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Sont membres de droit de la Commission instituée par le décret du 18 juin 1925, en vue de la répartition du produit de la taxe des cercles :

1° Le titulaire de la chaire de la tuberculose à la Faculté de médecine de Paris ;

2° Le professeur de clinique des maladies cutanées et vénériennes à la Faculté de médecine de Paris.

ERRATUM. — Dans le nº 8 du 28 janvier 1931, p. 125, col. 2, rectifier le nom de l'interne reçu 4e au concours de l'hôpital de Notre-Dame de Bon-Secours. Au lieu de Canut, lire *Caput.*

CHRONIQUE

L'AIDE AUX MÈRES DE FAMILLE

Voici une belle œuvre vieille de dix ans déjà et qui mérite d'être mieux connue des médecins appelés auprès des mères de famille malades ou surmenées.

Grâce à cette œuvre, les mères de famille malades peuvent trouver immédiatement pour les aider ou les suppléer dans les soins de la famille ou du ménage, des femmes de bien qui, en dehors de toute préoccupation confessionnelle ou politique, leur apportent l'aide désintéressée de leurs soins et de leur travail.

Depuis dix ans, le groupe de femmes dévouées qui a été le noyau de l'œuvre, a singulièrement augmenté. De 18 collaboratrices, on est arrivé à 76 l'an dernier ; 74 familles furent aidées la première année ; l'an dernier on dépassa le chiffre de 250. Il ne faut donc pas s'étonner que l'*Aide aux mères de famille* ait été reconnue d'utilité publique, qu'elle ait reçu des encouragements du ministre de l'Hygiène et du Conseil municipal, qu'elle ait été couronnée par l'Institut.

Des filiales ont été créées en province, aussi dans plusieurs grandes villes nos confrères pourront donner à leurs clientes le moyen de se faire aider.

Le règlement de l'œuvre précise qu'il n'est fait aucune distinction entre les classes sociales : toutes les mères qui en font la demande sont aidées dans la mesure du possible.

Les collaboratrices se chargent de tous les soins de la famille (toilette des enfants, leçons, promenades) ou du ménage (cuisine, raccommodage) et y consacrent un nombre d'heures déterminées.

Aucune cotisation n'est exigée des familles, mais il est bien évident que celles qui en ont les moyens doivent contribuer à la rémunération de leur collaboratrice. Les sommes ainsi récoltées atteignant à peine la moitié des dépenses de l'Association, celle-ci fait appel au concours généreux de toutes les personnes qui comprennent l'intérêt de l'œuvre. Les dons et souscriptions peuvent être versés au compte chèque postal 752.10 au nom de Mme Ed. Viollet, présidente de l'Association, qui se chargera, sur demande, de les faire parvenir aux filiales indiquées.

L'œuvre est d'un intérêt de tout premier ordre, c'est un devoir pour nous de la signaler à nos confrères (1).

F. L. S.

(1) Adresses de l' « Aide aux mères de famille » :
Paris, 92, rue du Moulin-Vert (XIVe).
Versailles, 42, rue Berthier.
Lyon, 75, rue Boileau
Bordeaux, 27, rue Ségalier.
Marseille, 38, rue Sainte.
Limoges, 1, rue Portail-Joubert.
Firminy (Loire), Cité ouvrière.
Vitry-sur-Seine, Maison sociale de la Cité du Moulin-Vert.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 3 cuillérées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD _ PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

INDICATIONS DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Par VICTOR PAUCHET.

La gastro-entérostomie a toujours été et est encore une excellente opération. Si la gastrectomie a pris une place très large à côté d'elle, cela tient à ce que, dans nombre de cas, celle-ci comporte des résultats immédiats et éloignés plus sûrs, des guérisons définitives plus complètes. Si même la gastrectomie n'est pas une opération courante entre les mains de tous les opérateurs, cela tient surtout à ce que l'exérèse comporte une technique plus délicate, nécessitant un entraînement plus soutenu. Seuls les chirurgiens spécialisés peuvent l'exécuter en escomptant un pronostic bénin. Telle qu'elle est, si le chirurgien veut obtenir un bon résultat, c'est sous la condition des indications précises et des détails techniques rigoureusement exécutés.

Je ne parlerai pas d'autres anastomoses gastro-intestinales proposées, telles que la gastro-duodénostomie de Finney; celle-ci peut avoir ses indications, mais elles sont tellement plus rares qu'il ne faut point en tenir compte en pratique. Nous n'en parlerons pas. Nous ne parlerons pas davantage aujourd'hui des indications fréquentes de la gastrectomie sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement.

Personnellement, nous voyons, dans la gastro-entérostomie, les indications suivantes :

Cancer pylorique inopérable. — L'inopérabilité d'un cancer d'estomac est le plus souvent individuelle, c'est-à-dire que, suivant leur entraînement, les chirurgiens poussent plus ou moins loin les indications de l'exérèse néoplasique. C'est la raisen pour laquelle, d'ailleurs, les chirurgiens les plus entraînés à la chirurgie gastrique n'ont pas des statistiques meilleures que celles de leurs collègues qui ne résèquent que les cancers bien mobiles et faciles. Quand, après laparotomie exploratrice, je constate le moindre signe de métastases, le malade est refermé généralement *sans rien faire*, la plus simple gastro-entérostomie n'ayant pour résultat que de prolonger le malade de quelques semaines. Cette opération ne sert qu'à permettre au malade de retourner chez lui. J'en dirai autant de la jéjunostomie pour cancer.

Sténose duodénale cicatricielle. — Le chirurgien peut se trouver en présence d'un ulcère duodénal en activité. Si c'est un ulcère saignant, la gastrectomie est plutôt indiquée, car c'est la résection et non une anastomose qui arrête le mieux les hémorragies. Si l'ulcus duodénal cause des douleurs vives ou s'accompagne d'une sécrétion gastrique abondante, je préfère encore la gastrectomie, du moins si le sujet n'est ni obèse, ni taré. Toutefois, je comprends très bien que les chirurgiens pratiquent une gastro-entérostomie, même dans les cas d'ulcus duodénal en activité, à condition de conseiller, pour la suite, un régime sévère et de surveiller le malade pour réintervenir s'il y a lieu. Je trouve inutile de faire une gastrectomie chez un sujet porteur d'un ulcus duodénal éteint, c'est-à-dire porteur d'un anneau fibreux rétrécissant le duodénum à 1 centimètre ou 1cm5 du pylore; c'est la règle. Je n'appelle pas ici sténose duodénale les rétrécissements sous-vatériens qu'il faut traiter par la duodéno-jéjunostomie et qui comportent des indications spéciales. Il s'agit d'un autre état morbide sur lequel nous reviendrons plus loin.

Ulcus gastrique prépylorique. — Tout ulcus gastrique est en principe sur la petite courbure, mais s'il siège sur la partie prépylorique de la petite courbure, à peu de distance du pylore, on le nomme ulcus pylorique ; or, c'est quand même un ulcus de la petite courbure, donc gastrique.

Dans ce cas, si c'est un ulcère simple, calleux, de l'estomac, le processus fibreux ou l'œdème détermine une sténose du pylore et de la stase gastrique ; on dit qu'il s'agit d'un « rétrécissement du pylore ». La gastro-entérostomie simple, dans ces conditions, fait le plus souvent disparaître les accidents de rétention. Je pratique toujours dans ces cas la résection gastrique, comme dans tout ulcus gastrique, mais je comprends que le chirurgien fasse, en général, une gastro-entérostomie qui permet la vidange de l'estomac et fait disparaître les troubles morbides.

Perforation aiguë du duodénum. — Celle-ci nécessite le bouchage de la perforation qui peut être très large et s'accompagner d'une infiltration périduodénale étendue, les tissus peuvent être tellement friables que le chirurgien peut être obligé de charger avec l'aiguille, les parois duodénales ou gastriques ; l'organe subit alors une sorte de plicature qui compromet la vidange gastrique. Il est prudent — l'étanchéité de la plaie étant assurée — de faire une gastro-entérostomie immédiate qui a deux chances sur trois de déterminer une guérison définitive.

Dans ces circonstances, je ne fais généralement pas une gastro-entérostomie postérieure pour réduire les manœuvres au minimum et ne pas ouvrir l'arrière-cavité des épiploons. Je fais plutôt une gastro-entérostomie antérieure, complétée par une jéjuno-jéjunostomie. Cette opération étant faite sous anesthésie locale ou rachidienne, la question de temps n'est pas à mettre en cause. Les deux tiers des sujets porteurs d'ulcère duodénal sont traités par la gastro-entérostomie préférée par la plupart des chirurgiens. Le tiers qui reste nécessite des retouches chirurgicales en dehors de la période d'urgence.

Cette gastro-entérostomie précolique se fait sur le jéjunum à 30 centimètres environ de l'anse duodéno-jéjunale et se complète d'une jéjuno-jéjunostomie.

Pourquoi un certain nombre de gastro-entérostomies donnent-elles des résultats nuls ou incomplets? — La question a été traitée récemment dans ce journal par M. le professeur Hartmann (1) :

(1) Hartmann *Gaz. des hôpit.*, 1930, p. 1493.

La bouche est mal placée. — « La bouche doit se trouver sur l'antre pylorique; elle doit être obliquement dirigée en bas et à droite, affleurer par son extrémité inférieure la grande courbure, en son point le plus déclive. Cela oblige évidemment à mettre plus de soin dans le passage de l'aiguille à suture, car de nombreux vaisseaux se trouvent au niveau de la grande courbure; c'est pourtant le seul moyen d'éviter la stagnation du contenu gastrique dans le cul-de-sac adjacent à la bouche anastomotique. »

J'ajouterai une remarque : quelques chirurgiens, tombant sur un ulcère gastrique calleux ou un cancer juste opérable, se contentent de faire, pour des raisons que je n'ai pas à discuter, une gastro-entérostomie très à gauche. Or, ces gastro-entérostomies qui fonctionnent peu ne permettent pas au sujet de se remonter rapidement. Cet incident n'a que l'avantage de faire souffrir le malade assez pour le forcer à aller trouver un gastrectomiste quelque temps après. C'est une considération qui ne doit pas entrer en ligne de compte.

Récemment, un collègue de Smyrne opéra un malade pour un ulcus calleux de la petite courbure. Il se contenta d'une gastro-entérostomie et m'envoya le malade pour être gastrectomisé. Le sujet resta à Paris entre les mains de deux médecins qui essayèrent toute une série de traitements *pendant huit mois.* Atteint de gastrorragie abondante, à trois reprises, ils se décidèrent à le laisser venir à ma clinique. Deux transfusions le remirent sur pied et je fis une gastrectomie secondaire large. L'examen histologique de l'ulcère calleux montra qu'il s'agissait d'un néoplasme au début. Ce sujet est en parfaite santé actuellement. Malgré l'avantage de pousser le malade à la retouche le plus tôt possible, il faut, quel que soit le cas, faire toujours la bouche anastomotique au point déclive. Si la bouche gêne la gastrectomie secondaire, l'opérateur supprimera la bouche anastomotique avec le reste de l'estomac. Ce n'est qu'une question de technique à laquelle tout opérateur doit être habitué, actuellement où la chirurgie gastrique a pris une telle extension.

Ne faire la *bouche anastomotique ni trop grande ni trop petite.* Trop petite, elle draine mal; trop grande, elle risque quelques accidents assimilables au prolapsus qui se produit sur les bords d'un anus contre-nature, dont la muqueuse s'extériorise.

Est-ce que la nature des fils peut avoir quelque importance? Aucune. Le fil de lin a l'avantage d'être meilleur marché, c'est tout.

Il faut éviter toute *infection péritonéale* dans le voisinage de la bouche. « Celle-ci peut être le point de départ d'une péritonite légère qui ne compromet pas le résultat immédiat de l'opération, mais cause des accidents ultérieurs : brides, adhérences, qui compromettent le fonctionnement de la gastro-entérostomie » (Hartmann).

D'autres *gastro-entérostomisés continuent à souffrir* parce qu'ils ont une lésion extra-gastrique : appendicite, cholécystite, colite, etc...

Les gastro-entérostomisés qui souffrent. — Pourquoi souffrent-ils?

a. Parce que le chirurgien a méconnu une lésion de la vésicule biliaire ou de l'appendice, pour ne parler que du cas le plus fréquent;

b. Parce qu'ils ont été gastro-entérostomisés pour une dyspepsie atonique, gastroptose, dyspepsie nerveuse; il faut pratiquer la *dégastro-entérostomisation*;

c. Parce qu'ils ont été opérés pour *des sténoses sous-vatériennes* du duodénum, état morbide « qui s'accompagne de douleurs tardives, de vomissements, d'une dilatation secondaire de l'estomac, de vomissements bilieux, suivis de disparition de douleurs dans le décubitus ventral.

« Dans ces cas, l'examen radiologique montre une dilatation du duodénum en amont de la sténose, l'exagération de mouvement péristaltique, la présence d'ondes anti-péristaltiques. Dans de pareils cas, la gastro-entérostomie, non seulement ne guérit pas les malades, mais aggrave leur état. C'est à la duodéno-jéjunostomie qu'il faut avoir recours » (Hartmann).

d. Ils souffrent encore par suite d'un ulcus jéjunal. Ceux-ci présentent « des symptômes qui rappellent ceux de l'ulcère gastrique : douleurs, vomissements, régurgitations acides. Le clinicien constate une douleur située plus bas et plus à gauche que celle de l'ulcère qui a été primitivement opéré sur le duodénum » (Hartmann).

Dans ces cas, il faut faire la gastrectomie secondaire.

J'ajouterai que souffrent encore nombre de sujets atteints *d'ulcus gastrique et qui ont subi une simple gastro-entérostomie.* Si cette anastomose suffit dans cartains cas, il est un nombre de cas considérable où elle est insuffisante et sur ce point se trouve indiquée la gastrectomie primitive ou secondaire. Nous nous proposons de développer cette question ultérieurement.

Technique de la gastro-entérostomie par le radio-bistouri. — Actuellement, nous faisons cette opération sans clamp, avec un seul rang de suture, sans ouvrir le jéjunum ni l'estomac; nous l'exécutons ainsi depuis quinze mois. Une anse jéjunale est choisie, la partie gastrique à anastomoser également. Pour l'exécuter rapidement, un assistant tend l'estomac et le jéjunum avec une pince de Chaput.

Incision séro-musculaire. — Elle est tracée d'un trait avec le radio-bistouri sur le jéjunum, bord convexe, sur une longueur de 5 centimètres. Même tracé sur l'estomac, suivant la ligne indiquée précédemment, oblique à droite et en bas vers la grande courbure.

Surjet séro-séreux, prenant l'estomac et le jéjunum. Si un vaisseau saigne, le charger avec une aiguille, c'est un temps délicat car il risque d'ouvrir la muqueuse, mais, si celle-ci s'ouvre, je n'ai jamais observé la moindre menace d'accident par ce fait; il est possible de se rendre maître d'une éruption gastrique, rare d'ailleurs, puisque l'estomac a toujours été lavé. Poursuite de la suture séro-musculaire par un surjet gastro-jéjunal.

Retouche de la sous-muqueuse au radio-bistouri. — Ce dernier, par coups de pointe, cuit la sous-muqueuse sur l'estomac et l'intestin. Un plan de suture suffit. Si les tissus sont friables, l'opérateur pratique (rarement) un deuxième plan séro-séreux ou fait quelques points séparés; c'est un cas d'espèce. Parfois faire l'hémostase, à distance, sur quelques vaisseaux, du côté de la grande courbure; généralement cette hémostase se fait avant de couper, à l'aide du radio-bistouri.

Rupture, par écrasement au doigt, des deux muqueuses cuites. — L'anastomose étant amorcée, mais sans ouverture de la muqueuse, l'opérateur saisit l'anastomose virtuelle entre le pouce et l'index de la main gauche; les deux doigts se rejoignent; la communication est faite. L'opération est terminée. La muqueuse n'est jamais suturée; nous n'avons jamais vu d'hémorragie secondaire et nous n'y croyons pas; c'est une objection théorique. Il nous est arrivé trois fois que la muqueuse gastro-intestinale ne s'est point ouverte; c'était à l'époque où nous connaissions encore mal la technique; c'est la raison d'ailleurs pour laquelle, très souvent, nous recuisons la muqueuse quand la moitié du surjet est fait, en passant une seconde fois le radio-bistouri. Dans ces conditions, il n'est pas possible que la muqueuse ne s'ouvre pas si elle a été cuite. Les trois cas que nous avons observés de non-ouverture de la muqueuse ne peuvent se reproduire. Cette technique a l'avantage de ne pas permettre l'écoulement dans le péritoine. Remarquer que l'ancienne technique (anastomose avec clamp coprostatique et suture en 2 plans) est également bonne et bénigne. Néanmoins, je tenais à signaler cette technique à ceux qui ont à leur disposition un radio-bistouri; c'est une simplification incontestable. Je n'insiste pas sur la question de rapidité plus grande, puisque le malade a été anesthésié localement. Je n'ai jamais recouru à la narcose pour la chirurgie gastrique. L'anesthésie la plus complete est la rachi-anesthésie à la percaine (durée : trois heures) ou l'anesthésie locale plus difficile, mais qui suffit dans la plupart des cas de chirurgie gastrique. En cas de résection pénible, la rachi rend l'opération plus facile par suite de la flaccidité extrême de la paroi abdominale. Pour une simple gastro-entérostomie, la rachi-anesthésie est inutile.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Traitement des raideurs articulaires, par le docteur José M. Jorge, professeur suppléant de clinique chirurgicale de Buenos-Aires. In-8 raisin de 80 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Vigot frères.

Étude médicale de quelques guérisons survenues à Lourdes. Thèse de doctorat en médecine, par le docteur Henry Monnier. Un volume de 68 pages avec photographies. — Prix : 14 fr. — Paris, N. Maloine.

L'Aérophagie. Signes, mécanisme, formes cliniques, diagnostic, traitement, par A. Dobrovici, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest (Roumanie), ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 40 pages avec figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ACTUALITÉS

DU BON USAGE DES PRODUITS QUINOLÉIQUES

L'atophan est depuis des années déjà entré dans la pratique médicale. Chimiquement c'est un acide 2 phénylquinolique, 4 carboxylique; bien vite, on a préparé une série d'autres dérivés quinoléiques d'action comparable et d'indications analogues. Nous ne dresserons pas ici une liste de produits pharmaceutiques qui serait forcément incomplète, ne fût-ce que parce que des produits très comparables portent dans des pays différents des désignations différentes.

L'indication première de l'atophan et d'un certain nombre de ses dérivés fut d'abord la crise aiguë de goutte; on mit ensuite à profit leurs propriétés dans les rhumatismes, aigus ou chroniques, ceux surtout où le salicylate était impuissant ou mal toléré; très heureux de trouver dans ces cas un médicament actif et bien supporté.

Ces substances sont en effet habituellement très maniables. Et les médecins ne furent pas longtemps les seuls à les apprécier.

D'eux-mêmes les malades prirent bientôt l'habitude de recourir à l'atophan et aux produits analogues comme analgésiques, sans ordonnance ni avis médical préalable, au même titre qu'ils le faisaient pour d'autres produits. Sans peut-être atteindre la même vogue, l'atophan s'est fait une place à côté de l'aspirine, du pyramidon et, pour d'autres fins, du véronal.

Tous ces produits de la série atophan possèdent une action sur l'élimination de l'acide urique, motif sans aucun doute de leur efficacité contre la goutte. Ils agissent aussi sur la sécrétion biliaire. C'est cette propriété qui nous intéresse plus particulièrement ici, car ce sont ses effets sur le domaine hépatobiliaire qui, depuis quelques années, ont attiré l'attention du clinicien. Une fois de plus, en effet, un médicament noté comme à la fois actif et inoffensif a perdu ce fleuron d'innocuité qui, lorsqu'on voit les choses dans leur réalité, ne saurait guère être qu'un brevet d'impuissance thérapeutique.

Dès le début, on reconnut dans l'atophan un excitant puissant de la sécrétion biliaire chez le chien porteur d'une fistule expérimentale. Brugsch et Horster avaient triplé au moyen de l'administration d'atophan la quantité de bile excrétée. Cette bile était plus alcaline, plus riche en résidu sec et en pigments biliaires. On retrouvait donc des effets comparables à ceux de l'acide salicylique et des acides biliaires.

Il se pourrait donc que l'action de l'atophan portât sur la cellule hépatique elle-même.

D'autres auteurs, cependant, ont observé des effets opposés : chez le lapin, Stransky et Steinmetzer ont, par l'administration d'atophan, provoqué une diminution de la sécrétion. Il est vrai qu'ils avaient employé une dose de produit sensiblement

double de celle que les précédents auteurs avaient administrée au chien.

Chez l'homme, l'expérimentation a été faite entre autres par Grüneberg et Ullmann, en employant la sonde d'Einhorn.

Chez des sujets normaux, l'injection d'atophan détermine rapidement une augmentation de la sécrétion biliaire qui atteint son maximum au bout de deux heures; la cholémie du sujet n'est pas modifiée, mais la quantité des pigments éliminés devient quadruple ou quintuple de la normale. En terrain pathologique, chez des sujets atteints d'ictère catarrhal, se produisent la même débâcle biliaire et la même augmentation des pigments excrétés. Il y a en revanche abaissement de la cholémie et augmentation de l'urobiline dans l'urine.

Aussi certains auteurs firent-ils de l'atophan un usage thérapeutique nouveau; ils crurent voir que l'évolution de l'ictère catarrhal était abrégée, que le prurit diminuait, que l'état général s'améliorait et que l'appétit renaissait plus vite. Le foie diminuait rapidement de volume.

Par ailleurs, d'autres auteurs, au moyen d'un produit dans la composition duquel entraient de l'atophan et de l'iode (biloptine) pratiquèrent avec succès l'examen radiologique des voies biliaires.

* * *

En opposition apparente avec cette action favorable, mais sans peut-être qu'il y ait contradiction essentielle, certains auteurs ont depuis quelques années signalé des troubles de la fonction hépatobiliaire après l'administration d'atophan.

C'est en 1923 que les premiers cas furent rapportés par Worster et Drought; depuis, Evans, Glower, Wibaux, Wells et plus récemment encore d'autres auteurs ont signalé, avec l'atophan, la biloptine ou d'autres médicaments s'apparentant à la même série, des accidents d'allure comparable.

Les accidents le plus fréquemment observés sont *des ictères*.

Dans bien des cas ce sont *des ictères curables* dont l'intensité et la durée peuvent cependant varier. S'ils sont parfois brefs, dans d'autres cas on les voit se prolonger plus ou moins longtemps. On en a vu, en effet, durer jusqu'à trois mois, finissant habituellement par guérir. Dans un cas même on a pu, pendant quelque temps, croire à un cancer des voies biliaires.

D'autres fois on a rencontré *des ictères graves*. Tantôt ils répondent au type d'ictère catarrhal aggravé, tantôt ce sont des ictères graves d'emblée, pouvant, si le rein est touché, s'accompagner d'oligurie et d'albuminurie. On voit en général, dans ces cas, survenir de l'atrophie hépatique. Dans les cas où l'autopsie a pu être pratiquée, on a trouvé les lésions typiques d'atrophie jaune aiguë du foie avec ses habituelles caractéristiques histologiques.

Quelques autres auteurs, dont Glower, ont enfin mentionné des *ictères hémolytiques*. Sutton a noté, dans ces cas, l'apparition à la période terminale d'une ascite abondante.

Après avoir employé la biloptine à des fins radiologiques, Hitzenberger, Singer, Schwartz ont vu survenir des ictères d'allure inquiétante et persistant avec des symptômes graves pendant une douzaine de jours. Aussi ces auteurs ont-ils abandonné ce produit pour la tétraiodophtaléine.

D'autres accidents encore ont été observés, plus rarement du reste. C'est ainsi que chez un sujet de cinquante-neuf ans, goutteux d'ancienne date, Worster et Drought ont après douze jours de traitement vu se produire une poussée d'*urticaire* qui disparut lorsqu'on abandonna l'atophan pour reparaître dès qu'on en reprit l'usage, s'accompagnant cette fois d'un état saburral marqué et d'un ictère qui persista plusieurs semaines.

Plus récemment, Petty relatait l'observation d'un sujet qui avait absorbé de l'atophan à doses d'ailleurs excessives et avait ensuite ressenti au niveau du creux épigastrique des douleurs violentes s'accompagnant de défense musculaire qui, pendant quelques jours, en imposèrent pour une perforation d'ulcus gastrique ou duodénal avec réaction péritonéale consécutive. On prit alors le parti d'intervenir. La laparotomie montra l'existence d'une *pancréatite aiguë* avec nécrose graisseuse et hémorragies, en même temps que l'absence de tout ulcère et de tout calcul biliaire. Le foie paraissait sain.

Après quelques jours, alors que la convalescence paraissait s'amorcer, survinrent des hématémèses d'une extrême abondance et menaçantes pour la vie. La guérison survint cependant au bout d'un certain temps grâce à une transfusion.

Signalons aussi que Chabanier, dans deux cas, a observé à la suite de l'emploi d'atophan une *néphrite aiguë* toxique avec des signes généraux graves et une azotémie accentuée. Ces cas sont à rapprocher des faits d'ictère grave plus haut cités et où l'atteinte rénale semble habituelle.

Un cas de Schultze dû à l'atoquinol, produit de la même série, mérite enfin d'être rapproché des précédents : un goutteux se soignant en dehors de toute direction médicale voit, après quelques jours de traitement, apparaître *une glossite* qui disparaît en quinze jours après interruption du traitement, mais qui reparaît dès le début d'une nouvelle cure d'atoquinol entreprise quelques mois plus tard.

Sans être très fréquents, de tels accidents ne sauraient passer pour exceptionnels puisqu'en 1929, Reichle, à l'occasion d'une observation personnelle de cirrhose hépatique consécutive à l'emploi de ces médicaments, relevait dans la littérature médicale depuis 1923 47 cas d'intoxication avec 10 morts, soit plus de 20 p. 100.

Il est malaisé actuellement d'être fixé sur le mécanisme de ces accidents. A coup sûr, on ne peut incriminer un médicament en particulier; en effet, divers produits de la même série et d'origines diverses ont donné des accidents analogues; d'autre part, des échantillons contemporains et d'une même provenance ont été bien tolérés par certains sujets, tandis que d'autres malades présentaient des accidents. Mode de préparation ni différences de composition ne sauraient donc être allégués.

Il en est de même pour la posologie dans bien des cas. Sans doute, certains accidents ont-ils été obser-

vés après des imprudences posologiques : c'est ainsi que le malade de Petty avait absorbé, en vingt-quatre heures, 10 comprimés dosés à 0g50 d'atophan. Des doses même moyennes, mais trop longtemps continuées sans interruption (1 gramme par jour pendant plusieurs mois) ont une importance qui ne saurait être négligée : c'est ainsi que les ictères graves ont rarement succédé à des doses minimes de médicaments. Cependant, dans certains cas, des doses de 0g50 à 1g50 par jour, donc nullement excessives, et même divisées en plusieurs prises, ont pu suffire à déterminer des accidents (Worster et Drought). Il y a donc là un élément dépendant du malade lui-même. Enfin, il est à remarquer qu'il ne paraît exister aucune proportion fixe entre l'importance de la dose ingérée et la gravité des accidents. Les tares du patient, les défectuosités de son foie ou de son rein ne peuvent suffire à expliquer de telles variations.

Il est, par ailleurs, certains caractères qui aiguillent les recherches dans une autre direction; mais il n'y a pas encore là non plus de démonstration complète.

Les accidents dus au traitement et arrêtés par sa cessation reprennent sans délai lorsque le traitement est recommencé, même à plus faible dose et même après une interruption très longue, plusieurs mois dans un cas.

Ils n'apparaissent, d'autres fois, qu'après une sorte de période d'incubation, alors même que le médicament n'est plus en usage depuis quelques jours (ictère grave mortel apparaissant quinze jours après l'arrêt d'un traitement bien supporté), type clinique et évolution de certains accidents enfin : urticaire, glossite, ont de même que les caractères précédents incité divers auteurs à regarder les accidents comme des troubles de sensibilisation. Mais il n'y a guère, à l'heure actuelle, qu'une vraisemblance et non une certitude.

Quel que soit le mécanisme des accidents, il semble aisé de les éviter à un clinicien prudent.

Il importe avant tout que le praticien prêche d'exemple et n'en vienne pas, sous l'influence ambiante, à considérer les dérivés quinoléiques comme des médicaments à tout faire, ni à les classer parmi les analgésiques interchangeables, toujours en réserve dans l'armoire familiale aux médicaments, près de la teinture d'arnica, de l'acide borique et de la teinture d'iode. L'atophan et ses dérivés sont trop actifs et trop précieux pour qu'on les laisse ainsi déconsidérer.

Le médecin n'en devra prescrire qu'après un bilan consciencieusement établi de la valeur fonctionnelle du foie et du rein, d'autant plus sévère, par conséquent, que le malade est plus suspect d'une tare. La posologie sera naturellement en rapport avec les résultats d'un tel examen.

Le traitement commencé, il faut s'attacher avec le plus grand soin à dépister la petite intolérance : céphalée, urticaire, phénomènes de choc, éruptions scarlatiniformes, troubles digestifs de tout ordre, vomissements, nausées et même simplement état saburral, anorexie. La recherche de l'urobiline dans l'urine peut être un guide précieux.

A la moindre alerte le traitement devra être arrêté définitivement.

Il faut enfin et surtout s'en tenir à des indications strictement et précisément limitées : l'atophan et les quinoléiques sont avant tout les médicaments de la *goutte aiguë*. On peut accessoirement les employer dans les formes sévères et résistant aux salicylates du rhumatisme. En ce qui touche aux états chroniques mieux vaut désormais s'abstenir.

Dans les *ictères* enfin, malgré les constatations cliniques et expérimentales dont nous avons parlé plus haut, il faut considérer la *contre-indication comme absolue*.

Ne donner l'atophan qu'à de petites doses et par brèves périodes : quatre jours de suite au plus et à dose d'autant plus prudente que l'état général est plus touché.

La rigueur de semblables précautions, en dehors d'une réglementation de la vente de ces substances arrivera peut-être à dissiper dans l'esprit du malade une confusion qui n'aurait que trop de tendances à s'établir et d'où pourrait ultérieurement naître une défiance que ne mérite pas un médicament incontestablement précieux. R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1930)

Des modifications du rapport protéinique dans les tumeurs. — MM. KOTZAREFF et J. LEUBA ont recherché les modifications de ce rapport chez des malades atteints de tumeurs diverses. Dans toutes les tumeurs sans exception, ils ont constaté une diminution très notable du quotient $\frac{\text{globuline}}{\text{sérine}}$. Dans les états précancéreux le quotient est moins abaissé que dans les tumeurs achevées. Il semble être d'autant plus abaissé que la tumeur est plus maligne. Dans une tumeur mixte de la parotide, un papillome du rectum, un angiome caverneux, les quotients étaient respectivement de 0,59, 0,49 et 0,58, tandis que, dans des épithéliomas à évolution très maligne, il oscillait entre 0,24 et 0,38, chiffres rapportés au quotient moyen de 0,66.

Trypanosomiase équine du Maroc et transmission héréditaire. — MM. L. NATTAN-LARRIER et B. NOYER. Le trypanosome du cheval et celui du dromadaire appartiennent à la même espèce, mais tandis que le premier ne donne jamais d'infection héréditaire, le deuxième en détermine presque toujours. Ces faits sont analogues à ceux que l'on observe pour le tréponème du pian et celui de la syphilis. De même que le tropisme de ces deux spirochètes ne varie jamais, le tropisme du trypanosome équin n'a pu être modifié par les expériences des auteurs. Cette fixité permet, d'ailleurs, de penser que le cheval n'est pas au Maroc le réservoir du virus du dromadaire.

Thalamus et chronaxie. — Mme LAPICQUE, dès 1923, a montré qu'un nerf moteur ayant gardé ses connexions avec les centres a une chronaxie plus petite que celle du nerf sectionné. C'est la « chronaxie de subordination ». De nouvelles expériences prouvent que l'on peut, chez la grenouille, enlever les hémisphères, les tubercules bijumeaux sans aucun changement ; ce qui importe c'est le thalamus. Son ablation

entraîne une augmentation brusque de la chronaxie de 30 à 50 chez la grenouille, alors que la section du nerf donne un chiffre de 55 environ (en millièmes de microfarads).

Trochronisme neuro-musculaire. — M. et Mme LAPICQUE.

Election d'un membre titulaire. — M. Gayet est élu par 34 voix.

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1931)

Variations saisonnières de la virulence du streptobacillus moniliformis chez la souris. — MM. C. LEVADITI et F.-R. SELBIE, confirmant les constatations antérieures de divers auteurs relatives à la périodicité saisonnière de certaines maladies épidémiques (poliomyélite par exemple), rapportent leurs observations concernant les variations saisonnières de la virulence du *streptobacillus moniliformis*, agent pathogène de certaines formes d'érythème polymorphe humain et de la polyarthrite infectieuse de la souris. Cette variation se traduit par une fréquence maxima des arthrites en mai et par une fréquence maxima des formes septicémiques exemptes de localisations articulaires en mars.

Infection neurovaccinale latente du syphilome expérimental chez le lapin. — MM. C. LEVADITI et A. VAISMAN, après avoir rappelé que l'ultravirus neurovaccinal provoque chez le lapin des infections latentes spontanées lorsque les animaux vivent dans un milieu contaminé par la vaccine, exposent une observation concernant un lapin inoculé par voie sous-scrotale avec le virus Truffi, et qui a séjourné pendant trois mois dans un milieu où de nombreuses expériences avaient été effectuées avec la vaccine. D'après cette observation, les auteurs concluent que les syphilomes non ulcérés à virus Truffi peuvent, chez certains lapins vivant en milieu contaminé, contenir de rares germes vaccinaux dont la présence peut être révélée par l'inoculation de ces syphilomes dans l'encéphale d'autres lapins neufs, voire même dans le cerveau de singes catarrhinins. L'infection neurovaccinale latente de tels syphilomes ne modifie pas la virulence des tréponèmes qu'ils hébergent. Cette infection inapparente confère au porteur un état réfractaire antivaccinal absolu.

Recherche par la cataphorèse du virus poliomyélitique dans la moelle de singes atteints de lésions chroniques. — MM. C. LEVADITI et P. LÉPINE ont soumis à la cataphorèse la moelle de deux singes qui présentaient, à la suite d'inoculations de virus poliomyélitique datant de trente-cinq et de quatre-vingt-six jours, des paralysies chroniques avec altérations médullaires histologiques, et n'ont pas réussi à mettre en évidence le virus qui, d'après certaines recherches, devrait y persister à l'état latent.

Sur une méthode de production de l'antitoxine tétanique des chevaux antérieurement vaccinés contre le tétanos. — MM. G. RAMON et E. LEMÉTAYER. Chez des chevaux vaccinés contre le tétanos au moyen de deux injections de 10 centimètres cubes d'anatoxine tétanique au tapioca et qui, un an après cette vaccination, reçoivent une nouvelle injection de 10 centimètres cubes dite de rappel, la teneur en antitoxine spécifique du sérum passe de 0,001 à 2 à 20 unités et davantage. L'immunité des animaux est donc multipliée jusqu'à 20.000 fois et plus; l'accroissement de l'immunité sous l'influence d'une seule injection de rappel est si considérable qu'il est tout indiqué dans la pratique courante de l'immunisation active des animaux d'effectuer, une fois pour toutes, cette injection de rappel un an par exemple après la vaccination. D'autre part, les chevaux antérieurement vaccinés contre le tétanos montrent une aptitude si remarquable à s'hyperimmuniser qu'ils sont tout désignés pour la préparation rapide et économique d'un sérum antitétanique de valeur très élevée.

Sur la production intensive de l'antitoxine tétanique. — MM. G. RAMON et E. LEMÉTAYER. Dans un essai récent il a été tiré parti à la fois de l'aptitude des chevaux vaccinés contre le tétanos à la production de l'antitoxine tétanique et de l'accroissement de cette production sous l'influence de l'addition à l'antigène d'un peu de tapioca par exemple.

Après l'hyperimmunisation qui a duré trente-cinq jours, les sérums recueillis titraient de 1.200 à 10.000 unités internationales au centicube.

Ces résultats dépassent de beaucoup ceux publiés antérieurement; ils permettent d'apprécier les progrès réalisés et les avantages acquis : économie de temps et d'antigène, production d'antitoxine considérablement augmentée, grâce aux méthodes employées. Les sérums antitétaniques ainsi obtenus, dont la haute valeur en antitoxine peut être encore augmentée par la purification, donnent en particulier de grandes facilités pour le traitement du tétanos déclaré; ils permettent de réduire considérablement le volume du liquide spécifique à injecter.

L'action cholérétique des dérivés chlorés de l'acide acétique. — MM. Et. CHABROL, R. CHARONNAT, M. MAXIMIN et R. WAITZ ont constaté que deux dérivés chlorés de l'acide acétique possédaient au même titre que le chloral ou le chloralose une action cholagogue. Ils ont recherché s'il existait un parallélisme entre leur pouvoir cholérétique et leur teneur en chlore. Le plus actif est l'acide monochloracétique qui est susceptible de quadrupler le volume de la bile excrétée par demi-heure; l'action de l'acide trichloracétique est moins constante, l'acide dichloracétique est inactif.

Recherches expérimentales sur l'action cholérétique de quelques dérivés de la série grasse à faible poids moléculaire. — MM. Et. CHABROL, R. CHARONNAT, M. MAXIMIN et R. WAITZ, ayant reconnu l'action cholérétique nette et constante de l'acide monochloracétique, discutent successivement le rôle de l'élément chlore et celui du groupement carboxyle. L'action cholérétique disparaît lorsqu'on remplace le carboxyle par un groupement amide, alcool ou méthyle. Elle n'est point nécessairement supprimée lorsque les modifications portent sur le groupement chloré. L'acide bromacétique a une action immédiate et constante; malheureusement sa toxicité ne permet pas de l'utiliser en pratique. Le glycocolle, à la dose de 2 grammes, l'acide hippurique par voie veineuse à la dose de 1 gramme sont actifs chez des chiens d'une vingtaine de kilogrammes. Si le chlorure d'éthyle est sans action, le bromure et l'iodure d'éthyle peuvent doubler la sécrétion biliaire lorsqu'on les emploie à doses très fortes par inhalation. Le chloroforme est resté sans effet par voie veineuse à la dose de 1 gramme dans 200 centimètres cubes de sérum glucosé ou par inhalation à dose anesthésique chez six chiens; le tétrachlorure de carbone fut également inactif en inhalation.

— Société de biologie de Lyon. (Séance du 15 décembre 1930) :

Sur l'auto-épuration colibacillaire des eaux fluviales. — MM. Fernand ARLOING et A. DUFOURT étudient le mécanisme de l'auto-épuration d'eaux fluviales contenant au début de l'expérience de 20.000 à 2 millions de coli au litre suivant les échantillons considérés. Ils montrent que le facteur lumière déjà connu comme cause de stérilisation présente une importance notable, puisqu'on peut voir en un mois et demi le nombre des colibacilles partir de 2 millions pour descendre au-dessous de la centaine.

Qu'en outre de la lumière, l'auto-épuration dépend d'abord de la concurrence vitale, ensuite de l'action d'un principe lytique, en troisième lieu de l'appauvrissement nutritif du milieu.

Toutefois, le principe lytique se révèle incapable de détruire tous les colibacilles, et, à partir d'un certain degré

d'épuration par la lyse, il persiste un chiffre fixe de colibacilles, environ 1.000 à 1.500 par litre devenus résistants à la lyse.

Essais de modification par des savons de l'évolution de la tuberculose expérimentale du lapin. — MM. Fernand ARLOING et P. DELORE ont précédemment montré sur le cobaye la perte presque totale des propriétés pathogènes du bacille tuberculeux sous l'influence de certaines solutions de savons.

Ils confirment ici sur le lapin à l'aide du ricinoléate de soude à 1/250 ou à 1/500, ainsi que de l'oléate de soude à 1/250, l'abaissement de la virulence du bacille dans les cas où l'injection intraveineuse du lapin a été réalisée avec des microbes suffisamment imprégnés par le savon. Mais il est bon de remarquer que, chez le lapin, les bacilles bovins modifiés ont été injectés dans le sang au lieu de l'avoir été dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Modifications histologiques de la tuberculose expérimentale du lapin consécutive à l'infection par des bacilles traités par des solutions de savons. — MM. Fernand ARLOING, P. DELORE et CROIZAT ont observé qu'alors que les lapins témoins injectés dans la veine avec des bacilles normaux présentent des lésions typiques et intenses, les animaux tuberculisés par des bacilles traités par le ricinoléate de soude ont des lésions pulmonaires très réduites en certains points, plus étendues dans d'autres et limitées par une grosse coque fibreuse entourant des nappes de cellules épithélioïdes sans processus très marqué de dégénérescence.

En outre, les poumons sont le siège d'une réaction fibreuse intense sans caséification. Les bacilles savonnés perdent donc notablement leurs propriétés caséifiantes et destructrices et y substituent une réaction fibreuse. Leur virulence est donc manifestement atténuée.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

VIIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE DE BORDEAUX. — Le VIIe Congrès national de la tuberculose, organisé par le Comité national contre la tuberculose, l'Œuvre de la tuberculose et la Fédération girondine des œuvres antituberculeuses, aura lieu à Bordeaux, du 30 mars au 2 avril 1931.

Le bureau est ainsi composé : MM. Calmette, Dopter et A. Honnorat, présidents d'honneur; M. le doyen Sigalas, président; MM. les professeurs Léon Bernard, Bezançon, Leuret, Parisot, Sergent et les docteurs Holtzmann, Mouisset et Rist, vice-présidents; MM les docteurs Courcoux, Poix et Secousse, secrétaires généraux; M. le médecin-commandant Le Bourdellès, docteur Royer, M. Vovard, secrétaires; M. Georges Masson, trésorier.

Questions à l'ordre du jour :

1° QUESTION BIOLOGIQUE. — *Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux.* — Rapporteurs : professeur Bezançon, docteurs Philibert et Paraf (Paris).

2° QUESTION CLINIQUE. — *Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire.* — Rapporteurs : professeur Leuret et docteur Caussimon (Bordeaux).

3° QUESTION MÉDICO-SOCIALE. — *Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire.* — Rapporteurs : docteurs Küss (Paris), Secousse et Piéchaud (Bordeaux).

4° QUESTION MÉDICO-MILITAIRE. — *Prophylaxie de la tuberculose dans l'armée.* — Rapporteurs : MM. le médecin lieutenant-colonel Pilod, le médecin-commandant Le Bourdellès (du Val-de-Grâce).

Au cours du Congrès, deux conférences seront faites, l'une par le docteur Burnand (Lausanne) sur « L'état actuel du traitement de la tuberculose », l'autre par le professeur Sayé (Barcelone) sur les « Progrès de la phtisiologie et la pratique du dispensaire ».

Pendant le Congrès des visites auront lieu aux divers organismes locaux de lutte antituberculeuse de la ville de Bordeaux et de sa banlieue, ainsi qu'aux principaux chais bordelais. Après la clôture, des excursions, d'une durée d'un ou deux jours, permettront aux congressistes de visiter les établissements antituberculeux de la Gironde et du Sud-Ouest de la France.

Les personnes qui désirent prendre part au Congrès sont priées d'envoyer le montant de leur cotisation, qui est fixé à 50 fr., à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris, ou mieux de verser cette somme dans un bureau de poste au compte courant de M. Masson (chèques postaux no 589), à Paris.

Les membres du Congrès bénéficieront de la part des compagnies de chemins de fer français de bons de transports à tarif réduit de 50 p. 100, et de la part des hôtels d'une réduction de 25 p. 100 sur le prix du logement. En outre, la participation au Congrès des médecins officiers de réserve de la Métropole sera considérée comme période d'exercice de six jours et entrera en ligne de compte dans la durée totale des périodes fixée par l'article 49 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée; toutefois, cette période ne sera pas comptée comme période exigée pour l'avancement. Les intéressés bénéficieront du tarif militaire sur les chemins de fer, à l'aller et au retour de Bordeaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Congrès, au siège social du Comité national contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris. Tél. Danton 69-04.

VACANCES DE PAQUES SUR LA COTE D'AZUR. — Le Ve Voyage de Pâques de la Société médicale du Littoral Méditerranéen (Voyage Rose), se déroulera, comme de coutume, dans la plus belle partie de la Côte d'Azur. Le rassemblement aura lieu à Cannes, le dimanche des Rameaux (29 mars). Après avoir fait le tour de l'Esterel, on visitera Saint-Raphaël, Valescure, Fréjus, Boulouris, Agay, Le Trayas et la Corniche d'Or. Puis, l'on se rendra à Super-Cannes, à Juan-les-Pins, au Cap d'Antibes et l'on gagnera Nice, par Grasse et Vence.

De Nice, on parcourra la Grande Corniche, Roquebrune, le Cap Martin, Menton et Grimaldi, où l'on visitera les Laboratoires du docteur Voronoff. Enfin, après les somptueuses réceptions de Monaco et de Monte-Carlo, on reviendra par Beaulieu et la Moyenne Corniche, à Nice, où le Voyage se terminera le dimanche de Pâques, 5 avril.

Le lundi 6 avril et jours suivants, des Excursions facultatives seront organisées, dans les Alpes, en Italie et en Corse, et, si les voyageurs désirent prolonger leur séjour sur la Côte d'Azur, la Société médicale leur en facilitera les moyens.

Les adhérents au Voyage de Pâques recevront un permis de parcours individuel à demi-tarif, sur les Chemins de fer français et italiens, valable durant un mois, en 1re et 2e classes. — La visite de chaque station sera assurée avec tous les concours scientifiques utiles. — Les parties instructives du programme alterneront, comme de coutume, avec les parcours les plus magnifiques et les réceptions les plus cordiales. — Les familles des médecins seront admises, ainsi que les étudiants en médecine. — On peut adhérer séparément aux Excursions.

Le nombre des places étant nécessairement limité, les médecins qui désirent prendre part à ce Voyage et aux Excursions qui le suivront, sont priés d'écrire, dès à présent, au Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, Nice.

CROISIÈRE D'ÉTÉ EN NORVÈGE, AU SPITZBERG ET A LA BANQUISE ORGANISÉE PAR « BRUXELLES MÉDICAL ». — Un grand nombre de médecins ayant fait savoir que leurs occupations professionnelles ne leur permettaient pas de s'absenter pendant les vacances de Pâques, *Bruxelles médical*, répondant au désir exprimé par eux, a décidé l'organisation sous ses auspices, au mois de juillet prochain, d'une grande croisière sur les côtes de Norvège (avec visite de quelques-uns des plus jolis fjords), aux Lofoden, au Cap Nord, en Laponie, au Spitzberg (où les campements d'Andrée, d'Amundsen et de Nobile pourront être atteints) et à la Banquise avec retour par Jan Mayen, les Feroë et l'Ecosse. Cette croisière, qui ne comprendra pas moins de 22 escales et dont l'itinéraire, d'un tracé pas encore réalisé jusqu'à ce jour, a été très scientifiquement établi par une personnalité dont les expéditions polaires sont universellement célèbres, personnalité qui prendra d'ailleurs part au voyage, s'effectuera à bord du paquebot de grand luxe *Foucauld* (15.000 tonnes, 152 mètres), mis en service l'an dernier et spécialement affrété pour la croisière. Le *Foucauld* est sans aucun doute une des plus belles unités de la flotte française actuelle.

Le départ aura lieu de Dunkerque le 11 juillet, de Zeebrugge le 12 juillet, et le retour le 6 août dans les mêmes ports.

Prix médical applicable uniquement aux docteurs en médecine, à leurs femmes et enfants mineurs célibataires : en 1re classe, depuis 4.500 fr. français par personne; en 2e classe, depuis 1.975 fr. français par personne.

Les personnes étrangères au Corps médical seront admises, sur recommandation écrite de leur médecin de famille, à un tarif légèrement supérieur.

Des excursions facultatives seront organisées en Norvège et en Ecosse. Prix forfaitaire global : 895 fr. français.

En raison des conditions particulièrement avantageuses dans lesquelles s'effectuera le voyage, les médecins qui ont l'intention d'y prendre part sont priés de se faire connaître le plus tôt possible. Il sera tenu compte, pour l'attribution des places, de l'ordre d'arrivée des demandes.

Pour tous renseignements et les inscriptions, écrire à la section des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles, adresse télégraphique : Belgfranav, qui enverra gratuitement sur demande la brochure contenant la carte géographique du voyage.

RENSEIGNEMENTS

A ADJUGER, étude de Me Robert LETULLE, notaire, 12, rue d'Anjou, à Paris, le 10 fév. 1931, à 14 h. 30, Fonds de commerce de **FABRICATION D'APPAREILS ÉLECTRIQUES MÉDICAUX**, exploité à Bagnolet (Seine), avenue Galliéni, n° 51, en ce compris le bénéfice de la promesse de vente des lieux où est exploité ledit fonds.

Mise à prix : pour les éléments incorporels, 1,000 fr. — Mobilier et matériel à reprendre en sus pour 13.895 fr. — Marchandises à reprendre en sus pour 39.565 fr.

Consignation pour enchérir : 10.000 fr.

S'adresser audit Me LETULLE, et à Me NARET, notaires à Paris, 18, rue Montpensier.

Fds DE **BROYAGE** et Pulvérisat. de t. produits pharmaceut.. chimiques ou industr., à Paris, 30, r. du Rendez-vous. M. à p. pt ét. b. : 70.000f. March. en sus. Adj. ét. GUITTON, not., 19, Boulv. Conrcelles, 11 fév., 14 h. S'adr. à Me LEPICARD, synd., 26, rue La Harpe, et not.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU REIN

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

Signes d'examen. — 1. La tumeur rénale est nettement perceptible, car le rein a tendance à se ptoser.

On fera sa preuve rénale par la recherche du *contact lombaire* et du *ballottement rénal* car elle reste longtemps mobile; accessoirement par la recherche de la bande de sonorité colique en avant d'elle, à droite (surtout après insufflation).

Elle siège le plus souvent au niveau d'un pôle rénal.

— Soit pôle inférieur : facilement perçue.

— Soit pôle supérieur : rein paraît augmenté en masse.

Sa consistance et son volume sont variables.

Exceptionnellement tumeur déformant l'hypocondre en donnant une voussure lombaire; ou au contraire tumeur très petite, difficile à percevoir (s'aider de la position debout ou du Trendelenburg).

2. *Examens complémentaires.* — Donnent les mêmes symptômes qu'au début, permettent de poser une indication opératoire (constante d'Ambard).

Période terminale. — *Signes fonctionnels.* — *Hématuries.*

Douleurs lombaires : s'exagèrent, prenant le caractère de *névralgies pénibles* du plexus lombaire :

— Névralgies des derniers intercostaux ou des nerfs lombaires;

— Névralgies des nerfs abdomino-génitaux, irradiant au testicule;

— Névralgie crurale, névralgie sciatique plus rare.

Signes généraux. — Généralement très tardifs. Cependant la *fièvre* (38°-38°5) est signalée comme fréquente en dehors de toute infection rénale.

Signes physiques. — *La tumeur* augmente de volume progressivement, devient adhérente et se fixe : plus de ballottement, plus d'influence des mouvements respiratoires.

Terminaison. — Mort tardive :

— *Par cachexie* avec fièvre souvent élevée, œdèmes considérables par compression;

Quelquefois ictère, ascite.

Ou complications.

— *Propagations* pleurales, pulmonaires ou viscérales.

— *Métastases* (assez rares) : poumon, foie, os.

— Rarement accidents urémiques. L'évolution totale peut se chiffrer par année.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 8, p. 140.

FORMES CLINIQUES

1. *Formes suivant la prédominance d'un symptôme.* — Elles sont nombreuses :

Formes hématuriques.

Formes douloureuses.

Formes fébriles, pseudo-lithiasiques.

Formes se révélant par des signes généraux, anémiques, etc.

2. **Forme de l'enfant.** — Beaucoup plus importante. Il s'agit soit de sarcomes, soit de tumeurs mixtes, ces dernières surtout chez l'enfant jeune.

SYMPTOMES

Début. — L'attention est attirée avant tout par la *tumeur*, apparue rapidement. Les douleurs sont au second plan. Les *hématuries* sont rares.

A l'examen. — *Tumeur* déformant l'abdomen, qui est sillonné d'un *réseau veineux collatéral.*

— Son volume est considérable, elle comble le flanc et gagne souvent la partie médiane.

— Sa consistance est irrégulière.

— Elle adhère rapidement et s'immobilise si bien qu'il est souvent difficile d'affirmer sa nature rénale; cependant, la notion de fréquence rend le diagnostic relativement simple.

ÉVOLUTION

L'évolution est très rapide. En quelques semaines,

Les signes de compression apparaissent :

— Œdème : ascite qui complique encore le diagnostic.

— *Circulation collatérale* intense,

— Stase intestinale,

— Parfois ictère.

L'état général s'altère :

— Fièvre élevée (39 degrés),

— Amaigrissement,

— Cachexie.

Si l'on n'intervient pas : la mort survient en quelques mois,

— Par cachexie,

— Par complications : occlusion intestinale, péritonite, etc.

— Par métastases : foie, poumon, os.

Cette évolution peut parfois être influencée

— Par l'*intervention* à condition qu'elle soit très précoce et aussi complète que possible; mais alors, elle est très grave.

— Surtout par la *radiothérapie* (certains sarcomes y sont très sensibles et rétrocèdent nettement).

Cependant, la *récidive* à brève échéance est presque de règle quelle que soit la méthode.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les troubles psychiques au cours du tabes, par MM. E. Larrivé et H.-J. Jasienski.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de chirurgie.
Société de médecine de Paris.
Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
NOTES DE PRATIQUE
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

Dans quelques jours paraîtra un numéro consacré à l'étude de la **Poliomyélite antérieure aiguë.**

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Toulouse. — *Concours de l'internat.* — Questions sorties à l'écrit :
Anatomie : « Lobule pulmonaire. »
Pathologie : « Broncho-pneumonies aiguës. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — La chaire de médecine expérimentale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est déclarée vacante. (*J. O.*, 3 fév. 1931.)

— Toulouse. — M. Planques a été nommé chef de clinique de neurologie et psychiatrie à la Faculté.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :
Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bichon (de Blain), Bosredon (de Bordeaux), Boulommier (de Paris), Buisson (de Mortain), Chevalier (de Versailles), Gaudin (de Marennes), Girod (de Chambéry), Janicot (de Saint-Marc-à-Loubaud), Kerambrun (d'Hédé), Laden (de Paris), Méloche (de Saint-Nazaire), Peigney (de Dinard), Tacquet (d'Abbeville).

M. Varenne, pharmacien colonel (de l'hôpital militaire Bégin.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Antonin (de Marseille), le médecin capitaine Bergeret; Betous (de Saint-Pierre-du-Mont), Bouyer (de Saint-Egrève), Brahy (de Mirecourt), le médecin commandant Brugeas; Carrière (de Malaucène), Chardon (d'Annœullin), Culot (de Maubeuge), Descombins (de Montceau-les-Mines), Dieuzeide (de Dijon), Georgeot (de Monthureux-sur-Saône), Groribard (de Dôle), Grumbach (du Péage-de-Roussillon), Guri (d'Urmalt), Hudelo (de Paris), Leriche (de Joigny), Louart (de Wattignies), Louet (de Beauvais), le médecin commandant Lubet; Monnot (d'Alger), Reygasse (de Cugnaux), Rudler (d'Auxerre), Sautier (de Cluses), Soum (de Carcassonne), Lomé (de Togo), Vignoll[illegible]e Salon).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Le Roy des Barres (d'Hanoï).

COMITÉ CONSULTATIF DE SANTÉ. — La composition, pour l'année 1931, du Comité consultatif de santé, est fixée comme suit :

1° Président : le médecin général inspecteur Lanne, inspecteur permanent des écoles du Service de santé militaire.

2° Membres titulaires : MM. Baron, médecin général inspecteur, directeur du Service de santé de la 15e région; Cadiot, médecin général inspecteur, directeur du Service de santé de la région de Paris; Sacquépée, médecin général inspecteur, directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée; Savornin, médecin général, directeur du Service de santé de la 14e région; Rouvillois, médecin général, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, inspecteur des services chirurgicaux de l'armée, membre de l'Académie de médecine; Lévy, médecin général, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire; Boyé, médecin général inspecteur des troupes coloniales, de l'inspection générale du Service de santé des colonies; Bouffard, médecin général des troupes coloniales, adjoint au directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole; Breteau, pharmacien général, membre de l'Académie de médecine.

3° Membres consultants :

a. Membres civils : MM. Roger, ex-doyen de la Faculté de

médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine; Quénu, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Walther, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine; Bezançon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

b. Membres militaires : MM. Lahaussois, médecin général, directeur du Service de santé de la 6e région; Rubenthaler, médecin général, directeur du Service de santé de la 7e région; Plisson, médecin colonel, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction Percy; Pilod, médecin lieutenant-colonel, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé militaire; Chaput, pharmacien colonel, gestionnaire de la pharmacie centrale de l'armée.

COMMISSION SUPÉRIEURE CONSULTATIVE D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE MILITAIRES. — La composition, pour l'année 1931, de la Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires est fixée comme suit :

Président. — M. le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Membres civils. — MM. les professeurs Léon Bernard, Bezançon, Calmette, Chauffard, MM. Chauveau, sénateur; Emile Vincent, député; le docteur Jules Renault, les professeurs Roger, Pierre Teissier, Balthazard, M. Serge Gas, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique au ministère de la Santé publique.

Membres militaires. — M. Dopter, médecin général inspecteur, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre; MM. Rimbert, intendant général; Oudard, médecin général de 2e classe de la marine; Duchene, général de division; Lanne, médecin général inspecteur, président du Comité consultatif de santé; Lasnet, médecin général inspecteur, président du Conseil de santé des colonies; Sacquépée, Vaillard, Sieur, Vincent, Rouget, médecins généraux inspecteurs; Polin, médecin général.

Secrétaire. — M. Liégeois, médecin commandant.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE SURVEILLANCE DES EAUX DESTINÉES A L'ALIMENTATION DE L'ARMÉE. — La composition, pour l'année 1931, du Conseil supérieur de surveillance des eaux destinées à l'alimentation de l'armée, est fixée comme suit :

Président. — M. le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Membres civils. — MM. Bonjean, Carrier, le docteur Chauveau, sénateur; Colmet d'Aage, le professeur Paul Courmont, Diénert, Dollfus, Imbeaux, Loevy, Martel, Emile Vincent, député.

Membres militaires. — MM. Dopter, Sacquépée, médecins généraux inspecteurs; Rimbert, intendant général; Lefort, général de division; Oudart, médecin général de 2e classe; Lanne, médecin général inspecteur, président du Comité consultatif de santé; Vincent, Rouget, médecins généraux inspecteurs; Breteau, pharmacien général; Pilod, médecin lieutenant-colonel; Zoeller, médecin commandant.

Secrétaire. — M. Liégeois, médecin commandant.

ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le *Journal officiel* du 29 janvier 1931 publie l'avis de concours d'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1931.

Le concours aura lieu les 7 et 8 juillet. — Pour les pièces à produire, se reporter au *Journal officiel*.

A LA MÉMOIRE DE MARCEL LERMOYEZ. — Les amis, les collègues et les élèves du docteur Marcel Lermoyez, désireux de perpétuer son souvenir, ont décidé ne demander au sculpteur Desruelles de graver son effigie en médaille.

Tout souscripteur d'une somme de 100 francs recevra un exemplaire de la médaille.

Les souscriptions doivent être envoyées à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS et la Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français tiendront leur assemblée générale ordinaire le jeudi 19 février 1931, à 17 h., dans la salle du Conseil de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

HÔPITAL ET DISPENSAIRE FRANÇAIS DE LONDRES. — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er mars 1931.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux (ou trois) médecins-résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements écrire au docteur Robert Pierret (95, avenue Kléber, Paris).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le professeur Cesare Cattaneo, le célèbre pédiatre de Milan; les docteurs Etienne Tartois (de Paris), Georges Dollon (de Vesoul), Pardon (de Quincié), Louis Duvernay (d'Aix-les Bains), A. Gouin (de Vieillevigne), Margnat (de Vichy), Fernand Boivin (de Tours), Madelaine (de Marrakech), Charles Hédoire (de Chocques), J.-B. Lacroix, professeur de physiologie à l'Université Laval de Québec, Gabriel Arthaud (de Paris); médecin colonel en retraite Godet, à Bordeaux.

CONFÉRENCES CLINIQUES DE LA LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. — La première conférence a eu lieu le jeudi 22 janvier, dans la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, sous la présidence du professeur F. Bezançon.

M. M. P. Weil a présenté une série de malades, posant de nombreux problèmes de diagnostique et de thérapeutique.

Des discussions ont eu lieu entre les nombreux membres de la Ligue présents.

La prochaine conférence aura lieu le mercredi 11 février, à 10 h., dans la clinique médicale de l'hôpital Cochin, professeur Achard, et sera organisée par MM. Coste, Forestier et Lacapère.

HÔPITAL SAINT-MICHEL. — Conférence du docteur A. Richard sur l'effort physique des coureurs cyclistes pour le tour de France le mercredi 11 février, à 11 h., hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres (service de gastro-entérologie).

REVUE GÉNÉRALE

LES TROUBLES PSYCHIQUES AU COURS DU TABES

PAR LES DOCTEURS

E. LARRIVÉ
Médecin des Asiles,
Chef de clinique

H.-J. JASIENSKI
Interne des Asiles
et de la Clinique psychiatrique

à la Faculté de médecine de Lyon.

La première observation qui concerne un tabes s'accompagnant de troubles mentaux remonte, d'après les auteurs, à 1826, et fut faite par Calmeil qui la rapporte dans sa thèse. Cependant avant 1858, avant la description de l'ataxie locomotrice par Duchenne, de Boulogne, les observateurs ne pouvaient guère comprendre ces cas complexes et les dissocier en leurs éléments constituants. Il faut attendre 1875 pour trouver un important travail consacré à la question qui nous occupe : *Considérations cliniques sur quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale*, de Rey. Puis, en 1879, c'est la thèse de Masson : *Des rapports de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice*. En 1882, Rougier, exprimant les idées de son maître Pierret, intitule sa thèse : *Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques*, depuis laquelle on désigne sous le nom de psychose de Pierret-Rougier un état délirant particulier aux tabétiques. Nageotte en 1893, étudie les relations du tabes et de la paralysie générale; il en souligne l'extrême fréquence et conclut, s'opposant ainsi aux affirmations de Rougier, que dans la très grande majorité des cas, c'est à une association tabéto-paralytique qu'on doit attribuer les troubles mentaux des tabétiques. En 1908, Salin s'attachant à l'évolution particulière que présente parfois la paralysie générale chez les tabétiques, décrit « Le syndrome de paralysie générale chez les tabétiques », et en fait une démence particulière possédant à sa base des lésions anatomiques propres.

A partir de 1910, on retrouve dans la littérature médicale de nombreuses observations que nous ne pouvons signaler ici, faute de place. Nous nous bornons à citer les plus importants travaux. En 1910, c'est l'article de Truelle, paru dans les *Annales médico-psychologiques* : « Les troubles mentaux dans le tabes. » En 1911, Desruelles consacre sa thèse au même sujet : *Contribution à l'étude clinique des troubles mentaux chez les tabétiques*. En 1914, Truelle et Cornet signent un article dans les *Annales médico-psychologiques* : « Troubles mentaux dans le tabes ». En 1916, c'est la thèse de Mlle Bouderlique : *Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le tabes*. Entre temps, le professeur Claude décrit dans l'*Encéphale* de 1912 (n° 12), « La méningo-encéphalite syphilitique aiguë des tabétiques », et dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* en 1913, le même auteur publie une Revue générale, intitulée « Tabes et troubles mentaux ». En 1922, le professeur Urechia étudie dans l'*Encéphale* de façon très documentée, l'anatomo-pathologie de la question et apporte deux intéressantes observations. Citons encore les publications du professeur Gougerot, l'une dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie* de juillet 1925, intitulée : « Fréquence des psychopathies simulant la paralysie générale chez les tabétiques »; l'autre parue dans les *Annales des maladies vénériennes* de février 1926 : « La pseudo-paralysie générale chez les tabétiques, guérison ou amélioration et fixation par le traitement antisyphilitique. »

Enfin nous-mêmes, dans notre thèse de Lyon 1930 (1), avons tenté une mise au point récente de la question.

1° **Le psychisme du tabétique.** — Les troubles mentaux ne se voient qu'exceptionnellement au cours du tabes. Ils ne font pas partie de la symptomatologie habituelle de cette affection et n'y figurent au contraire qu'à titre de complication. Tant que le tabes demeure pur, c'est-à-dire localisé à la moelle, chez un individu d'une constitution psychique normale, sans antécédents névropathiques, vivant dans de bonnes conditions d'hygiène générale, soustrait aux causes d'intoxication chronique comme l'est si souvent l'alcoolisme, on n'observe pas de troubles mentaux.

Cependant, il est curieux de remarquer qu'à plus d'un titre, le tabétique est menacé dans son intégrité psychique. Sur lui s'exercent de multiples influences fâcheuses qui ne peuvent que l'engager dans la voie du délire.

C'est au premier chef un syphilitique, et comme tel, s'il la connaît, sa maladie agira comme facteur psychologique, moral, émotif, déterminant des phobies, de l'anxiété, des obsessions, un état neurasthénique que tous les syphiligraphes connaissent bien.

D'autre part la syphilis peut agir encore comme facteur d'auto-intoxication et de méningites, déterminant des céphalées, de l'insomnie, de l'asthénie générale, des douleurs, des vertiges, capables à la longue de déterminer, sinon des troubles mentaux, tout au moins des modifications de l'humeur, du caractère, tout un ensemble de perturbations dites morales.

Dans le cours du tabes apparaissent des douleurs violentes qui ne peuvent manquer de retentir sur le moral du malade; apparaissent parfois aussi des troubles graves, atteignant les diverses parties de l'appareil sensitif. La cénesthésie est souvent atteinte. Le toucher, l'odorat, le goût, l'ouïe, sont altérés, et surtout la vue. Les troubles oculaires au cours du tabes sont fréquents, depuis le simple brouillard devant les yeux jusqu'à l'amaurose complète.

Ces troubles sont éminemment psychogènes. Le psychisme du malade est envahi par des sensations nouvelles, étranges, incohérentes, qui ne concordent plus les unes avec les autres. Le monde extérieur et aussi son propre corps lui apparaissent sous un

(1) Contribution à l'étude des troubles psychiques au cours du tabes, *Th. de Lyon*, 1930; H.-J. Jasienski.

nouvel aspect incompréhensible, et, même chez un individu mentalement solide, peut naître un sentiment d'étrangeté, fondement de bien des délires, et premier terme de bien des désagrégations psychiques.

Enfin, ces lésions des voies et des organes sensitifs peuvent être à l'origine d'illusions et d'hallucinations. Les phénomènes d'automatisme mental se présentent parfois avec une intensité, une persévérance, un air de réalité, tels qu'il devient impossible de ne pas y ajouter foi et de n'en pas devenir la victime.

Ces différents facteurs nous font comprendre la mentalité du tabétique; et les changements qui surviennent dans sa manière d'être. Le malade devient sombre, renfermé, taciturne. Il a des préoccupations hypocondriaques qui ne sont que trop justifiées. Mécontent de lui-même, il devient vite susceptible et irritable. Il ne supporte pas la contrariété. Ou bien, le malade devient apathique; somnolent et abattu dans la journée, la nuit, c'est une insomnie complète. Il sombre dans un engourdissement proche de la torpeur. L'affectivité s'émousse. Mais il n'y a pas diminution de la capacité intellectuelle. Sa responsabilité reste entière.

2° **Psychoses fortuites chez le tabétique.** — Chez le tabétique comme chez tout autre malade, peuvent apparaître des troubles mentaux qui n'ont aucun lien étiologique direct avec la sclérose radiculo-médullaire postérieure. Ou bien encore un aliéné peut devenir secondairement tabétique. Il est à peine besoin d'insister sur ces faits. Ces associations sont fortuites. Et décrire les troubles mentaux qu'on peut rencontrer dans ces cas serait énumérer les principales affections de la classification psychiatrique. Cependant, il faut noter que le tabes parfois modifie la physionomie de la psychose. Il peut agir sur la forme, en lui imprimant une tendance paranoïde ou dépressive; ou sur le fond, en l'alimentant d'idées hypocondriaques, d'illusions, d'hallucinations diverses.

Le tabes favorise parfois indirectement certaines intoxications. Pour calmer les crises viscérales douloureuses, les arthralgies, le malade a recours à la morphine, et d'un emploi rationnel, il passe facilement à un usage immodéré, et devient un toxicomane. Ou bien il s'adresse à l'alcool pour oublier ses ennuis et ses souffrances, et la confusion mentale et les autres symptômes de l'alcoolisme chronique viennent se surajouter aux signes tabétiques. Enfin l'intoxication peut être médicamenteuse. Autrefois on observait le tremblement hydrargyrique; maintenant nous délaissons le mercure en faveur des arsenicaux. Les bouffées congestives, dues à l'emploi de ceux-ci, sont bien connues; elles déterminent souvent des états délirants avec agitation intense, heureusement assez fugaces.

En somme, chez le tabétique, peuvent exister de nombreux facteurs psychogènes fortuits, tels une hérédité morbide, des infections ou des intoxications chroniques, etc., qui sont à la base d'affections diverses, telles les psychoses constitutionnelles, les psycho-névroses, les psychoses toxiques ou infectieuses. Le rôle du tabes se borne alors à imprimer parfois aux idées délirantes des caractères particuliers.

3° **Le syndrome Pierret-Rougier.** — S'appuyant sur un ensemble de neuf observations, Rougier, en 1882, avait établi que les troubles sensoriels du tabes, en particulier les troubles cénesthésiques et l'amaurose, peuvent déterminer un délire spécial constitué par des réactions mélancoliques et des idées de persécution. Il s'agissait d'une vraie psychose tabétique dont le diagnostic reposait sur la constatation de quatre caractères principaux :

La nature des hallucinations,
La réalité des troubles sensitifs et sensoriels,
La concordance de tous les troubles intellectuels, dus à l'identité de la lésion,
L'intermittence du délire.

Nageotte a montré que dans bien des cas, cette psychose devait rentrer dans le cadre de l'association tabéto-paralytique. Urechia, après avoir passé en revue différentes observations pourvues d'un compte rendu histo-pathologique et rapporté lui-même deux nouvelles observations, conclut qu'il ne peut que se rallier à ceux qui soutiennent que les psychoses tabétiques sont en fonction de lésions organiques. « Il est donc probable, écrit-il, que tous les cas décrits sous ce nom ne sont en réalité que des cas de syphilis cérébro-spinale. »

Si à la base de cette psychose, on peut trouver divers substratums anatomiques, l'évolution qu'elle comportera lui sera dictée par les lésions qui la conditionnent, et par conséquent pourra être très différente suivant les cas : graduellement progressive dans les cas de méningo-encéphalite diffuse, ou bien au contraire procédant par poussées dans les cas de syphilis vasculaire ou méningée.

Enfin, la nature des hallucinations peut être aussi discutée. Certes il existe des hallucinations élémentaires traduisant la lésion anatomique des organes des sens et des nerfs correspondants. Mais à côté, on peut trouver des hallucinations nettement différenciées des phénomènes d'automatisme mental et d'hyperendophasie qui n'ont pas la même signification et ne sauraient relever de la même explication pathogénique.

Ainsi des quatre caractères qu'invoquait Rougier, il ne nous est permis que d'en retenir un seul : la réalité des troubles sensitifs et sensoriels, qui alimentent en partie le délire qui s'est greffé sur eux, et qui le marquent du sceau caractéristique du tabes : allure paranoïde, tendances lypémaniaques.

Dans ces conditions, étant donné la diversité des lésions encéphaliques, les différences évolutives, et l'hétéro-généité des éléments symptomatiques, on ne peut parler d'une psychose tabétique en relation étiologique directe avec le tabes. Il s'agit seulement d'un syndrome que les tabétiques peuvent présenter lorsque, chez eux, des troubles mentaux sont réalisés par des altérations cérébrales de divers ordres; il s'agit seulement d'une modalité délirante, qu'on rencontre dans toutes les affections mentales qui surviennent chez le tabétique.

4° **Paralysie générale et tabes.** — Trois cas peuvent se présenter :

a. La paralysie générale se complique d'un tabes;
b. Le tabes se complique de paralysie générale;
c. Les deux affections se manifestent simultanément.

De ces trois éventualités, la première apparaît de beaucoup la plus fréquente. La seconde est plus rare, et cette rareté s'explique si l'on admet que la paralysie générale est une manifestation de la syphilis nerveuse qui apparaît à une date plus précoce que le tabes. Plus un tabes serait ancien, moins il y aurait donc de chances de le voir se compliquer de méningo-encéphalite progressive et diffuse. Quant à l'apparition simultanée des deux affections, tabo-paralysie de Pierre Marie, elle se rencontre exceptionnellement en pratique.

On s'est demandé quelle influence les deux affections avaient l'une sur l'autre. Nombre d'auteurs ont rapporté des observations où la paralysie générale affectait des formes atypiques chez le tabétique. En réalité toutes les modalités cliniques peuvent se voir. Ou bien les deux affections évoluent pour leur propre compte, non modifiées dans leur marche. Ou bien l'on voit l'une des deux affections passer au second plan, tandis que l'autre domine la scène. Des tabes peuvent s'atténuer, tandis que la paralysie générale s'accentue; des démences paralytiques discrètes accompagnent des tabes éclatants. Toutes les combinaisons ont été décrites, toutes peuvent se constater.

Le tabes imprime certains caractères au délire de la paralysie générale. On note des hallucinations visuelles et auditives; des idées de persécution qui peuvent être assez marquées pour qu'on parle de formes paranoïdes; des tendances mélancoliques avec délire de négation d'organes qui peuvent, jointes aux idées mégalomaniaques, en imposer pour un syndrome de Cotard, comme il arriva pour un malade de Cenac et Peron, chez qui l'autopsie faite par Trével montra des lésions typiques de paralysie générale. Ici, encore le tabes imprime une allure particulière à la symptomatologie de la paralysie générale. C'est en somme le seul rôle qu'on puisse lui reconnaître, mais cette influence est loin d'être négligeable.

De nombreux auteurs ont été frappés de la lenteur de l'évolution de la paralysie générale au cours du tabes. Il y aurait d'après ceux-ci des évolutions de dix, vingt ans et même plus. Lhermitte, étudiant ces formes prolongées, en admet l'existence, mais conclut à leur extrême rareté. A peine en connaît-on quelques cas indiscutables. En pratique, devant les observations atypiques qui décrivent un syndrome démentiel stationnaire lentement évolutif, ou régressant totalement, il convient d'éliminer le diagnostic de paralysie générale, et de rapporter ces cas anormaux à d'autres lésions que la méningo-encéphalite diffuse et progressive. Ces lésions sont celles de la syphilis cérébrale, processus scléro-gommeux localisés, artérite scléro-gommeuse disséminée ou diffuse à laquelle Alzheimer, Nissl, Winckel ont consacré d'importants travaux, s'efforçant de dissocier cliniquement et histologiquement de la paralysie générale, cette forme diffuse qui s'en rapproche par de nombreux points communs. Guillain et Thaon, Dupré et Devaux, Ladame (de Genève), Claude et Schœffer, et tout récemment Delmas, se sont occupés de cette question. C'est à ces lésions plus ou moins localisées qu'il convient de rapporter ces cas douteux où l'on n'ose porter le diagnostic de paralysie générale. Il ne s'agit pas alors de paralysie générale vraie, mais d'une pseudo-paralysie générale, ou mieux d'un syndrome paralytique.

5° **Le syndrome paralytique au cours du tabes.** — La fréquence de ce syndrome au cours du tabes varie suivant les auteurs. Pour le professeur Gougerot, on l'observerait plus fréquemment que la paralysie générale proprement dite. En réalité, si nous en croyons les statistiques d'asiles, c'est l'association tabéto-paralytique qu'il nous est donné le plus souvent de constater. Mais le syndrome paralytique au cours du tabes se rencontre avec assez de fréquence pour qu'on en ait toujours présente à l'esprit la notion, chaque fois qu'il s'agira d'interpréter un état déficitaire chez un tabétique.

Ce syndrome est caractérisé par trois ordres de symptômes.

a. Tabes, notion de spécificité nerveuse. — D'ordinaire, il s'agit d'un tabétique qui connaît son affection, ou dont le diagnostic est évident. On reconstitue chez lui un passé de souffrances : douleurs fulgurantes dans les genoux, dans tous les membres, à l'estomac. Le malade se présente comme un ataxique : incoordination motrice, troubles de la statique et de la démarche. Souvent chez lui, on trouve des troubles sensoriels variés atteignant les divers organes, et, en particulier, la vue.

L'examen révèle l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens : le signe de Romberg existe.

La spécificité nerveuse — et rien de plus — est prouvée par les troubles pupillaires dont la triade constitue le signe d'Argyll-Robertson, par le liquide céphalo-rachidien qui, clair et incolore, montre de l'hyperalbuminose, de la lymphocytose; et où la réaction de Bordet-Wassermann est positive.

b. Symptômes d'ordre paralytique. — Il s'en faut que les troubles mentaux soient toujours superposables à ceux de la paralysie générale. Souvent et plus particulièrement lorsque le début a été brutal, on observe des états faits d'agitation et de confusion. D'autres fois, c'est la confusion avec hébétude qui domine le tableau clinique, ou bien encore on constate un état confuso-démentiel, dont la symptomatologie rappelle d'une façon étonnante celle de la paralysie générale.

L'analyse psychiatrique révélera, dans ces cas, une démence moins globale que la démence paralytique. On observera la conservation de l'auto-critique et de la personnalité. Le malade qui reste orienté dans le temps et dans le lieu, aura conscience de sa maladie, et se souciera de sa déchéance. Il restera capable d'une certaine activité. Parfois, il fera preuve d'initiative, et même pendant que sa mala-

die évoluera, il sera susceptible de légères acquisitions intellectuelles.

Ces malades délirent moins volontiers que les paralytiques généraux, mais s'ils délirent, ils ne montrent pas l'incohérence de ces derniers. Leur mégalomanie ne sera ni niaise ni absurde, elle s'ordonnera logiquement dans le cours du délire et n'en contredira pas les affirmations antérieures.

Enfin leur humeur se modifiera plutôt dans le sens de la dépression. Le tabes imprime sa marque douloureuse à la démence. On ne se trouve pas en présence de « ces fous heureux que sont les paralytiques généraux », mais devant des malades sombres, déprimés, inquiets et misérables.

Après ces indications, toutes en nuances, il est certain que le diagnostic reste très difficile. Aucun critère n'existe, capable d'aiguiller le clinicien qui doit s'appuyer moins sur un symptôme que sur l'ensemble du tableau. Parfois les choses se compliquent encore, par l'adjonction de troubles moteurs, tels que les troubles de la parole, le tremblement des mains et de la langue.

c. SYMPTÔMES DE LOCALISATION DUS A UNE SYPHILIS CÉRÉBRALE. — Ils sont uniquement neurologiques; jamais par leur nature, les troubles mentaux n'ont pu révéler la topographie de la lésion. Fréquents dans les formes circonscrites de la syphilis cérébrale, ils font ordinairement défaut dans les formes disséminées et surtout diffuses.

On peut observer des monoplégies, de l'hémichorée, de l'aphasie, de la diplopie, de la surdité. Les ictus sont particulièrement fréquents et marquent souvent le début d'une période délirante. On rencontre des paralysies oculaires, du strabisme, des crises jacksoniennes. Tous ces signes ont, d'après Fournier, pour caractère d'être résistants et tenaces.

La céphalée, exceptionnelle dans la paralysie générale, prend ici une importance considérable. Elle est persistante, fixe, intense, à exacerbation nocturne. Elle ne correspond à aucun territoire anatomique défini, et toute médication analgésique la trouve rebelle. Elle cède, en revanche, remarquablement au traitement antisyphilitique.

Le syndrome paralytique ne comporte pas une *évolution* progressivement fatale et inéluctable. Sa marche est capricieuse, irrégulière; il procède par poussées entre lesquelles l'intégrité mentale peut être parfaite, et qui détermine à la fin un état déficitaire stationnaire. D'après cette évolution, on conçoit que le tableau clinique est très différent suivant que l'on se trouve en présence d'une poussée transitoire, ou devant un affaiblissement acquis irréductible. Et l'on peut distinguer une forme aiguë, et une forme chronique, qui ne sont que deux moments de l'évolution d'un seul et même syndrome.

La forme aiguë est l'équivalent de la méningo-encéphalite syphilitique aiguë des tabétiques, qu'a décrite le professeur Claude. Elle débute brusquement, s'accompagne d'une altération importante de l'état général, est confondue souvent avec l'agitation délirante des toxi-infections, en particulier avec le délire aigu des alcooliques.

La forme chronique, qui succède en général à plusieurs poussées antérieures, mais qui peut commencer aussi par un début graduellement progressif, risque plus d'être confondue avec la paralysie générale.

Le pronostic du syndrome paralytique est moins sombre que celui que comporte la paralysie générale. La longueur de l'évolution qui peut se faire sur une durée de dix à vingt ans; le retour à une capacité mentale suffisante entre les poussées; le caractère moins global, moins prononcé de la démence terminale permettent d'atténuer les rigueurs du verdict. Mais surtout un élément favorable du pronostic est fourni par l'efficacité du traitement. De nombreux auteurs ont signalé les succès qu'ils avaient obtenus dans le syndrome paralytique par la médication antisyphilitique. Si l'on traite ces malades au moment où la syphilis cérébrale est évolutive, avant qu'elle ait réalisé des destructions irrémédiables, on observe parfois des guérisons surprenantes.

C'est pourquoi ce syndrome paralytique mérite d'être nettement différencié de la paralysie générale. Il y a à cela un intérêt considérable, et pour le malade, trop souvent condamné à la déchéance irrémissible, et pour le médecin qui évite de porter un pronostic que les suites de la maladie contrediront, et qui peut trouver, dans l'arsenal antispécifique, l'occasion d'un beau succès.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1931)

Fièvre récurrente. — MM. Charles NICOLLE, Charles ANDERSON et F. LE CHUITON démontrent l'existence en Tunisie de la fièvre récurrente espagnole.

On sait que la fièvre récurrente transmise par les tiques a été reconnue en Espagne par Sadi de Buen en 1926. M. Nicolle a décelé au Maroc la présence de son agent pathogène *Spirochæta hispanicum*, et a annoncé l'expansion de la fièvre récurrente à l'Algérie et la Tunisie. Cette prévision est justifiée par la note actuelle.

Modifications tardives de la chronaxie après le travail électriquement provoqué. — M. H. LAUGIER et Mlle B. NEOUSSIKINE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1931)

M. le professeur Viggo Christiansen (de Copenhague), membre correspondant étranger, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal. — M. CALMETTE conteste quelques assertions de M. Lignières sur le B. C. G. et précise dans quelles conditions on a été amené en Allemagne à reconnaître que les accidents de Lübeck ne sont pas imputables au vaccin fourni par l'Institut Pasteur. Il indique que si l'application du B. C. G. a été suspendue au Chili elle a été reprise depuis.

M. VAQUEZ s'étonne du silence de l'Académie au sujet des

communications de M. Lignières. Il demande : Existe-t-il des circonstances expérimentales ou humaines où le B. C. G. peut reprendre sa virulence? Tout est là.

Rapports. — M. Le Gendre apporte son rapport sur la question de la date d'ouverture des *grandes vacances scolaires.*

Voici ses conclusions :

1° L'Académie admet que les chaleurs excessives et déprimantes qui se produisent en général pendant la seconde quinzaine de juillet, mais sont parfois plus précoces et varient suivant les régions et les localités, peuvent entraver l'effort intellectuel nécessité par les examens et concours de fin d'année scolaire et porter préjudice à la santé de certains élèves peu résistants.

2° L'Académie n'a pas qualité pour décider si l'avance des vacances n'aurait pas de répercussions administratives ou sociales fâcheuses.

3° L'Académie estime en tout cas qu'il serait utile, dans l'intérêt de la santé des élèves et des maîtres, de modifier pendant les périodes de chaleur excessives les horaires des études et des classes de manière à suspendre les travaux intellectuels pendant les heures les plus chaudes, soit de 11 h. à 16 h., en assurant l'usage quotidien de l'hydrothérapie froide (bains, douches ou bains de rivière et de piscine).

Hygiène de l'enfance. — M. Lesage, souffrant, ne pouvant lire son rapport, l'Académie décide de le faire imprimer et d'en aborder la discussion dans une prochaine séance.

Dans quels cas un médecin est-il tenu de faire une injection de sérum antitétanique? — M. Henri Hartmann. L'efficacité de l'injection de sérum est bien établie. Si M. Hartmann pose la question de ses indications c'est que c'est actuellement une de celles qui préoccupent les médecins praticiens.

Tout récemment un médecin vient d'être condamné à une grosse indemnité parce qu'un blessé, qu'il avait été appelé à soigner, était mort de tétanos, alors qu'il n'avait pas fait d'injection préventive de sérum. Il l'a été à la suite d'un rapport que les experts avaient, estime M. Hartmann, très justement rédigé. (Il s'agissait d'une plaie contuse par écrasement.)

« En regard de pareils cas, il en est d'autres de plaies superficielles, pour lesquelles certains médecins n'hésitent pas à faire systématiquement, dans tous les cas, l'injection préventive de sérum. Ils sont alors accusés quelquefois d'avoir été inutilement cause d'accidents sériques par les malades et souvent accusés par les compagnies d'assurances d'exploiter les accidentés du travail; pour un peu ils seraient traités de médecins marrons.

Beaucoup de médecins honnêtes et consciencieux se trouvent actuellement embarrassés au point de vue de la ligne de conduite à suivre, ils seraient désireux de voir poser d'une façon précise les indications de l'injection préventive de sérum de manière à se mettre à l'abri des condamnations des tribunaux d'une part, des accusations des compagnies d'assurances d'autre part.

Si l'Académie voulait bien, avec sa grande autorité, préciser les cas où l'injection de sérum est formellement indiquée, ceux où l'on peut se dispenser de la faire, elle rendrait un réel service à l'ensemble du Corps médical qui certainement suivrait ses conseils, se mettant ainsi à l'abri des condamnations des tribunaux et des accusations d'exploitation des accidentés du travail. »

Sur la proposition de M. Auvray, une Commission est nommée par l'Académie pour étudier cette question. Elle est composée de MM. Hartmann, Auvray, Gosset, J.-L. Faure, Bazy, Walther, Mauclaire, Balthazard, Roux, Vaillard et Vallée.

Le contrôle médical des chauffeurs de tramways, autobus, électrobus et auto-cars. — MM. Cazeneuve et Tanon analysent l'organisation du contrôle médical des chauffeurs de gros véhicules, automobiles, autobus, autocars, etc., tel que le commande l'arrêté du ministre des Travaux publics du 1er août 1930.

MM. Cazeneuve et Tanon demandent à l'Académie d'émettre le vœu que cet examen, indépendant du permis de conduire, ait lieu tous les deux ans, comme le suggèrent d'ailleurs tous les préfets et M. Liard, secrétaire général de la Préfecture de police. Ils demandent, en outre, que certains services privés automobiles transportant de nombreux employés ou ouvriers soient soumis à ce même contrôle médical.

Technique et valeur du traitement des tuberculoses par le chlorhydrate de choline. — MM. Jacques Carles et François Leuret confirment dans leur communication les résultats qu'ils avaient annoncés antérieurement au sujet de l'action souvent remarquable du chlorhydrate de choline dans le traitement de toutes les tuberculoses.

Mais ils insistent sur le fait que le chlorhydrate de choline n'est pas un médicament spécifique de la tuberculose. Il n'agit qu'en augmentant ou en rétablissant dans l'organisme les moyens de défense normaux. La continuité du traitement est indispensable.

Ce traitement n'est d'ailleurs pas exclusif. Il n'empêche point l'usage des autres moyens utilisés classiquement contre la tuberculose. Il rend seulement leur action beaucoup plus rapide et plus efficace.

Note sur le traitement de la pneumonie par le salicylate de soude en injections intraveineuses. — MM. Couvy et Popoff.

Election. — M. Rouvière, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine, est élu membre titulaire dans la IVe section (sciences biologiques) par 58 voix sur 73 votants.

M. Nattan-Larrier obtient 14 voix, M. André Mayer, 1 voix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1931)

A propos du procès-verbal :

Opérations pour embolies artérielles. — M. Moure considère que dans les embolectomies il faut considérer les résultats anatomique et fonctionnel de l'intervention. Le pronostic fonctionnel dépend des lésions musculaires qui peuvent se produire rapidement. Il faut pratiquer deux ligatures temporaires entre lesquelles on interviendra sur l'artère ; rejeter l'ablation fractionnée du caillot qui n'empêche pas la thrombose. L'huile végétale stérile ne détermine pas de tumeurs huileuses.

Tuberculose pseudo-néoplasique du sein. — M. Hartmann rapporte ce travail de M. Soupault : la lésion locale du sein ressemblait à un cancer, mais l'âge jeune de la malade et les antécédents firent porter le diagnostic exact. Ablation partielle du sein et vérification histologique.

Extension par la broche de Kirschner. — Ce travail de M. Boppe est rapporté par M. Hartmann : vingt-huit cas pour fractures graves avec bons résultats. Cette broche est extrêmement mince, traverse facilement l'os. La tension de la broche est assurée par fixation à un étrier et par un écrou. Quatre fois la broche s'est cassée mais elle n'était pas en matériel parfait. Une fois l'os s'est légèrement coupé. Projection d'une série de radiographies démonstratives.

M. Dujarier a obtenu un excellent résultat avec la broche

pour une fracture très grave en T de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Cadenat emploie la broche de Steinmann modifiée par Cunéo.

M. Gernez emploie la pince de Patel.

M. Mocquot, dans les fractures obliques de jambe, emploie l'appareil de Lambret-Quénu si l'état de la peau rend l'ostéosynthèse impossible.

Fracture de jambe traitée par l'ostéosynthèse. — M. Lenormant montre l'excellent résultat clinique obtenu dans ce cas par M. Coutaud (marine) qui fit une ostéosynthèse par plaque dans une fracture très grave à trois fragments. Radiographies montrant l'adaptation du cal par remaniement.

M. Dujarier estime qu'on aurait peut-être obtenu un aussi bon résultat sans ostéosynthèse.

Asphyxie goitreuse au moment de l'accouchement. Thyroïdectomie d'extrême urgence. — Ce travail de MM. Fontaine et Bauer est rapporté par M. Lenormant. L'asphyxie est due parfois à l'hémorragie, mais pas dans ce cas. La thyroïdectomie d'extrême urgence a sauvé la vie de la malade. Jamais il ne faut faire de trachéotomie.

Ligature des carotides. — Ce travail de MM. Loecard et Heurtain (marine) est rapporté par M. Lenormant. Après ligature, hémiparésie droite du membre supérieur qui, quatorze ans après, avait presque disparu. Mais il persistait un déficit considérable. Un an après la ligature il avait fait une crise d'épilepsie à type jacksonien, puis généralisée. Les crises se répétèrent de plus en plus fréquentes.

M. Brocq. Sept ans après une ligature de la carotide une de ses malades n'avait pas de déficit cérébral.

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — M. Marcel Labbé estime que la thyroïdectomie subtotale, préparée par le traitement iodé avec soins post-opératoires judicieux, constitue le traitement actuel de la maladie de Basedow. L'anesthésie locale semble préférable. Il existe une réaction d'hyperthyroïdie postopératoire, habituellement passagère, parfois dangereuse. Les statistiques de Crile, des Mayo ne donnent guère que 1 p. 100 de morts actuellement et 80 p. 100 de guérisons. Sur 25 cas de MM. Labbé et Azerad le traitement chirurgical a donné 5 morts sur 20 cas, 16 p. 100 de guérisons complètes, 55 p. 100 de guérisons. Il persiste en général de l'exophtalmie et de la tachycardie.

Présentation de malades :

Abcès du tibia. Trépanation. Réunion par première intention. Guérison. — M. Dujarier expose ce cas survenu à la suite d'une synthèse osseuse.

Synovectomie pour tuberculose articulaire. — M. Alglave présente un très beau résultat.

Réfection de l'oreille. — M. Ombrédanne présente une très belle autoplastie complète de l'oreille.

Présentation de radiographie :

M. Okinczyc. Eventration diaphragmatique.

(séance du 21 janvier 1931)

Discours de M. Gosset, président.

Compte rendu des travaux de la Société nationale de chirurgie pendant l'année 1930, par M. A. Basset, secrétaire annuel.

Éloge de Paul Lecène (1878-1929), par M. R. Proust, secrétaire général.

Prix décernés en 1930. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 8, p. 126.)

(séance du 28 janvier 1931)

Ascite tarie par omentopexie. — M. Fiolle a traité une ascite grave par omentopexie (technique personnelle, procédé du pont séreux). Ponctions pendant six mois, puis résorption spontanée progressive, coïncidant avec l'apparition de grosses veines sous-cutanées abdominales.

Fractures isolées du tibia avec luxation du péroné. — M. Dujarier estime comme Lambotte qu'on doit avoir des radiographies de la totalité des deux os de la jambe.

Tuberculose du genou. — M. Sorrel estime que la synovectomie est à rejeter dans la tuberculose du genou car elle constitue une opération incomplète étant donnée la constance des lésions osseuses. Il faut toujours se méfier de la syphilis dans les hydarthroses bilatérales.

M. Alglave dans un cas opéré par lui, cas présentant des fongosités et des grains riziformes, a obtenu un excellent résultat de la synovectomie.

Six cas d'invagination traités par lavement baryté; quatre interventions complémentaires; six guérisons. — M. Ombrédanne rapporte ce travail de MM. Fruchaud et Peignaux qui ont obtenu d'excellents résultats du lavement baryté donné sous écran. Le contrôle radiologique est strictement indispensable. Les invaginations iléo-iléales et iléo-coliques ne peuvent pas être désinvaginées par lavement. La participation iléale est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a dit. Le lavement baryté sans opération donne de nombreuses désinvaginations. Mais il faut savoir compléter par l'intervention si nécessaire. Les statistiques donnent les résultats les plus contradictoires. La technique radiologique doit être très précise. Si le cæcum présente un flou quelconque, si le passage de la baryte ne se fait pas dans le grêle en grande masse il faut intervenir.

M. Mathieu croit le lavement parfois efficace, mais de technique et d'interprétation difficile. Il conseille vivement le lavement baryté dans un but diagnostique.

M. Veau insiste sur la nécessité que le lavement baryté soit donné par le chirurgien lui-même à la porte de la salle d'opération.

Chirurgie chez les diabétiques. — M. de Fourmestraux (de Chartres), grâce à l'insuline, a obtenu de très belles séries opératoires et quelques échecs. Hors les cas d'urgence il faut étudier chez les diabétiques la glycémie et l'insuline. Chez le malade diabétique opéré d'urgence il faut faire une injection de bicarbonate de soude. Si on a le temps on doit faire de l'insuline et n'opérer les malades gras qu'après régime fruitarien et amaigrissement. Commençant à vingt unités par jour on peut progresser jusqu'à une unité par kilogramme. Les malades insulino-résistants sont en même temps des azotémiques. La disparition transitoire du sucre dans le sang et l'urine permet l'intervention.

M. Sauvé approuve M. de Fourmestraux et estime que l'insuline est une véritable arme chirurgicale.

Présentation de malades :

M. Braine. **Ulcère peptique du jéjunum traité par large résection gastro-jéjuno-colique.**

Présentation de pièces :

M. Braine. **Infarctus hémorragique de l'utérus.**

M. Soupault **Tumeur du foie, adénome** enlevé chirurgicalement.

Présentation de radiographies :

M. Sorrel, après un accident, a observé :

1° Fracture fruste de la colonne vertébrale ayant donné un syndrome de Kummel-Verneuil.

2° Une ossification de plusieurs cartilages costaux dont la cause est vraisemblablement traumatique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 29 novembre 1930)

Une bonne méthode d'anesthésie générale. — MM. Pascalis et Garrelon montrent l'importance, avant toute anesthésie générale, de la recherche du réflexe oculo-cardiaque, recherche qui permet, suivant que le pouls est ralenti ou accéléré, de classer les sujets en réceptifs ou en résistants vis-à-vis de l'anesthésique.

Il est facile de transformer un résistant en réceptif à l'aide d'un demi-milligramme de salicylate d'ésérine. D'autre part, les grands réceptifs qui sont des candidats à la syncope initiale peuvent être aisément transformés en petits résistants grâce à l'atropine.

Ce que nous savons du terrain cancéreux. — M. Lematte regrette que nous ayons peu de renseignements précis sur la nature biochimique du terrain cancéreux. Tous les travaux antérieurs sont à reprendre avec nos méthodes précises de chimie analytique.

L'auteur mentionne les quelques méthodes que nous possédons pour le diagnostic du cancer.

Il expose les heureux résultats qu'il a obtenus dans quelques cancers par des injections de chlorure d'or et d'une solution huileuse de camphre, d'iode, de cholestérine et de lipoïdes du cerveau.

Le rôle des médecins canadiens dans la diffusion de l'influence française. — M. Laquerrière, rendant compte de son voyage au Canada pour assister au Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, insiste sur l'utilité de cette Association pour la diffusion de la civilisation française.

(Séance du 12 décembre 1930)

L'estomac en trèfle. — M. Bécart appelle l'attention sur une modalité particulière d'ulcus due à l'accolement du duodénum à la petite courbure. Sa connaissance présente un intérêt certain au point de vue opératoire.

Nouveau cas de transmission du paludisme à un donneur. Limitation de l'emploi des techniques d'intercommunication. — M. Georges Rosenthal

L'arthritisme, ses misères, ses dangers, son traitement. — M. Sédillot.

Le traitement médical de l'appendicite. — M. René Gaultier, s'élevant contre l'ablation préventive de l'appendice et rappelant les cas multiples d'appendicectomisés qui restent atteints de dyspepsies, de colites, de solarites ou de périviscérites diverses, balafrés de Plombières et de Châtel-Guyon, toujours douloureux du ventre, conclut de ses travaux que le médecin doit garder la direction du traitement de l'appendicite dans bien des cas exclusivement médicaux, se réservant de faire intervenir le chirurgien à son heure et sur des indications précises.

Cinq ans de pratique préventoriale. — M. Melamet.

Du danger des cures alcalines chez les infectés urinaires. — M. Charles David insiste sur les inconvénients que présentent les cures dans les stations alcalines chez des malades dont les urines ne sont pas absolument aseptiques. Sous l'influence de l'alcalinisation des urines, les micro-organismes se développent en abondance et exaltent leur virulence, donnant souvent lieu à des complications aiguës plus ou moins graves (cystites, prostatites, orchites). Pour prévenir ces complications, il convient de vérifier, pendant la cure, l'acidité urinaire et de prescrire, d'une part, une médication acidifiante des urines et, d'autre part, les antiseptiques urinaires.

Bureau pour 1931 : président, M. Lobligeois; vice-présidents, MM. Pauchet, Perpère, Devraigne; secrétaire général, M. Bécart; secrétaire général-adjoint, M. Prost.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(Séance du 25 novembre 1930)

Des modifications de la calcémie, observées chez l'homme, après radiothérapie — MM. Langeron, Desplats, Paget et Quéméré ont étudié les variations de la calcémie après radiothérapie de la région surrénale et du sympathique cervical. Les résultats obtenus varient selon la région irradiée.

Dans l'un et l'autre cas, quatre phases peuvent être distinguées dans l'évolution de la calcémie : 1° une phase d'ascension brusque; 2° une période « en plateau » durant deux à cinq jours; 3° une phase durant laquelle la calcémie descend au-dessous du chiffre de la calcémie initiale; 4° une phase de réascension, qui, dans le cas de l'irradiation de la région surrénale aboutit, en général, à une calcémie très voisine de la calcémie de départ, et qui, au contraire, dépasse ce taux, après irradiation du sympathique cervical.

Fractures du bassin, intéressant la cavité cotyloïde. (*Présentation d'un des malades.*) — M. Vincent et Mlle Sénellart.

Un cas de disjonction prononcée de la symphyse pubienne. — MM. Courty et Callens.

(Séance du 2 décembre 1930)

L'électro-coagulation dans le lupus des fosses nasales, méthode de choix. (*Présentation de malade.*) — M. Didier a employé cette méthode dans quatre cas de lupus des fosses nasales. Il a obtenu deux fois la guérison complète et une amélioration notable chez deux sujets qui sont d'ailleurs encore en traitement.

L'anesthésie doit être faite à la cocaïne au dixième.

Les meilleures électrodes sont les monopolaires en pointe et antidérapantes.

Fracture de l'humérus avec paralysie radiale traitée par ostéosynthèse. (*Présentation de malade.*) — MM. Courty et Callens insistent sur les avantages de l'opération sanglante qui a permis, dans ce cas, la libération à ciel ouvert du nerf radial, qui assure à la fois l'exacte réduction et la parfaite contention de la fracture.

Uretère bifide et hydronéphrose infectée dans le bassinet inférieur. — M. Lepoutre. Quand un malade a du pus à colibacilles dans les urines il ne faut pas se contenter du diagnostic de colibacillurie, mais faire un examen complet du sujet, en particulier faire une radiographie et une pyélographie. Cette dernière méthode a révélé un uretère bifide avec hydronéphrose du bassinet inférieur chez un malade qui faisait des crises fébriles fréquentes, avec émission d'urines purulentes. L'uro-sélectan ne donnait aucune image du côté malade. Seule la néphrectomie put guérir la patiente.

Kyste dermoïde de l'ovaire donnant à la radiographie des ombres à interpréter. — M. Lepoutre.

Contribution à l'étude de l'adrénaline virtuelle; sa localisation; le mécanisme de sa libération. — MM. Paget et Leblond. L'existence de l'adrénaline virtuelle ne peut plus être mise en doute. Les auteurs ont mis ce fait en évidence par leurs recherches sur l'homme, le cheval, le bœuf, le veau, le porc, le chien. Dans 95 p. 100 des cas, ils ont pu déceler l'adrénaline virtuelle. Les cas négatifs peuvent s'expliquer par une autolyse qui, s'exerçant avant la dessiccation complète des glandes et détruisant une partie de l'adrénaline libre, peut masquer l'enrichissement ultérieur.

Les auteurs précisent que la libération de cette adrénaline primitivement masquée n'est pas due à un processus diastasique. La stabilisation préalable des glandes n'empêche pas la production du phénomène, qui semble uniquement localisé dans la portion médullaire. Les travaux antérieurs des auteurs sur la recherche des zones adrénalinogènes leur ont montré que la médullaire était la région active.

Abordant ensuite le problème de la nature de cette pré-adrénaline, ils examinent les diverses hypothèses : formol-adrénaline ou combinaison analogue; adrénalone transformable ultérieurement en adrénaline par un mécanisme oxydo-réducteur, dans lequel interviendrait le glutathion; adsorption de l'adrénaline par un colloïde hydrophile irréversible qui, après dessiccation, libérerait le principe retenu. Les auteurs se rallient à cette dernière conception, sur laquelle ils poursuivent leurs recherches.

De l'intérêt du cathétérisme préalable des uretères dans l'opération de Wertheim. — M. Vincent.

Quelques effets cliniques d'un liquide de perfusion hépatique. — MM. Parturier, Audouy et Rousselle ont employé un liquide de perfusion obtenu par passage à travers le foie de sérum physiologique. Leurs malades ont pris par la bouche 10 centimètres cubes de ce liquide, au début des deux principaux repas, pendant dix jours.

L'expérience a porté sur des biliaires, sur des insuffisants hépatiques, sur des gastriques non hépatiques.

Les auteurs notent l'atténuation et même la disparition de la douleur, la suppression des phénomènes liés à l'insuffisance hépatique, l'amélioration de l'état général.

NOTES DE PRATIQUE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Supprimer de l'alimentation toutes les substances riches en toxines : bouillons, viandes (surtout les viandes faisandées ou peu cuites), poissons (surtout les poissons de mer), gibier, conserves alimentaires, fromages faits, sel en trop grande quantité. Interdire le thé, café, liqueurs, bières fortes, vin en excès, tabac.

Comme médicaments, prescrire passagèrement la trinitrine aux doses progressives de VI à XII gouttes de la solution au centième, puis : 20 jours par mois, 2 cachets de Théosalvose phosphatée (1 cachet matin et soir); les 10 autres jours, iodure de potassium (1 à 3 gr.) et ainsi de suite.

LIVRES NOUVEAUX

Accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure. Accidents consécutifs aux dents incluses (1), par M. Ch. RUPPE, stomatologiste des hôpitaux.

Dans cette brochure, illustrée de 18 schémas, l'auteur donne une étude très complète des accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure, accidents qui ont toujours préoccupé les praticiens, les chirurgiens aussi bien que les spécialistes.

Il rappelle les différentes théories qui ont été émises sur la genèse de ces accidents. En bref, il y a persistance anormale et infection du capuchon muqueux de la dent de sagesse; cette persistance anormale étant due à un défaut d'harmonie entre le développement de l'arc osseux et de l'arc alvéolaire, que la dent de sagesse soit verticale ou oblique, pour une raison folliculaire ou osseuse.

L'infection de ce capuchon muqueux se fait spontanément par la bouche et provoque une péricoronarite suppurée qui est le *primum movens* des accidents. Après avoir décrit cet accident initial, l'auteur en montre les complications possibles qu'il divise en accidents superficiels, qui sont fréquents, et osseux, qui sont très rares.

Les accidents superficiels sont les adénites, les stomatites dont il importe de discuter l'étiologie pour ne pas exagérer ou méconnaître le rôle de la dent de sagesse et les cellulites : vestibulaires, vélaires ou du plancher de la bouche dont la distribution est décrite, schémas à l'appui.

Les accidents osseux sont ensuite discutés, quant à leur mécanisme, et longuement décrits, sans oublier les formes hyperostosantes et la forme d'Escat. Viennent les accidents réflexes dont il est nécessaire de faire une minutieuse discrimination, et les accidents divers : ulcération, kyste dentifère.

Avant d'aborder le traitement, l'auteur insiste sur la nécessité de pratiquer une radiographie et il en donne l'interprétation. Suivent les indications opératoires, la technique du désencapuchonnement au couteau électrique et les procédés divers pour lutter contre les difficultés auxquelles on se heurte pour l'avulsion de cette dent suivant sa position, son degré d'enclavement, sa disposition radiculaire.

Après avoir conclu, l'auteur passe à l'étude générale des accidents consécutifs aux dents incluses : accidents mécaniques, tumoraux, réflexes et infectieux. Il applique ces données à la rétention des dents de sagesse supérieures, des canines supérieures et inférieures et au traitement de ces impactions.

Une importante bibliographie termine ce travail. Le praticien y puisera tous les renseignements cliniques qui lui sont utiles pour apprécier, avec justesse, la fréquence et la gravité de ces accidents et le chirurgien y trouvera la technique opératoire.

L. G.

(1) In-8 de 52 pages avec 18 figures. — Paris, Vigot frères.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 11 février. — Jury : MM. Legueu, président; Tanon, Dognon et Moreau. — M. EL-ZIMOR-TAHA. Les rayons ultraviolets dans le traitement de la tuberculose uro-génitale. — M. MOUNEYRAT. Etude du traitement de la syphilis par le bismuth et l'arsenic.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Strohl, Dechambre, Robin et Bresson. — M. BOCQUET. Le cheval de pur sang anglais de course. Son Stud Book. — M. COLENSON. Anatomie et physiologie radiologiques de l'estomac normal du chien.

Jeudi 12 février. — Jury : MM. Achard, président; Claude, Guillain et Laignel-Lavastine. — M. ROBERT. A propos de trois cas de tuberculose traités par le pneumothorax bilatéral. — M. BARNETT. Sur l'activité spontanée normale et pathologique. — M. LAUNAY. Etude clinique et biologique de la maladie de Charcot.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Carnot, président; Lemierre, Rathery, Abrami, Bezançon, Panisset et Vergé. — M. MARTIN. Recherches sur les œufs issus de poules tuberculeuses.

Samedi 14 février. — Jury : MM. J. Faure, président; Lejars, Brocq et Vaudescal. — Mme SZILAGGI. Curiethérapie postopératoire intra-abdominale. — M. BAGARD. A propos de l'amputation partielle du sein dans l'épithélioma de la glande mammaire.

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Schéma d'examen d'un malade atteint d'une affection gastrique, par M. Georges Baudet.
Contribution à l'étude des propriétés cardiotoniques des glucosides isolés du bulbe de scille (scillarène) [avec 15 fig.], par M Bleicher.
CHRONIQUE
VIIe Voyage médical international sur la Côte d'Azur (avec 1 fig.), par M. F. L. S.
NOTES POUR L'INTERNAT
Cancer du rein. Signes. Diagnostic. Traitement (fin).
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Jury après acceptation :
MM. Basset, Gosset, Houdard, Mauclaire, Schwartz, Lardennois, Cunéo.
Censeurs : MM. Huet, Gouverneur, Bergeret, Bloch (Jacques).

— Concours de nomination d'électro-radiologie. — Jury après acceptation :
M. Chicotot, Mme de Brancas, MM. Aubourg, Duhem, Guillain, Mauclaire, Gernez.

HÔPITAL FOCH. — Le docteur Deniker, chirurgien des hôpitaux, est nommé chirurgien en chef de l'hôpital Foch en remplacement du docteur Pierre Descomps, décédé.
Le docteur René Bloch, chirurgien des hôpitaux, et le docteur Le Gac, ancien interne des hôpitaux, sont nommés chirurgiens adjoints.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 28 avril 1931.
Inscriptions avant le 13 avril 1931 au secrétariat des hospices, 91, cours d'Albret, à Bordeaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à dater du 1er février 1931 à M. Courrier, agrégé près la Faculté d'Alger.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique, le lundi 27 avril 1931.
Le nombre des postes mis au concours est fixé à 10.
Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.
Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique jusqu'au vendredi 27 mars inclus.

MÉRITE AGRICOLE. — Est nommé :
Au grade de chevalier. — M. le docteur Masson (de Gandris).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. Montier (Pierre), médecin chef de l'hospice de Fauville-en-Caux, mort victime de son dévouement.

GUERRE. (Troupes coloniales.) — M. le médecin général inspecteur Rigollet, directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole, a été placé, à compter du 5 février 1931, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire des troupes coloniales.

JOURNÉES MÉDICALES BELGES. — La XIe session des Journées médicales de Bruxelles se tiendra les 20, 21, 22, 23 et 24 juin. Elle sera consacrée à l'œuvre du grand maître F. Widal et placée sous la présidence du professeur Auguste Ley.
Le professeur Bezançon présidera la délégation française.
MM. Ravaut, Lemierre, Joltrain, Abrami et un grand nombre d'anciens élèves de F. Widal participeront à ces journées.

JOURNÉES MÉDICALES DE LILLE. — La Faculté libre de médecine de Lille, devant le succès obtenu par les Journées médicales de 1930, organise une nouvelle session pour 1931. Ces Journées auront lieu le samedi 2 mai et le dimanche 3 mai 1931.

Les indications concernant le programme seront publiées ultérieurement.

CONFÉRENCE UNIVERSELLE DE DÉFENSE CONTRE LES STUPÉFIANTS. — Cette Conférence se réunira à Genève du 11 au 15 mai 1931.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Jules Lorthioir (de Bruxelles), président du IX° Congrès de la Société internationale de chirurgie, enlevé par une courte maladie à l'âge de 66 ans.

Jules Lorthioir était un des plus éminents parmi les chirurgiens belges. On se rappelle ses beaux travaux sur la hernie infantile, sur l'astragalectomie temporaire, sur la greffe dans le mal de Pott, sur la chirurgie de l'œsophage, la fissure vélo-palatine, l'exstrophie vésicale.

Les regrets que Lorthioir laisse en Belgique seront partagés par ses confrères de France qui étaient heureux de le voir tous les ans au Congrès français de chirurgie.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur J.-B. Jacqmain (de Namur).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PHARMACOLOGIE. — M. René Hazard, agrégé, a commencé ses leçons le jeudi 22 janvier 1931, à 17 h. (petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, pendant les mois de janvier, février, mars et avril 1931.

Objet du cours : Médicaments cardio-vasculaires. Modificateurs de la nutrition et des sécrétions. Parasiticides. Modificateurs locaux.

HÔPITAL SAINT-MICHEL. — La conférence du docteur A. Richard sur l'effort physique des coureurs cyclistes pour le tour de France, annoncée pour le mercredi 11 février, à 11 h., est remise à une date ultérieure pour cause de maladie.

LA CARAVANE UNIVERSITAIRE. — La caravane universitaire (directeur M. Roy, professeur de philosophie au collège de Gaillac-sur-Tarn) est ouverte à tous les amis de l'enseignement. Elle envoie contre 1 franc les programmes réunis de ses voyages de Pâques et d'été : Baléares, Corse, Andalousie, Sicile, Allemagne, Angleterre, Grèce, Jérusalem, Constantinople par la voie de terre, Spitzberg (soleil de minuit), etc.

CHRONIQUE

VII° VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL SUR LA CÔTE D'AZUR

Le VII° (Voyage Bleu) s'est déroulé, de Marseille à San Remo, avec sa splendeur accoutumée. Ceux qui n'ont pas éprouvé, eux-mêmes, le contraste saisissant d'un départ hâtif, dans la brume, le froid, la boue, la neige et d'un réveil radieux le lendemain matin devant un ciel bleu, une mer d'améthyste et d'émeraude, dans un paysage verdoyant, animé par un gai soleil ne peuvent apprécier, comme il convient, ce qui est l'essence même du Voyage de Noël.

Marseille, d'abord, porte de l'Orient, éblouissante et variée comme lui; la visite du port; la chaleureuse réception de la jeune Faculté; le déjeuner sur le ponton du Cercle nautique; l'émerveillement silencieux des voyageurs du Nord qui, jamais, jamais, n'ont vu, ni même imaginé quelque chose d'aussi lointain et d'aussi près d'eux à la fois.

C'est ensuite la visite d'Aix, l'*Aquae Sextiae* des Romains, la vieille capitale de la Provence, métropole hydrominérale de la Gaule latine, qui se réveille d'un long sommeil sous la baguette magique d'une fée qui s'appelle Bourrageas (il n'y a qu'à Marseille qu'une fée peut s'appeler Bourrageas et être directeur du *Petit Marseillais*) !

Le lendemain, c'est la rade de Toulon, calme comme un lac; le déjeuner à l'Amirauté; la visite des antiques salons où l'on voit encore les proues des frégates, des corvettes, des vaisseaux de haut bord, de Dumont d'Urville, de Jean Bart, de Duquesne, de la Pérouse, du bailli de Suffren, etc. ; l'excellent concert de la musique des équipages de la flotte, et le départ pour Hyères dans l'apothéose du soleil couchant.

Puis c'est Hyères, la plus ancienne station médicale du Littoral; ses palmiers célèbres; ses instituts hélio-marins; son accueil simple et courtois de bonne bourgeoise française qui connaît sa renommée séculaire et n'a cure de la tapageuse réclame moderne.

A Saint-Raphaël, notre vieux camarade, le docteur Caldagués, vice-président de la Société médicale du Littoral, nous reçoit avec son entrain accoutumé dans ce beau pays dont il est le prodigieux animateur.

Tout ce qu'il nous montre est inoubliable ! Fréjus et ses Ruines romaines aux reflets de cuivre et d'or; l'admirable panorama du Golfe bordé, à l'Ouest, par les monts des Maures, à l'Est par les monts de l'Estérel, avec la gaieté des blanches maisons de Saint-Raphaël et de Boulouris dans une mer de verdure. Puis c'est le golf de Valescure, grand rendez-vous des Anglais et des sportsmen de tous pays, qui domine ce paysage enchanteur ! Enfin le tortueux parcours de la Corniche, entre les Calanques, indigo ou vert bouteille, et les énormes rochers de porphyre rouge reflétant la lumière d'un soleil éblouissant qui ne s'est voilé pendant quelques heures que pour nous paraître plus brillant encore que la veille.

Après l'arrêt à Agay et au Trayas, où l'on déjeune, c'est l'arrivée à Cannes, perle de la Côte d'Azur, étendue le long de son Golfe aux flots scintillants, sous les pâles rayons de Phœbé. Un Scandinave murmure à côté de moi : « Es ist ein Traüm » ! C'est un rêve, en effet, et aussi une bien belle réalité ! Le soir, nous prenons part, au restaurant des Ambassadeurs du casino de Cannes, à un festin splendide et suivi d'un spectacle parfait.

Le lendemain, *31 décembre*, nous errons sur la plage où l'on se baigne. Des enfants, à peu près nus, jouent avec un ballon qui roule dans la mer. Dans les jardins de la Clinique Santa Maria, les petits pensionnaires de l'Assistance publique sont, comme ceux d'Hyères, étalés nus au soleil. Mais l'exhibition la plus belle est au cours de Paul Vasseur

(*Voir la suite, p. 201.*)

qui nous montre des danses eurythmiques de jeunes filles prenant leurs ébats sur la verte pelouse, à l'ombre des oliviers argentés. Puis on admire le panorama de Super-Cannes, le Cannet, Grasse, ses parfumeries et ses cliniques, Vallauris et ses poteries antiques, Antibes et son Cap magnifique d'où la vue s'étend sur 250 kilomètres de côte, depuis les monts des Maures jusqu'à la pointe de San Remo. Vue magnifique, panorama unique où se pressent les souvenirs. A une extrémité de la baie des Anges, Nice, l'antique Nice, cité de la Victoire; au-dessus d'elle, les Alpes neigeuses. A l'autre extrémité de la baie des Anges, Antipolis ou Antibes, la ville d'en face, grecque comme Nice. Puis, de l'autre côté du cap, comme un gracieux pendant à la baie des Anges, le golfe Juan, refuge de notre escadre, avec sa plage blanche et le petit cap de la Croisette, qui unit presque le continent aux îles de Lérins ou de Sainte-Marguerite, où fut enfermé le Masque de Fer et où subsiste encore l'antique abbaye de Saint-Honorat.

Il faut s'arracher à ce spectacle merveilleux pour assister, sur la plage de Juan-les-Pins, au cours d'éducation physique des enfants, qui s'exercent nus dans la lumière! Puis, c'est l'heure de consommer, dans le restaurant de la Frégate, au casino, un certain « Coq au vin » qui laisse aux convives un souvenir durable et enchanteur!

J'ai épuisé mes épithètes! Je suis maintenant obligé d'en emprunter à notre confrère Maurice Faure pour parler de la réception à Nice, au splendide Palais de la Méditerranée, où nos yeux cherchent Sémiramis parmi les colonnades, les terrasses et les jardins! Si la comparaison avec Ninive et Babylone ne risquait d'être mal interprétée, j'y penserais, devant cette lourde architecture et cette profusion de marbres et de métaux précieux!

Nous sommes au 1er janvier : les voiles blanches courent sur la mer bleue, les baigneurs jouent dans l'eau calme, les avions sillonnent le ciel, il y a des fleurs partout. Où donc est l'hiver?

Hélas! Mon beau Voyage Bleu est fini! Plusieurs d'entre nous ont dû partir, rappelés par le devoir professionnel. Marcel Labbé, qui devait être notre guide et notre cicerone, aussi aimable qu'érudit, n'a pu venir. Le professeur Cordier (de Lille) l'a remplacé à l'improviste, avec une bonne grâce, un à-propos et une instruction que nous avons tous admirés et dont nous avons tiré le plus grand profit. Il ne s'agit pas seulement, en effet, de se distraire et de jouir d'un climat et d'un pays incomparables, où l'on oublie volontiers la maladie et la mort; notre Voyage a aussi un but d'études, auquel il n'a pas failli. Mais pour nous, écoliers en vacances, il fallait que tout ce que nous devions voir, tout ce que nous devions apprendre fût absorbé, en sept jours, sans douleur, et assimilé aisément! Et voilà comment la formule de la Société médicale est la meilleure : Un Voyage court, plein de choses utiles autant que de choses gracieuses, où les épines sont soigneusement dissimulées sous les roses!

La première partie du Voyage est donc terminée à Nice et la deuxième y commence. Ainsi la Société médicale pourra satisfaire plus de candidats. Quelques privilégiés, cependant, ont pu s'inscrire pour les deux parties du Voyage : ils iront jusqu'à San Remo, et peut-être, jusqu'en Corse.

Comment ne pas demeurer plein de gratitude pour la Société médicale du Littoral méditerranéen, pour son étonnant président Maurice Faure qui a su ménager à ses confrères ces réceptions magnifiques, pour son fils J.-P. Faure, prestigieux animateur. Grâce à eux, le Voyage de Noël devient une incomparable trêve au milieu des durs travaux professionnels de l'hiver.

F. L. S.

N. B. — Le Voyage de Pâques, ou Voyage Rose, aura lieu pendant la Semaine Sainte, c'est-à-dire du 29 mars au 5 avril, et sera suivi d'excursions dans les Alpes, en Corse et en Italie, pendant la semaine de Pâques. Les demandes de renseignements ou d'inscriptions doivent être adressées, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.



Cliché de « La Saison de Cannes ».

LA PLAGE DE CANNES, LE 1er JANVIER 1931

Par M. G. Goin, premier prix du Concours de photographie du Photo-Club.

SCHÉMA D'EXAMEN D'UN MALADE ATTEINT D'UNE AFFECTION GASTRIQUE

Par Georges BAUDET,
Chirurgien des hôpitaux militaires.

Il n'est plus permis à l'heure actuelle au praticien de ne pouvoir sinon poser un diagnostic précis d'affection gastrique, tout au moins d'ignorer les éléments d'un examen clinique méthodique de l'estomac. Il n'est plus pardonné au médecin de ne pas savoir déceler un ulcère gastrique et encore moins de laisser franchir à son malade, porteur d'un cancer de l'estomac, les limites de l'opérabilité, uniquement parce que l'examen clinique a été mal conduit, mal orienté et que l'on a pas daigné demander le secours des clichés radiographiques. Un examen bien fait qui tiendra compte des trois données suivantes : cliniques, chimiques et radiologiques, doit en effet arriver dans la généralité des cas, rapidement au diagnostic et ici plus qu'ailleurs encore la précocité du diagnostic s'impose, impérieuse, pour avoir des résultats thérapeutiques satisfaisants.

Nous allons essayer dans ces quelques lignes de schématiser tout d'abord aussi simplement que possible l'examen d'un malade atteint d'une affection gastrique, puis armés de tous les éléments que peuvent nous fournir clinique et laboratoires, nous tâcherons de nous orienter vers un diagnostic sinon de certitude, du moins de grande probabilité.

Voici à notre sens comment on peut concevoir le schéma de l'examen du malade :

1° Interrogatoire;
2° Appréciation de l'état général du sujet;
3° Exploration clinique de l'estomac;
4° Epreuves de laboratoire;
5° Epreuves radiologiques;
6° Les syndromes gastriques d'emprunt;
7° Orientation du diagnostic.

***

I. L'interrogatoire. — L'interrogatoire est à n'en pas douter le point de l'examen qui va donner les renseignements les plus précieux au médecin. Dans la grosse majorité des cas les réponses du malade atteint d'une affection gastrique seront tellement nettes, que l'on pourrait, immédiatement après, poser le diagnostic, les diverses autres parties de l'examen ne venant que confirmer ces premières données. Encore faut-il savoir diriger cet interrogatoire.

Trois points principaux doivent attirer l'attention du médecin. Ce sont la douleur, les vomissements et les hémorragies gastriques.

a. **La douleur.** — On la retrouve — avec une intensité variable certes — mais d'une façon constante dans toutes les affections gastriques, et ici encore, pour analyser correctement ce symptôme, sommes-nous obligés d'en rechercher tous les caractères. Les douleurs accusées par les malades de l'estomac peuvent en effet se traduire soit par des malaises, soit par des brûlures, soit encore par de véritables crampes, soit enfin par l'association de ces diverses manifestations.

Les malaises font dire au malade qu'il éprouve au niveau du creux épigastrique une sensation de ballonnement, de lourdeur qui l'amène bien souvent, une heure ou deux après les repas, à dégrafer ses vêtements et cela pendant tout le temps que va durer la digestion. Cette pesanteur locale envahit peu à peu l'organisme tout entier et bientôt le malade nettement engourdi aux heures de la digestion, se met à somnoler, la face congestionnée, les pieds et les mains glacés.

Les brûlures surviennent soit d'une façon constante trois, quatre heures après tous les repas, soit seulement lorsque le malade, oubliant une fois son régime, fait un léger excès de table ou de boisson. Elles persistent de longues heures, s'accompagnent d'éructations qui les déplacent sur toute la hauteur de l'œsophage jusqu'au pharynx et la cavité buccale. C'est alors un véritable « feu » comme disent les malades, un pyrosis qui cède quelquefois à l'ingestion de solutions ou de poudres alcalines telles que l'eau de Vichy ou le bicarbonate de soude. Mais il en est par contre que les régimes, les thérapeutiques ne calment point. D'autres enfin sont atténuées par les repas, pour réapparaître dès que ceux-ci sont terminés.

Ces brûlures sont parfois tellement intenses qu'elles font vite des malades de véritables neurasthéniques. Souvent aussi c'est plutôt le caractère continu, l'horaire invariable des douleurs qui exaspèrent le sujet, alors même que celles-ci sont d'une intensité moyenne.

Les crampes que les malades décrivent souvent avec force détails, laissent à ceux-ci l'impression de torsion, d'arrachement, d'un abdomen pris dans un véritable étau. Il va sans dire que ces formes de douleurs qui paraissent si différentes peuvent être et sont même la plupart du temps associées. C'est ainsi que les malades accusent toujours avec la sensation de brûlures rétrosternales ou épigastriques, celle de pesanteur et de crampe au même niveau. On a voulu situer d'une façon plus précise le siège de ces douleurs gastriques et en tirer une indication pour déterminer le siège même de la lésion en cause. Situées à droite de la région sus-ombilicale, vers l'hypochondre droit, et irradiées vers le rein on en a fait l'indice d'une lésion ulcéreuse de la région pyloroduodénale. A gauche au contraire, avec irradiation vers le dos, la douleur signait un ulcus de la petite courbure. Ce sont là des indications bien trop précises pour être demandées à un symptôme aussi peu fixe dans ses éléments que la douleur et il ne faut pas — croyons-nous — s'attarder à une interprétation par trop superflue.

D'une façon générale ces douleurs apparaissent de trois à cinq heures après les repas et la plupart du temps à heure fixe. Constantes après le repas du matin, elles sont assez variables après le repas du soir: elles peuvent même alors être retardées et ne survenir que dans la deuxième partie de la nuit.

Il en est par contre qui apparaissent dès les pre-

mières ingestions, se continuant alors pendant toute la durée de la digestion. C'est généralement le fait d'un ulcus haut situé, au cardia par exemple. Enfin certains malades accusent des douleurs continuelles calmées par l'ingestion ou au contraire exaspérées par les repas. C'est là le fait de la périduodénite, de l'envahissement du péritoine par les processus ulcéreux et cancéreux.

Parfois aussi, c'est par périodes qu'apparaissent les douleurs. Pendant une semaine par exemple, chaque jour à heure fixe la douleur revient avec ses mêmes caractères, pour disparaître à un moment donné et réapparaître souvent le lendemain même. Cette périodicité se rencontre surtout dans les ulcères du pylore.

b. **Les vomissements.** — Ils ne sont pas constants et peuvent n'apparaître à aucun moment de l'évolution de l'affection gastrique. Cette inconstance jointe à l'extrême difficulté dans laquelle le médecin se trouve de se rendre un compte exact de leur nature et de leurs caractères font que malgré leur valeur séméiologique, ils passent forcément au deuxième plan, bien après le symptôme douleur. Nous ne nous arrêterons pas aux vomissements qui surviennent d'une façon précoce, immédiatement après l'ingestion des aliments. Ce sont de véritables vomissements « en fusée »; ils n'ont été précédés d'aucune nausée, ont lieu sans effort et projettent des aliments intacts ou presque et que l'on reconnaît très facilement. De même, dans certains cas on peut constater une bouillie épaisse d'odeur aigre, très acide et en pleine fermentation, rejetée quelques heures après les repas. Dans le premier cas il s'agit d'une intolérance gastrique, fonctionnelle ou organique et ce sont là des vomissements cérébraux, nerveux ou de la grossesse; dans le deuxième cas les vomissements sont le fait d'une simple intolérance de la poche gastrique envers des aliments absorbés soit en quantité exagérée, soit d'une qualité avariée. C'est en d'autres termes le phénomène de l'indigestion.

Autrement importants nous apparaissent maintenant les vomissements que nous pourrions qualifier d'ultratardifs. Ils se présentent avec les mêmes caractères que les vomissements rencontrés dans l'indigestion, mais alors que ceux-ci surviennent, deux, trois heures après le repas, les vomissements ultratardifs apparaissent quarante-huit heures, trois, quatre jours même après l'ingestion des aliments qu'ils renferment. Ils sont alors la meilleure preuve d'une stase gastrique par défaut d'évacuation due à une sténose du pylore qui n'est plus perméable ou l'est de moins en moins. Il est aussi des vomissements acides formés de liquide clair dans lequel surnagent quelques débris alimentaires. Ces vomissements, lorsqu'ils se produisent, laissent au malade une sensation extrêmement désagréable de brûlure de l'œsophage et de la bouche; ils agacent les dents. A l'analyse chimique on constate une augmentation considérable parfois de la quantité d'acide chlorhydrique. Les glandes gastriques ont dans ce cas sécrété en quantité exagérée et le contact du liquide hyperacide sur la surface ulcérée de la muqueuse gastrique a amené un spasme sténosant du pylore et partant une stase gastrique.

Tel est donc le caractère principal des vomissements dans l'ulcus gastrique.

Dans le cancer de l'estomac au contraire, les sécrétions de la muqueuse voient leur teneur en acide chlorhydrique fortement diminuée; le suc gastrique est hypo-acide. Les vomissements seront donc formés de matières glaireuses, filantes, contenant beaucoup de salive déglutie. Des nausées les précéderont presque toujours.

c. **Les hémorragies gastriques.** — Une muqueuse gastrique qui saigne peut le faire selon trois modes ou plutôt trois degrés différents.

La quantité de sang extravasé est-elle importante, nous serons en présence d'une hématémèse. Hématémèse rouge s'il s'agit d'un ulcère (le sang aura une coloration rouge sombre et sera rendu en vomissements abondants). Hématémèse noire s'il s'agit d'un cancer (le sang se présentant alors sous l'aspect de suie ou de marc de café).

Le sang est en moindre quantité. Il a franchi le pylore et va être expulsé par l'intestin, mélangé aux matières. Ce sont alors ces dernières qui par la coloration noirâtre comparable à du goudron ou de la poix, vont attirer l'attention du médecin et signaler la présence du sang dans les selles dont l'odeur est toujours très fétide. C'est le melæna. Dans un troisième cas enfin, il n'y a eu ni hématémèse, ni melæna, mais les selles examinées par le laboratoire ont révélé la présence de sang. C'est alors à la réaction de Véber qu'il faudra faire appel toutes les fois que l'on soupçonnera une élimination de sang par le tractus digestif.

Ainsi donc si chez un malade venant à nous, nous décelons immédiatement et par le seul bénéfice de l'interrogatoire qu'il souffre dans la région épigastrique, qu'il est pris de vomissements longtemps après la digestion, et que ces vomissements ou les selles contiennent du sang, nous serons déjà autorisés à orienter notre diagnostic vers une affection gastro-duodénale, voire même à affirmer presque la présence d'un ulcus de cette portion du tractus digestif.

*
* *

II. **Appréciation de l'état général du malade.** — D'une façon générale, les affections gastriques retentissent, et souvent fortement, sur l'état général du malade. Celui-ci ne s'alimente plus du tout ou très insuffisamment. Il présente enfin un certain état d'anémie.

En effet bien que l'on rencontre parfois, surtout dans l'ulcère de l'estomac, des malades à l'aspect floride, ils se présentent presque toujours amaigris, approchant même de la cachexie dans le cas de cancer en particulier.

La peau et les muqueuses sont très décolorées en raison des hémorragies répétées qui ont amené une profonde anémie. Le cancéreux offrira ce teint jaune paille qui ne trompe généralement pas et vient bien souvent, dès le début de l'examen du malade, signer l'affection.

Enfin, la souffrance à peu près continue se traduira sur le visage dont les traits tirés contribueront puissamment à former ce facies anxieux, inquiet, qui est bien caractéristique de ces sortes d'affections.

Le malade peut, en outre, présenter aux membres inférieurs de l'œdème mou et ce sera là un élément de diagnostic de plus pour déceler la période cachectique du cancéreux de l'estomac. De même, la présence d'engorgements ganglionnaires en certains territoires; un ganglion dur, très mobile, dans le creux sus-claviculaire (ganglion de Troisier) doit éveiller dans l'esprit du médecin l'idée d'une métastase chez un malade atteint d'un cancer de l'estomac.

*
* *

III. **L'exploration clinique.** — Il est une notion anatomique qu'il faut avoir garde d'oublier quand on explore cliniquement l'estomac, ce sont les rapports de la face antérieure de cet organe avec la paroi abdominale antérieure, autrement dit, son accès clinique.

L'estomac est, en effet, au point de vue de son exploration clinique comme de son abord chirurgical un organe « mi-partie thoracique, mi-partie abdominal » (Grégoire). La moitié supérieure est cachée par le squelette thoracique; seule sa moitié inférieure est en rapport direct avec la paroi abdominale antérieure. Elle est donc la seule accessible à la palpation clinique : nous l'appellerons la portion abdominale de l'estomac. Elle est représentée par le tiers inférieur de la portion descendante, la portion ascendante et le pylore.

L'estomac suit dans son ensemble une direction oblique en bas et en avant, se rapprochant ainsi de la paroi abdominale antérieure contre laquelle il vient un peu s'appuyer. Enfin la présence de la colonne vertébrale qui vient faire à ce niveau sa saillie lombaire permet d'explorer la partie basse de l'organe en la refoulant contre le plan osseux résistant.

La projection sur la paroi abdominale antérieure de cette partie abdominale de l'estomac se fait selon un triangle (triangle de Labé), limité en haut et à gauche par le rebord costal, en haut et à droite par le bord inférieur du lobe gauche du foie, en bas par une ligne unissant l'ombilic à la pointe de la neuvième côte. Sur les sujets à thorax étroit, le foie descend encore plus bas et de ce fait, petite courbure, pylore et portion prépylorique sont séparés de la paroi abdominale par la lame hépatique ci-dessus. Enfin, la grande courbure est en grande partie recouverte par le côlon transverse et son angle splénique et en lisant Sédillot et Tillaux on voit que dans certains cas, le côlon transverse remonte même jusqu'au rebord costal. L'estomac alors n'est plus du tout cliniquement explorable.

Si dans la station debout, il est encore possible du fait de la chute relative de l'organe, de palper directement l'estomac au travers de la paroi abdominale antérieure, dans la position couchée l'estomac devient encore plus un viscère intra-thoracique; seule sa portion horizontale (petite tubérosité et région prépylorique), est accessible à la palpation. Quant au pylore lui-même, il reste caché sous le foie.

Ces notions d'anatomie rappelées, que vont nous révéler les divers temps de l'exploration séméiologique de l'estomac?

A la seule inspection, nous pourrons remarquer une région épigastrique tantôt déprimée comme dans les ptoses ou lorsqu'il s'agit de sujets cachectiques, tantôt au contraire bombée comme chez les obèses ou simplement les sujets à type sthénique. De même que dans le cas d'occlusion intestinale où l'on peut voir sous la paroi abdominale une véritable reptation de l'anse qui « s'épuise » sur l'obstacle, de même dans la sténose serrée du pylore, on peut souvent apercevoir sous une paroi amaigrie des ondulations péristaltiques allant de gauche à droite, la poche gastrique venant s'épuiser en contractions vaines contre un obstacle pylorique (signe de Kussmaul). Et parfois même du fait de ces contractions violentes, cette portion horizontale prépylorique exagérera son tonus musculaire et viendra former sous la paroi abdominale une voussure intermittente. Enfin chez les ptosiques et les sympathicotoniques, il sera courant d'apercevoir les battements de l'aorte abdominale.

Par la palpation, on pourra se rendre compte de l'état de la paroi, de la musculature abdominale, en général, du sujet, et en particulier de l'existence d'une éventration sus-ombilicale. Exercée même superficiellement, la palpation nous révélera parfois une tuméfaction dure répondant à la voussure que nous avons relatée ci-dessus (signe de Bouveret). Plus profondément, nous relèverons les points douloureux souvent très nets lorsqu'il s'agit d'une lésion pylorique. Le foie, la rate seront recherchés et bien délimités de façon à isoler du mieux l'aire gastrique. Une palpation plus minutieuse pourra aussi parfois attirer l'attention sur une tumeur de l'organe. Mais le signe capital dans l'examen clinique de l'estomac, c'est celui du clapotage. Lorsque après avoir saisi des deux mains placées à gauche et à droite de la base du thorax, le malade dans le décubitus dorsal, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin, on le secoue violemment, on entend très nettement — s'il y a stase gastrique — le bruit du liquide résiduel secoué. Mais pour avoir toute sa valeur, ce signe doit être recherché sur le sujet à jeun. Il n'est pas rare, en effet, de déceler le clapotage dans un estomac quelconque une heure après le repas, par exemple.

En percutant, on n'obtient guère de renseignements sur l'état de l'estomac, sauf cependant lorsqu'il est très distendu par l'air ingéré, dans les cas d'aérophagie, par exemple. Alors la percussion révélera une très grande sonorité traduisant un tympanisme exagéré qui emplira la zone de Traube, empiétant même parfois sur la matité cardiaque.

Nous passerons sur les renseignements, peu nombreux, du reste, que pourrait nous fournir l'auscultation de l'estomac. Phonendoscopie, stethoscopie sont des moyens d'investigation dont on peut aisément se passer.

Recherche des points douloureux. — Alors que pour bien des viscères abdominaux, les autres par-

ties du tube digestif en particulier les points douloureux doivent être recherchés avec soin puisqu'ils aident à orienter notre diagnostic, pour l'estomac la recherche des points douloureux reste une manœuvre peu fertile en résultats pratiques. Toutefois, il faut savoir que dans l'ulcère, on rencontre très souvent un point douloureux au niveau de la XIIe dorsale, un peu à gauche de la ligne médiane. Mais c'est surtout le point douloureux situé dans la région épigastrique qui est le plus constant dans les affections de l'estomac. Il siège à peu près à égale distance entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, un peu à droite de la ligne médiane. Il répond à la projection sur la paroi abdominale antérieure non de l'estomac, mais du plexus solaire. Aussi le rencontre-t-on bien souvent en dehors de toute affection gastrique. Il n'est donc ni pathognomonique d'une lésion de l'estomac, ni localisateur de cette lésion. Enfin, bien que négligeables au point de vue de l'aide qu'ils peuvent apporter à l'établissement d'un diagnostic, nous ne pouvons passer sous silence l'existence du point xyphoïdien (Cuveillier) qui répondrait à une lésion de la portion haute de l'estomac (du cardia en particulier), et du point de l'hypochondre droit situé le long du bord externe du droit, à deux doigts de la ligne horizontale passant par l'ombilic; mais nous retrouvons ce dernier point douloureux dans chacune des affections du carrefour et la discrimination est souvent chose malaisée.

Mentionnons enfin le point de l'hypochondre gauche situé comme le précédent le long du bord externe du droit, à deux doigts également au-dessus de la même ligne horizontale passant par l'ombilic. Il peut se rencontrer dans l'ulcère de la grande courbure.

A côté des renseignements fournis par la recherche de la sensibilité profonde ou viscérale de l'estomac, il existe aussi quelques indices susceptibles d'être retirés de la recherche de la sensibilité superficielle.

Les malades atteints d'ulcère de l'estomac présentent en effet souvent au niveau de l'épigastre une zone d'hyperesthésie de la peau à la piqûre et au pincement. De même pour la couche musculaire sous-jacente. Et certains auteurs sont allés jusqu'à conclure à la concordance — vérifiée à l'intervention — de ces zones d'hyperesthésie avec les lésions ulcéreuses. Les points sensibles de la paroi ne seraient donc d'après eux que la projection de l'ulcère lui-même.

Troubles de l'évacuation gastrique. — Un estomac normal évacue la totalité de son contenu entre quatre et six heures. En deçà ou au delà de ce laps de temps l'évacuation est dite pathologique. Si les cas où la rapidité excessive de cette évacuation gastrique est relativement assez rare, on peut les rencontrer cependant quelquefois, accompagnés presque toujours d'une diminution dans la sécrétion. Ce sera en particulier à l'occasion de l'incontinence pylorique que l'on peut observer dans quelques cancers de l'estomac.

Mais les cas où l'évacuation est, par contre, retardée et souvent jusqu'à huit, dix et même douze heures, sont fort nombreux, on peut dire que l'évacuation retardée est la règle et qu'elle devient même un signe de premier plan dans les affections gastriques, qu'il s'agisse d'ulcère ou de cancer. Retard dans l'évacuation égale stase, égale encore hypersécrétion gastrique. Si la stase gastrique par retard dans l'évacuation est un phénomène universellement reconnu et admis, son interprétation donne matière à discussion. Pour certains, en effet, l'estomac, poche essentiellement musculaire, subit lorsqu'il est malade le sort de tous les muscles atteints ; il perd sa tonicité et manquant ainsi d'énergie, il met un temps bien plus long qu'un estomac sain à chasser son contenu. Les ptosiques seraient donc des dilatés de l'estomac présentant, par conséquent, du retard dans l'évacuation gastrique. Pour d'autres, au contraire, l'estomac ptosé évacue son contenu dans un temps normal, à la condition, bien entendu, qu'il ne présente aucun trouble concomitant dans la fonction du pylore. L'anémie gastrique ne peut, disent-ils, amener à elle seule un retard quelconque dans l'évacuation.

Il faut donc au niveau du canal pylorique un obstacle — spasme ou rétrécissement, et quelquefois les deux se trouvent associés — pour amener une perturbation dans la fonction pylorique et un retard consécutif dans l'évacuation de l'estomac. Ce retard d'évacuation dont nous faisions tout à l'heure un symptôme capital, tout va concorder dans l'examen du malade à le mettre en valeur. Autrement dit en renversant la proposition, l'évacuation retardée va avoir à nous rendre compte des douleurs tardives accusées par le malade, des vomissements acides et des vomissements de stase qu'il présentera également. Enfin la stase de l'estomac nous donnera avec une netteté et une valeur incontestables le signe du clapotage gastrique. *(A suivre.)*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

PROPRIÉTÉS CARDIOTONIQUES DES GLUCOSIDES ISOLÉS DU BULBE DE SCILLE (SCILLARÈNE)

Par M. BLEICHER,
Chef de travaux à la Faculté de médecine de Nancy.

En 1922, Stoll et Suter ont isolé du bulbe de Scille un complexe glucosidique cristallisé, représentant les principes actifs de la plante, et qu'ils ont appelé Scillarène. De nombreux auteurs (1) ont démontré depuis, l'action élective de ce médicament sur le myocarde. Mais, en France, il ne semble pas que l'étude des propriétés cardiotoniques du scillarène ait été envisagée (2). Il y a là cependant un problème cardiologique du plus haut intérêt, puisqu'on admet à l'heure actuelle, que ce médicament ne présente aucun effet cumulatif et que sa toxicité est pratiquement négligeable.

(1) Parmi ceux-ci : JUNGMANN, HERTZ, KORNER, KAUFFMANN, EISMAYER, FARENKAMP, JERONNE.
(2) Joz, G. PERRIN et BRANISTEANU en ont cependant fait mention.

Nous avons pu réunir 28 observations de cardiaques traités par le scillarène. Les affections ainsi envisagées se groupent sous trois chefs : 1° la myocardite chronique, 2° l'insuffisance cardiaque, 3° l'arythmie.

I. **Myocardite chronique** (cœur sénile). — Traduite cliniquement, par un syndrome d'hypotonicité légère, permanente et progressive du myocarde, la myocardite chronique est une des principales indications du traitement scillarénique. Sur 7 cas traités, nous n'avons noté aucun échec.

Sous l'influence du scillarène (LXX à XC gouttes) la sensation de fatigue et de courbature générale, l'asthénie, l'inappétence disparaissent en quatre à six jours; les douleurs précordiales, les palpitations persistent plus longtemps. L'oppression, la dyspnée et la toux s'atténuent nettement. L'oligurie disparaît en deux ou trois jours. L'œdème malléolaire se résorbe et ne se reproduit plus pendant les jours qui suivent la cessation du traitement.

Au point de vue cardio-vasculaire, on constate les effets suivants : la tachy-arythmie à 100 ou 110 fait place à un pouls régulier, normal aux environs de 80. La tension artérielle est très heureusement influencée. Dans l'hypertension, la maxima s'abaisse de plusieurs degrés et le cœur soulagé renforce ses bruits. Dans les cas où la pression différentielle est faible, le traitement la renforce en élevant la maxima. L'indice oscillométrique augmente. Les bruits du cœur se régularisent, deviennent plus nets, mieux frappés; le pouls s'amplifie. Les extra-systoles diminuent de fréquence et parfois disparaissent.

Au bout de sept à huit jours de traitement, l'état général s'améliore, l'appétit et le sommeil reviennent; le malade peut reprendre ses occupations.

Observation I (résumée). — Mlle Hélène D..., soixante-cinq ans.

Facies pâle, bouffi, œdèmes jambiers.

Courbature, vertiges, crampes, inappétence, insomnie.

Urines, 850 centimètres cubes: troubles, sans sucre ni albumine. Acidité augmentée.

Pouls 108, petit, arythmique.

Aire cardiaque augmentée, étalée, arrondie. La pointe bat dans le 6e espace intercostal.

Bruits du cœur mous, assourdis, arythmiques; tendance marquée au rythme embryocardique.

Pression artérielle 17-10. I.O = 3.

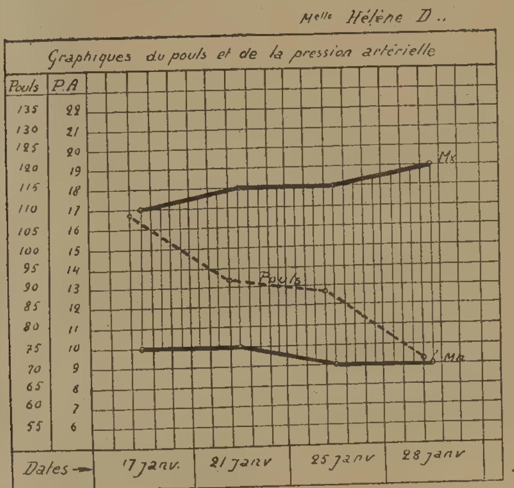


Fig. 1.

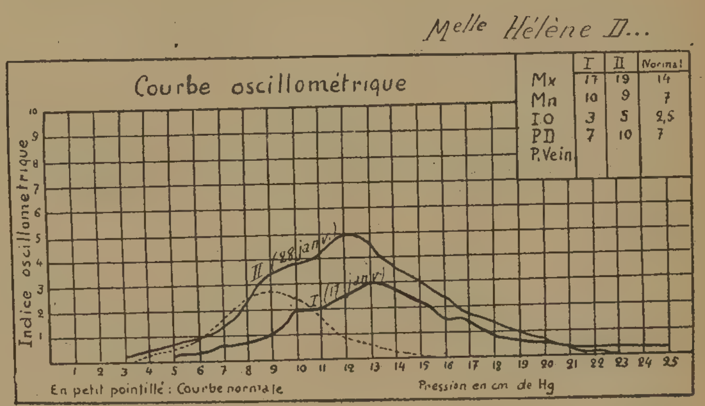


Fig. 2.

Traitement : purgation; Scillarène (80 gouttes par jour et pendant dix jours).

Résultats : Le pouls passe de 108 à 76; la tension artérielle, de 17-10 à 19-9; l'indice oscillométrique, de 3 à 5; les urines de 850 à 1.350; le pouls irrégulier d'intensité, d'amplitude, de rythme, est devenu régulier et normal.

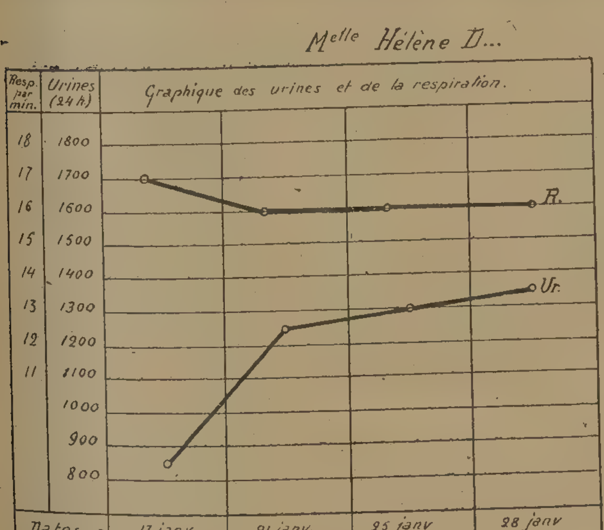


Fig. 3.

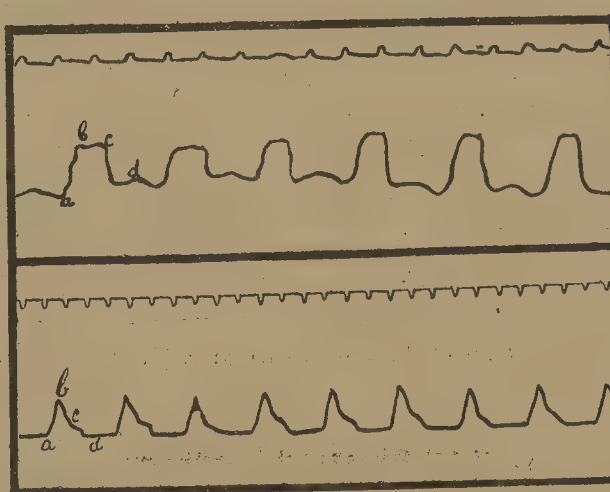


Fig. 4.

Obs. II (résumée), myocardite chronique.

Cette observation permet l'action comparée de la digitale et des glucosides de la scille, dans le traitement du cœur sénile.

Nicolas R...

Mis au traitement digitalique le 9 janvier (x gouttes par jour de la solution à 1 p. 1.000). Urines 700. Albumine 1 gr.

13 janvier, urines 900.

14 janvier, urines 800. Cessation du traitement digitalique.

23 janvier, urines 600. Traitement : Scillarène (quatre fois xx gouttes par jour jusqu'au 1er février).

26 janvier, urines 1.600.

30 janvier, urines 1.800,

31 janvier et 1er février, urines, 1.650. Albumine 0.

Les graphiques de la fig. 6 montrent que le traitement digitalique n'est parvenu ni à influencer la tachy-arythmie ni à supprimer l'oligurie. Le cœur, réfractaire à la digitale, a par contre sensiblement réagi aux glucosides de la scille.

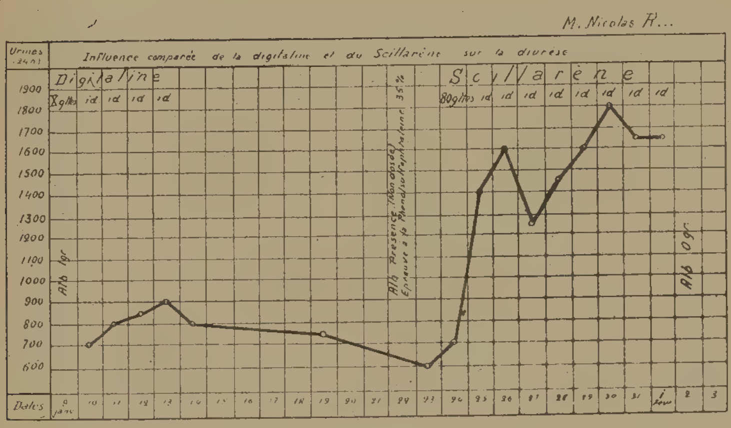


Fig. 5.

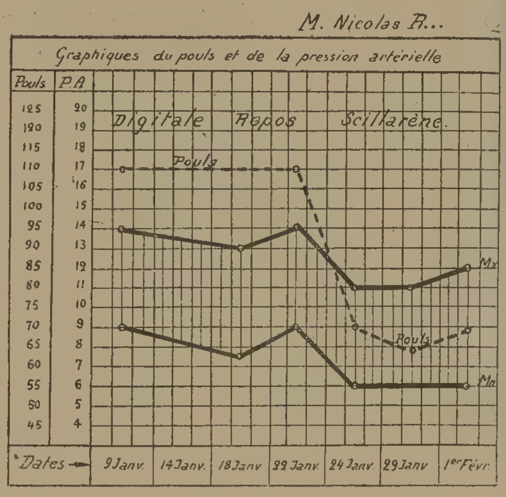


Fig. 6.

Sous l'influence du scillarène, le pouls tombe de 110. à 68; la pression artérielle est abaissée de 14-9 à 12-6; la pression différentielle passe de 5 à 6,5 et les urines de 600

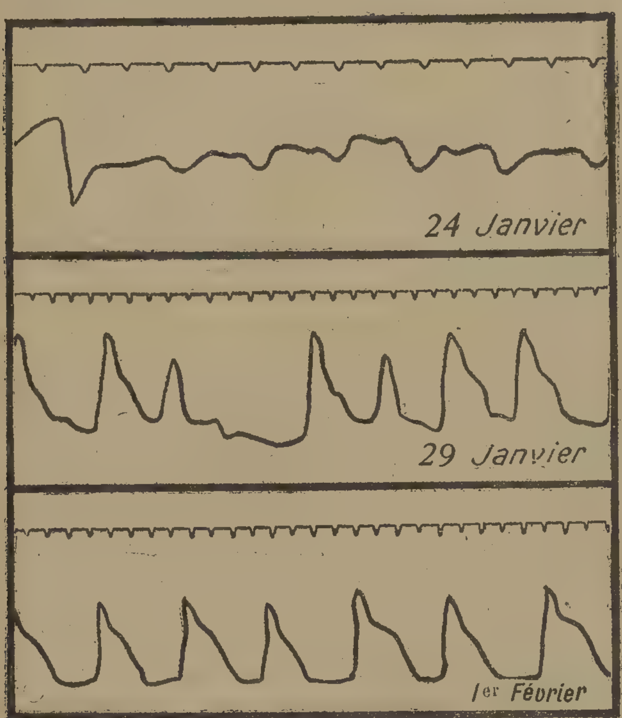


Fig. 7.

à 1.650 centimètres cubes. Les sphygmogrammes sont instructifs : le pouls anarchique du 24 janvier a fait place à un pouls régulier, presque normal huit jours après (fig. 7).

Dans tous les cas de cœur sénile traités par les glucosides de la scille, l'amélioration obtenue a été durable, analogue et parfois supérieure à celle que donne le traitement digitalique. Le Scillarène est donc un bon agent thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique; ne provoquant ni intoxication, ni accumulation, il permet la reprise fréquente ou la prolongation presque indéfinie du traitement.

II. **Insuffisance cardiaque légère.** — 1° *A prédominance gauche.* — Au cours de 6 observations d'insuffisance cardiaque légère traitée par les glucosides de la scille, nous avons pu noter les améliorations suivantes : la dyspnée, l'oppression, l'oligurie, la congestion des bases lorsqu'elle est peu accentuée, s'amendent dès les premiers jours du traitement; le pouls se régularise, devient plus fort, plus ample, mieux frappé, sa fréquence tend à revenir à la normale et atteint 80-88 au cinquième jour en moyenne. Cependant l'arythmie, dans de nombreux cas, ne disparaît pas complètement et peut même persister légèrement, à la fin du traitement. La pression différentielle tend à reprendre sa valeur normale aux dépens de la maxima, tandis que la minima reste à peu près stationnaire, variant d'un degré au plus. Cette amélioration de la pression différentielle se note dès les deuxième et troisième jours; les oscillations au Pachon augmentent d'amplitude et se régularisent. Les bruits du cœur deviennent plus nets, plus réguliers; les souffles fonctionnels s'atténuent.

Le malade encore sujet à la dyspnée d'effort, avec un pouls légèrement arythmique, commence à se lever vers le sixième ou le septième jour; il dort mieux, mange de meilleur appétit. L'état général est bon.

Voici, à ce sujet, les graphiques d'une de son observations (obs. III).

Ce malade, qui présentait un syndrome d'encombrement des deux circulations, avec prédominance d'insuffisance du cœur gauche, a été apparemment

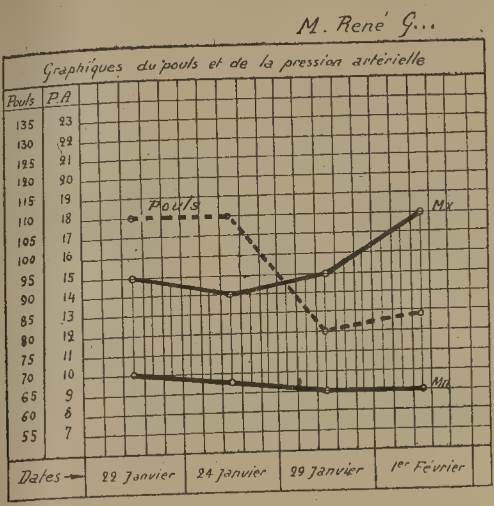


FIG. 8.

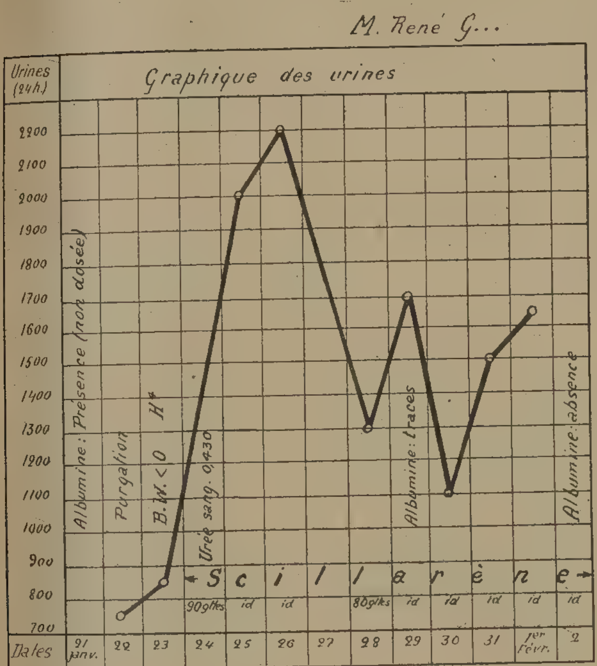


FIG. 9.

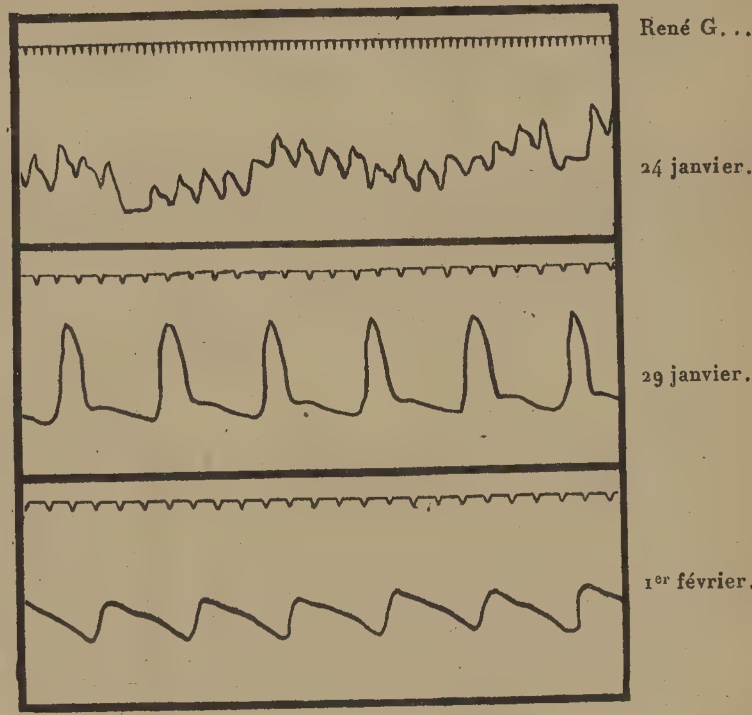


FIG. 10.

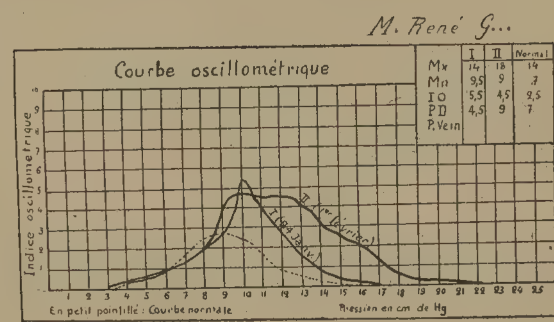


FIG. 11.

guéri en huit jours de traitement (XC puis LXXX gouttes de scillarène par jour).

Les urines montent de 800 à 1.650 centimètres cubes; l'albumine finit par disparaître complètement. Le pouls descend de 110 à 84; la tachy-arythmie s'atténue dès les premiers jours et disparaît au cinquième. La pression artérielle passe de 15-10 à 18-9. Les œdèmes régressent et disparaissent en cinq jours. Au septième jour toute trace d'insuffisance fonctionnelle a disparu.

2° *Insuffisance cardiaque légère à prédominance droite.* — Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer un cas d'insuffisance droite isolée (syndrome de Laubry). Nous possédons cependant quatre observations d'insuffisance cardiaque totale à prédominance droite traitée par le scillarène (LXXX gouttes).

Les résultats sont tout à fait comparables à ceux obtenus avec les tonicardiaques habituels. Dans l'une de nos observations nous avons noté sur les tracés électrocardiographiques : la réapparition de l'onde S, l'accroissement considérable de l'intervalle RS, l'augmentation nette de l'amplitude des ondes P et T.

3° *Insuffisance cardiaque totale.* — Lorsque l'insuffisance cardiaque est totale et qu'elle frappe avec la même importance les cœurs droit et gauche, les glucosides scillitiques ne se montrent ni supérieurs, ni inférieurs aux toni-cardiaques habituels. Mais alors que la digitale ou l'ouabaïne ont dépassé leur seuil d'activité, les glucosides scillitiques administrés par voie endoveineuse semblent relever quelque peu la tonicité du muscle cardiaque. Il faut cependant noter qu'en cas de collapsus cardiaque, l'amélioration est faible, passagère et transitoire. Le scillarène n'est donc pas un toni-cardiaque violent comme l'ouabaïne et la digitale.

En dehors des cas de collapsus, d'insuffisance irréductible, nous avons pu réunir dix observations où les glucosides de la scille administrés à temps, à la dose de LXXX à C gouttes par jour ont relevé l'insuffisance cardiaque totale.

Voici les graphiques se rapportant à une observation de ce groupe clinique. (Obs. IV.)

On voit que dans cette observation, le pouls passe de 108 à 88; la tension artérielle de 13,5-10 à 16-9; l'indice oscillométrique croît de 2 à 4.

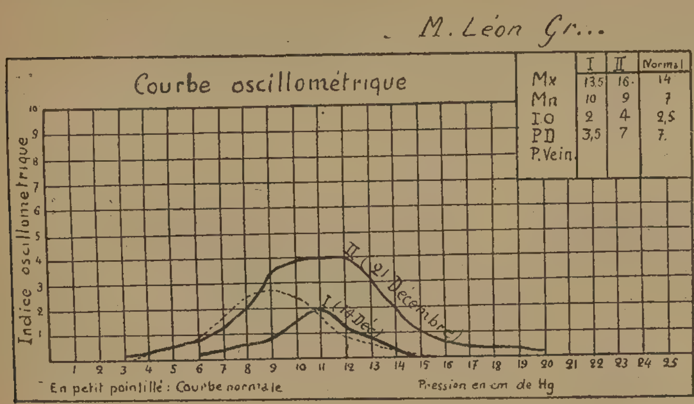


Fig. 12.

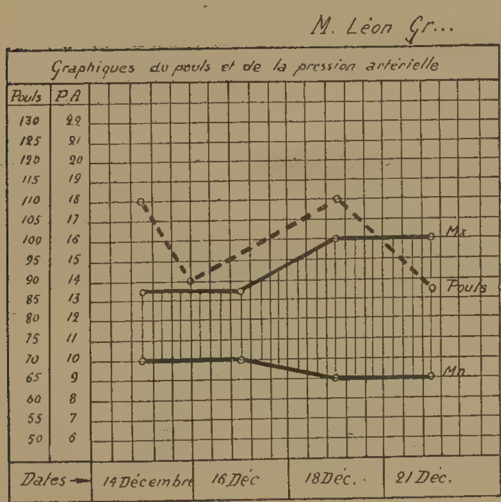


Fig. 13.

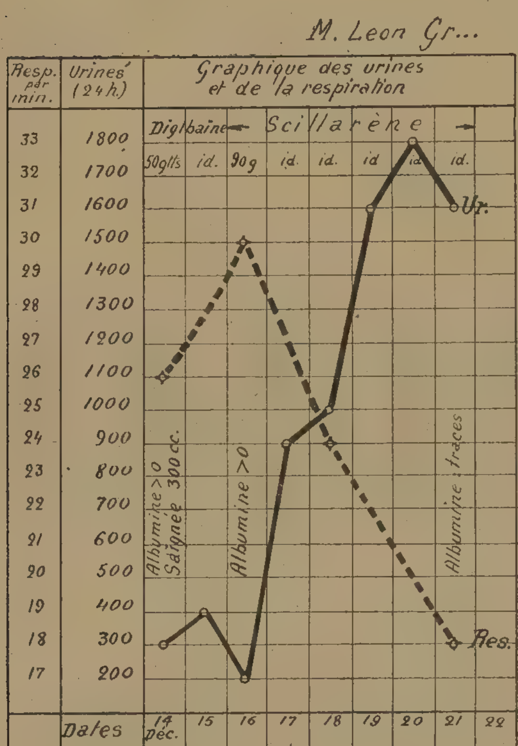


Fig. 14.

La dyspnée s'atténue rapidement, les œdèmes régressent, mais ne disparaissent qu'au dixième jour. Cette observation est intéressante d'un autre point de vue : le traitement scillarénique n'a été institué qu'après l'échec de la digibaïne ; les glucosides scillitiques semblent donc bien agir électivement ur le myocarde, mais d'une façon fugace.

III. **Arythmies**. — Essentielle ou non, quelle que soit son étiologie ou son importance, l'arythmie est la plupart du temps influencée heureusement par le traitement scillarénique.

Nous possédons de nombreuses observations dont les graphiques le montrent explicitement.

Afin de mettre en évidence cette propriété particulière au scillarène, voici les sphygmogrammes d'une basedowienne présentant un pouls alternant. (Obs. IX.)

Après huit jours de traitement à la dose journalière de LXX gouttes, le pouls est devenu normal, et,

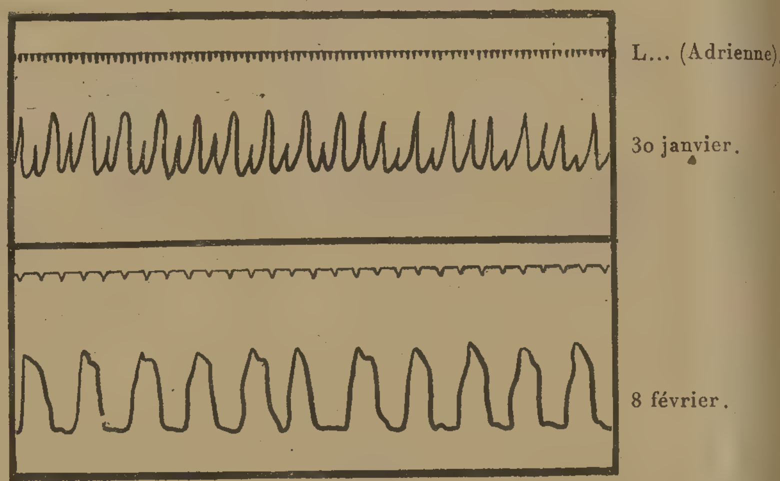


Fig. 15.

chose remarquable, la pression artérielle n'a pas été influencée, le cœur de la malade n'étant pas en état d'insuffisance.

Conclusions. — En résumé, les observations précédentes, prises sur un ensemble de 28 cas cliniques analogues, permettent d'aboutir aux conclusions suivantes :

1° Le scillarène est un cardiotonique d'activité réelle, mais fugace. Il régularise le rythme du cœur et tend à ramener le pouls à sa fréquence normale. Il semble donc avoir une influence marquée sur l'excitabilité et la conductibilité du cœur.

2° Il augmente l'indice oscillométrique, accroît l'intensité du pouls, augmente l'amplitude du complexe Q. R. S. tout en réduisant et régularisant la durée de R. Le médicament paraît agir sur la contractilité cardiaque en la renforçant.

3° Sous l'influence du scillarène la pression différentielle tend à se rapprocher de la normale, presque exclusivement aux dépens de la maxima. Enfin, la capacité fonctionnelle du myocarde, recherchée chez quelques-uns de nos malades, s'accroît dès les premiers jours du traitement. Il faut en conclure que les glucosides scillitiques ont une action élective sur la tonicité du myocarde.

Pratiquement non toxique et sans effet cumulatif, le scillarène est indiqué dans le traitement des insuffisances cardiaques légères, chroniques, qui demandent un traitement prolongé ou avec reprises fréquentes. C'est le médicament de choix du cœur sénile, l'agent indispensable aux cures d'entretien toni-cardiaque.

Dans l'insuffisance cardiaque aiguë, dans les cas graves et brusques de défaillance myocardique, il faut avoir recours à la digitale ou à l'ouabaïne qui, plus énergiques, constituent un meilleur traitement d'attaque. On passera ensuite à la cure scillarénique.

En donnant la digitale ou l'ouabaïne simultanément avec les glucosides de la scille, on combine l'effet toni-cardiaque des deux médicaments et les doses toxiques des deux premiers peuvent ainsi être évitées.

Enfin, dans les cas où les toni-cardiaques usuels deviennent inefficaces, on pourra tenter ce traitement.

L'action diurétique générale et azotémique des glucosides de la scille est bien connue. Il n'y a pas à y revenir. Mais certainement, il faut attribuer leur supériorité sur les théobromines, à leur action cardiotonique venant s'ajouter à leur action directe sur le filtre rénal.

(Travail fait dans le service de M. le professeur Hoche à la Maison départementale de secours de Nancy).

LIVRES NOUVEAUX

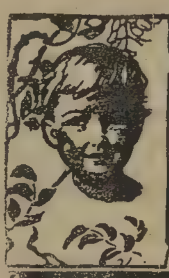
La Sacro-coxalgie et son traitement (1), par Pierre Ingelrans, chef de clinique de chirurgie infantile à la Faculté de médecine de Lille. Préface du professeur R. Le Fort.

On désigne sous le nom de « sacro-coxalgie » la localisation de la tuberculose sur l'articulation du sacrum avec l'ilion.

L'intention de l'auteur, en reprenant l'étude de cette affection, n'est pas de recommencer en détail la description anatomo-clinique qui a fait l'objet de bons ouvrages, mais d'apporter, à la lumière de nombreuses observations personnelles, un complément à ces travaux. Il fait une rapide revue des travaux qui ont paru depuis cette date, et reprend l'étude clinique en y ajoutant quelques remarques personnelles.

Deux chapitres ont été complètement réservés dans une étude d'ensemble : l'étude radiographique de l'affection d'une part; et, d'autre part, celui du traitement qui, en effet, comme celui de toutes les tuberculoses ostéo-articulaires, a subi depuis l'heureux succès des greffes ankylosantes un remaniement complet. L. G.

(1) Un volume de 142 pages avec 6 planches. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Facilités accordées par le P.-L.-M. a l'occasion des fêtes du carnaval sur le Littoral. — A l'occasion des fêtes du carnaval organisées dans les principales stations du Littoral, les billets d'aller et retour délivrés à partir du 12 février prochain, pour les gares de Cannes, Cannes-la-Bocca, Nice (Ville, Saint-Augustin, Riquier et Saint-Roch): Monaco, Monte-Carlo, Menton et Menton-Garavan, pour toute gare P.-L.-M. distante de 300 kilomètres ou plus de la gare de destination des coupons d'aller, seront valables jusqu'aux derniers trains partant des gares désignées ci-dessus dans la journée du 18 février 1931.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU REIN

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

DIAGNOSTIC

1° Chez l'adulte. — *A.* **Diagnostic d'une hématurie rénale sans tumeur.**

a. Nous éliminerons d'emblée à cause des commémoratifs ou du tableau clinique si différent, les hématuries de certaines *néphrites*.

Il faut penser, en outre :

— A certaines *tumeurs vésicales* donnant une hématurie totale (diagnostic de cystoscopie) et aux *papillomes du bassinet* ou de l'uretère (saignement au contact de la sonde).

b. Mais les deux principales causes d'erreur sont :

1. La lithiase,
2. La tuberculose rénale.

1° La lithiase rénale. — L'hématurie a des caractères différents :

— Peu abondante, nettement rythmée par le repos ou la fatigue.

— Douloureuse (coliques néphrétiques dans les antécédents et points douloureux provoqués).

A la radiographie, calculs souvent apparents.

2° La tuberculose rénale. — L'hématurie a les mêmes caractères que l'hématurie néoplasique : insidieuse, indolore, capricieuse, ne cédant pas au repos. Mais il existe :

— De la cystalgie (avec les lésions péri-urétériques et du dôme caractéristiques à la cystoscopie).

— Des lésions génitales (épididyme, vésicules).

— Au cathétérisme uretéral les urines sont déjà troubles, le plus souvent du côté malade; de plus, déficience rénale très nette de ce côté (diminution du pouvoir concentrateur).

— Le bacille de Koch sera recherché directement dans le culot et par inoculation.

B. **Diagnostic d'un gros rein.** — *a.* 1. Il est assez facile d'éliminer :

— *Une grosse vésicule* ou une tumeur du foie, à droite, car elles ne donnent pas les signes rénaux (contact, ballottement) et peuvent s'accompagner d'ictère.

— *Une grosse rate* avec son bord antérieur toujours tranchant, parfois crénelé.

— *Une tumeur colique* car elle donnerait des signes intestinaux et surtout des signes radiologiques.

2. Plus difficile est le diagnostic avec :

Kyste du pancréas (surtout à gauche),

Kyste du mésentère.

3. Enfin le diagnostic est presque impossible cliniquement avec les tumeurs des surrénales.

b. On a reconnu qu'il s'agit d'un *gros rein.*

Il se pose alors plusieurs problèmes. Il faut éliminer :

Le rein hydronéphrotique, mais douloureux avec des débâcles.

Le gros rein tuberculeux : mais outre les caractères cliniques déjà énumérés, sur la pyélographie l'ombre des cavités mord sur le parenchyme.

Le gros rein lithiasique : cliniquement :

— Les douleurs,

— Les caractères de l'hématurie,

— La pyurie.

Radiologiquement :

Les ombres des calculs éviteront l'erreur.

Les tumeurs bénignes du rein : ce sont pratiquement des diagnostics de pyélographie :

— *Rein polykystique* : ombre du bassinet allongée et calices de forme angulaire; souvent bilatéral.

— *Kyste hydatique*, avec son contour arrondi, caractéristique, mordant sur le collargol ou injecté si le kyste est ouvert.

— Enfin on a récemment insisté sur la *leucoplasie pyélique* qui pourrait en imposer pour une tumeur.

2° Chez l'enfant. — Il faut tout d'abord éliminer :

— *La tuberculose péritonéale* à cause de l'ascite et des gâteaux péritonéaux, et principalement la forme de cirrhose cardio-tuberculeuse.

— *L'adénopathie mésentérique*, mais elle atteint rarement un gros volume.

Penser ensuite à un gros foie, ou une grosse rate.

Mais un diagnostic prime les autres, c'est celui des kystes rénaux ou pararénaux, diagnostic impossible autrement qu'à l'intervention.

TRAITEMENT

1. **Cancer du rein de l'adulte.** — Il ne faut opérer que les tumeurs petites et non fixées et les sujets résistants.

On utilisera : soit la voie parapéritonéale de Bazy, soit la voie lombaire qui donne moins de jour.

L'ablation doit se faire théoriquement en masse, rein et uretère, en restant en dehors de la capsule, et ganglions qu'on ira disséquer jusqu'au contact des gros vaisseaux prévertébraux. Mais la mortalité immédiate par choc, hémorragies, est considérable. De plus les résultats tardifs ne sont pas encourageants malgré la radiothérapie associée (près de 60 p. 100 de récidives locales dans la première année).

Cinq ans de survie sont synonymes de guérison.

2. **Cancer du rein de l'enfant.** — On n'intervient pratiquement que dans l'espoir de trouver un kyste rénal ou *pararénal.*

Le plus souvent la tumeur adhère à toute la périphérie, l'extirpation en masse et complète est très pénible; aussi la mortalité est-elle extrême; de plus les récidives sont de règle.

Certaines tumeurs radiosensibles rétrocèdent très rapidement par la radiothérapie profonde, mais la récidive est inévitable et rapide.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, nos 8, p. 140, et 10, p. 178.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Numéro consacré à la POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE

Prix de ce numéro : 3 francs.

N° 13. — SAMEDI 14 FÉVRIER 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 14 FÉVRIER 1931. — N° 13.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

LA POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE
Biologie, par M. A. Pettit.
Epidémiologie, par M. P. Sée.
Lésions, par M. J. Lhermitte.
Caractères cliniques, par M. L. Babonneix.
Sérothérapie, par M. L. Laruelle.
Traitement chirurgical et orthopédique, par M. Lance.
Traitement électro-radiologique, par MM. Delherm et Laquerrière.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société médicale-chirurgicale des hôpitaux de Nantes.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Les prétendus dangers des rayons X, par M. Foveau de Courmelles.
NOTES DE PRATIQUE
Dermatite primulaire, par MM. P. Fernet et R. Girard.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-DENIS. — *Concours de l'internat.* — Composition écrite : « Hernie crurale étranglée. — Cancer de l'œsophage. »

Ont été nommés après concours internes titulaires :

MM. Blondeau, Archambaud, Barneville, Pham ba Vien, Gigault de la Bedollière, Peyaud, Pillière de Tanouarn.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Congés des jours gras.* — 1° Les cours, travaux pratiques et examens vaqueront les lundi 16 et mardi 17 février.

La bibliothèque sera également fermée.

2° Les bureaux du secrétariat seront ouverts ces deux jours, de 12 h. à 15 h.

— Par décision ministérielle du 6 février 1931, une session extraordinaire est ouverte à titre exceptionnel, pour l'examen de chimie de 2e année seulement.

Cette session sera réservée aux étudiants refusés pour cette matière, en octobre dernier.

MM. les étudiants bénéficiaires de cette décision, sont invités à consigner dès maintenant au Secrétariat (guichet n° 3) de 12 à 15 h. Les consignations seront reçues jusqu'au mercredi 18 février inclus.

Les épreuves pratique et orale auront lieu au Laboratoire de chimie le vendredi 20 février, à 9 h.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont s'ouvrira le 19 octobre 1931 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont s'ouvrira le 20 octobre 1931 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

GUERRE. (Troupes coloniales.) — M. le médecin colonel Faucherand, du 23e d'infanterie coloniale, est nommé par intérim adjoint à l'inspecteur général du Service de santé aux colonies.

— SERVICE DE SANTÉ. (Active.) — Mutations :

Médecins lieutenants-colonels. — MM. Mandoul (d'Angers), médecin chef et président de commission de réforme ; de Gaulejac (René), affecté au ministère de l'air.

Médecins commandants. — MM. Clot (de Pau), affecté au 137e d'infanterie à Quimper ; Goetz (de Metz), affecté à l'hôpital militaire Plantières, à Metz.

(Active.) — Sont désignés pour suivre à l'Ecole supérieure d'éducation physique de Joinville le stage d'information des médecins militaires :

MM. les médecins capitaines Villot, Cordier, Piquemal, Thibault, Laplagne, Chavialle, Garrigues, Fonta, Fort, Cavailles, d'Audibert Caille du Bourguet, Villequez, Ferry et Vives.

MM. les médecins lieutenants Vaudin, Barrat, Delmas et Freyche.

UNION MÉDICALE LATINE (UMFIA). — L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE vient de se tenir à l'Hôtel Chambon (Maison des médecins), sous la présidence de M. Dartigues, président-fondateur, assisté de MM. Bandelac de Pariente, vice-président-fondateur; Molinéry, secrétaire général, et Cambiès, trésorier général.

Après approbation unanime du procès-verbal de la dernière assemblée générale, le docteur Molinéry donne lecture de la correspondance. Il excuse le docteur Berry, retenu encore par la maladie. Au nom de tous, le président envoie au docteur Berry les souhaits de convalescence que l'assemblée générale lui adresse.

M. Molinéry salue une dernière fois « ceux qui s'en sont allés » au cours de cette dernière année, et en particulier le professeur Gley, les docteurs André Léri, P. Descomps, Blondin, le professeur Bogdan (de Roumanie), les professeurs Queirolo et Santoliquido (d'Italie).

L'assemblée ratifie l'admission des 120 nouveaux membres.

Le docteur Cambiès donne alors lecture du compte rendu financier. Mlle Roule, secrétaire de la jeune Umfia, retenue par la grippe, est remplacée par M. Jodin, externe des hôpitaux, qui fait ressortir le très grand développement pris par la jeune Umfia, et son extension à tous les pays latins. L'assemblée tout entière applaudit et M. Molinéry est tout heureux de dire que ce grand succès est dû à la ténacité, à l'habile diplomatie de Mlle S. Roule, dont le père est le savant professeur du Muséum d'histoire naturelle.

La question du latin, langue universelle, est restée à l'ordre du jour des séances de l'Union médicale latine.

Me Michaux, l'éminent bâtonnier de l'Ordre des avocats de Boulogne-sur-Mer, s'excuse de ne pouvoir venir, comme l'an dernier, soutenir sa thèse. Le secrétaire général lit la très belle lettre où M. Michaux n'hésite pas à faire le sacrifice du Romanal à l'Umfia, montrant que l'Esperanto et l'Ido ne peuvent se substituer au latin.

La parole est donnée au docteur Ruffier. Celui-ci a prouvé dans de nombreux articles que le latin, langue scientifique universelle, était facile, possible, nécessaire. Le docteur Mélamet soutient une thèse inverse. Le docteur Cauchois, avec beaucoup d'humour et d'habileté, répond à M. Mélamet, appuie les arguments de M. Ruffier, et en présente de nouveaux. Le docteur Foveau de Courmelles se fait l'apôtre de l'Esperanto.

Le docteur Molinéry donne ensuite lecture des noms des lauréats de l'Umfia. On sait que près de 45.000 fr. de prix, fondés par divers donateurs, sont remis chaque année aux travailleurs qui ont satisfait à ces concours.

Le secrétaire général donne lecture de la volumineuse correspondance qu'il entretient avec les délégués généraux de tous les pays.

M. Molinéry, aux applaudissements de l'assemblée, annonce que le bureau et le Conseil d'administration ont voté de participer au Jubilé du professeur Hartmann, président de l'A. D. R. M., et fait part de la collaboration apportée à cette Association par l'Union médicale latine.

Le docteur Dequidt, président des camps de vacances, informe ses collègues que le mois d'août verra à Genève un Congrès international de colonies de vacances, et invite l'Umfia à s'y faire représenter.

Le docteur Molinéry, au nom de l'assemblée, envoie à nouveau à M. le professeur Balthazard les félicitations de l'Union médicale latine à l'occasion de son décanat.

Renouvellement du bureau par tiers. Nomination comme vice-président du professeur Gabbi, en remplacement du professeur Queirolo qui vient de mourir.

Le docteur Dartigues remercie M. Jayle de l'hospitalité qu'il a donnée à l'Union médicale latine, et rappelle la date du 16 février : Bal de la médecine française.

Le docteur Dartigues remercie aussi les membres de l'assemblée d'être venus nombreux, et annonce que l'an prochain se prépareront les fêtes destinées à célébrer la vingtième année de l'Union médicale latine.

Comme toutes les manifestations de l'Umfia cette assemblée fut une très belle soirée de travail, d'union, de concorde et de paix par l'idée médicale latine.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. — L'assemblée générale annuelle de l'Association corporative des étudiants en médecine s'est tenue le 9 février 1931, à son siège social, 8, rue Dante.

Après avoir entendu les rapports de MM. Rothéa, secrétaire général; Grosbois, trésorier, et Domart, bibliothécaire, l'assistance a approuvé leurs déclarations : il ressort en effet du rapport moral du secrétaire que la situation générale du groupement est des plus favorables.

Le compte rendu financier prouve l'équilibre du budget et la bonne gestion financière qui permettent de faire vivre l'Association et de faciliter le travail de 400 membres avec un budget de 60.000 fr.

La bibliothèque, grâce à des dons généreux (docteur Debat), est tenue au courant et abondamment fournie.

M. Mordagne a ensuite exposé les campagnes de défense professionnelle qu'il a faites au nom du Comité dans la presse et les milieux universitaires et politiques. Après quoi le vœu suivant a été émis :

« L'assemblée générale approuve l'action menée par le Comité au sujet du projet de loi Armbruster et du projet Milan-Rio concernant les études dentaires, fait sien le vœu émis par le Comité dans sa séance du 8 décembre 1930 et lui donne toute latitude pour poursuivre l'action entreprise depuis plus d'un an. »

Le résultat des élections partielles pour le renouvellement du Comité a été le suivant :

Elus : MM. Béquignon, Borde, Chevallier, Lambert, Lejeune, Lemonnier, Nordin, Parfus; le secrétaire général, M. Rothéa.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour les postes de médecins directeurs des sanatoriums publics de Saint-Jodard (Loire), de Lessies (Nord) et de Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) (sanatorium du département du Rhône).

Les demandes devront être envoyées avant le 5 mars 1931 au ministère de la Santé publique, direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 4e bureau, 7, rue de Tilsitt, à Paris (*J. O.*, 11 février 1931).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alexis Pissavy, médecin de l'hôpital Cochin, décédé à Paris; Pierre Dupin, médecin chef de l'asile d'aliénés de Privas.

LA POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE

Par MM. Auguste PETTIT
Pierre SÉE, Jean LHERMITTE, L. BABONNEIX
Léon LARUELLE
LANCE, DELHERM et LAQUERRIÈRE

[*L'affection à l'étude de laquelle est consacré ce numéro a été longtemps appelée* paralysie infantile, *son principal caractère consistant en troubles paralytiques survenant brusquement chez de jeunes enfants. Les recherches anatomiques de Charcot et de Joffroy ayant permis de l'attribuer à des lésions inflammatoires aiguës prédominant sur la substance grise des cornes antérieures, elle est devenue la* poliomyélite antérieure aiguë (*de* μυελὸς, *moelle*, πολιός, *gris*). *A ces deux dénominations, ceux qui s'intéressent à l'histoire en préfèrent une troisième :* maladie de Heine-Medin, *proposée par Wickmann pour rappeler que de ces deux auteurs, celui-là a signalé les formes paralytiques dès 1840, celui-ci, dès 1890, les formes épidémiques. De ces termes, aucun qui n'ait été critiqué, et non sans quelque apparence de raison. N'empêche que l'usage les a imposés, et qu'ils doivent être considérés comme synonymes. Ces termes seront donc employés indifféremment les uns pour les autres dans les articles qui suivent.*]

L. B.

BIOLOGIE

Par le professeur AUGUSTE PETTIT, de l'Institut Pasteur, Membre de l'Académie de médecine.

En se basant sur les faits cliniques, Strümpel et Pierre Marie ont introduit, en pathologie, la notion de la nature infectieuse de la poliomyélite.

Cette indication a incité de nombreux microbiologistes à rechercher le germe pathogène: dans une première phase, une foule de bactéries diverses, dépourvues de spécificité, ont été décrites : les unes appartiennent à des espèces connues (*Streptococcus, Diplococcus catarralis, Diplococcus pharyngis flavus*, etc...); d'autres étaient considérées par ceux qui les ont découvertes comme nouvelles et ont été dénommées ou non; enfin, quelques biologistes ont décelé des corpuscules énigmatiques (corps globoïdes, notamment).

La technique des ensemencements bactériologiques aurait pu être mise en œuvre indéfiniment sans aucun profit. Heureusement, en 1909, Landsteiner (1) et Popper abordèrent l'étude microbiologique avec une nouvelle méthode : l'inoculation aux animaux. Voici l'expérience fondamentale de ces expérimentateurs dont découlent tous les progrès réalisés dans l'étude de la poliomyélite : Landsteiner et Popper prélèvent un fragment de moelle virulente sur un homme mort de poliomyélite ; ils la broient et inoculent l'émulsion ainsi obtenue à des lapins, cobayes, souris et singes. (Cynocéphale et Macaque). L'injection ne provoque pas de réaction chez les rongeurs; en revanche, les Primates se paralysent et meurent; leur moelle épinière présente des lésions comparables à celles observées chez les sujets humains ayant succombé à la poliomyélite.

Ce point capital acquis, il restait à transmettre l'infection en série, de singe à singe, ce qui fut réalisé très rapidement par Flexner et Lewis, Leiner et Wiesner, Weichselbaum, Landsteiner et Levaditi.

Quelle est la nature du virus poliomyélitique? Cette question ne peut être résolue actuellement; un fait seul est établi expérimentalement; la poliomyélite est provoquée par un virus qui traverse les bougies filtrantes.

Il est assez sensible à la chaleur; immergé dans la glycérine diluée, maintenue à une température inférieure à 0° C, il conserve sa virulence pendant plusieurs années.

Au point de vue de la physiologie pathologique, une notion de haute importance est à retenir : le virus poliomyélitique est neutralisé par le sang d'un singe, qui a guéri de cette infection (Landsteiner et Levaditi, Leiner et Wiesner, Roemer et Joseph, Flexner et Lewis).

Cette dernière constatation a conduit A. Netter et C. Levaditi à utiliser pour la thérapeutique humaine le sérum des sujets guéris de poliomyélite; c'est l'agent médicamenteux désigné couramment sous le nom de sérum de convalescent.

Bien qu'un certain nombre de médecins contestent ou même nient son pouvoir curatif, le sérum de convalescent constitue un médicament efficace; malheureusement, c'est un produit qui est toujours très peu abondant; au début des épidémies, les

(1) Le prix Nobel (médecine) pour 1930 a été décerné au professeur K. Landsteiner; à cette occasion, j'adresse à mon éminent collègue mes très cordiales félicitations.

médecins en sont à peu près complètement démunis et ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines que de maigres stocks peuvent être constitués.

Je n'aurais jamais tenté de produire du sérum antipoliomyélite (1) au moyen d'un animal, si le sérum de convalescent pouvait être recueilli dans les conditions suivantes :

Stocks répondant approximativement aux besoins,
Pouvoir immunisant contrôlé,
Impossibilité de transmettre une maladie infectieuse (tuberculose, syphilis, etc.).

Lorsque j'ai abordé (1917) l'étude de cette question, Landsteiner et Popper, Kling, Flexner et Lewis, Noguchi, Levaditi, Leiner et Wiesner, etc., avaient établi nombre de notions de haute importance; je me fais un devoir de rappeler ici les recherches de collègues que je ne puis désigner tous nommément et qui m'ont été d'un grand secours.

* * *

Préparation du sérum antipoliomyélite au moyen du cheval. — Comment procéder pour préparer le sérum antipoliomyélite? On commence par inoculer un singe. A cet effet, on injecte, à un sujet anesthésié, une petite quantité d'émulsion de moelle poliomyélitique, en plein hémisphère cérébral.

Au bout de quelques jours, le singe présente une paralysie flasque, absolument comparable à celle qu'on observe dans l'espèce humaine.

L'agonie de l'animal est surveillée; on le laisse survivre le plus longtemps possible, car on peut supposer que le virus se multiplie progressivement. On enlève la moelle avec les précautions aseptiques habituelles et on la place dans de la glycérine stérile. Au moment opportun, on inocule de la moelle broyée à un cheval. On pratique une quinzaine d'injections hebdomadaires, puis on saigne les animaux. On obtient ainsi un sérum qui neutralise, *in vitro*, le virus de la poliomyélite.

L'inoculation périodique d'émulsions de centres nerveux d'homme ou de singe ayant succombé à la poliomyélite fournit un sérum dont A. Netter (1926) a « pu personnellement reconnaître l'efficacité déjà constatée par Etienne, Debré, Babonneix, etc... On n'est donc plus obligé de recourir au sérum des convalescents, dont l'approvisionnement, on le conçoit, n'était pas sans difficultés. Le sérum de cheval immunisé donne des résultats aussi bons que le sérum humain. »

La préparation du sérum antipoliomyélite, au moyen d'un animal, se heurte à des difficultés matérielles et techniques considérables.

Je n'ai malheureusement pas pu m'attacher à l'étude expérimentale de ce sérum parce que les singes coûtent extrêmement cher, et parce que j'estime que c'est une obligation morale de préparer un sérum réclamé par les cliniciens plutôt que de poursuivre une recherche biologique.

(1) Aux Etats-Unis, E. G. Rosenow, Neustaedter, Banzhaf et Thro, J. W. Nuzum et R. Willy ont préparé des sérums par inoculation au cheval de substances diverses, de bactéries, notamment de streptocoques isolés chez des poliomyélitiques.

* * *

Préparation du sérum antipoliomyélite au moyen du singe. — « Tous les auteurs qui ont étudié la poliomyélite expérimentale, note Levaditi (1), ont remarqué que les singes, qui survivent à une première attaque, ne contractent plus la maladie lorsqu'on les inocule une seconde fois. Ainsi, Flexner et Lewis (1er janvier 1910) d'une part, Landsteiner et Levaditi (3 janvier 1910) d'autre part, relatent des expériences qui mettent hors de doute cet état réfractaire. »

Consécutivement à ces résultats, il y avait lieu de rechercher quel est le mécanisme créant l'immunité dont jouit le singe guéri de poliomyélite. « Par analogie avec ce qui se passe dans la rage, maladie qui offre plus d'un point commun avec la poliomyélite, les recherches expérimentales ont mis en évidence des principes doués de propriétés bactéricides *in vitro*, dans le sérum sanguin des convalescents de paralysie infantile et des singes vaccinés. La découverte de ces principes est due à Levaditi et Landsteiner » (2).

Les expériences de Landsteiner et Levaditi montrent que « le sérum des animaux guéris détruit, *in vitro*, le virus de la poliomyélite, à la condition toutefois que l'émulsion virulente soit homogène et le temps de contact suffisamment long ».

« En est-il de même chez l'homme? Netter et Levaditi ont démontré l'existence d'anticorps antipoliomyélitiques dans le sérum des convalescents de paralysie infantile » (3).

Au cours de mes recherches, j'ai été frappé, à mon tour, par le haut pouvoir neutralisant du sang des singes immunisés et j'ai résolu dès le début de mes expériences d'appliquer cette condition à la préparation d'un sérum antipoliomyélite au moyen du singe; mais, faute d'animaux, je n'ai pu résoudre ce problème technique qu'en 1929.

Parmi les Primates dont je dispose, les plus favorables sont représentés par les *Cynocephalus hamadryas* et surtout par les *Cynocephalus papio*, dont le poids somatique atteint 18-20 kilogrammes; seuls, des sujets de cette taille peuvent fournir une quantité appréciable de sérum.

La préparation d'un Cynocéphale en vue de l'obtention de sérum antipoliomyélite est aisée; elle est effectuée en quelques semaines. Ce qui est difficile, c'est de se procurer les singes nécessaires, de les nourrir, de les loger et de les chauffer hygiéniquement, enfin de disposer des aides nécessaires pour manier ces animaux dangereux, pour les inoculer et pour les saigner.

Les Colonies françaises, notamment le Soudan où abondent les Cynocéphales, rendraient service à la collectivité en envoyant, à l'Institut Pasteur, les singes nécessaires pour produire le sérum antipoliomyélite en quantité adéquate aux besoins.

(1) Je renvoie pour la bibliographie complète de la poliomyélite expérimentale et pour la discussion de celle-ci à l'ouvrage de C. Levaditi. *Ectodermoses neurotropes : poliomyélite, encéphalite, herpès*, Paris 1925, p. 91.
(2) Levaditi. Loc. cit., p. 94.
(3) Levaditi. Loc. cit., p. 94.

Pour immuniser un singe, il suffit de pratiquer quelques inoculations de virus actif, soit par voie intracœlomique, soit par voie sous-cutanée.

Le procédé qui présente le plus de sécurité consiste à vacciner ces animaux avec un mélange de virus et de sérum antipoliomyélite équin ou simiesque, puis à leur faire ultérieurement plusieurs inoculations de virus (1).

*
* *

Titrage du sérum antipoliomyélite. — Lorsque la préparation d'un animal (cheval ou singe) producteur de sérum paraît être réalisée, une petite quantité de sang est prélevée sur le sujet, en vue du titrage.

Cette réaction est indispensable, car administrer du sérum dont le pouvoir immunisant n'est pas établi, ce n'est pas faire de la sérothérapie, mais de la protéinothérapie ou de la thérapeutique de choc.

Aucun sérum antipoliomyélite n'est délivré aux médecins, avant que la présence des immunisines, en quantité notable, y ait été établie.

Je dois, préalablement, faire une remarque : faute de singes, je n'ai pu encore fixer la dose minima de virus poliomyélitique mortelle pour l'animal. Bien plus, le sérum antipoliomyélite m'a été demandé très rapidement pour la thérapeutique humaine en quantité telle que j'ai cru bien faire de consacrer tous les singes dont je disposais à la préparation du sérum. La pénurie de ces animaux a toujours entravé les recherches biologiques.

Ces conditions établies, je reviens à la mise en évidence du pouvoir neutralisant. Actuellement, j'en suis réduit au procédé dont voici le dispositif :

Verres à expérience	Émulsion de moelle poliomyélitique	Sérum à expertiser	Contact en minutes
N° 1.......	1 cent. cube.	0	»
N° 2.......	1 —	0 cc. 5	30
N° 3.......	1 —	1 cent. cube.	30

Le contenu des trois verres est injecté dans le cerveau de trois singes (1-3), pesant environ 2 kilogrammes. Dans les essais, le singe 1 (témoin) meurt habituellement de poliomyélite ; un petit nombre de sujets ont succombé, cependant, à une maladie intercurrente.

Quand le sérum à expertiser renferme des immunisines en quantité notable, les singes 2 et 3 survivent.

Action thérapeutique du sérum sur le singe. — Voici le résumé d'une expérience faite en août 1929. Le donneur de sérum thérapeutique est un *Cynocephalus hamadryas*, qui a été saigné avant (sérum normal C) et après l'immunisation (sérum immunisant C) ; les animaux expérimentés sont des *Macacus cynomolgus* ; le mot poliomyélite est indiqué par la lettre P.

M. cynomolgus.	Injection intracérébrale consistant en	Traitement par le sérum antipoliomyélite immunisant C	Résultats
1.	1 cc. virus.	0	Meurt le 6e jour de P.
2.	1 cc. virus + 2 cc. sérum normal C.	0	Meurt en 9 jours de P.
3.	1 cc. virus + 2 cc. sérum immunisant C.	0	Survit après avoir été malade.
4.	2 cc. virus.	Traité.	Meurt de P. 8 jours apr. l'inoculation.
5.	2 cc. virus.	Traité à partir du 3e jour apr. l'inoculation.	N'a pas présenté de signe de P. Meurt 11 jours apr. l'inoculation. L'examen histologique de la moelle ne décèle pas de lésions de P.
6.	1 cc. virus.	Traité dès le lendemain de l'inoculation.	A présenté une très légère paralysie de la patte ; survit en parfait état.
7.	1 cc. 5 virus.	Traité dès le lendemain de l'inoculation.	Meurt de P. 9 jours après l'inoculation.
8.	1 cc. virus.	Traité à partir du 3e jour apr. l'inoculation.	A présenté des mouvements saccadés ; puis de la paralysie très légère de la patte antérieure droite ; survit en parfait état.

Cette expérience suscite plusieurs remarques :

Avec du virus moins actif que celui que j'ai inoculé, A. Netter estimait que « la poliomyélite de l'homme est incontestablement moins grave que celle du singe. La quantité de virus utilisée dans les inoculations au singe est d'ailleurs infiniment supérieure à celle qui provoque l'infection chez l'homme ». Après inoculation intracérébrale du virus poliomyélitique du laboratoire, le *Macacus cynomolgus* meurt invariablement de poliomyélite typique. La sérothérapie abaisse la mortalité de moitié. D'autre part les doses de virus et sa virulence sont très élevées ; le sérum doit être administré à dose massive ; enfin, fait à noter, aussi bien chez les animaux qui ont survécu que chez ceux qui sont morts, l'injection du sérum immunisant C provoquait le plus souvent une amélioration au cours des douze à vingt-quatre heures suivantes.

*
* *

Depuis douze ans, je prépare du sérum antipoliomyélite ; je me suis toujours abstenu de faire connaître mon opinion sur la valeur thérapeutique de cet agent médicamenteux. Etant à la fois juge et partie, j'ai laissé à mes confrères de France et de l'étranger le soin de résoudre ce problème délicat, en raison de l'évolution naturelle de la poliomyélite, spécialement de ses rémissions spontanées. L'article du docteur Léon Laruelle, directeur du Centre neurologique de Bruxelles, répond à cette question (voir plus loin, p. 232).

Toutefois, je tiens à remercier les cliniciens de la confiance qu'ils m'ont accordée dès le début de mes recherches. Immédiatement après les essais

(1) La vaccination du singe par du virus sensibilisé a été réalisée par Landsteiner et Levaditi, Roemer et Joseph ; les essais de Flexner et Lewis ont été infructueux.

préliminaires, les demandes ont épuisé les quantités disponibles, au fur et à mesure de la production; jusqu'à présent, je ne suis pas encore parvenu à satisfaire à tous les besoins.

La quasi-totalité du sérum antipoliomyélite distribué aux médecins provient du cheval. Faute de singes et des moyens techniques nécessaires, je ne puis préparer qu'une quantité minime de sérum simiesque.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Par le docteur Pierre SÉE,

Docteur ès Sciences.

La marche générale des épidémies a été exposée dans un récent travail de H. Cambessédès, qui s'est inspiré du rapport de la Commission de la Société des Nations, en février 1930. En Europe, on a noté, comme c'est le fait habituel dans les régions atteintes, des périodes alternantes de cas sporadiques et de bouffées épidémiques.

La maladie a été d'abord scandinave, puis s'est étendue au reste de l'Europe. En 1911-12-13, se sont produits de nouveaux retours offensifs en Suède. En 1911, cas en Angleterre.

L'année 1926 marque le début d'un nouveau réveil de la maladie (Pays scandinaves, Angleterre, Allemagne, puis Hongrie).

En France, au cours de cette même année 1926, on a observé une vingtaine de cas disséminés dans diverses régions : Savoie, Pas-de-Calais, Loiret, Vendée, Aube. (Rapport du professeur Léon Bernard à l'Académie de médecine.)

En 1927, cas isolés dans la Manche, le Morbihan, la Savoie. En 1928, la maladie est en décroissance (Louis Martin); cas en Savoie. (Rapports des Préfets à l'Académie de médecine.) En 1929, nouvelles épidémies en Suisse, Italie du Nord, Hollande, Belgique.

En 1929, cas isolés en Vendée, dans la Haute-Saône, le Calvados, l'Aube, la Savoie, le Jura et 6 cas dans une seule commune des Landes.

Le docteur G. Banu (de Bucarest), dans une statistique relative à la poliomyélite en Roumanie (de 1927 à 1929 inclus), indique que l'épidémie a été forte en 1927; elle a atteint surtout les enfants de un à deux ans (772 cas) et de deux à cinq ans (841 cas). Elle a été moins intense en 1928 et a très sensiblement diminué en 1929.

A Paris, on a observé en 1926, 32 cas; en 1927, 10 cas; en 1928, 17 cas; en 1929, 17 cas.

La répartition, par mois, au cours de l'année 1930, a été à Paris : janvier, 0; février, 3: mars, 1; avril, mai, juin, 0; juillet, 3; août, 25; septembre, 11: octobre 12 (jusqu'au 15 octobre seulement).

Le nombre élevé de personnes atteintes en août est dû sans doute à la contagion au cours des déplacements, ainsi que le constate M. le professeur Louis Tanon dans un rapport au Conseil d'hygiène sur la poliomyélite à Paris.

On a observé, en 1930, de nombreux cas dans les départements suivants : Jura, Savoie, Haute-Savoie, Haute-Saône, Calvados, Creuse, Moselle, Gironde, Ille-et-Vilaine, Loire-Inférieure, Haute-Marne, Pas-de-Calais, Sarthe, Seine-et-Oise, Eure-et-Loir, Gers, Meurthe-et-Moselle, Rhône, Yonne, Aude, Aveyron, territoire de Belfort, Charente, Côtes-du-Nord, Isère, Bas-Rhin, Manche, Oise, Vendée, Nord, Allier, Hautes-Alpes, Ardennes, Aube, Drôme, Eure, Gard, Indre-et-Loire, Loire, Loiret, Maine-et-Loire, Marne, Mayenne, Morbihan, Meuse, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Somme, Seine.

L'épidémie qui a sévi dans le Bas-Rhin et la Moselle mérite une étude spéciale. Elle s'est manifestée, selon le docteur Jules Renault, par des cas sporadiques qui forment des anneaux de la chaîne reliant les poussées épidémiques. Elle a présenté le caractère habituel, c'est-à-dire que les cas ont éclaté dans des localités plus ou moins éloignées les unes des autres.

Levaditi, Schmutz et Villemin ont étudié aux points de vue épidémiologique et expérimental l'épidémie du Bas-Rhin, de juillet à octobre 1930. Elle a été étendue, puisque sur une population globale de 670.900 habitants, elle a donné 405 cas typiques, soit une proportion de 60,3 pour 100.000 habitants.

Les foyers étaient relativement importants : 110 cas à Strasbourg, 61 dans le canton de Schiltigheim, 53 dans le canton de Bischwiller. Les quatre cinquièmes des malades étaient des enfants de moins de cinq ans.

Les mêmes auteurs ont constaté expérimentalement que le virus de l'épidémie du Bas-Rhin avait une virulence relativement atténuée. Ce fait explique que le maximum de morbidité ait été observé chez des enfants de zéro à six ans.

L'épidémie vosgienne a été sensiblement contemporaine de celle de la Belgique et du Nord de la France et d'une recrudescence morbide en Suède, au Danemark, en Espagne.

La poliomyélite a continué à sévir dans les Pays-Bas en 1930. On a noté 446 cas dans les huit premiers mois de l'année, chiffre bien plus élevé que celui de l'année précédente pour la même période. Les cas étaient très disséminés.

La léthalité a diminué, de 21 p. 100 en 1928, à 16 p. 100 en 1929 et 7 p. 100 en 1930. Ce fait est en partie lié à l'éducation progressive des médecins qui arrivent à diagnostiquer les cas légers ou atypiques, 73 p. 100 des malades étaient des enfants au-dessous de quatre ans.

En Allemagne, la fréquence de la maladie a été à peu près la même qu'en 1929 (900 cas dans les neuf premiers mois). La léthalité a été dans les quatre années 1927-1930, 15, 12, 11 et 9,5 p. 100.

En Suisse, le nombre des cas est à peu près stationnaire : 200 par an; ils sont plus rares dans les villes que dans les campagnes. Une épidémie a eu lieu en Finlande (d'après le Comité permanent de l'Office international d'Hygiène publique, Paris, 13-22 octobre 1930).

En dehors de l'Europe, Fontoynont et Raharijaona signalent que l'infection des enfants devient de plus en plus fréquente dans diverses parties de Madagascar.

Aux Etats-Unis, le ministère de l'Hygiène a fait savoir, par un communiqué inséré le 15 octobre 1930 dans la *Presse médicale*, que 594 cas de paralysie infantile ont été constatés. Ils sont ainsi répartis : Ohio, 100; New-York, 65 et nombreux cas dans le Kansas, en Californie et dans le Connecticut. Des cas isolés ont aussi été observés dans diverses provinces américaines.

La diffusion de la poliomyélite est extrême.

La maladie est donc caractérisée par des cas isolés sporadiques et l'apparition, de temps à autre, de recrudescences épidémiques. Ces dernières, quand elles sont fortes, laissent après elles une endémicité plus grande qu'auparavant, comme l'a rappelé J. Tinel.

Les épidémies se propagent de ville en ville, de région en région. Cependant, la contagion, tout en existant indubitablement, est relativement faible.

La maladie frappe surtout les jeunes enfants. Toutefois, on peut l'observer chez les adultes; les vieillards sont rarement atteints.

L'été et l'automne sont des saisons de prédilection (in Bertin-Sans et Carrieu). La récente épidémie du département du Bas-Rhin a montré, selon Levaditi, Schmutz et Villemin, un décalage saisonnier, car elle a apparu plus tôt que d'habitude (maximum en juillet au lieu de septembre).

Une infection antérieure (scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde) constitue une cause prédisposante.

La maladie confère en général l'immunité. Toutefois G. Etienne aurait constaté, à une année de distance, une maladie de Heine-Medin récidivante chez une jeune fille de dix-neuf ans.

Ce sont là des faits rares; Levaditi et ses collaborateurs ont constamment remarqué que l'épidémie du Bas-Rhin s'est propagée en conférant un état réfractaire aux territoires anciennement contaminés.

Modes de contagion. — La contagion s'effectue par la salive, les mucosités bucco-pharyngées, le mucus nasal (Levaditi, Schmutz et Villemin), même dans les formes frustes.

Il existe des porteurs de virus, et même des porteurs sains, selon Netter, Flexner, Levaditi; le virus est dans le naso-pharynx et les amygdales.

La dissémination, par les malades, s'effectuerait au maximum pendant la période d'invasion; elle durerait probablement quatre ou cinq semaines.

On ignore la durée de dissémination par les porteurs de germes (in Bertin-Sans et Carrieu).

On admet que le virus pénètre par le nez et la gorge, où il se multiplie, puis gagne la moelle par les voies nerveuse, sanguine ou lymphatique. Cette idée est confirmée par les résultats positifs qu'ont obtenus chez le singe, R. W. Fairbrother et Weston Hurst avec l'inoculation intranasale.

La diffusion de l'infection est favorisée par l'existence de formes frustes, se bornant au syndrome infectieux, et de modalités polymorphes, difficiles à diagnostiquer, telles que les a signalées G. Etienne dans la récente épidémie vosgienne.

Il existe sans doute aussi des sujets atteints de forme inapparente, sur laquelle a insisté Ch. Nicolle.

La filiation de la contagion, surtout dans les cas sporadiques, est très difficile à établir. La transmission est presque toujours directe, interhumaine (G. Levaditi, C. Schmutz et L. Villemin, Cambessédès).

Selon Levaditi et ses collaborateurs, la contagion interhumaine reste le fait indubitable et principal; toutefois, certains facteurs interviennent pour faciliter la contamination : ils sont d'ordres géographique, géologique, hydrographique, météorologique. Ainsi, dans l'épidémie du Bas-Rhin, la propagation s'est effectuée en général le long des cours d'eau.

La poliomyélite montre aussi une prédilection marquée pour les localités de plaines situées dans les régions humides, à nappes d'eau superficielles; elle s'arrête aux premiers contreforts des régions montagneuses. L'épidémie du Bas-Rhin (juillet à octobre 1930) a été influencée par certaines conditions climatiques : hausse de la température ambiante, sécheresse de l'air, abaissement du niveau de la nappe d'eau souterraine.

La vie sociale des individus semble jouer un certain rôle.

La réceptivité semble très inégale pour l'espèce humaine (Levaditi) ; de même pour les espèces simiennes utilisées, ce qui rend plus difficile la recherche du virus.

Nous n'avons pas à parler de la nature du virus étudiée plus haut par M. le professeur Pettit. Rappelons cependant que Flexner et Amoss ont conservé la virulence du cerveau poliomyélitique dans de la glycérine pendant six ans, virulence ayant d'ailleurs sensiblement fléchi. Une autre souche, conservée par C. P. Rhoads pendant huit ans, dans de la glycérine à 50 p. 100, s'est montrée d'une virulence égale à celle de la souche primitive. Cette résistance remarquable jouerait, selon cet auteur, un rôle dans l'épidémiologie de la maladie.

Certains animaux, chiens, chats et surtout les mouches, seraient, a-t-on assuré, également capables de transporter le virus (Howard et Clark, Roseno).

Les moustiques ne jouent aucun rôle (Levaditi, Schmutz et Villemin).

Kling a dit que la transmission par l'eau était possible; il appuie son idée sur la répartition des épidémies selon les voies fluviales, mais il faut remarquer que ce sont celles des échanges humains.

Expérimentalement, Levaditi, Kling et Lépine ont infecté le *macacus cynomolgus* par voie digestive à l'aide d'une émulsion de virus dans l'eau ; l'eau contaminée était encore virulente cent quatorze jours après sa préparation (1). Toutefois, selon Levaditi, Schmutz et Villemin, l'hypothèse de la propagation par l'intermédiaire de l'eau de boisson ou des aliments ne s'est, dans l'épidémie du Bas-Rhin, en aucun cas, imposée de manière exclusive. D'ailleurs

(1) Dans la séance de l'Académie de médecine du 10 février 1931, MM. Levaditi, Kling et Lépine ont publié de nouvelles recherches expérimentales sur la transmission de la poliomyélite par voie digestive et l'action du chlore sur le virus poliomyélitique. (Voir plus loin, p. 242.)

**

ces auteurs n'ont pu déceler des germes en dehors de l'organisme humain (eau, aliments, etc.).

On a assuré que la transmission par le lait est possible (Aycock, Wickmann, Dingman).

Knapp, Godfrey, Aycock ont observé une épidémie ayant suivi la distribution d'un lait trait par un employé atteint de poliomyélite au début. Une observation semblable a été publiée par Dingman.

L'histopathologie, qui montre des altérations des plexus nerveux intestinaux, apporterait un argument en faveur de la possibilité de contamination par voie digestive (G. Mouriquand, J. Dechaume et P. Sédallian). Il faut dire, par contre, que pour Schultz, la voie digestive est inopérante; expérimentalement, les animaux sont restés indemnes et non immunisés contre la maladie.

Des maladies analogues à la poliomyélite peuvent sévir sur des animaux domestiques (chiens, chats, porcs, volailles). Sont-elles transmissibles? Non, pour la plupart des auteurs, qui concluent à la différenciation absolue des maladies humaine et animale. Toutefois, Flexner a pensé que le chien et le chat pouvaient véhiculer des germes.

Cambessédès a noté, lors d'enquêtes au sujet de cas sporadiques, à côté de cas humains, une épidémie sur la volaille.

La question de la contagion indirecte n'est pas nettement tranchée et la contagion directe reste, en tous les cas, le mode principal de transmission de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

Banu (G.). La protection de l'enfance d'âge préscolaire, IXe Session de l'Association internationale pour la protection de l'enfance, Liége, 30 juillet, 4 août 1930, d'après *Bull. intern. de la protection de l'enfance*, Bruxelles, oct. 1930, n° 96, p. 1247.

Bernard (prof. Léon). Rapport sur les épidémies de 1926, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 nov. 1927, n° 39.

Bertin-Sans et Carrieu. *Prophylaxie des maladies transmissibles*, un volume, Paris, Masson.

Bull. de l'Acad. de méd., correspondance, années 1926, à 1931.

Cambessédès (H.). La poliomyélite, *Ann. d'hyg. publique, industrielle et sociale*, nov. 1930, n° 11, p. 652.

Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique, Paris, 13-22 oct. 1930, d'après la *Gazette des hôpitaux*, 10 déc. 1930, n° 99, p. 1773.

Dingman. *New-York State Journ. med.*, déc. 1916, t. XVI, p. 859.

Etienne (G.). A propos de l'épidémie vosgienne de myélites aiguës, *Soc. de méd. de Nancy*, 12 fév. 1930.

Fairbrother (R. W.) et Weston Hurst. The pathogenesis and propagation of the virus in experimental poliomyelitis, *Journ. of path. and bact.*, janv. 1930, t. XXXIII, p. 17.

Fontoynont et Raharijaona. La poliomyélite antérieure à Madagascar, *Soc. de pathol. exotique*, 14 mai 1930.

Halbron (P.). *Maladies infectieuses*. Un volume, Paris, Maloine.

Knapp, Godfrey Aycock. An outbreak of poliomyelitis apparently milkborne, *Journ. amer. med. Assoc.*, août 1926, t. LXXXVII, n° 9, p. 635; — La médecine à travers le monde, *Presse méd.*, 15 oct. 1930, n° 83, p. 1413.

Levaditi, Kling et Lépine. La pénétration du virus poliomyélitique à travers la muqueuse digestive du singe et sa conservation dans l'eau, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 8 oct. 1929.

Levaditi, Schmutz et Villemin. L'épidémie de poliomyélite du département du Bas-Rhin, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 2 déc. 1930.

Martin. Rapport sur le service des épidémies, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 nov. 1928, p. 1202.

Mouriquand (G.), Dechaume (J.) et Sedallian (P.). Pathogénie de la maladie de Heine-Medin, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 29 avril 1930.

Renault (Jules). Enquête en Alsace sur l'épidémie de poliomyélite, *Siècle méd.*, 1er août 1930.

Rhoads (C. P.). Survival of the virus of poliomyelitis for eight years in glycerol, *Journ. experim. med.*, avril 1929, t. XLIX, p. 701.

Schultze. Infection of monkeys with poliomyelitis virus by the gastro-intestinal route, *Proc. Soc. experim. biol. med.*, mai 1929, t. XXVI, p. 632.

Tinel (J.). La poliomyélite, *Echos de la médecine*, 15 sept. 1930.

LES LÉSIONS

Par J. LHERMITTE,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin à l'hospice Paul Brousse.

Depuis l'apparition des épidémies qui ont sévi particulièrement en Scandinavie, en Autriche et en Amérique du Nord, la description primitive des lésions de la poliomyélite a été profondément modifiée. La raison en est dans ce qu'au cours de ces épidémies sont apparues des formes nouvelles, ou tout au moins des exemples d'amplification extrême de types de poliomyélite qui jusque-là restaient des raretés. C'est pourquoi, aujourd'hui, le terme de poliomyélite ne convient plus exactement pour recouvrir une maladie que l'on persiste à appeler « poliomyélite ».

Ainsi que je l'ai fait remarquer il y a longtemps (1), le terme de poliomyélite qui est purement anatomique, apparaît vraiment choquant lorsqu'on l'applique à des faits qui ont pour substratum, non seulement une lésion de la substance grise de la moelle, mais encore dans lesquels les altérations anatomiques débordent la substance grise de la moelle, envahissent les ganglions rachidiens, le tronc cérébral, le cervelet, les ganglions centraux, l'écorce cérébrale elle-même et, dans certains cas beaucoup plus rares, n'épargnent pas les nerfs périphériques eux-mêmes.

Aux faits de ce genre l'étiquette d'encéphalo-myélite aiguë qui a été proposée se rapproche plus de la vérité, mais elle demeure néanmoins encore incomplète; et c'est pourquoi l'appellation de maladie de Heine-Medin reste la plus acceptable aujourd'hui.

I. **Lésions macroscopiques**. — L'autopsie des sujets ayant succombé à la maladie de Heine-Medin ne permet de reconnaître que les altérations le plus souvent assez banales. Toutefois, il ne faut pas méconnaître que pour un observateur averti, l'examen de la moelle sur coupes à l'état frais peut donner déjà une indication sur la réalité de la lésion. En effet, dans les régions atteintes, la substance grise et surtout celle des cornes antérieures, apparaît gonflée, œdémateuse et surtout très richement vascularisée. De place en place, on est frappé par une apparence purpurique des cornes antérieures lesquelles, quel-

(1) J. Lhermitte. *Semaine médicale*.

quefois, sont le siège d'un ramollissement microscopique (Harbitz et Scheel). Le liquide céphalo-rachidien est surtout abondant autour de la moelle. Dans les régions les plus hautes du névraxe, les coupes à l'état frais montrent une hyperémie considérable de la pie-mère et une inhibition séreuse des régions atteintes.

La substance blanche du cerveau est souvent striée de lignes purpuriques indiquant la stase et la dilatation des vaisseaux (Redlich). Mais il serait très aventureux de se baser sur l'absence d'altérations macroscopiques pour récuser l'hypothèse de poliomyélite; car, ainsi que l'a montré Wickman, il est des faits où l'altération microscopique s'est montrée considérable tandis que l'examen à l'œil nu n'avait permis de soupçonner aucune altération.

Ainsi que nous le disions, la maladie de Heine-Medin ne se limite pas toujours strictement au système nerveux central. L'agent virulent de la maladie peut diffuser dans les racines et même dans les nerfs lesquels apparaissent gonflés et hyperémiques. Mais, il y a plus, et il importe de noter que, dans beaucoup de cas, on observe un gonflement de la rate, des altérations parenchymateuses du labyrinthe du rein, des hémorragies sous-péricardiques et sous-pleurales, enfin, et ceci est encore plus intéressant, un gonflement de l'appareil lymphatique de l'intestin : des plaques de Peyer et des follicules solitaires (Rissler).

Beneke a surpris dans quelques cas un gonflement des amygdales, ce qui permet de penser que peut-être, dans certains cas, l'infection pénétrerait par cette voie.

II. **Lésions microscopiques**. — L'examen du système nerveux central dans la poliomyélite aiguë permet toujours de reconnaître des altérations importantes et caractéristiques.

Dans la moelle, la substance grise, soit sur toute sa hauteur, soit le plus souvent sur des territoires d'étendue variable, est le siège d'une dilatation des vaisseaux dont la lumière est gorgée de globules rouges et de globules blancs. Certains vaisseaux présentent d'importantes modifications de leur lumière, mais, ni Wickman, ni Harbitz, ni Strauss auxquels nous sommes redevables des plus précises descriptions de la maladie n'ont jamais pu, dans aucun cas, retrouver ni thromboses ni embolies intravasculaires.

Ainsi que le fait présager l'examen à l'œil nu, les zones hyperémiées contiennent non seulement nombre de vaisseaux distendus à l'excès, mais aussi de petites flaques hémorragiques ou des extravasats de globules rouges dans les gaines périvasculaires de Virchow-Robin. Ces petites flaques hémorragiques ne possèdent qu'un intérêt relatif car elles ne sont pas extrêmement rares dans les lésions les plus diverses de la moelle, et nombre d'entre elles se produisent à la période terminale agonique des maladies générales.

Le fait capital de la poliomyélite c'est l'infiltration du tissu nerveux et de l'adventice des vaisseaux par des éléments cellulaires. Cette infiltration n'est certainement pas pathognomonique en ce sens qu'à elle seule elle ne permet pas de porter à coup sûr le diagnostic de poliomyélite aiguë, mais l'absence de toute infiltration autorise à récuser le diagnostic de maladie de Heine-Medin. L'exsudation cellulaire intratissulaire et périvasculaire a fait l'objet de nombreuses recherches, en particulier de la part de Wickman, Harbitz et Scheel. Les éléments cellulaires qui constituent cette infiltration appartiennent à quatre groupes morphologiques fondamentaux : 1° à celui des leucocytes polymorpho-nucléaires; 2° des fibroblastes et des gros lymphocytes; 3° des cellules plasmatiques, ou plasmocytes; enfin 4° à celui des polyblastes, de Maximow.

Ainsi que l'a montré d'une manière irréfutable dans son étude remarquable Iv. Wickman, l'infiltration vasculaire ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères à toutes les périodes de la maladie. Ainsi, lorsque l'affection s'est déroulée d'une manière très brutale ou qu'elle a intéressé des régions d'importance vitale, telles que le bulbe, par exemple, l'infiltration périvasculaire et même tissulaire contient un grand nombre de leucocytes polymorpho-nucléaires dont on peut très bien suivre le passage de la paroi vasculaire jusque dans la trame nerveuse et même les neurones des cornes antérieures, ainsi que nous le verrons plus loin.

A un stade un peu plus éloigné, l'infiltration est faite surtout de polyblastes et de lymphocytes moyens ou petits, lesquels s'accumulent dans les espaces de Virchow-Robin et diffusent très souvent dans la gaine de His. De là, ces éléments mononucléaires à noyaux ronds plus ou moins larges, pauvres en chromatine, gagnent les espaces péri-neuroniques de Obersteiner et enveloppent les restes ou les débris des neurones envahis précédemment par les polymorpho-nucléaires. Bien souvent, au cours des poliomyélites aiguës on est frappé par l'apparition de multiples petits nodules figurant exactement dans l'emplacement des cellules radiculaires antérieures disparues.

On a beaucoup discuté sur le point de savoir quel était, sur la surface de la moelle, le point le plus affecté par l'infiltration. Les anciens auteurs, à commencer par M. Pierre Marie qui eut le premier le mérite de montrer que la poliomyélite est liée à l'introduction dans l'organisme d'un virus spécial, avaient été frappés par l'intensité des lésions autour des artères qui, dépendant de l'artère spinale antérieure, se bifurquent à la base du sillon médian antérieur et s'arborisent alternativement dans les cornes droite et gauche. De fait, il est extrêmement fréquent de voir une altération inflammatoire, c'est-à-dire infiltrative, des branches de division de l'artère spinale antérieure, bien que ce vaisseau apparaisse, à la vérité, rarement thrombosé. Mais, ainsi que le montrent les études plus récentes de Wickman, d'Harbitz et Scheel, de Strauss, bien souvent, sinon dans la majorité des cas, les veines intra-spinales sont au moins aussi affectées par l'infiltration que les artères. Il semble que dans la poliomyélite sporadique, l'infiltration est très apparente sur les artères antérieures tandis que, comme le défend Marburg, lorsqu'il s'agit d'une encéphalomyélite à type Heine-Medin, les veines sont frappées au maximum.

Ainsi que nous l'avons vu, l'infiltration cellulaire s'étend non seulement aux vaisseaux : artères, veines et capillaires, mais aux neurones radiculaires antérieurs, elle diffuse encore et s'étend sur la trame nerveuse qui fait le fond de la substance grise.

Ce fait semble donc témoigner que l'appareil conjonctivo-névroglique périvasculaire a été rompu et s'est laissé traverser par des éléments cellulaires de l'infiltration. Aussi, cette constatation de l'éruption des cellules exsudées des vaisseaux dans le tissu nerveux lui-même, qui est en contradiction avec la donnée fondamentale de l'imperméabilité de l'appareil conjonctivo-névroglique des vaisseaux, défendue par Nisll, a-t-elle été fortement contestée. On s'est demandé, par exemple, si l'exsudat cellulaire qui se présente parfois très serré et forme des plages tout à fait indépendantes des neurones et des vaisseaux, n'était pas simplement le témoignage que la coupe avait intéressé plus ou moins largement une gaine de Virchow-Robin distendue, en ménageant le vaisseau qui la centrait. En réalité, il est probable que plusieurs plages d'infiltration reconnaissent cette interprétation, mais non pas toutes. M. Wickman et d'autres auteurs, ont pu, sur des coupes microscopiques sériées, reconstituer les foyers d'infiltration isolés et donner la preuve que ceux-ci étaient bien liés à l'émigration des cellules à travers l'appareil de Virchow-Robin; celui-ci étant altéré ou détruit par le processus infectieux.

Ces exsudations cellulaires que nous venons de décrire ne se limitent pas exclusivement à la substance grise de la moelle bien qu'elles y prédominent toujours. On en voit, en effet, des ébauches dans la pie-mère et surtout dans les faisceaux blancs de la moelle. Cette dernière localisation rend compte des symptômes fasciculaires que l'on trouve intriqués avec le syndrome poliomyélitique de la maladie de Heine-Medin.

Les altérations inflammatoires envahissent, surtout dans les formes épidémiques, le tronc cérébral, les ganglions basilaires et même l'écorce cérébrale. Il s'agit ici d'une véritable encéphalo-myélite. Mais, qu'il s'agisse du cervelet, du bulbe, de la protubérance, du pédoncule cérébral, des corps opto-striés ou de la corticalité, les altérations conjonctivo-vasculaires demeurent exactement de même nature que celles qui frappent la substance grise de la moelle. C'est dire que l'on retrouve ici la distension des gaines de Virchow-Robin, par des leucocytes polymorpho-nucléaires neutrophiles et surtout des monocytes à type de petits ou grands lymphocytes, des polyblastes, des plasmocytes et des macrophages.

La distribution topographique des lésions du cerveau présente un grand intérêt à un double point de vue pathogénique et clinique ou physiopathologique. Ainsi que l'ont montré dans des travaux remarquables Harbitz et Scheel, Ivar Wickman, Goldstein et Hugo Spatz, les lésions prédominent dans certains territoires : la région périsylvienne, le locus niger, la région de la calotte ponto-pédonculaire et parfois aussi la région sous-thalamique (infundibulum et tuber cinereum).

Comme y ont insisté il y a déjà longtemps Goldstein, Harbitz et Scheel et ainsi qu'en fait foi la description toute récente d'André Thomas et Lhermitte, le locus niger présente, dans les cas de maladie d'Heine-Medin, des lésions particulièrement sévères. Non seulement le réticulum vasculaire est infiltré de cellules d'ordre histiocytaire, mais encore les cellules mélanifères apparaissent réduites de nombre, désagrégées, ou en lyse complète.

Nous devons signaler enfin, un fait du plus grand intérêt à cause des répercussions cliniques qu'il entraîne : l'altération violente de type inflammatoire de la région infundibulo-tubérienne. De même que dans le locus niger, les neurones qui composent la région sous-thalamique sont en chromolyse, parfois détruits et toute la région est parcourue par des vaisseaux distendus, largement infiltrés. De place en place, s'amassent des petits foyers d'infiltration cellulaire du même caractère que les précédents.

Le fait caractéristique de la poliomyélite antérieure aiguë ou maladie d'Heine-Medin, c'est l'altération presque élective de la substance grise de la moelle et de l'encéphale. Mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, dans certains cas, les nerfs périphériques eux-mêmes sont altérés et surtout les ganglions rachidiens. Dans ceux-ci se retrouvent les mêmes altérations du type inflammatoire que dans la substance grise. Les cellules nerveuses et principalement les neurones de la corne antérieure ou les neurones qui continuent ces cornes dans l'encéphale et qui donnent naissance aux différents nerfs craniens, semblent toujours, dans la poliomyélite même la plus sporadique, des altérations dégénératives précoces et importantes. Il est même remarquable de voir avec quelle rapidité disparaissent les cellules radiculaires antérieures au cours de cette affection, surtout si on en compare les conséquences anatomiques avec celles qu'entraînent d'autres maladies infectieuses de la moelle. En voici un exemple.

Dans un cas rapporté par André Thomas et Lhermitte ayant trait à un jeune homme de dix-huit ans, qui succomba environ cinq ou six jours après le début de la maladie, on constata la disparition quasi totale de tous les éléments radiculaires antérieurs de la moelle depuis le premier segment cervical jusqu'à la région sacrée.

Comment se fait la destruction des cellules radiculaires antérieures? C'est là un point qui a été très discuté à la suite surtout des recherches de Wickman. Selon cet auteur, dans un premier stade, les neurones médullaires sont envahis par un afflux de leucocytes polymorpho-nucléaires extravasés. Rapidement, ces leucocytes dégénèrent par autolyse et libèrent un ferment, lequel s'associe peut-être à d'autres influences pour provoquer la lyse et la désintégration totale des neurones affectés. Secondairement, autour des neurones en voie de dissolution ou d'autolyse s'amassent des histiocytes à type de mononucléaires. C'est grâce à ceux-ci que s'opère la résorption définitive des déchets mis en liberté par la neurolyse antérieure.

Les observations de I. Wickman ne sauraient être mises en doute et répondent certainement à un très grand nombre de cas. Mais, il ne semble pas que l'interprétation donnée par le neurologiste de Stockholm soit unique et exclusive. En effet, dans

certains cas, et celui qu'ont rapporté André Thomas et Lhermitte rentre dans cette catégorie, les cellules radiculaires antérieures dégénèrent sans qu'on puisse constater autour d'elles aucune réaction leucocytaire ou histogène. Il s'agit véritablement d'une neurolyse provoquée directement par le virus poliomyélitique.

Lorsque nous parlons ici d'autolyse, nous n'envisageons pas seulement la disparition des blocs tigroïdes de Nissl qui est un phénomène véritablement trop commun, nous avons en vue la fragmentation, la dissolution, la désintégration des filaments neurofibrillaires intracellulaires. Sur beaucoup d'éléments spinaux, André Thomas et Lhermitte ont pu mettre en évidence la distorsion, la désintégration par morcellement de la charpente neurofibrillaire alors que ne s'assemblait autour du corps cellulaire aucune cellule leucocytaire ou histiocytaire. Ces altérations de cytolyse, nous les rencontrons également au niveau du tronc cérébral et surtout dans la région excito-motrice de l'écorce cérébrale : la frontale antérieure ou ascendante. Ici encore, les cellules génératrices du faisceau pyramidal, les cellules de Betz, sont dégénérées quoique moins profondément que les cellules radiculaires spinales.

La poliomyélite aiguë ne constitue pas, on le sait, une affection toujours mortelle, dans la plupart des cas, elle guérit, mais laisse toujours un déficit fonctionnel et organique plus ou moins grossier. C'est dire qu'il nous faut étudier maintenant *le processus de réparation ou de cicatrisation de ces lésions.*

Lorsque le stade aigu a été dépassé, on constate la résorption progressive des exsudats périvasculaires et méningés. La substance grise antérieure se vide de toutes les cellules qui l'ont envahie, en même temps que prolifèrent les éléments de la trame névroglique, et ceci d'autant plus énergiquement qu'il s'agit d'un tissu plus jeune. A la place des neurones détruits, on constate alors une prolifération très intense d'astrocytes et la formation d'un plexus de fibrilles névrogliques serrées. Sur les coupes traitées par les méthodes électives pour la névroglie, les différents foyers sont représentés d'une manière positive par une coloration intense (méthode de Weigert, méthode de Lhermitte). Au contraire, sur des coupes traitées par les méthodes myéliniques, les anciens foyers se reconnaissent à leur coloration très claire ou négative. Les racines antérieures qui émanent des régions lésées, frappent par la diminution quantitative de leurs fibres myéliniques et les ganglions rachidiens sont réduits à des blocs fibreux au sein desquels on retrouve, de place en place, des rudiments de cellules ganglionnaires.

Ainsi que le montrent d'une manière péremptoire les données anatomo-pathologiques, la poliomyélite antérieure aiguë ou maladie de Heine-Medin, ne peut plus être considérée à l'heure actuelle comme une affection liée exclusivement à l'inflammation de la substance grise spinale. Mais, ce qui fait l'immense intérêt des recherches modernes, c'est qu'elles ont démontré de la manière la plus probante que l'encéphalite de la maladie de Heine-Medin (poliomyélite épidémique) se marque par une prédominance lésionnelle extrêmement particulière. Nous ne saurions trop le redire, en effet, les altérations inflammatoires et destructives s'affirment ici dans des régions déterminées : la calotte ponto-pédonculaire, le locus niger, la région sous-thalamique. Or, il est impossible de ne pas être frappé de ce fait que M. Spatz a bien fait ressortir, que par sa topographie l'encéphalite de Heine-Medin se rapproche d'extrêmement près de deux autres variétés d'encéphalite : l'encéphalite rabique, et l'encéphalite épidémique ou maladie de Von Economo.

Diagnostic histologique. — L'histologiste peut être embarrassé dans un cas d'encéphalite du type que nous étudions maintenant pour dépister quel est l'agent pathogène en cause. S'agit-il du virus de la rage, de celui de la maladie de Von Economo, ou de celui de la maladie de Heine-Medin ? Assurément, il ne faut pas demander l'impossible à l'anatomie pathologique et il est indispensable que les types de lésions aillent de pair avec certaines données cliniques et expérimentales. Mais, cependant, il n'est pas interdit de rechercher, rien que du point de vue anatomo-pathologique, s'il existe des différences entre les encéphalites rabique, léthargique et poliomyélitique. Les lésions du locus niger sont semblables dans les trois cas, et il serait absolument vain de chercher à tirer de l'altération nigérienne une donnée diagnostique. Il n'en est pas de même des altérations des cellules nerveuses, ainsi que je l'ai indiqué avec d'autres auteurs. Le propre de l'encéphalite d'Economo, c'est de se traduire par une réaction conjonctivo-vasculaire extrêmement étendue et violente, mais les exsudats cellulaires libres en plein tissu nerveux sont plus rares que dans la poliomyélite. Les leucocytes polynucléaires sont beaucoup moins nombreux et surtout la destruction des cellules nerveuses n'a rien de comparable à celle qu'entraîne la poliomyélite. Malgré la violence de l'infiltration périvasculaire, on est saisi d'étonnement en étudiant l'encéphalite d'Economo, devant la conservation presque intégrale des cellules nerveuses aux environs desquelles s'amassent les exsudations les plus caractéristiques.

J'ajoute, enfin, que les corps striés et le thalamus sont très altérés dans l'encéphalite léthargique alors que généralement ils sont ménagés par le virus de la maladie de Heine-Medin. Pour ce qui est de la rage, les lésions qu'elle détermine prédominent d'une manière saisissante sur le système ganglionnaire postérieur et ses représentants céphaliques (ganglions jugulaire et plexiforme du pneumogastrique). Ici encore, les lésions vasculaires sont considérables mais la destruction des éléments nerveux est beaucoup moindre que dans la maladie de Heine-Medin.

De ce fait, on peut donc conclure que s'il n'est pas impossible de distinguer du point de vue anatomopathologique les trois variétés d'encéphalite auxquelles nous venons de faire allusion, il est légitime néanmoins, d'intégrer dans le même cadre anatomique, en raison des affinités spéciales que manifes-

tent les virus : l'encéphalite rabique, l'encéphalite léthargique de Von Economo et l'encéphalite de la maladie de Heine-Medin.

CARACTÈRES CLINIQUES

Par L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

Pour les classiques, rien de plus aisé à définir, cliniquement, que la paralysie infantile. N'a-t-elle point pour elle son début brusque, en pleine santé apparente, au cours de la première enfance? Ne consiste-t-elle pas en une paralysie flasque, d'abord globale, intéressant tout un membre, puis qui, rétrocédant, se cantonne, suivant une distribution radiculaire, à un petit nombre de muscles, lesquels deviennent le siège de perturbations définitives : atrophie, altérations profondes des réactions électriques, impotence, hypotonie ou atonie, abolition des réflexes tendineux? Ne possède-t-elle pas, enfin, un certain nombre de caractères négatifs dont les principaux sont l'absence de réactions méningées, de symptômes intellectuels, sensitifs, sensoriels, sphinctériens, de récidives, de complications menaçant l'existence?

Sans doute, il est, encore maintenant, quelques rares cas sporadiques répondant à cette description, mais, dans les formes épidémiques, que de variantes! Que de faits qui ne rappellent que de très loin le schéma classique! A ce sujet, quelques cas personnels.

*
* *

Le *début* des accidents est loin d'être aussi subit que ne le veut la théorie : il est exceptionnel que la paralysie ne soit pas précédée par des troubles généraux ou par des réactions méningées.

Les premiers peuvent, eux-mêmes, être d'ordre :

Respiratoire : coryza avec éternuements, larmoiement, signes de bronchite diffuse, faisant porter le diagnostic de grippe;

Digestif : angine aiguë, érythémateuse ou avec points blancs, particulièrement fréquents dans nos cas; vomissements; symptômes étiquetés, selon les médecins, « embarras gastrique » ou entérite;

Général : fièvre, malaise, abattement, douleurs « rhumatismales ».

Quant aux seconds, ils sont d'ordre à la fois clinique et sérologique.

Cliniques, ils réalisent le syndrome méningé au grand complet : raideur de la nuque, céphalée, signe de Kernig, attitude en chien de fusil, strabisme, intermittences du pouls et de la respiration, délire.

Sérologiques, ils se présentent sous une forme assez spéciale : liquide clair, hypertendu, sans germes, qui est le siège d'une lymphocytose considérable et d'une certaine hyperalbuminose.

Ce sont ces réactions méningées, presque constantes dans les paralysies infantiles qu'on voit depuis la guerre, qui exposent le plus à l'erreur. Nous avons vu une fillette pour laquelle on avait porté successivement les diagnostics de méningite cérébro-spinale, tuberculeuse, hérédo-syphilitique, jusqu'au moment où la mère fit observer que la jambe droite « ne remuait pas » : cette jambe était, en effet, paralysée et atrophiée. Avec M. Bertheaux, nous avons eu l'occasion d'examiner un jeune garçon qui, à la suite d'une « méningite », était tombé dans le coma. Bien que ses parents fussent en parfaite santé, nous pensons à une méningite tuberculeuse, éclose à l'occasion d'une contamination accidentelle. Coup de théâtre! L'enfant sort du coma et guérit, gardant une monoplégie flasque et atrophique de l'un des membres inférieurs.

Notons, en passant, que le début peut avoir été si insidieux que tout passe inaperçu jusqu'à l'apparition de l'atrophie. Combien d'orthopédistes ont eu la pénible surprise, en enlevant un plâtre, de constater que le membre qu'il recouvrait est devenu impotent, flasque, que ses chairs ont fondu! Si les réactions électriques n'étaient là pour établir qu'il s'agit, non d'atrophie réflexe, mais de paralysie infantile, de quelle oreille complaisante certains magistrats écouteraient les doléances des familles, et avec quelle célérité condamneraient-ils le « coupable! »

D'autre part, la maladie n'est pas toujours « *primitive* ». La paralysie infantile peut survenir au décours d'une autre infection, comme l'avait déjà signalé M. P. Marie. Avec M. Schreiber, nous en avons vu un cas au déclin de la rougeole; seul, nous en avons vu deux autres, l'un, à la suite de la fièvre typhoïde, l'autre, après la diphtérie. On devine combien, dans ce dernier, le diagnostic fut malaisé et quelles fortes raisons on avait, en apparence, de rattacher au bacille de Löffler les troubles moteurs constatés.

Que la maladie affecte une certaine prédominance pour le *premier âge*, d'accord. Mais on sait aujourd'hui qu'elle peut apparaître chez des grands enfants et même chez des adultes. N'avons-nous pas publié jadis, avec M. Page, un cas de paralysie et d'atrophie définitives du deltoïde gauche survenues chez un homme de vingt-cinq ans et attribuables à une poliomyélite antérieure aiguë? Ne trouve t-on pas, dans les auteurs, des faits entourés de toutes les garanties désirables, et concernant des cas de paralysie « infantile » survenus chez des vieillards?

Paralysie « *définitive* »? Oui et non. La paralysie peut, en effet, être incurable. Mais — et c'est là une des caractéristiques de l'épidémie actuelle — *les troubles moteurs rétrocèdent spontanément pendant des années*, si bien qu'ils finissent souvent par ne plus être gênants. Nous avons été appelé, il y a dix ans, à donner nos soins à une jeune fille chez qui ils s'étaient localisés aux deux quadriceps fémoraux. L'atrophie était considérable. Sans le moindre traitement, les choses s'arrangèrent si bien qu'au bout de deux ans, la récupération fonctionnelle était de 90 p. 100, et que de longues marches, sans fatigue, redevenaient possibles. Autre cas : il concerne un adolescent chez lequel la paralysie, localisée au

deltoïde gauche, s'était compliquée d'une grosse atrophie. Les années se sont écoulées. Aujourd'hui, à peine une petite différence de volume et de force entre le muscle malade et son homologue du côté sain.

Oui, assurément, les phénomènes moteurs *se localisent d'habitude aux membres*, où ils prennent le *type radiculaire*. Mais combien d'exceptions à cette loi !

Voici un petit garçon, vu avec le professeur Hutinel, chez lequel, brusquement, apparut un syndrome alterne : paralysie faciale *gauche*, monoplégie crurale *droite*. Chez cette fillette, que nous suivons depuis 1919, inégalité pupillaire durable, datant du début de la maladie. Nous trouvons encore dans nos notes des cas de paralysie intéressant la IIIe paire, le tronc, la nuque, etc. Chez une petite fille, que nous avait adressée M. Eugène Terrien, la paralysie se cantonnait à l'une des masses sacro-lombaires.

Atonie, hypotonie? Elles restent la règle. Mais il n'est pas rare que l'on observe des phénomènes spasmodiques, explicables par l'atteinte des faisceaux pyramidaux. La fillette à laquelle nous venons de faire allusion et que nous n'avons jamais perdue de vue depuis onze ans, a souffert, au début, de « secousses musculaires » localisées aux membres inférieurs. Ces secousses ont disparu, mais elle garde : 1° un double signe de Babinski vrai, non dû à la paralysie du court fléchisseur du pouce; 2° de l'exagération des réflexes rotuliens et achilléens; 3° un réflexe des raccourcisseurs très net. Chez une autre fillette, atteinte de paralysie infantile typique des membres supérieurs et des muscles des gouttières vertébrales, on constate une paraplégie spasmodique typique, avec trépidation spinale, signe de Babinski, réflexe des raccourcisseurs.

Passons aux caractères d'ordre négatif. Nous avons déjà vu ce qu'il faut penser de l'absence des *réactions méningées*, visibles et présentes dans la plupart des cas actuels. Il y aurait beaucoup à dire aussi sur l'absence des *troubles intellectuels*. Que la paralysie infantile ne se complique pas de grosses modifications psychiques, soit ! N'empêche que nous trouvons, dans quelques-uns de nos cas, les *troubles du caractère* si gnalés dès le début. Plus souvent, ceux-ci se confirment à la période tardive, faisant des malades des fantasques, des bizarres, des sujets à réactions imprévues, déconcertantes. Il s'y joint, dans un petit nombre de cas, des troubles portant sur les facultés critiques proprement dites : jugement, raisonnement, si bien que l'intelligence, tout en étant brillante, n'est pas équilibrée. Le professeur Hutinel, auquel nous devons cette fine remarque, ne manquait pas — dans l'intimité — de l'appuyer sur quelques exemples contemporains...

Ce serait, pour l'érudit, tâche curieuse, que de montrer comment les *troubles sensitifs*, parfaitement décrits par les anciens auteurs, et que signale, en détail, le professeur Marie dans son classique ouvrage sur les *Maladies de la moelle*, ont soudain disparu de la nosographie, si bien que, pendant trente ans, cela a été un dogme de les considérer comme inexistants. Il l'aurait appris à ses dépens, le candidat qui se serait permis, avec toutes les restrictions d'usage, de les signaler dans sa question ! Pour employer les expressions à la mode, il aurait été incontinent « étendu ». Et cependant, combien de fois les note-t-on au début : céphalées, douleurs de nuque, douleurs abdominales, violentes, mais mal définies, occupant parfois la région sous-ombilicale, sans que l'examen le plus minutieux permette de les attribuer à quelque processus local, et sans doute en rapport avec les lésions sympathiques récemment décrites par M. Dechaume, douleurs « rhumatismales » des membres, avec hyperesthésie cutanée et prurit ! Aux phases ultérieures, ils sont beaucoup plus rares. Nous n'en avons pas moins observé, dans l'un de nos cas, des troubles de la sensibilité superficielle, particulièrement dans le domaine de $L^5 + S^1$, de même qu'une perte évidente de la notion de position, dans l'autre, de la thermo-anesthésie des membres inférieurs. Mêmes réflexions en ce qui concerne les *troubles sensoriels*. Dans le second des cas auxquels nous venons de faire allusion, il existait un syndrome de Claude-Bernard Horner droit, contrôlé par M. Dupuy-Dutemps. Il n'est pas jusqu'aux *troubles sphinctériens* que nous n'ayons observés assez souvent : dysurie, rétention des matières et des urines. La règle est que ces signes soient précoces : ils peuvent toutefois persister, atténués, comme dans un de nos cas, sous forme de constipation et d'incontinence d'urines légère. Notons aussi que les *récidives*, quoique exceptionnelles, peuvent se voir. Une fillette, que nous avait amenée M. le docteur Lantzernberg pour une paralysie infantile typique, est morte, l'année d'après, d'une récidive. Ajoutons enfin que les paralysies ascendantes, déjà signalées par Cordier, dans son fameux mémoire sur l'épidémie de Sainte-Foy l'Argentière, s'observent assez fréquemment, et qu'elles sont presque toujours mortelles. Nous disons *presque toujours*, car, au moment où les accidents semblent le plus menaçants, tout peut s'arranger soit sous l'influence de la sérothérapie, soit même spontanément, comme dans un cas du professeur Nobécourt.

*
* *

Polymorphisme extrême des accidents, telle est la véritable caractéristique de l'épidémie actuelle. Aussi, conçoit-on que le diagnostic puisse errer de la tumeur cérébrale à l'encéphalite léthargique, aux méningites ou à la « polynévrite » diphtérique. en passant par la grippe, la luxation congénitale de la hanche, la scoliose essentielle, le mal de Pott, l'appendicite, sans oublier la rage, sur laquelle insistent avec raison les auteurs lyonnais, d'une part, M. Remlinger de l'autre. Quelquefois la notion de contagion pourra le faciliter. De deux de nos cas, l'un était apparu chez un jeune enfant dont la voiture avait servi à promener un convalescent, l'autre, chez un petit garçon qui, au cours d'une villégiature, avait couché dans le lit occupé, immédiatement auparavant, par un sujet atteint de paralysie infantile.

LA SÉROTHÉRAPIE

Par le docteur L. LARUELLE,
Médecin-chef du Centre neurologique de Bruxelles.

Dix colonnes ne suffiraient pas à citer les auteurs et les opinions sur la sérothérapie de la poliomyélite répandues dans la littérature médicale des dernières années : j'en ai quatre à ma disposition et me bornerai donc à mettre sous les yeux du praticien les éléments du procès et des documents personnels.

La sérothérapie est-elle utile dans la poliomyélite? *Oui*, disent les uns; *non*, les autres; *peut-être*, les troisièmes. La question, en effet, est pleine de difficultés. Celles-ci tiennent aux localisations si variables de cette infection nerveuse, à sa symptomatologie polymorphe, à la puissance lésionnelle du virus différente d'après les épidémies et les individus, à l'évolution inégale des cas telle que toutes les éventualités bonnes ou mauvaises se rencontrent lorsque la maladie est abandonnée à elle-même et combattue par les seules forces médicatrices de la nature.

Si, pour étayer une opinion, on se borne à faire l'inventaire de la littérature de la question, on est contraint d'éliminer une grande quantité de documents sans valeur scientifique, telle la relation de cas isolés sur lesquels on fonde un jugement, telles les statistiques de cas insuffisamment rapportés, de diagnostics discutables et dans lesquels la régression des symptômes paralytiques est appréciée sans aucune précision; telles les histoires cliniques ne relatant ni le moment d'application, ni la quantité et la qualité du sérum administré.

Qu'il y ait danger à apprécier la valeur du sérum sur des cas isolés, rien ne le démontre mieux que l'exemple suivant : Des cliniciens — et j'en ai été — ont été vivement impressionnés lorsqu'ils ont vu des poliomyélites à marche ascendante, paralysant un enfant des quatre membres dans l'espace d'une journée, provoquant des phénomènes bulbaires, régresser subitement après une injection de sérum de telle sorte que la menace de mort imminente paraît écartée en quelques heures et que la paralysie elle-même s'atténue.

Et cependant, il existe maintenant des exemples qu'une évolution pareille peut se produire spontanément, sans aucune intervention sérothérapique. Ces cas sont rares mais ils existent; Nobécourt en a rapporté un récemment, Lorthioir m'a dit avoir observé la même surprenante évolution. Scientifiquement parlant, on ne peut donc affirmer que le sérum est la cause d'un arrêt subit et d'une régression rapide des symptômes d'une poliomyélite à extension bulbaire. L'avenir seul pourra décider si le fait est rarissime dans l'évolution spontanée de la maladie et fréquent après thérapeutique spécifique, ce qui restituerait sa valeur à la sérothérapie.

Trois critériums principaux doivent permettre de juger de la valeur du sérum :

1° *Le sérum est-il capable, appliqué à temps voulu, d'abaisser la mortalité d'une infection qui, dans les épidémies les plus bénignes, tombe rarement en dessous de 10 p. 100?*

2° *Les séquelles paralytiques sont-elles moins fréquentes dans les cas traités?*

3° *La régression paralytique est-elle plus importante chez les malades ayant reçu du sérum?*

Les deux premiers critères peuvent être établis sur chiffres, mais pour apprécier l'importance de la phase régressive, il paraît indispensable, comme je l'ai exposé dans mon travail sur la maladie de Heine-Medin paru en octobre 1929 (*Scalpel*, nos 42, 43, 45 et 46), de fixer le quantum paralytique de départ et de chiffrer l'importance des récupérations fonctionnelles en standardisant l'exploration des membres paralysés selon des méthodes qui ont été préconisées par Aycock.

Si cette conception est adoptée, on conviendra que l'efficacité du sérum antipoliomyélite au cours d'une épidémie, par exemple, ne peut être complètement appréciée qu'après de nombreux mois d'observation non seulement de la phase infectieuse initiale, mais de la longue période régressive de la paralysie infantile.

Statistique des cas de l'épidémie de 1929 traités au C. N. de Bruxelles.

	Nombre de cas.	Guérisons.	Améliorations importantes.	Améliorations partielles.	Statu quo.	Décès.
Nombre global quel que soit le traitement	59	8 = 13,5 %	23 = 38,9 %	18 = 30,5 %	8 = 13,5 %	2 = 3,3 %
Avec sérothérapie précoce ou tardive	37	7 = 18,9 %	13 = 35,1 %	12 = 32,4 %	3 = 8,1 %	2 = 5,4 %
Sérum donné dans les huit premiers jours	14	4 = 28,5 %	6 = 42,8 %	1 = 7,1 %	2 = 14,2 %	1 = 7,1 %
Sérum injecté après les huit premiers jours	21	3 = 14,2 %	7 = 33,3 %	10 = 47,6 %	0	1 = 4,7 %
Sans sérum et 1 mois minimum après début	22	1 = 4,5 %	10 = 45,4 %	6 = 27,2 %	5 = 22,7 %	0

C'est dans cet esprit que je verse aux débats les documents recueillis au cours de l'épidémie de poliomyélite qui a sévi en Belgique de mars à novembre 1929, et dont j'ai observé une centaine de cas. Je n'ai retenu pour ce travail que les cas minutieusement et longuement observés au Centre neurologique de Bruxelles avec le concours de mes collaborateurs et l'appui du laboratoire. Cinquante-neuf

cas, de diagnostic certain, ont permis d'établir le tableau statistique ci-joint.

Quelques-uns des chiffres figurant dans ces statistiques doivent être interprétés, sous peine de paraître paradoxaux. Les chiffres indiquant le pourcentage des décès ne peuvent pas être comparés entre eux, ce taux étant de 7,1 p. 100 dans les cas où le sérum a été donné précocement, c'est-à-dire dans les huit premiers jours, et de zéro pour nos malades sans sérum. Cette anomalie apparente tient à ce que tous les malades de cette dernière catégorie sont venus nous consulter au moins un mois après le début de l'infection, c'est-à-dire en dehors du temps d'application utile du sérum : la léthalité de la maladie est pratiquement nulle à ce moment.

Reprenant ces chiffres en tenant compte des critériums indiqués plus haut, nous pouvons dire d'abord que chez nos malades chez qui le sérum a été donné précocement, la mortalité a été nettement abaissée et ramenée à 7 p. 100 au lieu de 10 p. 100, chiffre minimum de mortalité pour les 500 cas de l'épidémie belge, et de 12 p. 100, chiffre de mortalité fourni par les 507 cas de l'épidémie hollandaise sévissant à la même période et due vraisemblablement à un virus pareil; 10 p. 100 encore, léthalité indiquée par Levaditi-Schmutz et Willemin pour la récente épidémie du Bas-Rhin (405 cas).

Encore faut-il faire observer que nous disposions de très peu de sérum au début de l'épidémie et que nous étions plus timides dans l'administration de celui-ci.

Le chiffre de 28 1/2 p. 100 de guérisons absolues, c'est-à-dire de suppression des séquelles paralytiques habituelles, nous paraît important et nettement supérieur au chiffre de guérisons spontanées relevé dans les statistiques d'épidémies.

Le troisième alinéa, celui des cas traités précocement par le sérum, montre 28 p. 100 de guérisons et 42,8 p. 100 d'améliorations importantes. Nous désignons ainsi une amélioration correspondant à une réduction de deux tiers au moins du quantum paralytique de début. Ces deux chiffres réunis donnent 70,8 p. 100 de guérisons totales ou presque totales, chiffre de beaucoup supérieur à ce que l'on a observé dans les cas abandonnés à l'évolution spontanée lors de l'épidémie hollando-belge de 1929 (renseignement du docteur Terburgh).

Enfin, nous constatons que 22,7 p. 100 des cas de malades n'ayant pas reçu de sérum gardent définitivement le quantum paralytique initial, tandis que deux cas seulement sur trente-cinq malades soignés par sérum, soit 5,9 p. 100, ont gardé leur quantum initial et ne se sont pas améliorés.

En me basant donc sur l'observation de ces cinquante-neuf cas, j'estime que la sérothérapie anti poliomyélitique s'est montrée efficace en abaissant le taux de mortalité, en augmentant le nombre de guérisons absolues, c'est-à-dire sans séquelle, et en élevant la proportion et l'importance des régressions paralytiques.

Ce premier point établi, il en reste un autre à considérer. Quelle est l'efficacité respective des différents sérums qui peuvent être employés contre la poliomyélite? à savoir :

1° Le sérum de cheval immunisé, du docteur Pettit,
2° Le sérum de singe immunisé, du docteur Pettit,
3° Le sérum de convalescent humain,
4° Le sérum d'adultes normaux.

L'action virulicide de ces différents sérums a été expérimentalement étudiée et, pour ne parler que des trois premiers, on a pu contrôler leurs charges en immusines.

De ces contrôles faits sur une petite échelle à l'Institut Pasteur à Paris, par le professeur Pettit, sur l'échelle plus large que permettent les ressources des laboratoires américains dans les Instituts de New-York et de Chicago, on peut conclure que c'est le sérum de cheval qui renferme le moins d'anticorps spécifiques.

Certains sérums de cheval, dont le pouvoir neutralisant a été controuvé par des expérimentateurs américains (Steward et Haselbauer), devaient même ne pas en renfermer. Il peut se faire, en effet, que certains chevaux « se chargent mal » ou pas du tout d'immunisines pendant leur préparation. Un fait reste acquis, c'est que le sérum de cheval qui a été fourni depuis douze ans aux praticiens par le professeur Pettit et que nous avons tous utilisé, avait toujours été contrôlé avant d'être livré et possédait donc une activité antivirulente certaine.

Quant au sérum de singe fabriqué par le professeur Pettit, le titrage n'a pu en être fait comme l'aurait désiré son auteur en raison de la pénurie de singes, mais Pettit m'a affirmé que son pouvoir neutralisant est plus fort que celui du sérum de cheval.

Il semble enfin évident que le sérum le plus chargé de produits spécifiques convenant à la maladie humaine est celui qui est fourni par les malades convalescents de poliomyélite. J'ajoute, mais ce n'est qu'une impression clinique, que ce sérum est plus actif s'il est prélevé chez des malades qui ont fait assez récemment la maladie, ou pendant la période d'active régression.

Quelle est la valeur thérapeutique comparative de ces différentes espèces de sérum en clinique humaine? Je ne connais pas, pour ma part, de travaux cliniques décidant sans appel de la question.

D'une façon générale, les cliniciens américains et australiens donnent la préférence au sérum de convalescents. Malgré mon désir d'élucider cette inconnue, je n'ai pu disposer mes malades en séries suffisamment importantes pour permettre des conclusions, car l'insuffisance de sérum de convalescents m'a obligé à administrer fréquemment plusieurs sortes de sérum au même patient. Vers la fin de l'épidémie, disposant de quantités plus grandes de sérum de convalescents, j'ai eu de préférence recours à celui-ci et j'ai l'impression que les résultats sont meilleurs pour cette catégorie de patients.

N. B. — Il serait peu légitime d'attribuer au seul sérum les résultats obtenus, nos malades ayant été activement soignés par les différents procédés physiothérapiques et notamment par ionisation transmédullo-cérébrale, diathermie, massage et rééducation psycho-motrice, mais ce traitement ayant été identique pour tous, les chiffres des séries avec ou sans sérum permettent cependant la comparaison.

Reste une dernière question à envisager, c'est celle de la valeur curative *du sérum d'adultes normaux*. Elle se pose à la suite des très belles et toutes récentes recherches de Paul H. Harmon, Howard J. Shaughnessy et Francis B. Gordon, faites à l'Institut pour l'étude de la paralysie infantile de l'Université de Chicago, reprises et confirmées par Fairbrother et Scott Brown à l'Institut Lister de Londres.

Ces différents travaux qui sont, jusqu'à présent, à la phase expérimentale seulement, ont abouti aux conclusions suivantes :

Des sérums humains normaux mélangés en dilutions variées à des virus de poliomyélite furent inoculés intracérébralement à des singes rhesus. Le virus fut neutralisé dans l'immense majorité de ces expériences, puisque les animaux ne prirent pas la maladie. Des expériences de même ordre furent conduites pour comparer la valeur neutralisante du sérum des enfants en bas âge et des adultes normaux, des sujets de ville et des sujets de campagne, et les constatations faites dans ces séries d'expériences peuvent s'interpréter comme suit :

Le sérum d'un enfant de sept semaines neutralise activement le virus du fait d'une immunité maternelle transférée passivement.

Le sérum d'enfants normaux de six mois à deux ans — âge de la plus grande réceptivité vis-à-vis de la poliomyélite — n'est pas neutralisant : l'enfant a perdu son immunité maternelle et ne possède pas encore l'immunité acquise; celle-ci se développe graduellement avec l'âge et, pratiquement, la plupart des adultes habitant les agglomérations sont immunisés contre la poliomyélite : leur sérum redevient puissamment neutralisant.

On peut donc dire que le soi-disant sérum humain normal est, en réalité, un sérum de convalescents, d'individus ayant fait des formes subcliniques de poliomyélite. Fondamentalement, il n'y a pas de distinction à faire entre le sérum de convalescents et celui de sujets soi-disant normaux car *il n'y a*, en fait, *qu'un sérum actif : c'est celui des individus ayant acquis une immunité par une attaque franche, fruste ou non apparente de poliomyélite.* On conçoit l'importance pratique que pourra acquérir cette conception le jour où des expériences cliniques étendues et sévères, établiront que l'action neutralisante in vitro du sérum d'adultes normaux est confirmée par son efficacité thérapeutique chez l'homme.

En attendant, il faudrait organiser et intensifier l'expérimentation sur singes et la fabrication du sérum simiesque immunisant : une coopération internationale, centralisant les efforts et les ressources, serait à ce point de vue hautement désirable.

Si nous dégageons un enseignement pratique des notions trop brièvement exposées ci-dessus, nous pouvons le formuler comme suit :

Lorsqu'une poliomyélite est soupçonnée, et particulièrement en cas d'épidémie, il faut appliquer le plus rapidement possible le traitement sérothérapique. On donnera la préférence au sérum humain de convalescents, à son défaut au sérum de singe de Pettit. Si l'on manque de ces produits, il faut utiliser immédiatement le sérum d'un ou mieux de plusieurs adultes normaux, pour continuer ultérieurement la thérapeutique avec des sérums contrôlés dès qu'on aura pu en obtenir.

TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE ET CHIRURGICAL

Par M. LANCE,

Assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

On divise classiquement l'évolution de la poliomyélite en : période d'invasion, des paralysies, de régression, et enfin période des paralysies définitives ou séquelles. C'est à ce moment seulement que, dans l'esprit des médecins, commence le traitement orthopédique.

En voici la preuve : MM. Nobécourt et Duhem (*Presse méd.*, 5 mars 1924, n° 19, p. 202) disent : « Quand les paralysies sont devenues définitives, le moment est arrivé de faire intervenir le chirurgien orthopédiste. Il lui appartient soit d'appliquer des appareils destinés à faciliter l'usage des membres, soit de pratiquer des opérations, etc., qui permettent l'utilisation des muscles sains ».

Attendre cette époque est pour nous une grave erreur, cause de beaucoup de mécomptes. *Dans la poliomyélite, le traitement orthopédique commence* DÈS QUE LA PARALYSIE EST CONSTITUÉE (1).

Il y a dans la poliomyélite deux rôles successifs pour le chirurgien-orthopédiste :

1° Une thérapeutique prophylactique;

2° Une thérapeutique de récupération fonctionnelle.

***

1° THÉRAPEUTIQUE ORTHOPÉDIQUE PROPHYLACTIQUE. APPAREILLAGE. — Dès que la paralysie est constituée il y a un élément contre lequel il faut lutter pour prévenir la déformation : la pesanteur. Si la paralysie est partielle, ou frappe inégalement les groupes, l'équilibre statique est rompu, le segment articulaire est entraîné du côté de la musculature la mieux conservée.

Ces *déformations précoces, primitives* peut-on dire, d'abord réductibles, tendent à *se fixer secondairement* en vertu de certaines lois qu'il faut bien connaître :

1° Par la rétraction des muscles conservés, en vertu de cette loi que tout muscle dont les insertions restent rapprochées de manière permanente, se raccourcit;

2° Il en est de même, par la suite, des ligaments, des aponévroses, de toutes les parties molles;

3° Tout muscle totalement ou partiellement paralysé ne peut reprendre sa contractilité tant qu'il est

---

(1) Nous avons exposé cette opinion il y a déjà longtemps (Direction générale du traitement de la paralysie infantile, in *Année méd. de Caen*, mai 1912). Notre ami le docteur G. Huc, en collaboration avec P. Brisard, défend les mêmes idées dans son bel article de la *Revue médicale française*. (Traitement préventif des séquelles de la poliomyélite, *Journ. méd. franç.*, déc. 1930, p. 934-938.)

étiré au delà de sa longueur normale par les antagonistes rétractés. Lors de la période de régression de la paralysie on peut voir un muscle ayant récupéré sa contractilité ne pouvoir, du fait de la déformation, se contracter. Il est devenu mécaniquement impuissant tant que la déformation persiste;

4° Du fait de la croissance osseuse, en vertu de la loi de Delpech, sur laquelle insiste tant le professeur Ombrédanne, la déformation tend à se fixer parce que « partout où les cartilages diarthrodiaux transmettent une pression anormalement diminuée, le cartilage de conjugaison voisin entre en hyperactivité, et inversement. » Les os s'accroissent trop du côté de la convexité, pas assez du côté de la concavité, la courbure se fixe (pied creux, varus, genou fléchi, scoliose, etc.).

*
* *

Il convient donc pour prévenir les déformations, de maintenir les segments du corps qui ont été frappés par la paralysie dans la position dite de fonction, c'est-à-dire celle dans laquelle il donne son maximum de rendement pendant le fonctionnement. L'appareillage diffère à la période d'alitement et à la période de reprise de la marche.

Période d'alitement. — L'appareillage sera le plus simple possible et effectué avec des moyens de fortune : cerceaux supprimant le poids de la literie sur le pied; maintien du pied à angle droit dans le dispositif classique de la boîte en bois; si le genou tend à se fléchir (paralysie du quadriceps), extension continue avec des bandes *longitudinales* d'adhésif (aucune striction circulaire pouvant gêner la circulation du membre) ou un coussin de sable sur le genou; si les fléchisseurs de la cuisse sont au contraire paralysés, maintenir le genou fléchi par un coussin poplité.

Le bras sera tenu en abduction par un coussin axillaire triangulaire.

Reprise de la marche. — Elle doit être aussi précoce que possible, car le mouvement, l'excitation cérébrale transmettant l'effort sont des facteurs puissants de récupération motrice et trophique,

Mais pour cela le membre inférieur doit être maintenu en attitude voulue pour fonctionner. Or sa fonction primordiale c'est de porter le poids du corps, et en second lieu la progression.

Le pied sera maintenu la plante bien à plat, le cou-de-pied à angle droit ou même en légère flexion dorsale, le genou en extension complète ou mieux en hyperextension légère (5 à 10 degrés).

L'appareillage devant joindre la légèreté à la solidité, on préférera aux appareils à gaine ceux à courroies. Donc, en principe, deux attelles latérales d'acier tuilé sur toute la hauteur du membre, articulées au cou-de-pied avec un étrier pris dans le talon du soulier.

Cette articulation unique est butée de manière à limiter les mouvements du cou-de-pied aux 15 ou 20 degrés nécessaires à la marche. Pas d'articulation au genou et en cas de paralysie du quadriceps une genouillère de cuir avec courroies empêche la flexion entre les attelles.

S'il y a une paralysie de muscles du tronc (m. sacro-lombaires, m. abdominaux) un corset rigide amovible (celluloïd ou à défaut coutil, baleiné d'acier) pour prévenir la formation d'une scoliose.

Aux débuts de la marche l'enfant sera mis entre deux barres parallèles, puis muni de petits tréteaux légers à main (cannes à quatre pieds). L'emploi de béquilles est à rejeter.

L'appareil sera enlevé pour les séances de physiothérapie (électricité, massage, bains, etc.) et remplacé la nuit par l'appareillage d'alitement.

Il faut lutter contre la légende que l'appareillage du membre inférieur soit une cause de non-récupération des fonctions. L'effort fait par le malade pour soulever le membre appareillé, la contraction musculaire qui a lieu instinctivement même pour les mouvements bloqués dans l'appareil, constituent le meilleur agent de récupération. Elle est incomparablement plus rapide et complète que si le malade est maintenu couché ou assis.

Pour le membre supérieur le principe d'appareillage est tout autre. Ici la mobilité des segments prime tout. Les appareils rigides qui maintiennent par exemple le bras en abduction sur le tronc (appareil de Gocht), ou celui de Biesalski qui tient le coude fléchi, le poignet en hyperextension, doigts étendus et pouce en abduction, s'opposent bien aux déformations ordinaires du membre paralysé, mais immobilisent les segments. Au membre supérieur les appareils doivent être articulés, avec des ressorts de rappel pour lutter contre les déformations sans empêcher le mouvement. Mais de tels appareils sont lourds, encombrants, aussi faut-il considérer comme un gros progrès l'appareil que G. Huc est en train de mettre au point avec son interne Brisard, appareil très léger composé uniquement de cordes à piano de diverses grosseurs enroulées, formant ressort, et permettant tous les mouvements du membre (voir fig., *loc. cit.*, p. 937).

Les appareils utilisés pendant la période de récupération peuvent devenir insuffisants à maintenir les déviations. En effet, lorsque la paralysie est partielle, la balance des forces est rompue, et tout ce qui est récupéré par la suite en force musculaire ne l'est que dans les groupes non détruits. C'est pourquoi on voit au bout de quelques mois, de quelques années, la déviation progresser malgré l'appareillage. Celui-ci doit devenir plus strict, et aux appareils à attelles et sangles on substitue les appareils à attelles et gaines (celluloïd de préférence au cuir) : bottes, jambières, cuissards, corset, réunis par des articulations libres, butées ou bloquables. L'enfant ayant pris de la vigueur est susceptible de se servir de ces appareils plus lourds mais contenant mieux.

Malgré tout, et d'assez bonne heure, dans certains cas, l'appareil n'est plus toléré; il se produit des points de frottement, des ulcérations. Il est indispensable de substituer à l'appareillage un traitement chirurgical précoce.

En dehors de ces cas, il vaut mieux maintenir l'appareillage jusque vers l'âge de dix ans où, du fait du développement de l'ossification, l'enfant entre dans la période de possibilité des opérations de stabilisation osseuse, de traitement chirurgical

définitif. Jusque-là, sauf quelques exceptions, il ne peut être question que d'un traitement chirurgical d'attente.

*
* *

2° Thérapeutique de récupération fonctionnelle. — *Traitement chirurgical.* — Il comporte deux parties : les opérations de redressement des déviations; les opérations de récupération ou substitution fonctionnelle.

I. Opérations de redressement des déviations. — Si le traitement prophylactique était régulièrement suivi, on éviterait ces interventions. Malheureusement les médecins craignent l'appareillage précoce, les parents encore plus. Tous s'imaginent que la récupération se fera plus vite parce que l'enfant est maintenu au lit ou sur un fauteuil, pied pendant, genou et hanche fléchis. Et alors, lorsqu'on nous amène l'enfant à appareiller, bien souvent les déviations se sont fixées et il faut faire intervenir les redressements forcés, les ténotomies, allongements tendineux et mêmes ostéotomies nécessairet pour replacer le membre en position de fonction epouvoir appareiller.

II. Opérations de récupération ou substitution fonctionnelle. — A. *Avant dix ans.* — Les opérations de fixation articulaire ou ostéosynthèse sont inapplicables; les seules opérations osseuses praticables sont les ostéotomies pour redresser les axes.

Pour obvier aux déviations dans les paralysies partielles, les *transplantations de muscles* non paralysés dans le groupe des muscles paralysés, on joui pendant de longues années d'une grande vogue surtout en Autriche, Allemagne et Etats-Unis. Cette vogue s'éteint peu à peu grâce à l'influence de l'Ecole française qui a montré que les résultats de ces opérations étaient inconstants et toujours éphémères.

Un des derniers défenseurs (1) de la transplantation musculaire en résumait ainsi récemment les indications : redressement préalable complet de la déformation; le muscle transplanté doit se rendre en ligne droite de son insertion à la nouvelle implantation; le muscle transplanté doit être assez vigoureux pour effectuer le travail nouveau qu'on lui impose; le muscle transplanté doit faire partie du même groupe que le muscle paralysé et non d'un groupe antagoniste (la rééducation étant hypothétique).

Cette énumération de conditions montre combien l'indication de la transplantation est exceptionnelle.

En réalité, sauf la transférence de l'insertion d'un muscle non paralysé en un point voisin, déplacement suffisant pour modifier l'action du muscle (transplantation de l'extenseur du gros orteil *dans* le métatarsien pour la cure du pied creux, transplantation du tenseur du fascia lata plus en arrière sur la crête iliaque pour le rendre abducteur, etc...)

(1) N. Dunn (de Birmingham). Chirurgie reconstructive dans les déformations paralytiques, *Journ. of Bones and Joint surg.*, avril 1930, p. 299.

La transplantation d'un antagoniste au niveau d'un groupe paralysé ne peut être considérée que comme une opération palliative affaiblissant le groupe des antagonistes, facilitant le redressement, maintenant un certain temps par sa tension ce redressement et permettant ainsi de supporter l'appareillage.

Je ne dirai rien des autres opérations sur les parties molles (ténodèse, ligaments de soie, etc...) dont l'emploi a fait son temps.

B. *Après dix ans.* — Ce sont les opérations osseuses, opérations définitives, qui peuvent et *doivent* être pratiquées.

Elles le peuvent car le développement osseux le permet. Elles le doivent car la suppression de l'appareillage constitue un bien-être physique pour l'enfant et constitue une cause de récupération fonctionnelle non douteuse, et sur laquelle il est inutile d'insister.

Trois opérations osseuses seront de mise selon les cas.

1° *L'ostéosynthèse* applicable au rachis à partir de douze ou treize ans dans les cas de scoliose paralytique. Nous n'insisterons pas sur ses indications que nous avons développées ailleurs (1).

2° *L'arthrodèse* ou ankylose articulaire par avivement des surfaces articulaires et immobilisation suffisamment prolongée (épaule, poignet, genou, et surtout articulations sous-astragaliennes et médio-tarsienne).

La double arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne, préconisée en France depuis 1904 par C. Ducroquet et Launay, est l'opération de choix pour la stabilisation du pied en bonne attitude, bien supérieure à l'astragalectomie même avec les modifications apportées par R. Whitman.

Dans le cas de déformations osseuses marquées empêchant le redressement, l'arthrodèse se transforme en résection cunéiforme dans l'interligne articulaire ou arthrodèse modelante selon la conception du professeur Ombrédanne.

3° *L'arthrodèse* ou limitation des mouvements articulaires par la création d'un butoir osseux, imaginée en France par Toupet (*Revue d'orthopédie*, 1920, p. 479, et *Journ. de chirurgie*, 1920, p. 268-277), et en Italie par Putti (*Chirurgia degli org. di mov.*, nov. 1922, p. 125-138). Elle trouve son application à la tibio-tarsienne pour buter contre l'équinisme (butoir postérieur), le talus (butoir antérieur), ou le pied ballant (butoir antérieur et postérieur). Elle doit laisser à la tibio-tarsienne de légers mouvements laissant à la marche sa souplesse et son indolence, d'où sa grande supériorité sur l'arthrodèse de la tibio-tarsienne.

Ces trois ordres d'opérations seront combinés selon un plan réfléchi de manière à établir des axes donnant une stabilité possible et en tenant compte du raccourcissement.

(1) M. Lance. Les indications de l'ostéosynthèse du rachis dans la scoliose, *XXXVIIIe Congrès de chir.*, Paris 1929, p. 864-876. — L'ostéosynthèse du rachis dans la scoliose, *Scalpel*, 7 juin 1930, n° 23, 15 fig.

Putti a montré qu'en joignant l'hyperextension de la hanche et du genou, à un pied stabilisé en équinisme la marche était possible sans appareil avec un membre inférieur totalement paralysé et même avec les deux membres inférieurs paralysés.

En réalité, dans ce dernier cas, il semble plus avantageux d'ankyloser le genou d'un côté afin d'avoir un bon pilon servant à la sustentation l'autre membre servant à la progression (1).

*
* *

En terminant cet exposé succinct, nous tenons encore à insister sur l'importance trop ignorée des médecins d'une thérapeutique orthopédique prophylactique dans la poliomyélite. Redresser les déformations, c'est bien; éviter leur formation, c'est mieux.

TRAITEMENT ÉLECTRORADIOLOGIQUE

Par MM. DELHERM et LAQUERRIÈRE.
Electroradiologistes des hôpitaux.

On sait que la paralysie infantile se présente sous des aspects très différents. Tantôt elle est si grave qu'elle détermine la mort par phénomènes bulbaires; tantôt les paralysies acquises demeurent presque indélébiles, tantôt enfin il existe soit des formes légères, soit des formes d'apparences graves qui s'améliorent avec ou sans traitement dans des proportions qui, de l'avis des neurologues et des pédiatres, dépassent les prévisions les plus optimistes.

Si nous avons rappelé ces considérations générales, c'est que nous voulons insister sur le point suivant : il paraît impossible de juger sur un cas, ou sur quelques cas, de la valeur d'un traitement.

Or actuellement certains médecins ont une tendance que nous considérons comme fâcheuse à opposer des méthodes *nouvelles*, fort intéressantes d'ailleurs, aux méthodes *anciennes* qui ont fait leurs preuves non pas sur tel et tel malade, mais sur un ensemble de faits portant sur des dizaines d'années.

Dès avant 1914, Bergonié, Albert Weil, Zimmern, nous-mêmes et bien d'autres constataient que si en quelques rares cas le traitement électrique ne donnait rien, si de nombreux cas d'amélioration, et même exceptionnellement de grosse amélioration, pouvaient être observés sans qu'il y ait eu de traitement, on avait le droit de conclure avec certitude que la moyenne des enfants traités avaient des améliorations absolument hors de comparaison avec la moyenne des enfants non soignés.

Passons donc rapidement en revue ce qu'étaient ces méthodes anciennes qui sont devenues classiques :

A la période d'infection, à la période fébrile de début, on était et on est toujours d'accord pour penser que l'électrothérapie ne peut rien.

Mais dès que cette période est terminée, la physiothérapie peut intervenir, et elle doit intervenir le plus tôt possible : un certain nombre de cellules médullaires sont détruites et pour elles il n'y a rien à faire par aucune thérapeutique; par contre d'autres sont seulement inhibées par compression, troubles circulatoires, etc., il faut donc chercher à y ramener la vitalité le plus tôt possible pour qu'elles reprennent leur fonctionnement. Le courant continu, qui, comme l'ont montré les mémorables expériences du regretté Guilloz de Nancy, agit puissamment sur la nutrition élémentaire de la cellule vivante, est alors tout indiqué : appliqué avec un pôle sur la région médullaire atteinte, avec l'autre pôle à l'extrémité du membre malade il aura la propriété d'agir sur la cellule médullaire, sur le nerf, sur ses branches; mais aussi sur la circulation du membre atteint et sur la trophicité des muscles malades. Non seulement il contribuera au rétablissement du fonctionnement nerveux; mais il mettra les muscles dans les meilleures conditions pour attendre sans trop de dommage que l'influx nerveux arrive jusqu'à eux.

Certains auteurs d'ailleurs avaient cherché à faire mieux; Chicotot entre autres mettait le pôle négatif au niveau de la lésion médullaire sous forme d'une électrode imbibée d'iodure de potassium et le pôle positif à l'extrémité du ou des membres atteints. Il n'est pas impossible d'admettre qu'il pouvait ainsi obtenir les effets antiseptiques et les effets régressifs sur les tissus de sclérose que l'on demande habituellement à l'ion iode.

Puis, après une période de durée variable selon les cas, quand l'électro-diagnostic montre les réactions électriques en voie d'amendement, on commence à faire contracter les muscles paralysés avec des chocs de courant continu de façon à leur faire réaliser une gymnastique appropriée à leur état. Enfin ultérieurement au stade de franche amélioration on utilise les différents procédés de faradisation.

Nous ne pouvons sur ce sujet que renvoyer à nos nombreuses publications : la gymnastique électrique doit éviter la fatigue des muscles malades, elle doit ne pas exciter les muscles sains dont l'augmentation de tonicité créerait des attitudes vicieuses, etc. Signalons seulement que les ondes galvaniques alternatives à longues périodes, créées par l'un de nous (1) réalisent le meilleur et le plus commode des procédés d'excitation électrique des muscles très malades.

Bien entendu le traitement n'est pas continué indéfiniment sans interruption : on laisse des périodes de repos qui peuvent être utilement occupées par des séjours à la campagne, des bains de soleil, des bains de mer chauds, de la mécanothérapie, bref par tout ce qui peut augmenter la vitalité du petit malade.

Bien entendu aussi s'il existe, le sympathique

---

(1) Pour plus de détails nous renvoyons à notre article sur le traitement de la paralysie infantile du membre inférieur dans le *Traité de pathologie médicale et thérapeutique appliquée*, t. XXV; *Pédiatrie*, t. II, p. 1040-1058; — La marche sans appareil dans la paralysie complète du membre inférieur (méthode de Putti), *Monde méd.*, 15 nov. 1923, p. 724, 8 fig.

(1) LAQUERRIÈRE. Les ondes galvaniques alternatives à longue période, *Acad. de méd.*, 19 juillet 1927.

étant intéressé — *mais il ne l'est pas toujours* — des troubles circulatoires, des troubles trophiques des téguments, on réchauffe les membres malades; nous avons personnellement préconisé le bain de lumière artificielle et la *diathermie* (1). Bergonié avait fait construire une sorte de botte à doubles parois que l'on remplissait d'eau chaude, Duhem recommande les bains chauds, etc.

Bien entendu enfin, on préviendra par le massage et surtout la mobilisation les raideurs articulaires et par le port nocturne d'appareils simples les déformations des articulations.

Depuis quelques années, à la suite des travaux de Bordier, dont la méthode intégrale compte : 1° la radiothérapie, 2° la diathermie, 3° des applications voltaïques; de nombreux auteurs ont amputé, on ne sait pourquoi, ladite méthode en en enlevant le courant voltaïque, contrairement à l'enseignement de Bordier, et préconisent, en l'opposant aux anciennes méthodes voltaïques qu'ils délaissent délibérément, l'association radio-diathermie.

Exprimons d'abord notre opinion *sur la diathermie* : Si les courants de haute fréquence sont comme l'a montré d'Arsonval un moyen puissant d'agir sur la nutrition, l'effet calorique de ces courants ne nous paraît indiqué — et nous le préconisions dès 1914 — que dans les cas, où, le sympathique étant intéressé, il existe un refroidissement marqué. Or, d'après notre expérience, nombreux sont les petits paralytiques dont le refroidissement est ou nul, ou insuffisant pour mériter un traitement spécial en plus du courant continu. Nous pensons donc que, si elle n'est pas utile chez tous les malades, la diathermie est recommandable chez un certain nombre d'entre eux. Mais il est nécessaire de faire à propos de son usage une réserve tout à fait importante : Dès que nous avons vu se répandre sa vogue (2), nous avons attiré l'attention sur ses dangers quand on l'applique sur des membres diminués de volume et où une circulation défectueuse empêche la répartition habituelle de la chaleur, sur ses dangers surtout chez les très jeunes enfants incapables d'exprimer leurs sensations. Malheureusement, des faits, terminés par amputation, se sont chargés de montrer que nous n'avions pas tort de craindre soit les brûlures superficielles, soit les coagulations profondes massives. Nous recommandons une fois de plus aux praticiens *qui n'ont pas une très grande expérience de la diathermie* de l'employer avec une circonspection très grande chez les enfants et de s'en abstenir totalement chez les tout petits (3).

Quant à *la radiothérapie*, elle nous semble tout aussi incapable que le courant continu de faire renaître les cellules motrices détruites; nous estimons donc que, contrairement à ce que certains affirment, elle ne peut procurer dans tous les cas des restaurations complètes. Par contre, on peut estimer d'après ce que nous savons, par ailleurs, qu'elle peut jouer un rôle en empêchant dans la région médullaire atteinte la formation de tissu de sclérose cicatricielle (ou de le faire régresser quand il s'est formé, mais est encore relativement récent). Cette sclérose peut, en effet, gêner la reprise fonctionnelle de cellules non détruites et ultérieurement comprimer et détruire ces cellules. En fait, nous avons vu quelques cas anciens paraissant arrivés depuis longtemps à la période de stabilisation (1), qui en ont retiré un bénéfice et d'autre part, en l'utilisant au début, comme le recommande Bordier nous avons eu quelquefois l'impression qu'une amélioration coïncidait avec les séances. Nous faisons donc systématiquement — et nous croyons légitime de recommander de faire de même — de la radiothérapie.

Mais nous ne pouvons malheureusement tirer de la conclusion que le pronostic final est dans l'ensemble considérablement amélioré par ce traitement et que depuis l'avènement « du merveilleux traitement de Bordier, les séquelles sont réduites dans des proportions considérables » (2) : il ne nous apparaît donc pas qu'il s'agisse d'une véritable « révolution » dans le traitement de cette terrible affection (3).

Certains estimeront que nous faisons preuve de pessimisme en nous montrant si réservés sur le rôle des rayons X. Nous répondrons par un simple examen des faits :

Il importe d'abord de préciser que l'électrodiagnostic, qui est un procédé de première importance pour juger de la gravité, n'a pas été pratiqué, surtout à l'étranger, dans un nombre considérable d'observations publiées. Or, comme on applique la radiothérapie au début, il est infiniment probable que les muscles non atteints de réaction de dégénérescence, auraient par suite de la régression spontanée, retrouvé leur motilité durant le laps de temps nécessaire à la radiothérapie.

De plus, si on ne donne pas un tableau précis des réactions électriques de tout le membre malade, il peut arriver que les muscles accessoires d'un muscle très touché et qui ont, eux, conservé des réactions électriques peu troublées ou normales, retrouvent dans ce même laps de temps, et pour la même raison, une motilité redonnant au membre un certain usage. On s'extasie sur le résultat, mais on ne remarque pas que les muscles dégénérés, les seuls sur lesquels on puisse baser une opinion, sont demeurés tout aussi malades. Une amélioration fonctionnelle ne correspond pas toujours à une amélioration des muscles les plus pris, elle est souvent le fait des muscles accessoires.

---

(1) Delherm et Laquerrière. L'électricité dans le traitement de la paralysie infantile, *Journ. de radiol. et d'électrol.*, janv. 1914, p. 38.

(2) Delherm et Laquerrière. Sur quelques points du traitement de la paralysie infantile, *Journ. de radiol. et d'électrol*, juillet 1925.

(3) Laquerrière. Les accidents de la diathermie, *Journ. méd. franç.*, avril 1927.

(1) Voir en particulier la communication de nos élèves R. Lehmann et Mallein-Gérin de mars 1926 à la Société française d'électrothérapie et de radiologie.

(2) Tixier. *L'Œuvre méd.*, 1927.

(3) Une autre innovation toute récente consiste dans l'ionisation transcérébro-médullaire de Bourguignon; nous n'en n'avons aucune expérience personnelle dans la paralysie infantile; mais son emploi est tout à fait logique pour agir, comme la radiothérapie, grâce aux propriétés de l'ion-iode sur le tissu de sclérose.

L'un de nous a, avec Pierre Mathieu (1), fait un relevé de 280 cas publiés : 15 observations seulement décrivaient une réaction de dégénérescence complète avec 12 améliorations; mais pour 69 l'examen électrique n'était pas mentionné; dans 19 il existait seulement une réaction de dégénérescence partielle, dans 8 pas de réaction de dégénérescence; dans 148 les caractères de la réaction de dégénérescence n'étaient pas précisés, dans 21 cas on mentionne bien une réaction de dégénérescence complète, mais sans donner de renseignements sur son évolution. « Il devient bien difficile de se faire une opinion. »

D'autre part, sur 10 cas traités à l'hôpital de la Pitié on a constaté les résultats suivants : 4 cas traités tardivement ont donné :

Un échec total comme pour les autres thérapeutiques;

Un résultat médiocre au point de vue fonctionnel, nul au point de vue électrique;

Une amélioration fonctionnelle avec amélioration d'une réaction de dégénérescence totale;

Une amélioration *considérable durant les cinq mois précédant le traitement* (pas de réaction de dégénérescence) et augmentation de l'amélioration après le traitement.

6 cas traités précocement ont dans l'ensemble permis de constater :

1° Une amélioration fonctionnelle notable avec le temps;

2° Pas de modification, sauf un cas, de la réaction de dégénérescence totale;

3° Amélioration des muscles en réaction de dégénérescence partielle.

Delherm et Mathieu concluent : « Ces résultats sont assez satisfaisants, mais comme l'ont déjà constaté de leur côté Laquerrière et Lehmann, ils ne constituent pas un contraste saisissant avec ce que nous avions l'habitude d'observer avec les anciennes méthodes. »

S. Portret, dans un récent travail basé sur des malades traités par l'électrothérapie d'une part, par la méthode de Bordier d'autre part, conclut en faveur de cette dernière. Mais si on examine les faits d'un peu plus près (2) on constate que faute de renseignements, et en particulier d'examen électrique, on ne peut tenir compte que de deux observations dans chaque catégorie; sur ces observations on en trouve une concernant la radiothérapie où le résultat fut très rapide; mais les réactions électriques étaient moins mauvaises que dans le cas du même genre traité par l'électrothérapie.

Duhem (3) a dépouillé 250 observations de son service hospitalier, dont 150 ont subi le traitement radiothérapique et 100 ne l'ont pas suivi. De ce relevé, il conclut : 1° les malades qui ne présentent pas de réaction de dégénérescence et qui ont suivi régulièrement notre traitement physiothérapique guérissent toujours dans 100 p. 100 des cas, qu'ils aient subi ou non un traitement radiothérapique; 2° la radiothérapie employée comme moyen curatif de la poliomyélite n'a aucune action sur l'évolution du processus dégénératif. » Il a obtenu dans les deux catégories de cas traités par les méthodes anciennes ou nouvelles des résultats « rigoureusement semblables ». Si Duhem juge que la radiothérapie a un résultat nul, il est par contre un chaud partisan de la diathermie.

Enfin, tout à fait récemment, Tixier et Ronneaux (1) font un fervent plaidoyer en faveur de la méthode de Bordier, ils font bon marché des objections qui peuvent être émises sur son efficacité; elle comporte : radiothérapie précoce, séances de diathermie intercalaires, courant galvanique, le tout constituant un ensemble dont toutes les parties se tiennent.

Disons de suite que nous sommes heureux de voir réapparaître le courant voltaïque qu'on avait totalement éliminé du traitement de la poliomyélite, il est probable qu'on a dû tout de même lui reconnaître une certaine valeur.

Mais pour Tixier et Ronneaux la radiothérapie a un rôle de première importance.

Ces auteurs vont même plus loin, et nous sentons poindre à travers leur texte un danger pour les radiologistes : « Nous voyons, disent-ils, que le plus souvent la méthode de Bordier n'est pas régulièrement appliquée et que la technique qu'il a indiquée n'est pas rigoureusement suivie... Les uns, trop timorés... ont appliqué des doses plus faibles. »

On pourrait objecter que la même réserve pourrait être faite pour les méthodes classiques qui trop souvent sont appliquées au petit bonheur, sans tenir compte de l'examen électrique, parfois abandonnées à la famille sans surveillance médicale, etc., et que pour comparer les deux méthodes il faudrait n'utiliser avec les méthodes modernes comme avec les anciennes que des cas soignés correctement par un médecin compétent.

Nous craignons surtout que des radiologistes risquent d'être jugés sur un insuccès de la radiothérapie; s'ils ne guérissent pas leur sujet on dira ou qu'ils sont trop timorés, ou qu'ils ne savent pas leur métier, et peut-être se laissera-t-on entraîner pour ne pas paraître timoré à employer des doses trop fortes. En tout cas nous tenons à répéter que la paralysie infantile étant une maladie extrêmement variable, il est impossible de mettre en doute la science ou la technique de l'opérateur parce que le résultat escompté ne se produit pas dans tous les cas. MM. Tixier et Ronneaux sont des cliniciens trop expérimentés pour ne pas partager notre avis.

Nous voudrions être aussi enthousiastes qu'eux, mais avec presque toute l'Ecole parisienne, avec Duhem qui a à sa disposition le champ de travail des Enfants-Malades comme l'un de nous a celui de l'hôpital Hérold, avec Barret de l'hôpital des Enfants-Assistés, avec Mahar de l'hôpital Trousseau,

---

(1) L. Delherm et Pierre Mathieu. *Monde méd.*, 15 fév. 1930.

(2) Laquerrière. A propos des traitements de la paralysie infantile, *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1930.

(3) Duhem. Influence de la radiothérapie sur l'évolution de la poliomyélite, *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1930.

(1) Tixier et Ronneaux. A propos du traitement physiothérapique de la poliomyélite, *Monde méd.*, 15 janv. 1931.

avec en somme tous ceux qui ont la charge des hôpitaux d'enfants parisiens et qui font plus ou moins de réserves, nous ne pouvons pas dire, et combien nous le regrettons en l'état actuel de la question, que la radiothérapie ait « révolutionné » le pronostic de la poliomyélite.

Avant d'adopter ce terme il faut qu'elle fasse ses preuves. Pour les administrer on ne saurait tenir compte des formes légères ou moyennes (sans réaction de dégénérescence complète), parce que ces cas sont ceux qui spontanément s'amendent le mieux, surtout au début de la maladie, période pendant laquelle on fait de la radiothérapie.

Il faut les chercher dans des cas graves présentant de la réaction de dégénérescence totale (mais conservation de l'excitabilité voltaïque) avec observations détaillées sur les fonctions musculaires, et dans lesquelles on éliminera soigneusement les améliorations fonctionnelles dues souvent à des suppléances.

Contrairement à ce que peuvent penser plusieurs auteurs, la réaction de dégénérescence totale produit, en général, dans les quinze jours qui suivent le début de la paralysie, c'est-à-dire à une époque de la maladie où on a rarement la possibilité de faire de la radiothérapie. On ne risque donc pas d'encourir le reproche que font MM. Tixier et Ronneaux d'attendre que le réaction de dégénérescence se produise pour faire de la radiothérapie.

En ce qui nous concerne, nous la pratiquons aussitôt que possible, nous l'avons même pratiquée dans un cas que nous publierons ultérieurement, huit jours après le début et cela n'a malheureusement pas empêché les productions sous nos yeux de la radio-diathermie complète.

Pour conclure, nous pensons :

1° Que la radiothérapie doit être utilisée aussitôt que possible, mais que jusqu'à ce qu'elle ait fait ses preuves sur des muscles en radio-diathermie complète, on ne peut pas dire qu'elle a « révolutionné » le pronostic de la paralysie infantile.

2° Que la diathermie doit être largement utilisée, en tenant compte des réserves que nous avons faites. Il en est de même de tous les procédés capables d'agir sur la nutrition et la calorification.

3° Que le courant voltaïque sous la forme constante et excito-motrice joue un rôle très important dans le traitement de l'affection.

Nous combinons depuis peu la diathermie et la voltaïsation excito-motrice grâce à l'appareil combinateur que nous avons demandé à Walther de construire (1). Nous sommes heureux de constater que le courant voltaïque si injustement délaissé reprend la place qui lui est justement due dans le traitement de la paralysie infantile.

Les Fonctions hépato-biliaires. Physiologie. Exploration. Valeur et choix des tests de l'insuffisance hépatique, par MM. Chiray, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux, et F. Thiébaut, interne des hôpitaux de Paris. Un volume de 170 pages. — Prix : 24 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) Delherm, Laquerrière et Walther. *Bull. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1931.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 2 février 1931)

Du mode de transmission de la theilériose bovine nord-africaine par la tique « Hyalomma mauritanicum ». — MM. Edmond Sergent, A. Donatien, L. Parot et F. Lestoquard.

Une nouvelle fonction de l'estomac. Rôle de cet organe dans le métabolisme de l'urée. — MM. R. Vladesco, D. Simei et M. Popesco. A l'état normal, l'estomac enlève du sang une partie de son urée et la déverse dans son contenu après l'avoir transformée en ammoniac. Dans les insuffisances rénales cette transformation devient, 5, 10 fois plus intense.

Sur la présence d'un virus pathogène pour le singe dans certains bubons vénériens de l'homme. — MM. C. Levaditi, P. Ravaut, P. Lépine et Mlle R. Schoen. Les ganglions inguinaux de certains malades atteints d'adénite (bubons vénériens) renferment un virus jusqu'à présent invisible et pathogène pour le *Macacus cynomolgus* et le *Macacus invus*. Administré par voie intracérébrale, ce virus provoque chez le singe, soit une méningo-encéphalite mortelle transmissible en série, soit une maladie inapparente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 10 février 1931)

Notices nécrologiques. — M. Portier lit une notice sur M. le professeur Georges Weiss (de Strasbourg), et M. Rouvillois rappelle les travaux de M. Fontan (de Toulon).

Recherches expérimentales sur la transmission de la poliomyélite par la voie digestive. Action du chlore sur le virus poliomyélitique. — MM. Levaditi, Kling et Lépine ont démontré antérieurement la transmission de la poliomyélite au singe par introduction de virus dans le tube digestif et la conservation du germe dans l'eau de conduite pendant au moins cent quatorze jours. Dans le présent travail, ils prouvent que la maladie peut être conférée aux simiens en leur faisant ingérer des aliments contaminés, telles les bananes. Le virus s'élimine par les matières fécales; on a pu le déceler dans les fèces vingt-quatre à quarante-huit heures après le repas infectant, même lorsque l'animal donneur n'a pas contracté la maladie. Des porteurs de germes peuvent donc éliminer du virus par les matières fécales, sans qu'ils soient malades eux-mêmes. L'addition de chlore à la dose de 4 décimilligrammes de Cl par litre suffit à stériliser de l'eau artificiellement contaminée par le virus poliomyélitique.

Dans les conditions normales, la simple javellisation de l'eau de boisson suffit pour détruire le virus poliomyélitique qu'elle peut contenir.

Traitement du tétanos, de la diphtérie et des maladies neurotropes par la méthode phylactique. — M. Cruchet (de Bordeaux) rappelle la méthode préconisée en 1926 par M. Dufour pour le traitement du tétanos. On sait que cette méthode, qui consiste dans l'anesthésie chloroformique associée aux injections de sérum, a donné des succès inespérés.

M. Cruchet étudie l'action phylactique du chloroforme et des calmants. Il note en passant que l'uroformine, le sulfate de spartéine, le gardénal et surtout certaines eaux minérales, ainsi que l'a mis en évidence Billard, sont capables de com-

battre l'action néfaste des neurotoxines fixées sur les centres nerveux.

La phylaxie s'avère déjà comme un procédé thérapeutique nouveau dont la portée pratique s'étend chaque jour davantage.

Des possibilités de transmission de la fièvre ondulante par les oiseaux. — M. H. Violle démontre par diverses expériences faites chez les oiseaux migrateurs ou non (pigeons, grives) qu'il est possible, tantôt de déterminer chez ces espèces une infection rapidement mortelle due aux bacilles abortus, tantôt de les infecter sans que leur état paraisse s'en ressentir.

L'auteur attire l'attention sur ces formes d'infection survenant chez des oiseaux qui transportent ainsi dans leur organisme, à de longues distances et pouvant les disséminer dans la nature, les bacilles par lesquels ils ont été contaminés. Ils peuvent donc être éventuellement la cause de cas de fièvre ondulante, chez l'homme et les animaux, cause insoupçonnée parfois lorsqu'il s'agit de régions jusque-là indemnes.

Le traitement spécifique des infections gastro-intestinales des enfants du premier âge. — M. Henri de Rothschild expose les résultats de ses recherches sur l'action du plasma du lait de vache, ou lactosérum, dans le traitement des infections gastro-intestinales aiguës ou suraiguës du nourrisson. Il considère le plasma comme une médication spécifique dans ces cas.

M. Levaditi apporte le résultat de ses expériences de laboratoire. Elles confirment les constatations de M. de Rothschild.

Sur le neurotropisme de la fièvre de trois jours. — M. Trabaud.

Election. — MM. Fruhinsholz (de Nancy) et Bégouin (de Bordeaux) sont élus correspondants nationaux dans la 2ᵉ division (chirurgie).

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(Séance de janvier 1931)

Incontinence d'urines tabétique. — MM. Mirallié et Giroire rapportent un cas de tabes s'étant manifesté au début uniquement par des troubles urinaires (incontinence par regorgement) et dont le diagnostic ne put être fait que par un examen neurologique approfondi complété par une ponction lombaire.

Tuberculose parotidienne chez une femme de soixante-dix ans. — M. E. Pichat rapporte l'observation d'une femme de soixante-dix ans qui présentait une tumeur pré-tragienne gauche de la grosseur d'une noix, diagnostiquée tumeur mixte de la parotide.

La tumeur, facilement enlevée, contenait en son centre du pus semblable à du pus d'abcès froid.

L'examen histologique montra des lésions typiques de bacillose folliculaire.

Un curieux cas de fistule tubo-cutanée abdominale. — M. E. Pichat a observé une femme de vingt-huit ans, opérée il y a six ans. Par une petite incision de la fosse iliaque droite on lui avait enlevé l'appendice et les annexes droites. La plaie suppura pendant deux mois.

Depuis huit mois quelques gouttes de sang sortaient par l'extrémité inférieure de la cicatrice à chaque période menstruelle.

Une laparotomie médiane permit de voir qu'un moignon de la trompe droite, long de 2 centimètres, adhérait à la première cicatrice. Il fut facilement détaché et l'on pratiqua une hystérectomie subtotale à cause de lésions annexielles gauches. Guérison très simple.

Volumineux hémothorax interlobaire par plaie de poitrine. — M. A. Gendron présente l'observation d'un homme de vingt-quatre ans qui reçut un coup de couteau au niveau du sein droit.

Suffocation immédiate et développement dans les jours consécutifs d'un épanchement sanguin intrathoracique.

L'examen sthétacoustique et radiologique montre une ombre enkystée volumineuse « en écharpe », oblique de haut en bas et d'arrière en avant, caractéristique des collections interlobaires. La grande cavité pleurale est respectée, comme en témoignent l'intégrité des culs-de-sac et la conservation des mouvements du diaphragme.

Trois ponctions donnent issue à du sang incoagulable. La résorption se fait spontanément en quatre mois, sans autre incident qu'une expectoration de quelques crachats hématiques pendant une quinzaine de jours.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES PRÉTENDUS DANGERS DES RAYONS X

Par le docteur Foveau de Courmelles.

La Presse politique a affolé, l'an dernier, le grand public. Certains propriétaires intéressés à n'avoir plus des locataires d'avant-guerre, affirmèrent alors que les voisins et même leurs immeubles (??) couraient des dangers par les rayons X.

Ce n'était pas que maints radiologues ne fussent victimes, on pouvait l'être à des distances énormes des appareils.

L'accusation de 1929 n'était pas nouvelle. En 1921, formulée déjà, l'Académie de médecine en avait fait bonne justice avec le grand et regretté physicien André Broca. En 1929, le Conseil municipal de Paris, effrayé, fit nommer une Commission par M. Chiappe, préfet de police; elle fonctionna vite et conclut comme l'Académie de médecine de 1921 et comme celle-ci vient de le faire à nouveau (23 déc. 1930).

Il était important, j'y insiste, devant l'affolement — ce mot n'est pas trop fort — créé, exploité par certains intéressés, de proclamer la vérité, l'innocuité des rayons X à distance.

Les hôpitaux même, à moins d'isolements formidables et très onéreux, et on sait qu'ils ne sont pas bien riches, eussent dû limiter leurs installations radiologiques en nombre et en surface, donc limiter leur clientèle pauvre, la seule, à notre avis, du reste, qu'ils doivent avoir! Quant à l'autre, aux riches, aux « bourgeois » (?), ils seraient allés, en des léproseries (comme jadis), non, je veux dire, en des îlots isolés, étroitement surveillés, où l'on aurait enfermé ces bêtes dangereuses que sont les radiologues.

Je semble « exagérer ». Que non pas, Il est évident, et c'eût été justice, je m'y rallie, que si vraiment les rayons X eussent dû troubler, altérer la santé du plus grand nombre, on eût dû les supprimer totalement malgré leurs utilités salvatrices, on ne saurait trop le répéter.

D'ailleurs, il n'est pas besoin en général, des intensités formidables vantées par quelques auteurs. Quelques-uns en sont revenus, comme le montre et le prouve un des maîtres de la radiologie américaine, William Benham Snow (*Physical Thérapeutics*, juin 1930). A. Béclère, après ma radiothérapie des fibromes (*Institut*, 11 janv. 1924), s'en est fait l'apôtre fervent, lui aussi, avec doses fractionnées.

Notre accusateur, radiographe, radiographe éminent et de la première heure, ne se basait du reste que sur l'action lumineuse à distance des rayons X sur les plaques sensibles, ne vivons-nous pas dans une atmosphère lumineuse, indis-





Les Oblitérations artérielles des membres. Diagnostic. Traitement, par L. Langeron, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de Lille. In-8 de 76 pages avec 2 planches hors texte. — Prix : 18 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

pensable aux organismes vivants, végétaux et animaux? Les radiologues n'usent que de rayons filtrés, traversant des patients, arrêtés facilement, vu leur localisation, par du plomb.

A quoi bien insister? Peut-être cependant est-ce utile pour rassurer, car nous ne voyons pas beaucoup la Grande Presse qui a tant colporté l'accusation, parler de la proclamation officielle de l'innocence des rayons X pour les voisins (1).

C'est à nous médecins, même ceux qui ne sont pas spécialisés, de faire connaître *urbi et orbi*, la décision académique, et ce, pour le plus grand bien des malades!

NOTES DE PRATIQUE

DERMATITE PRIMULAIRE (2)

Cette affection décrite pour la première fois par J. C. White en 1888, a été surtout étudiée dans les pays septentrionaux, où la culture des primevères est plus répandue que chez nous. Les primevères de différentes races (primula obconica surtout) en sont la cause déterminante Il semble qu'elles doivent leur action irritante à la sécrétion des poils glanduleux répandus sur toute leur surface.

La dermatite primulaire apparaît donc chez les individus qui entrent en contact avec des primevères, mais non chez tous : il faut y être prédisposé pour en être atteint. Cette dermite peut apparaître un jour chez des sujets qui avaient pu jusque-là manier ces plantes impunément pendant des années.

Les régions atteintes sont les parties découvertes : les mains et le visage.

Aux mains, l'éruption est caractérisée par le développement rapide sur leur face dorsale de placards rouges, saillants, de dimensions variant de celle d'une lentille à celle d'une pièce d'un franc, plus ou moins bien limités. Quand l'inflammation est très intense, le dos de la main devient le siège d'une tuméfaction œdémateuse diffuse, et quelquefois l'exosérose intradermique aboutit à la formation de vésicules susceptibles de se rompre.

Au visage, l'éruption a les mêmes caractères généraux qu'aux mains, mais les plaques surélevées sont moins larges et moins limitées; elles sont remplacées d'habitude par une tuméfaction œdémateuse rouge étendue à une moins grande surface de la peau et pouvant rappeler d'autant plus l'érysipèle que l'œdème concomitant des paupières peut fermer les yeux.

L'éruption de la dermatite primulaire, quel qu'en soit le siège, est extrêmement cuisante et prurigineuse, avec exacerbation des démangeaisons la nuit.

Elle ne s'accompagne pas de phénomènes généraux, du moins dans la majorité des cas; exceptionnellement on a noté

(1) Certains propriétaires veulent empêcher le médecin de se spécialiser. (Lire *Code annoté des loyers*, par Alexandre Reulos, vice-président de la Cour d'appel de Paris)

(2) Louis Ramond, *Petite clinique de la Presse méd.*, 9 août 1930. — Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du docteur Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.) — 25 p. 100 de réduction aux souscripteurs. Envoyer avant le 15 mars : France et colonies : 22 fr. 25; étranger : 26 fr., à M. Lépine, éditeur, 39, rue d'Amsterdam, Paris (8e). Compte chèques postaux : 712.04.

chez quelques professionnels fleuristes de la fièvre, des frissons, de la céphalée.

En résumé : les caractères principaux de la dermatite primulaire sont :

1° La topographie : éruption exclusivement localisée aux parties découvertes — mains, poignets et face, d'habitude — sans aucune tendance à essaimer sous les vêtements ou à envahir le cuir chevelu, et sans symétrie.

2° Aspect. — Eruption érythémato-papuleuse (ou vésiculeuse plus rarement) limitée avec œdème plus ou moins intense, principalement à la face.

3° Troubles fonctionnels. — Violence du prurit.

4° Absence de symptômes généraux.

5° Rapidité d'évolution dès que le malade est soustrait à l'action des primevères.

Reproduction aussitôt que le sujet guéri d'une précédente poussée s'expose de nouveau au contact de ces plantes.

Récidive chaque année à la même époque, en mars, le plus souvent au moment de la floraison des primevères (qui peut s'étendre, pour certaines espèces, entre février et juillet).

Le traitement de la dermatite primulaire consiste :

1° Dans la suppression du contact avec les primevères;

2° Dans la destruction des poils végétaux ou de leur sécrétion qui peuvent encore rester adhérents à la peau;

3° Et enfin, application de topiques calmants sur les parties irritées (liniments oléocalcaires, pommade à l'oxyde de zinc, etc.).

P. Fernet et R. Girard.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 18 février. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. M. Labbé, président; Lemierre, Tanon, Henry, Lesbouyries, Panisset, Vergé et Dechambre. — M. Guignard. Etude des accidents déterminés chez nos animaux domestiques par les épillets du brôme stérile. — M. Maillaud. Lymphangite ulcéreuse. — M. Barafroukhteh. Le cheval en Perse.

Jeudi 19 février. — Jury : MM. Ménétrier, président; Nobécourt, Tanon et Terrien. — M. Dubosq. De la nécessité du dosage biologique des substances médicamenteuses renfermant des vitamines. — M. Vamos. Le contrôle municipal du lait. — M. Hurstel. Les accidents oculaires du travail. — M. Nguyen-van-Kinh. Anémies graves postarsénobenzoliques.

Vendredi 20 février. — Jury : MM. Sebileau, président; Guillain, Loeper et Lévy-Valensi, — M. Maronne. Etude du métabolisme normal et pathologique des graisses. — M. Giudicelli. Etude de la syphilis tertiaire du corps thyroïde.

Techniques histologiques de neuropathologie, par Ivan Bertrand, directeur à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, chef de laboratoire de la Clinique neurologique de la Salpêtrière. Préface du professeur G. Guillain. Un volume de 376 pages. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Conseils aux jeunes stagiaires, par M. H. Hartmann.
Schéma d'examen d'un malade atteint d'une affection gastrique (fin), par M. Georges Baudet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION
Honoraires médicaux. Eléments servant à les fixer, par Me H. Ribadeau Dumas.
CONGRÈS
Journées médicales coloniales.
NOTES POUR L'INTERNAT
Anatomie et physiologie de la glande sous-maxillaire.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux (admissibilité). — Jury : MM. Jules Renault, Lévy-Valensi, Dufour, Chabrol, Claude, Sézary, Nobécourt, Monier-Vinard, Loeper, Tixier, de Massary, Rivet.

Censeurs : MM. de Gennes, Coste, Jacquelin, Janet, Marquézy, Jacob, Bénard (Henri), Tzanck.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Jury : MM. Bach, Valette, Guillot, Mascre, Launoy.

HÔPITAL SAINT-MICHEL. — Un concours pour une place d'interne en titre et une place d'interne remplaçant au service de gastro-entérologie s'ouvrira le 1er avril. Adresser avant cette date les demandes au docteur Delort, à l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres, Paris (XIVe).

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Pinatzis (Grec).

MÉDAILLE D'HONNEUR DU TRAVAIL. — La médaille d'honneur du travail vient d'être décernée au docteur Lop (de Marseille) : « 37 ans de service comme médecin chef de la Compagnie de navigation mixte. »

C'est la première fois, croyons-nous, que la médaille des vieux serviteurs est attribuée à un travailleur intellectuel.

IVe CENTENAIRE DU COLLÈGE DE FRANCE. — Le IVe Centenaire du Collège de France, fondé en 1530 par François Ier, donnera lieu à des fêtes commémoratives qui se dérouleront du 18 au 20 juin.

Une séance solennelle aura lieu le 19 juin en présence de M. le Président de la République.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE. — Prix a décerner en 1931. — Prix Dubreuil, annuel (400 fr.). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Duval-Marjolin, annuel (300 fr.). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1931.

Prix Edouard Laborie, annuel (1.200 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Le Dentu, annuel. — A l'interne, médaille d'or de chirurgie en 1931.

Prix Ricord, bisannuel (300 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Prix Jules Hennequin, bisannuel (1.500 fr.). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain.

Ce prix ne peut être partagé.

Prix Demarquay, bisannuel (700 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet qui sera indiqué ultérieurement.

Prix Gerdy, bisannuel (2.000 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet qui sera indiqué ultérieurement.

Les manuscrits destinés au prix Laborie, au prix Gerdy et au prix Demarquay doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1931.

GUERRE. (Troupes coloniales.) — Un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application

du Service de santé des troupes coloniales s'ouvrira au Val-de-Grâce le 26 octobre 1931.

— Un concours pour l'obtention du titre de médecin et de chirurgien des hôpitaux coloniaux s'ouvrira le 3 novembre 1931 au Val-de-Grâce.

— Un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé de pharmacie de l'École d'application du Service de santé des troupes coloniales s'ouvrira au Val-de-Grâce le 26 octobre 1931.

— Un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux coloniaux s'ouvrira en mai 1931. (*J. O.*, 13 fév. 1931.)

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. le docteur Georges Girel, conservateur du musée d'anatomie de la Faculté de Lyon, est chargé de mission au cabinet du ministre.

MINISTÈRE DE LA MARINE MARCHANDE. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille le 27 mars 1931.

S'inscrire auprès du directeur de l'inscription maritime, à Marseille.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES DE PARIS. — La séance solennelle de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris aura lieu le lundi 23 mars, à 16 h., 12, rue de Seine, sous la présidence scientifique de M. le professeur Loeper. Elle sera consacrée à l'étude de certaines propriétés biologiques des eaux minérales. Deux rapports seront présentés :

Professeur Loeper et docteur Mougeot : *Action anti-anaphylactique des eaux minérales.*

Docteur Ferreyrolles : *La phylaxie par les eaux minérales.*

Les médecins étrangers à la Société s'intéressant aux questions traitées sont invités à assister à cette séance et à prendre part aux discussions. Ils sont priés de s'inscrire dès maintenant auprès du docteur Sérane, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 3, rue Léon Delhomme, Paris (XVe).

ALCOOL ET PROSTITUTION. — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, dans sa séance du 21 janvier 1931, vient de voter un ordre du jour réclamant des Pouvoirs publics des mesures de salubrité nécessaires,

« En particulier :

Le respect de la loi sur l'ivresse publique (vœu déjà émis sans succès) ;

Le respect de la loi du 1er octobre 1917, dont les articles 10, 11 et 12 interdisent à tous débitants de boissons à consommer sur place, d'employer ou de recevoir habituellement des femmes de débauche ;

Le respect de l'ordonnance interdisant aux filles publiques de se livrer en plein jour au racolage. »

SERVICE DE PROPHYLAXIE DE LA MALADIE DU SOMMEIL AU CAMEROUN. — La mission permanente de la maladie du sommeil, créée par l'arrêté du 8 juillet 1926, est supprimée. Il lui est substitué un service de prophylaxie de la maladie du sommeil.

Ce service, placé sous la haute autorité du commissaire de la République, est sous la direction du chef du service de santé du territoire.

Le personnel du service de prophylaxie sera déterminé, chaque année, au moment de l'élaboration du budget, dans la limite des crédits disponibles.

Le personnel médical actuellement en service à la mission permanente sera versé dans le « Service de prophylaxie de la maladie du sommeil ». (*J. O.*, 10 fév. 1931.)

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur épreuves et sur titres sera ouvert en avril prochain, à la Faculté de médecine de Lyon, pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, et chargé de la gestion des dispensaires du département de Vaucluse, à l'exclusion du dispensaire d'Avignon.

Pour plus amples renseignements, s'adresser à la Direction générale du Comité national, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les dossiers devront être envoyés à M. le Préfet de Vaucluse, président du Comité départemental d'hygiène sociale.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS. — (Professeur : M. P. NOBÉCOURT.) — M. L. Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis, assisté de M. le docteur J. Hutinel, agrégé, médecin des hôpitaux, et de MM. les docteurs Azerad, Biancani, J. Blum, Camus, Cayla, Delarue, Maurice-Lévy, Lonjumeau, Marsais, Gilbert Robin, E. Terrien, commencera le lundi 2 mars 1931, à 11 h. du matin, à l'hôpital Saint-Louis, annexe Grancher, une série de leçons sur quelques sujets d'actualités infantiles, et les continuera les jours suivants (sauf le samedi), à la même heure.

Programme du cours. — Lundi 2 mars : M. L. Babonneix. Encéphalites aiguës infantiles.

Mardi 3 mars : M. Azerad. Thérapeutique du diabète infantile.

Mercredi 4 mars : M. J. Blum. Les services que peut rendre, à la médecine infantile, l'examen du fond de l'œil.

Jeudi 5 mars : M. H. Biancani. Les rayons ultraviolets dans la médecine des nourrissons.

Vendredi 6 mars : M. Camus. Dépistage et prophylaxie de la surdité chez l'enfant.

Lundi 9 mars : M. Cayla. Anémies du nourrisson.

Mardi 10 mars : M. Delarue. Traitement de la tuberculose pulmonaire infantile.

Mercredi 11 mars : M. Babonneix. Réactions méningées chez l'enfant.

Jeudi 12 mars : M. Maurice-Lévy. Paralysie infantile.

Vendredi 13 mars : M. Lonjumeau. Comment traiter l'hérédo-syphilis du nourrisson?

Lundi 16 mars : M. Marsais. Transfusions sanguines chez l'enfant.

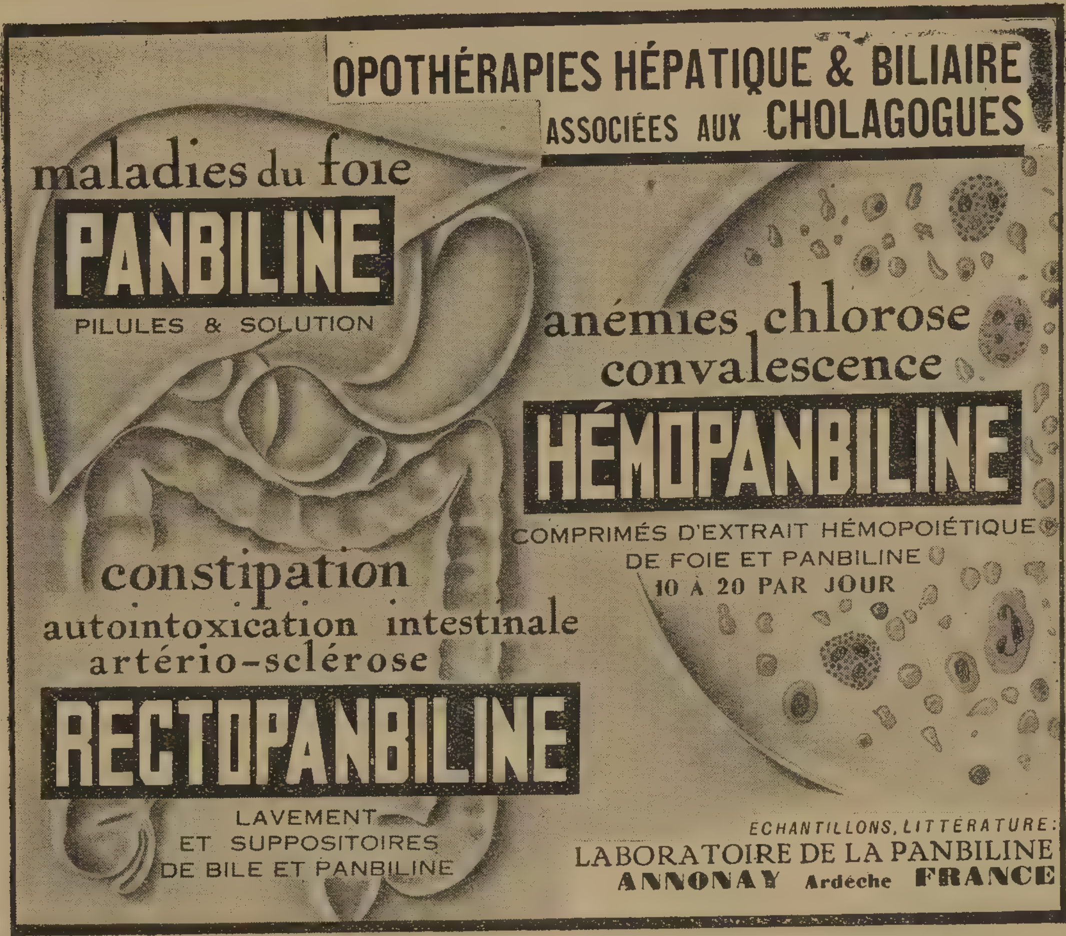
Mardi 17 mars : M. G. Robin. Les arriérations et la méthode des tests.

Mercredi 18 mars : M. Babonneix. Néphrose lipoïdique.

Jeudi 19 mars : M. E. Terrien. Les bouillies maltosées dans l'alimentation du nourrisson.

Vendredi 20 mars : M. J. Hutinel. Anorexie des enfants.

(Voir la suite des « Informations », *p. 253.)*


OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
maladies du foie
PANBILINE
PILULES & SOLUTION
anémies, chlorose
convalescence
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS D'EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE
DE FOIE ET PANBILINE
10 A 20 PAR JOUR
constipation
autointoxication intestinale
artério-sclérose
RECTOPANBILINE
LAVEMENT
ET SUPPOSITOIRES
DE BILE ET PANBILINE
ECHANTILLONS, LITTÉRATURE:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY Ardèche FRANCE

COURS D'ENDOSCOPIE URINAIRE. — Sous la direction du docteur Maurice Chevassu, un cours d'Endoscopie urinaire sera fait du 2 au 14 mars 1931, dans le service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin, par le docteur Bayle, assistant du Service, le docteur Gautier, assistant de consultation, le docteur Lazard, assistant de cystoscopie et le docteur François Moret, assistant de radiodiagnostic. Il comportera 24 leçons à raison de 2 leçons par jour, une le matin, une l'après-midi, comprenant :

14 leçons de cystoscopie et de cathétérisme des uretères,
7 leçons d'urétroscopie à l'air,
3 leçons d'urétroscopie avec l'urétroscope à irrigation.

Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement.

Le nombre des élèves est limité à 10.

Pour renseignements et inscription, s'adresser au laboratoire de bactériologie du pavillon Albarran, hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, Paris (XIVe).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en dix leçons, par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 9 mars 1931, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Ce cours sera fait en liaison avec un cours complémentaire de thérapeutique chirurgicale urinaire, sous la direction de M. le professeur agrégé Marion, cours qui sera fait en mars et dont le programme sera indiqué par voie d'affiche.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. — *Cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes.* — Session de mai 1931 (11 leçons), du 11 au 16 mai 1931, à l'hôpital Saint-Louis et à la Clinique Baudelocque.

Le cours est gratuit.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe), le plus tôt possible.

Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ecole de stage de service social. — La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé dans son dispensaire de Saint-Ouen une école de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

La direction technique de cette école de stage est confiée au service social à l'hôpital.

Un certificat de stage est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, ou au service social à l'hôpital, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

— *Prix de la Ligue nationale française contre le péril vénérien pour 1934.* — La Ligue nationale française contre le péril vénérien, pour stimuler les recherches relatives à la vénéréologie, met au concours deux prix de 3.000 fr. à décerner aux auteurs des meilleurs travaux de vénéréologie.

Pour ces deux prix l'anonymat est obligatoire.

Les ouvrages présentés au concours devront être écrits en français, constituer surtout un travail original fondé sur des faits nouveaux, dactylographié en triple exemplaire, paginé, suivi d'une table.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant le nom, la qualité et l'adresse de l'auteur.

Les ouvrages présentés devront parvenir directement au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe), avant le 1er octobre 1934.

ERRATUM. — Dans le numéro du 14 février 1931, s'est glissée une erreur d'impression qu'il convient de rectifier ainsi : p. 236, 2e col., au lieu de : « 3° L'*arthrodèse* ou limitation des mouvements articulaires », lire : « L'*arthrorise* ou limitation... »

Et, même alinéa, au lieu de : « Putti (*Chir. degli org. di mov.*, nov. 1922, p. 125-138) », lire : « *avril*, 1922. »

NOUVEAU JOURNAL. — Nous avons reçu les deux premiers numéros de *L'Homme, l'écran des mœurs et de la santé*, journal hebdomadaire brillamment illustré qui paraît sous la direction du docteur Couchoud.

Nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à ce nouveau confrère.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — L'AGENDA P.-L.-M. POUR 1931. — L'Agenda P.-L.-M. pour 1931 est le vingtième d'une collection commencée en 1911 et que les bibliophiles recherchent tant pour sa belle tenue artistique et littéraire que pour son impeccable typographie.

D'excellents écrivains, peintres et dessinateurs y ont collaboré.

Ce recueil de 300 pages — enrichi de 16 hors texte en couleurs — se présente sous couverture reliée dont les motifs ornementaux sont inédits comme les articles et les nombreuses illustrations qu'il renferme.

Le succès qu'il a trouvé auprès des amateurs et collectionneurs laisse prévoir, comme pour ses devanciers, l'épuisement rapide du tirage.

Aussi les retardataires désireux de le posséder doivent-ils se presser pour en faire la demande.

Son prix est de 10 fr.

Il est en vente : 88, rue Saint-Lazare, à Paris, à la Maison du Tourisme, 53, avenue George-V, dans les Agences de voyages, les Grands Magasins, les principales librairies, ainsi que dans les bureaux de ville, gares, bibliothèques et grands trains du réseau P.-L.-M.

Pour le recevoir à domicile, adresser au service de la publicité P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris, un mandat-poste de 13 fr. 05 pour l'envoi en France et 18 fr. 40 pour l'envoi à l'étranger.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

ELÉMENTS SERVANT A LES FIXER

Un arrêt de la Cour d'appel d'Aix du 31 mars 1930, confirmant un jugement du Tribunal civil de Nice, a décidé que, pour savoir s'il y avait disproportion entre l'importance des honoraires réclamés par un chirurgien ou un médecin et la nature de l'intervention de celui-ci, il fallait se placer au triple point de vue du médecin, du client et de la maladie traitée.

« Attendu, *en ce qui concerne le médecin*, dit la décision, qu'il importe de tenir compte de sa situation professionnelle et de considérer notamment, en l'espèce, que le docteur X... est un spécialiste de la thérapeutique américaine, se prévalant d'ailleurs d'un diplôme de ladite origine; que cette particularité, en raison de la nationalité commune aux deux parties, apparaît comme ayant eu une influence déterminante sur le choix du médecin;

*

Attendu qu'à l'application d'un art médical étranger, doit correspondre, dans une certaine mesure tout au moins, un mode spécial de rémunération du praticien; que cette conclusion est, au surplus, conforme à l'intention présumée des contractants, d'après le mobile de la convention intervenue;

Attendu, *en ce qui concerne le client*, qu'il n'est pas contestable que ce dernier se trouve dans une brillante situation de fortune; que de pareilles circonstances sont également de nature à être prises en considération pour l'appréciation des honoraires;

Attendu, *en ce qui touche la maladie*, que les documents de la cause font ressortir que le traitement a duré du 3 au 25 février 1927, nécessitant quotidiennement, à raison même de deux fois par jour, pendant deux semaines consécutives, des visites à domicile d'une durée minima de deux heures chacune, et au cours desquelles étaient fréquemment pratiquées des interventions de petite chirurgie; que l'affection se révèle comme ayant été d'une certaine gravité, comme ayant en tout cas obligé le médecin à consacrer à ce traitement la plus grande partie de son temps pendant une période relativement prolongée; qu'un dérangement et des frais supplémentaires lui ont été, en outre, occasionnés par suite de l'éloignement de l'habitation de son client;

Attendu qu'à titre d'élément d'évaluation, il convient de relever également le succès du traitement employé, la malade ayant elle-même exprimé sa particulière satisfaction des soins reçus. »

En définitive, les tribunaux se réservent le droit de déterminer, dans chaque cas qui leur est soumis, les émoluments des médecins, en examinant les trois éléments d'appréciation qui viennent d'être indiqués. L'élément concernant le malade et sa situation pécuniaire est intéressant, parce que souvent la variation du montant des honoraires demandés par le médecin provient précisément de ce fait, — et c'est à son honneur — qu'il fait payer un prix moins élevé à celui qui est dans une situation pécuniaire inférieure que celui qu'il fait payer à celui qui est dans une situation brillante. C'est une des marques du dévouement du médecin que de s'attacher avant tout aux soins qui sont de nature à guérir le malade qui lui a confié sa santé.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES (22-31 juillet 1931). — La Commission des Congrès de l'Exposition coloniale a décidé de réunir dans des Journées médicales coloniales, les médecins et hygiénistes qui portent un intérêt tout particulier aux problèmes d'hygiène sociale et à la prophylaxie des maladies spéciales aux pays chauds.

Ces Journées coloniales se tiendront à Paris du 22 au 31 juillet 1931.

En accord avec le commissariat général de l'Exposition et avec les autorités sanitaires coloniales civiles et militaires, un comité d'organisation s'est constitué, sous la présidence du professeur Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, et comprenant nombre de personnalités spécialement qualifiées par leurs fonctions ou leurs travaux pour mener à bien l'œuvre qui leur a été confiée.

Les services du ministère des Colonies y sont représentés par M. le médecin inspecteur général Lasnet, inspecteur général du Service de santé des Colonies, qui a bien voulu accorder son patronage.

Le programme de cette manifestation scientifique comprend entre autres : la journée de l'enfance indigène, la journée du stegomya et des anophèles, celle des trypanosomiases, celle de la syphilis et des maladies cutanées, de la lutte antivénérienne aux pays chauds, celle de l'hygiène sociale et de l'assistance médicale indigène, celle des eaux potables, celle des maladies transmises à l'homme par les animaux, celle de la pharmacologie coloniale pour se terminer par les deux journées de l'aviation sanitaire présidées par Charles Richet, avec présentation d'appareils.

Chaque question à l'ordre du jour sera exposée par un conférencier et suivie d'une discussion à laquelle pourront prendre part les congressistes français ou étrangers.

Le compte rendu des Journées coloniales sera assuré par les soins de l'*Hygiène sociale* qui est le journal organisateur de ce Congrès.

Prix de la cotisation : 100 fr. pour les congressistes; 50 fr. pour les adhérents (familles des congressistes, étudiants).

Des réductions importantes seront accordées aux congressistes par les compagnies de transport, les compagnies de navigation, les sociétés d'aéronautique, etc.

Des réductions dans les restaurants de l'Exposition permettront aux congressistes d'y prendre leurs repas dans des conditions avantageuses.

Pendant toute la durée des Journées coloniales médicales les congressistes auront l'entrée gratuite à l'Exposition et aux diverses attractions.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général à l'*Hygiène sociale*, 112, boulevard Haussmann, Paris.

Des réceptions officielles seront organisées pour les congressistes au commissariat général, à l'Hôtel de Ville de Paris et dans différents palais nationaux.

Des fêtes, des excursions sont prévues. Le programme en sera publié ultérieurement.

PROGRAMME. — *Mercredi 22 juillet.* — Matin : Séance d'ouverture présidée par M. le ministre des Colonies, assisté de M. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine; de M. le professeur Teissier, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et de M. le médecin général inspecteur Lasnet, inspecteur général du Service de santé des colonies. — Après-midi : Enfance indigène (protection, hygiène, puériculture).

Jeudi 23 juillet. — Matin : Anophèle et stegomya; — Après-midi : Alimentation. Eaux potables. Parasitisme intestinal dans les pays chauds.

Vendredi 24 juillet. — Matin : Immigration dans les pays chauds; — Police sanitaire maritime. — Après-midi : Maladies cutanées et vénériennes (spécialement lèpre et syphilis); — Formes cliniques de la syphilis dans les pays chauds.

Samedi 25 juillet. — Matin : Transmission des maladies communes aux hommes et aux animaux; — Thérapeutique des trypanosomiases; — Après-midi : Historique de l'aviation sanitaire, son utilisation aux colonies; — Rôle des avions sanitaires dans le fonctionnement de l'assistance médicale aux colonies.

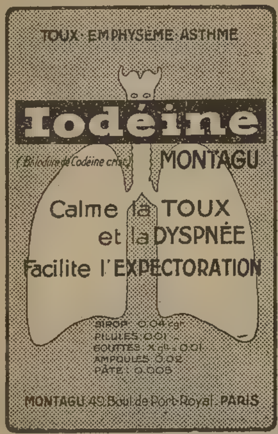
Dimanche 26 juillet. — Démonstrations pratiques d'aviation sanitaire par « Les amis de l'aviation sanitaire ».

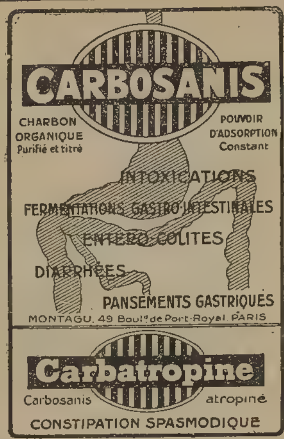
Lundi 27 juillet. — Matin : L'aviation sanitaire en A. O. F. et en Indochine; — Projet de liaison entre l'aviation sanitaire et les lignes de transport aérien coloniales. — Après-midi : Pharmacologie coloniale.

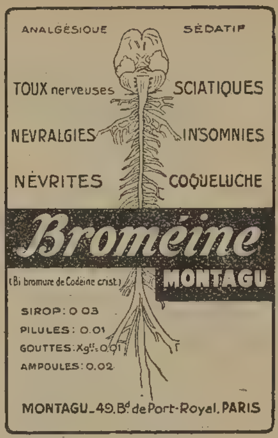
Mardi 28 et mercredi 29 juillet. — Protection sanitaire et démographique des populations autochtones dans les possessions d'outre-mer; — Historique; — Assistance médicale (organisation, personnel, méthodes, résultats obtenus et restant à obtenir).

Jeudi 30 juillet. — Matin : Stations thermales et climatiques dans les colonies françaises; — Stations thermales et climatiques françaises utilisées par les coloniaux; — Chirurgie et spécialités; — Le cancer dans les colonies françaises. — Après-midi : Vœux; — Questions diverses.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
Produits: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cᵉ
21 Place des Vosges . PARIS
CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL


TOUX EMPHYSÈME ASTHME
Iodéine
(Bi-iodure de Codéine crist.)
MONTAGU
Calme la TOUX
et la DYSPNÉE
Facilite l'EXPECTORATION
SIROP: 0.04 cgr
PILULES 0.01
GOUTTES X gttes 0.01
AMPOULES 0.02
PÂTE: 0.003
MONTAGU 49 Boul. de Port-Royal PARIS


CARBOSANIS
CHARBON ORGANIQUE Purifié et titré
POUVOIR D'ADSORPTION Constant
INTOXICATIONS
FERMENTATIONS GASTRO-INTESTINALES
ENTÉRO-COLITES
DIARRHÉES
PANSEMENTS GASTRIQUES
MONTAGU, 49 Boulᵈ de Port-Royal PARIS
Carbatropine
Carbosanis atropine
CONSTIPATION SPASMODIQUE


ANALGÉSIQUE
SÉDATIF
TOUX nerveuses
SCIATIQUES
NÉVRALGIES
INSOMNIES
NÉVRITES
COQUELUCHE
Bromeine
(Bi bromure de Codéine crist.)
MONTAGU
SIROP: 0.03
PILULES: 0.01
GOUTTES: Xgtt. 0.01
AMPOULES: 0.02
MONTAGU 49 Bd de Port-Royal PARIS


ANÉMIE
CHLOROSE
DRAGÉES HECQUET
au Sesqui-Bromure de Fer
Calment les NERFS
Sans fatiguer l'ESTOMAC
Sans produire de CONSTIPATION
MONTAGU, 49, Boulevard de Port-Royal PARIS

CONSEILS AUX JEUNES STAGIAIRES

Par le Professeur Henri HARTMANN.

Dès le début de vos études médicales il faut vous pénétrer de cette idée que vous n'êtes plus des collégiens apprenant par cœur leurs leçons; vous devez travailler d'une manière un peu personnelle. Beaucoup d'entre vous se mettent immédiatement à suivre des conférences d'externat. Ces conférences ont leur utilité; elles obligent à étudier chaque semaine un certain nombre de questions. Malheureusement quelques chefs de conférence, au lieu de vous indiquer les articles qu'il y a lieu de lire sur chaque question, de vous obliger à en tracer vous-mêmes le plan, et de se contenter d'un travail de correction des sujets qu'ils vous font traiter, vous vendent des questions dactylographiées qu'un certain nombre d'entre vous apprennent par cœur, comme de simples perroquets, souvent sans savoir ce qui est important, ce qui est détail secondaire. Seule la mémoire travaille, l'intelligence ne se développe pas. Apprenant ainsi des séries de questions, sans voir les liens qui les unissent, vous vous donnez un mal considérable pour arriver à un résultat médiocre.

J'ai vu des candidats ignorer le mécanisme des luxations. Ils se rappelaient vaguement que telle luxation se produisait dans telle position, telle autre dans telle autre position et ne s'étaient pas pénétrés de cette notion fondamentale que la luxation, quel que soit son siège, est toujours le résultat d'un mouvement forcé.

J'ai vu de même des candidats qui avaient appris successivement par cœur une question sur la lymphangite, une sur les abcès chauds, une sur l'érysipèle, une sur les adéno-phlegmons et qui n'avaient pas vu le lien unissant toutes ces maladies, la pénétration d'un agent infectieux, le streptocoque le plus souvent, dans le système lymphatique.

Il est nécessaire qu'au début de vos études vous lisiez dans des traités généraux, les grandes questions de pathologie générale, et que vous fassiez ces lectures la plume à la main, en prenant des notes. Vous acquerrez ainsi des connaissances fondamentales, qui trouveront leur place dans bien des questions et vous éviteront d'oublier quelquefois ce qui est important, alors que si vous vous êtes bornés à apprendre par cœur des résumés dactylographiés de questions faites par un autre, vous ne retenez souvent que des détails sans grand intérêt.

J'arrive maintenant à l'objet même de cette première leçon, votre rôle de stagiaire.

L'assiduité à l'hôpital est d'une grande importance pour votre avenir, à une condition cependant, c'est que là encore vous cherchiez à travailler par vous-mêmes.

Il faut que vous profitiez de votre présence à l'hôpital pour examiner des malades. Vous devez le faire avec toute la douceur nécessaire; les malades de nos hôpitaux nous donnent leur confiance, ils ont foi en nous; nous devons être bons pour eux, ne jamais les brusquer, ne jamais les faire souffrir inutilement.

Le soir, rentrés chez vous, lisez l'histoire de la maladie que vous avez vue le matin; ce que vous avez vu vous permet de retenir beaucoup mieux les points principaux des questions que si vous vous étiez bornés à faire des lectures purement théoriques.

Je vous engage même à ne pas vous borner à un simple interrogatoire des malades, comptant sur votre mémoire pour en conserver plus ou moins le souvenir. Prenez leurs observations écrites; vous serez ainsi obligés de préciser ce que vous constaterez; vous apprendrez à travailler par vous-mêmes, point capital et sur lequel vous me voyez toujours revenir; vous vous préparerez ainsi au rôle que vous aurez à remplir plus tard comme médecin, prenant l'habitude de faire des examens méthodiques, ce qui dans votre pratique vous rendra les plus grands services, *une bonne méthode d'examen étant plus importante que des connaissances théoriques étendues.*

Pour bien examiner les malades, pour prendre une bonne observation, il faut que vos interrogatoires et vos examens soient faits suivant un ordre déterminé; c'est le seul moyen que vous ayez de ne jamais laisser échapper un symptôme dont l'importance peut être capitale.

Vous êtes en chirurgie, votre observation ne doit pas être prise dans le même ordre que dans un service de médecine. Certes la séparation entre médecine et chirurgie n'est plus ce qu'elle était autrefois. Notre domaine s'est étendu, tous les jours nous intervenons sur le foie, l'estomac, les intestins, les poumons, l'encéphale. Ce n'est plus le siège interne ou externe des lésions qui caractérise le malade de médecine et celui de chirurgie. Il n'y a plus la distinction absolue qui existait autrefois entre la pathologie interne et la pathologie externe. Et cependant le malade chirurgical n'est pas le malade médical. *Ce qui le caractérise, c'est la présence d'une lésion locale, justiciable d'un traitement local, quel que soit le siège de cette lésion.*

Ordre à suivre dans l'examen d'un malade en chirurgie. — L'importance de la lésion locale chez le malade de chirurgie vous oblige à commencer votre interrogatoire par l'histoire de la maladie qui l'amène à l'hôpital. Il faut donc que vous commenciez par bien préciser son début. A-t-il été brusque, en pleine santé, comme c'est le cas dans les lésions traumatiques; il n'y a lieu qu'à préciser les conditions dans lesquelles a eu lieu ce début. Y a-t-il eu des symptômes prémonitoires, par exemple dans un cas de perforation de l'estomac, des symptômes antérieurs d'ulcus, il faut mentionner ces symptômes. Le début ayant été bien précisé, vous notez ce qui s'est passé jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, faisant l'historique de la maladie.

Ceci fait, vous décrivez la lésion, les troubles qu'elle entraîne, énumérant les symptômes en rapport direct avec elle, puis les manifestations à distance, passant enfin en revue les divers appareils, examinant le malade des pieds à la tête, ne faisant le diagnostic et surtout ne prenant de décision opéra-

toire qu'après avoir noté l'état des principaux organes, cœur, poumons, foie, etc., n'oubliant pas, en particulier, l'examen des urines. Enfin, pour être complète, une observation doit se terminer par le rappel des antécédents personnels, puis héréditaires.

Quelques-uns d'entre vous se disent peut-être : Qu'importe l'ordre dans lequel j'expose l'histoire de mon malade du moment que tout se trouve dans l'observation. C'est une erreur. Si vous ne suivez pas un *ordre méthodique*, toujours le même, si vous n'arrivez pas à faire un interrogatoire et un examen en quelque sorte automatiques, vous êtes exposés à des oublis.

J'admets cependant qu'avec une attention soutenue vous arriviez à tout noter. Votre observation n'en sera pas moins une observation imparfaite pour celui qui en écoute la lecture. Maints détails, mentionnés au début d'une observation, n'attirent pas l'attention alors qu'ils auraient frappé l'auditeur s'il avait eu, dès le début, une idée de l'affection en présence de laquelle il se trouve.

Un exemple : vous avez commencé par le rappel des antécédents, vous avez relaté entre autres choses que le malade a présenté, à un moment, des manifestations tuberculeuses. Ce fait ne semble pas présenter plus d'intérêt que le rappel des autres antécédents pathologiques. Qu'au contraire votre observation ait commencé par l'histoire de l'affection qui amène le malade à l'hôpital, que vous sachiez qu'il est porteur d'une lésion testiculaire susceptible d'être de nature tuberculeuse, et voilà l'antécédent qui prend immédiatement un grand intérêt.

Autre exemple : une femme se présente à vous; elle est syphilitique, vous ne savez pas pourquoi elle vient consulter. La notion de manifestations syphilitiques antérieures n'a pas plus d'intérêt que n'en présentait, dans le cas précédent, celle de manifestations tuberculeuses plus ou moins anciennes. Au contraire, si vous savez que cette femme vient pour un avortement, qu'elle a déjà fait une série de fausses couches, l'antécédent vient vous éclairer, il a pour vous un intérêt capital car il vous fait penser que les avortements successifs sont la conséquence de cette syphilis.

De même la constatation de lésions portant sur les grands appareils ne prend de l'importance qu'après l'étude de la lésion locale; elle permet alors non seulement de fixer, dans certains cas, la nature jusqu'alors indécise de la lésion locale, mais encore de modifier quelquefois les indications thérapeutiques. C'est ainsi qu'en présence d'une ostéo-arthrite tuberculeuse grave, alors que l'état local permet d'hésiter entre une résection et une amputation, la constatation de lésions pulmonaires avancées fera immédiatement pencher vers l'amputation qui n'oblige pas à un long séjour à l'hôpital et qui permet au malade de se remonter rapidement.

Nécessité de faire un examen exact et impersonnel. — Le deuxième point, sur lequel je désire attirer votre attention, c'est la nécessité de prendre des observations très exactes et, si je puis ainsi dire, impersonnelles. Il est inutile que j'insiste sur la nécessité de prendre une observation exacte; vous en comprenez tous la nécessité. Par impersonnelle, je veux dire *sans interprétation.* Il faut que vos observations soient une relation complète et précise des symptômes, qu'elles ne contiennent que des faits, rien que des faits, enregistrés tels qu'ils se présentent, sans qu'à aucun moment vous ayez substitué vos idées au simple exposé de ces faits. « Recueillir les faits et ne s'astreindre à les interpréter qu'ensuite, est, comme l'a écrit Claude Bernard, la condition indispensable pour arriver à la vérité; si l'on se laisse aller à interpréter les faits au fur et à mesure qu'on les observe, on s'expose trop souvent à mal observer, à forcer la nature, à prendre pour un fait ce qui n'est qu'une élaboration de notre esprit. »

Ce que disait Claude Bernard au début d'un cours de physiologie, nous pouvons le répéter, au début d'un cours de clinique. Une interprétation est sujette à erreur, un fait bien observé reste toujours vrai, alors même que sur le moment vous en aurez tiré des conclusions erronées. Il restera toujours vrai et, ultérieurement mieux instruits, vous-mêmes ou d'autres pourrez en tirer des conclusions exactes.

Attachez-vous donc à noter les faits avec précision. Défiez-vous de vous-mêmes, j'ajouterai et même des malades. Ayez soin, lorsque vous les interrogez, de leur poser des questions les obligeant à réfléchir. Ne leur dites pas : Avez-vous éprouvé telle chose? Souvent, par paresse d'esprit, ou parce qu'ils pensent vous être agréables en ne vous infligeant pas un démenti, ils vous répondront par l'affirmative. Demandez-leur : Qu'avez-vous éprouvé? ou bien avez-vous éprouvé telle ou telle chose? Vous aurez alors des réponses exactes.

Une fois l'histoire de la maladie recueillie, vous passez à l'examen local, qui a une importance fondamentale pour le chirurgien.

Exploration de la région malade. — La vue et le toucher sont pour nous, chirurgiens, les deux modes d'exploration les plus importants.

La simple *inspection* fournit immédiatement une série de notions intéressantes sur l'attitude, les modifications de volume, de forme, de coloration, sur l'existence de plaies ou d'ulcérations, etc. Lorsque vous vous trouverez en présence d'une lésion latérale, ne manquez jamais de *comparer le côté malade au côté sain*; vous ferez ainsi, dans bien des cas, des constatations qui, sans cette précaution, vous auraient échappé.

Après l'inspection vient le *palper* qui est le mode d'exploration chirurgicale par excellence. Il vous permet d'explorer la sensibilité, en particulier de rechercher s'il existe des points douloureux localisés. Une douleur exquise à la pression sur un point ou une ligne bien limitée d'un os, qui vient d'être le siège d'un traumatisme, permet d'affirmer l'existence d'une fracture. Ce n'est pas seulement dans les lésions osseuses que la constatation d'une douleur à la pression bien localisée a de l'intérêt. Tous, vous savez l'importance qu'a, dans l'appendicite, la constatation d'un point douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite, vers le milieu de la ligne ilio-ombilicale. Ce que vous savez peut-être moins,

ce que vous apprendrez, c'est que les inflammations de la vésicule biliaire se caractérisent de même par la constatation d'une douleur localisée à la pression.

Pour la provoquer, il suffit d'enfoncer les doigts au-dessous du rebord costal, au niveau de la partie externe du grand droit et de faire faire une grande inspiration. Le foie, en s'abaissant, amène la vésicule contre l'extrémité des doigts et le malade accuse de la douleur, douleur quelquefois telle qu'il s'arrête brusquement dans son mouvement d'inspiration.

Il me serait facile de multiplier les exemples et de vous montrer, pour toute une série de maladies, l'intérêt que présente la recherche des points douloureux.

C'est le palper aussi qui nous éclaire sur les modifications de température, de forme, de volume, de consistance, sur la présence ou l'absence de battements. C'est lui qui nous permet de rechercher la fluctuation, la réductibilité de certaines saillies, (hernies, abcès en bouton de chemise dont une des poches est sous-cutanée, l'autre à l'intérieur d'une des grandes cavités viscérales), etc.

Le palper doit, et j'y insiste, être toujours fait avec douceur pour ne pas déterminer de douleurs inutiles et aussi ponr ne pas aggraver, dans certains cas, des lésions existantes. Il faut, de plus, avoir soin de fixer les parties mobiles et de les palper sur un plan résistant, de manière que la partie que vous palpez ne puisse fuir ni latéralement, ni dans la profondeur. Aussi dans nombre de cas, est-il nécessaire de recourir au *palper bimanuel* soutenant avec une main la partie que palpe la deuxième.

Dans les examens gynécologiques, le palper bimanuel a pris la place du simple toucher vaginal qu'on pratiquait autrefois et qui ne donne que des renseignements incomplets. On le pratique avec un doigt dans le vagin, une main sur la paroi abdominale. Ce palper bimanuel, que tous les médecins utilisent dans l'examen des tumeurs abdominales, doit être utilisé dans d'autres cas, où il est souvent négligé.

Faute de le pratiquer, des médecins méconnaissent quelquefois des engorgements ganglionnaires sous-maxillaires, de petits ganglions fuyant vers le plancher buccal sous la main, lorsque l'on fait un simple palper extérieur du cou. Il faut, lorsqu'on palpe la région sous-maxillaire, placer un doigt dans la bouche en arrière de l'arc maxillaire de manière à fournir un plan résistant au point que l'on examine.

Dans certains cas, le doigt ne peut arriver au contact de la lésion, il est alors indiqué de faire ce qu'on pourrait, en quelque sorte, appeler un *toucher prolongé*. C'est ainsi que prolongeant votre doigt avec un stylet, vous explorez un trajet fistuleux et arrivez quelquefois à avoir un contact osseux, qu'avec un explorateur en gomme, pourvu d'une boule à son extrémité, vous constatez l'existence de rétrécissements, d'indurations du canal urétral, qu'avec un explorateur métallique, vous reconnaissez des calculs intravésicaux, etc.

Ici plus peut-être encore que pour le simple palper, il est nécessaire d'agir avec une grande légèreté de main. Outre que c'est le seul moyen d'éviter la production de lésions accidentelles, c'est encore le meilleur pour recueillir au passage une série de sensations qu'une manœuvre trop rapide ou brutale laisserait échapper.

La *percussion* rend aussi des services. Elle peut être immédiate ou médiate. La percussion *immédiate* n'est utilisée que pour déplacer des parties sous-jacentes à la paroi abdominale, permettant dans le cas d'ascite de recueillir avec une main placée du côté opposé une sensation de flot, d'avoir, dans certains cas de tumeur avec ascite, une sensation de choc en retour, correspondant à ce qu'on appelle le ballottement.

Le plus souvent, c'est à la percussion *médiate* qu'on a recours, interposant entre les doigts qui percutent et la partie percutée un corps qui diminue la douleur et augmente la sonorité.

Au début, on s'est servi d'appareils spéciaux, dits plessimètres. Aujourd'hui, tout le monde se contente de percuter avec le doigt d'une main la face dorsale d'un doigt de la main opposée, appliqué par sa face palmaire sur la région à examiner. Recouvert de parties molles et souples, assez étroit, le doigt n'occupe qu'une région limitée; il se modèle sur les parties; sensible, il permet d'apprécier les variations de résistance des parties percutées.

Que vous palpiez ou que vous percutiez, il est souvent intéressant de marquer sur la peau, avec un crayon d'aniline, par exemple, ce que vous sentez. Vous aurez ainsi sur le tégument, l'image de lésions plus profondes. C'est ce qu'on peut appeler la *méthode dermographique*. Le simple dessin, que vous faites ainsi sur la peau, permet quelquefois le diagnostic.

Sur l'abdomen, une zone de matité se terminant par un contour régulièrement concave en haut fait immédiatement songer à un épanchement liquide libre dans la cavité péritonéale, s'accumulant dans les parties déclives, à un épanchement ascitique.

Au contraire, chez une femme, une matité, se terminant en haut par un contour convexe ou polycyclique, évoque l'idée d'une tumeur développée aux dépens des organes pelviens et remontant dans l'abdomen.

Un développement inégal du foie, limité à un lobe permet d'éliminer immédiatement toutes les lésions correspondant à une hypertrophie générale de l'organe et fait faire le diagnostic de tumeur, exceptionnellement un cancer primitif, le plus souvent un kyste hydatique.

Quelquefois, il y a lieu de combiner à la percussion et à la palpation des *manœuvres accessoires* qui peuvent permettre de fixer un diagnostic jusqu'alors hésitant.

En présence d'une tumeur épigastrique de siège mal déterminé, dessinez les contours de la partie indurée sur la paroi; insufflez ensuite l'estomac, puis palpez et percutez de nouveau, si vous constatez alors que la tumeur s'est déplacée en haut et à droite, qu'elle se trouve à la jonction des lignes qui limitent à droite, en haut et en bas la zone de sonorité gastrique, il n'y a pas de doute possible, on peut affirmer l'existence d'une tumeur pylorique.

En présence, chez une femme, d'une tumeur pelvienne dont les caractères ne sont pas ceux que l'on

rencontre habituellement dans les néoplasies de l'appareil génital, j'ai l'habitude de placer la malade sur une table à bascule et d'élever le bassin, la mettant dans la position dite de Trendelenburg. Il m'est arrivé, en procédant ainsi, de voir la tumeur émerger du pelvis et se porter soit dans une fosse lombaire, soit dans l'hypochondre gauche, se présentant alors avec les caractères typiques d'une tumeur du rein ou de la rate.

Par cette manœuvre des plus simples, on fait facilement le diagnostic de néphroptose, de rate mobile tombée dans la partie inférieure de l'abdomen. Par le simple effet de la pesanteur, l'organe primitivement déplacé a repris sa place normale. L'élévation du bassin rend même des services dans bien des examens de tumeurs pelviennes, en vidant le bas-ventre des anses intestinales qui s'y trouvent et en ne laissant dans l'excavation que les organes qui y sont fixés.

Je n'insisterai pas, dans cette leçon, sur toutes les manœuvres accessoires auxquelles on peut recourir suivant les cas, cela nous entraînerait trop loin, nous vous les indiquerons à propos des cas particuliers qui se présenteront dans la clinique. Je tiens cependant à ajouter quelques mots à ce que je vous ai dit aujourd'hui sur l'exploration de la région malade.

Pour faire un examen précis, il faut toujours prendre l'*anatomie* comme *base de cet examen.*

En présence d'une lésion articulaire, vous aurez soin d'étudier successivement l'état des os, de la synoviale, des ligaments, terminant par la recherche du retentissement à distance de la lésion articulaire sur les muscles et sur les ganglions.

En présence d'une tumeur du cou, voyez si elle est au-dessus ou au-dessous du sterno-mastoïdien ou si elle fait corps avec lui; pour cela faites contracter le muscle en résistant au mouvement, ce qui le met en tension; recherchez aussi si elle a des connexions avec l'appareil laryngo-trachéal en provoquant un mouvement de déglutition et en notant si alors la tumeur suit le mouvement d'ascension du larynx.

Dans bien des cas vous commencerez ainsi à localiser les lésions et à faire un diagnostic anatomique.

Enfin vous aurez quelquefois à recourir à des modes spéciaux d'examens à la *cystoscopie*, à l'*endoscopie rectale*, enfin et surtout à l'*examen radiologique*.

Nécessité d'une analyse complète des symptômes. — A propos des symptômes déterminés par la lésion que vous venez d'étudier, je tiens à vous dire qu'il ne suffit pas de noter leur existence, mais qu'il faut *préciser les conditions de leur production.* Ne vous contentez pas de dire « Ce malade a rendu du sang par la verge ou par l'anus », cela ne vous permet pas de faire un diagnostic, l'écoulement sanguin pouvant dépendre de causes très diverses. Fixez les conditions de la production de cet écoulement sanguin et souvent, par la simple analyse de ces conditions, vous acquerrez des notions importantes sur le siège et même sur la nature de la lésion causale.

Un écoulement sanguin par l'anus peut précéder la garde-robe, lui être mélangé ou la suivre. Précisez ce rapport; il permet d'indiquer le siège du point qui saigne. Il vous suffit, pour le comprendre, de vous rappeler que les matières fécales, liquides dans l'intestin grêle et dans la première moitié du gros intestin, se solidifient ensuite à mesure qu'elles progressent. Si le sang est mélangé aux matières, si le boudin fécal est noirâtre jusqu'à son centre, c'est que le sang vient d'un point au niveau duquel ces matières sont encore liquides et qu'il s'est trouvé englobé avec elles dans la masse solide qu'elles finissent par constituer. S'il est un peu altéré, brunâtre et précède les matières, c'est qu'il vient d'un point où les matières sont déjà solidifiées et que ce point est situé au-dessus de la région sphinctérienne, puisque le sang a pu s'accumuler dans le rectum et n'être expulsé que sous la pression du bol fécal qui le pousse devant lui. S'il est rouge et suit la garde-robe, c'est qu'il vient de l'anus même, qu'il résulte de l'expression de la muqueuse, excoriée par le passage des matières, sous l'influence des contractions sphinctériennes qui terminent l'acte de la défécation.

De même, en présence d'une hématurie, l'analyse du symptôme vous donnera d'utiles renseignements. Si le sang ne vient qu'à la fin de la miction, l'urine étant claire pendant tout le début de celle-ci, vous pouvez éliminer une cause rénale, si le rein saignait toute l'urine serait mélangée de sang; vous êtes ainsi dans certains cas immédiatement fixés sur le siège du point qui saigne. En étudiant les conditions de sa production vous serez quelquefois fixés sur la nature de la maladie. Une hématurie abondante se produisant sans cause, sans douleur, vous fera penser à un néoplasme, une sans cause mais avec douleurs vésicales, évoquera l'idée d'une tuberculose, la tuberculose rénale se compliquant souvent d'inflammation vésicale. Au contraire, une hématurie, qui ne se produit qu'à l'occasion de mouvements est presque toujours la conséquence de la présence d'un calcul.

Je pourrais continuer et vous donner des exemples analogues à propos des maladies de l'estomac, etc., ce que je vous ai dit suffit pour vous montrer qu'il y a lieu de ne pas se contenter de noter l'existence d'un symptôme mais de toujours en faire l'analyse.

Souvent enfin il y aura lieu de compléter votre examen par des recherches de laboratoire tant au point de vue chimique (analyse des urines, du suc gastrique, des fèces, dosage de l'urée sanguine), qu'au point de vue microscopique (examen des exsudats, du sang, etc.). Parfois même il y a lieu de recourir à des examens plus spéciaux (réaction de Bordet-Wassermann, réaction de fixation du complément, etc.). En général vous ne ferez pas vous-mêmes ces recherches, vous les confierez à des spécialistes; vous devrez les connaître cependant et savoir ce que vous pouvez en tirer. Ce que je vous ai dit suffira cependant, je pense, pour vous montrer que, même sans recourir à ces examens de laboratoire, vous pouvez avec un simple examen clinique bien fait, arriver à formuler des diagnostics précis dans le plus grand nombre des cas.

SCHÉMA D'EXAMEN D'UN MALADE ATTEINT D'UNE AFFECTION GASTRIQUE[1]

Par Georges BAUDET,
Chirurgien des hôpitaux militaires.

*
* *

IV. **Les épreuves de laboratoires.** — Avant de demander au laboratoire l'analyse du suc gastrique retiré d'un estomac malade, avant de procéder à des réactions chimiques variées, le clinicien peut et doit se rendre compte par lui-même — au lit du malade pourrait-on presque ajouter — du fonctionnement normal ou pathologique de l'organe. C'est là un examen essentiellement pratique et à la portée de tout médecin. Tout médecin doit, en effet, savoir cathétériser l'estomac avec le tube de Faucher, cathétérisme facile et sans aucun accident possible.

Pour recueillir du tubage gastrique les précieux renseignements que le clinicien est en droit d'en attendre, quelques précautions doivent être assurées. Le tubage se pratiquera tout d'abord à jeun et bien entendu le malade n'aura absorbé depuis la veille au soir ni aliments, ni boisson. Le repas de la veille pourra même se composer d'aliments difficiles à digérer tels que, par exemple, des grains de raisins secs, certains fruits, pruneaux cuits ou crus, etc.

Le tube de Faucher ramènera souvent une certaine quantité de liquide. Si elle ne dépasse pas 40 ou 50 centimètres cubes, on peut admettre que l'estomac est normal. Dans 50 p. 100 d'estomacs cathétérisés, en effet, on trouve presque toujours même chez des sujets absolument normaux un peu de suc gastrique actif le matin à jeun. Au reste, le signe du clapotage dont nous avons parlé plus haut n'est dans ce cas jamais positif. Pour le devenir, une quantité supérieure est nécessaire; au delà de 100 centimètres cubes par exemple. Aux environs de 100 centimètres cubes et au delà, le liquide recueilli doit être considéré comme provenant d'une sécrétion pathologique. Il sera presque toujours d'une coloration plus ou moins louche, légèrement jaune verdâtre, avec quelques parcelles de mucus se présentant sous l'aspect de masses gélatineuses. C'est là le fait d'une sécrétion troublée par une évacuation retardée due à un obstacle siégeant sur le pylore. Mais on ne constate pas encore de débris alimentaires.

Lorsque la sonde ramène une grande quantité de liquide gastrique, celui-ci contient toujours des débris alimentaires visibles à l'œil nu. Ces débris proviennent du repas de la veille au soir. Ce sont des pépins de raisins, des peaux de pruneaux, des fragments de fruits, etc. Il s'agit déjà d'une évacuation gastrique retardée.

Un degré de plus et le liquide ramené par la sonde, au lieu d'être clair et assez mobile, sera épais à odeur acide, rance et souvent même putride. Il se divisera en deux couches, l'une, la supérieure fluide, trouble, l'autre, la couche profonde solide et comprenant de nombreux débris alimentaires. Il ne s'agit plus alors de retard dans l'évacuation, mais d'un obstacle à celle-ci, d'une sténose du pylore.

Mais cet examen rapide, extemporané en quelque sorte du suc gastrique, ne peut donner des précisions suffisantes. Il faut connaître d'une manière exacte et l'acidité totale d'acide chlorhydrique libre, et les divers acides de fermentation que peut renfermer le contenu gastrique. Il faut savoir déceler la présence du sang dans l'estomac et faire un examen cytologique des matières retirées. Ces divers dosages ne peuvent être effectués qu'après avoir fait ingérer au malade des aliments déterminés en quantités et en qualités, autrement dit un repas d'épreuve. Celui-ci sera composé de la façon suivante : pain blanc rassis 60 grammes, thé léger non sucré 300 grammes; il sera extrait par le moyen d'un tube de Faucher auquel on aura adapté un dispositif d'aspiration. L'opération sera pratiquée une heure après l'ingestion du repas.

Voici les chiffres normaux auxquels le médecin pourra se reporter pour « échantillonner » le suc gastrique dont il aura reçu l'analyse chimique :

Acidité totale...........	= 1.80 p. 100
Acide chlorhydrique libre....	= 0.40 à 0.50 p. 100
Acide chlorhydrique combiné organique................	= 1.10 p. 100
Acides de fermentation.. ...	= 0.20 p. 100

Il va sans dire que la notion de la présence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique est la plus importante. Elle viendra étayer notre diagnostic de processus ulcéreux de la muqueuse gastrique par exemple. Il faudra donc faire au moins cette recherche de l'H. C. L. libre; elle est très facile à exécuter soi-même. Il suffit en effet de se munir d'un papier imprégné de rouge congo (papier analogue au papier de Tournesol) qui en présence de l'acide chlorhydrique — ainsi du reste que de tous les acides minéraux — virera instantanément au bleu. Comme d'autre part l'acide chlorhydrique se trouve être le seul acide minéral pouvant être en liberté dans le suc gastrique, l'identification de ce dernier par le virage du papier rouge congo sera chose aisée. Enfin plus la quantité d'acide libéré dans le suc gastrique sera grande, plus la coloration bleue du virage sera foncée; cette quantité pourra être évaluée grâce à une échelle colorimétrique dressée à cet effet.

L'acide lactique sera aussi recherché, recherche facile par la méthode d'Uffelmamm, que nous ne voulons pas décrire ici. Le sang, soit par la réaction de Meyer, soit par celle de Weber, sera aussi recherché. De même qu'il est recherché dans le suc gastrique, le sang le sera également dans les selles; mais il faudra auparavant s'entourer de toutes les garanties. Il faudra en effet éviter d'avoir des résultats faussés par des réactions positives dues à toutes autres choses qu'à une hémorragie gastrique. En effet toute introduction de viande, d'œuf, de légumes verts, de fruits crus (c'est-à-dire tout aliment pouvant apporter de l'hémoglobine ou des oxydases) peut amener un résultat positif de la réaction de Weber. Il faudra donc soumettre le malade à un

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, no 12, p. 205.

régime lacto-farineux sévère et cela pendant quarante-huit heures ou trois jours.

Ainsi analysé le suc gastrique du malade soumis à notre observation va nous fournir de précieuses indications qui presque toujours viennent corroborer les données recueillies lors de l'examen clinique. Le résultat de l'analyse chimique témoignera d'une hypersécrétion gastrique si l'acide chlorhydrique est trouvé en grande quantité. Accompagné d'acides acétique et butyrique, l'acide chlorhydrique signera un processus ulcératif. Sans acide chlorhydrique en liberté, mais avec les acides de fermentation tels que l'acide acétique et l'acide butyrique aisément reconnaissables à leur odeur, on aura la formule du cancer. De plus, dans cette dernière affection la recherche du sang dans le suc gastrique et dans les selles sera presque toujours positive. Enfin, en dehors d'une abondance exagérée du mucus, l'examen histologique du suc gastrique d'un malade suspect de cancer de l'estomac, décèlera souvent des cellules cancéreuses.

***

V. **Les épreuves radiologiques**. — Un examen clinique approfondi, mené avec la plus rigoureuse des méthodes, accompagné même d'une analyse chimique de la sécrétion gastrique, ne suffit plus aujourd'hui pour établir sur des bases certaines un diagnostic de lésion de l'estomac. L'aide des clichés radiographiques devient d'une impérieuse nécessité. Avant de conclure à tel ou tel processus morbide, avant de penser à situer la lésion, le praticien devra donc demander aux rayons les renseignements qu'eux seuls peuvent fournir.

Mais devant développer par la suite la question des données radiographiques élémentaires dans les affections gastriques, nous passons ce chapitre radiologique laissant au lecteur le soin de s'y reporter en temps opportun.

***

VI. **Les syndromes gastriques d'emprunt**. — Un estomac peut souffrir ou bien parce qu'il est le siège d'une affection qui est « inscrite à son compte », ou bien parce que tout en étant sain, il subit les réactions d'organes voisins malades. Souvent même, l'estomac normal sera seul à traduire la souffrance d'un processus pathologique évoluant sur l'un quelconque des organes abdominaux.

Il faudra donc de toute nécessité savoir dépister sous ces fausses gastropathies l'affection causale, l'organe malade sans la découverte duquel l'orientation de notre diagnostic suivrait une mauvaise route. C'est ainsi qu'un fonctionnement défectueux de l'intestin, les antérocolites peuvent de par leur retentissement sur l'estomac en imposer pour une affection gastrique. Que d'entérocolitiques traités comme de vrais dyspeptiques! Le tractus gastro-intestinal sera donc à observer dans ces cas particuliers.

Les nausées, les vomissements, les douleurs à l'épigastre, les digestions troublées et bien d'autres symptômes que le malade attribue à une lésion gastrique sont très souvent dus à un état chronique infectieux de l'appendice. Si au point de vue anatomique la région du carrefour sous-hépatique est comme son nom l'indique une véritable confluence de canaux variés, elle n'en est pas moins complexe au point de vue clinique et c'est bien dans cette région que l'on peut assister à un chevauchement parfois assez obscur des symptômes morbides appartenant à chacun des organes voisins. Un calcul dans les voies biliaires extrahépatique peut engendrer une colique hépatique à forme gastralgique pure et donner le change pour une affection de l'estomac. Le malade n'accusera en effet qu'une douleur à l'épigastre, une brûlure intense à ce niveau sans irradiation vers l'épaule droite, comme il est habituel de la constater dans la lithiase biliaire. Ces douleurs pourront être tardives, n'apparaissant que deux ou trois heures après le repas et produites par un spasme du pylore. Enfin l'inflammation chronique du carrefour peut engendrer des brides cicatricielles qui par adhérences vont modifier profondément la physiologie de cette région. La périduodénite classique des cholécystites chroniques, pourra dans certains cas nous faire penser à un ulcère de l'estomac.

Dans quelques cirrhoses on peut aussi assister à des gastrorrhagies parfois aussi abondantes que les hématémèses de l'ulcère gastrique.

On peut observer chez des sujets âgés avec l'état général et le teint caractéristique tout le syndrome du cancer de l'estomac et pourtant la radiologie reste négative. Un examen humoral approfondi révèle bientôt une azotémie élevée signant ainsi une urémie digestive.

Dans certains cas — un peu spéciaux il est vrai — les vomissements pourront être dus à une grossesse au début. Toujours chez la femme, les affections aiguës ou chroniques du pelvis peuvent retentir sur l'estomac et il n'est pas rare d'observer nausées, vomissements, gastralgies au cours d'évolution des salpingites.

De même certains organes de la cavité thoracique peuvent provoquer des dyspepsies réflexes. Le cœur par exemple pourra à l'occasion d'une lésion organique avoir sur l'estomac un retentissement tel que le malade consultera son médecin pour une affection gastrique.

Un syndrome dyspeptique pourra également se rencontrer chez un tuberculeux pulmonaire au début et être même la seule manifestation de ce stade initial au cours duquel le diagnostic sera évidemment des plus hésitants.

Il en est de même des relations entre les troubles gastriques et bien des affections nerveuses. Méfions-nous d'une crise gastrique suraiguë chez un homme dont l'état général n'est en rien altéré; il ne faudra jamais dans ce cas omettre d'examiner le système nerveux du malade. Nous nous souvenons encore d'un homme de quarante-cinq ans, hospitalisé d'urgence un soir avec le diagnostic d'ulcère perforé de l'estomac; il s'agissait d'une crise tabétique!

Les syndromes endocriniens peuvent aussi comporter des signes gastriques. On connaît maintenant les troubles gastro-intestinaux entraînés par un fonctionnement anormal des glandes à sécrétion

Parmi les conséquences de la constipation



Caecum dilaté et distendu empêchant par compression la circulation du sang dans l'appendice vermiculaire.

il faut enregistrer non seulement les graves toxémies, qui ont fait l'objet de nombreuses études ces dernières années, mais aussi des états relevant de facteurs purement mécaniques, tels que le déplacement de viscères, ou la pression exercée par l'intestin distendu.

Le LORAGA réunissant trois actions essentielles : lubrification de l'intestin, restauration du péristaltisme et ramollissement des fèces accumulées, contribue d'une façon générale à combattre les effets de la constipation. Grâce à son action douce mais puissante, le Loraga aide l'organisme à revenir à une évacuation normale et régulière en rétablissant la *fonction péristaltique.*

La sûreté d'action du Loraga lui à définitivement conquis la confiance du corps médical qui, dans la plupart des cas de constipation aiguë ou chronique, prescrit avec succès le Loraga — une cuillerée à soupe au coucher.

MM. les Médecins qui en feront la demande recevront gracieusement un échantillonnage suffisant de ce produit, pour leurs essais cliniques.



LE LORAGA est la première Emulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar employée ; elle possède les avantages suivants ; homogénéité et stabilité parfaites ; goût agréable malgré l'absence de tout arôme artificiel ; absence de sucre, d'alcalis et d'alcool ; pas de contre-indications ; pas de suintements ; pas de coliques ni de douleurs intestinales ; pas de nausées ni de troubles gastriques ; pas d'accoutumance.

LABORATOIRES SUBSTANTIA

SOCIÉTÉ ANONYME

13, RUE PAGÈS, SURESNES (Seine)

interne. Témoin, par exemple, la brûlure coexistant avec les troubles dyspeptiques que l'on rencontre assez souvent chez les basedowiens. La maladie bronzée d'Addison présente également des troubles gastro-intestinaux tels que vomissements, douleurs épigastriques, diarrhée, etc.

De même, à l'origine de certains troubles gastriques, on peut relever une insuffisance glandulaire. Il n'est pas rare, en effet, de retrouver dans cette affection parfois si décevante de la ptose gastrique une insuffisance du système sympathique et des glandes qui lui sont associées, thyroïde, surrénale, etc. Nous avons fréquemment vu des malades, des femmes en particulier, des ptosiques gastriques très soulagées sinon guéries par un traitement consistant uniquement en une série d'injections d'extraits d'hypophyse ou de thyroïde. Ces extraits glandulaires ont pour effet de redonner au système musculaire une énergie nouvelle et la tonicité des tuniques de la poche gastrique s'en trouve du même coup grandement accrue.

*
* *

VII. **L'orientation du diagnostic.** — Toutes ces données cliniques, radiologiques, chimiques, étant connues, peut-on orienter le diagnostic vers l'une quelconque des affections gastriques?

A. Ulcère de l'estomac. — Lorsqu'un malade se plaint de crises gastriques quotidiennes, que ces crises surviennent régulièrement de deux à cinq heures après les repas, que des poudres alcalines, telles que le bicarbonate de soude, par exemple, parviennent à calmer la douleur en neutralisant l'acide du suc gastrique, vous devez soupçonner immédiatement l'ulcère. Poussez l'interrogatoire plus avant : vous noterez les vomissements qui suppriment la douleur puisque avec eux l'estomac se débarrasse de l'acide chlorhydrique en liberté; vous apprendrez souvent que le malade a eu des vomissements de sang, que ses selles sont noirâtres et par conséquent, contiennent aussi du sang. Mais ces troubles — le malade vous le dira — ne datent pas de la veille de votre examen. Il y a souvent plusieurs mois, plusieurs années même que le patient souffre de l'estomac, qu'il vomit et que son état général, du fait d'une dénutrition tous les jours plus grande, s'altère de plus en plus.

En effet, si au début, pendant six mois, un an même, les malades gardent un aspect extérieur satisfaisant, voire même parfois floride, il arrive vite un temps où l'état général laisse bien à désirer. Le sujet est pâle, son visage, ses traits, ses muqueuses sont altérés. La souffrance « se lit » sur le facies du malade qui maigrit sans cesse et auquel on ne peut peut plus demander aucun effort, aucun travail.

L'examen clinique de l'estomac vous donnera, dans le cas d'ulcère, peu de renseignements. Peut-être trouverez-vous en palpant la région épigastrique un certain degré de contracture des muscles droits, contracture réflexe au niveau du véritable point douloureux profond qui, dans certains cas, pourra être mis en valeur en déprimant fortement la paroi. Mais ne vous arrêtez pas à la recherche de ces zones douloureuses; elles sont très inconstantes, peu fidèles et le seul endroit sensible que l'on peut déceler sera bien souvent celui qui correspond au plexus solaire, toujours impressionné dans les affections gastriques quelles qu'elles soient. Seule, la recherche du clapotage gastrique, se produisant à jeun bien entendu, viendra, nous l'avons vu, témoigner d'une stase avec hypersécrétion du suc gastrique. Cette notion de stase sera vérifiée par le tubage de l'estomac qui ramènera selon les degrés, soit un simple liquide d'hypersécrétion, soit des résidus alimentaires. Il est enfin inutile de revenir sur la valeur de l'étude du chimisme gastrique, ni sur l'importance qu'offrira la présence du sang dans les selles.

Peut-on cliniquement arriver à situer le siège de l'ulcère?

Il est certain que sans rien affirmer d'absolu, on peut poser en principe que des douleurs survenant très précocement, de une heure et demie à deux heures après le repas, par exemple, sont le fait d'un ulcère de la petite courbure. Elles seront également très fortes, à caractère ténébrant, et rebelles, à toutes les médications alcalines.

Tout autres sont les symptômes caractérisant l'ulcère pylorique. Ici les douleurs apparaîtront tardivement (de quatre à cinq heures après les repas); elles seront moins térébrantes et céderont aisément aux alcalins, voire même à l'ingestion d'aliments. Les vomissements qui, dans l'ulcère de la petite courbure étaient rares, sont très fréquents; ils seront hyperacides, contenant une quantité importante d'H. C. L. libre. Il y aura enfin toujours du retard dans l'évacuation.

La douleur, les vomissements, le clapotage sont autant de phénomènes qui, joints à l'étude du chimisme gastrique, peuvent éveiller le sens diagnostique du praticien et le mettre sur la bonne voie, mais que ce dernier ne se hâte point de conclure avant d'avoir les clichés radiographiques sans lesquels on ne peut rien affirmer. Les clichés nous montreront, en effet, la rectitude et la rigidité segmentaires de la petite courbure ulcérée. Quelquefois même on pourra y déceler la niche de Haudek et la tache suspendue. Enfin la grande courbure présentera une encoche dite spasmodique.

B. Cancer de l'estomac. — Ici la notion de l'âge du malade va acquérir une certaine importance. C'est, en général, de cinquante à soixante ans que les sujets se présenteront porteurs de cancer de l'estomac.

Souvent, mais pas toujours, ces malades auront un passé gastrique. Les troubles qu'ils accusent seront différents de ceux que nous venons de voir dans l'ulcère. C'est surtout un manque d'appétit et plus particulièrement une aversion marquée pour les viandes. Le malade se plaindra non de brûlures comme dans l'ulcère, mais de pesanteurs, de torsion douloureuse une heure après les repas. Les vomissements très précoces contiendront des aliments, mais ne seront jamais acides. Muqueux ou pituiteux, survenant sans effort, ils présenteront souvent l'aspect « marc de café »; ils seront alors pathognomoniques. En même temps, le malade voit

de jour en jour son état s'affaiblir. L'amaigrissement est rapide, les forces déclinent et le sujet est vite au seuil de la cachexie. Nous n'insisterons pas sur le teint anémique si spécial des cancéreux, ce teint « jaune paille » caractéristique, sur les œdèmes, les phlébites, la présence du ganglion de Troisier; ce serait décrire la symptomatologie du cancer de l'estomac et nous sortirions du cadre schématique que nous nous sommes tracé. Disons cependant qu'à l'encontre de ce que l'on voit dans l'ulcère, le cancer de l'estomac est perçu à la main qui palpe la région épigastrique sous l'apparence d'une masse tumorale dure, bosselée, peu ou pas douloureuse, mobile avec les mouvements respiratoires et de plus facilement mobilisable.

Outre que l'on ne rencontre pas dans l'estomac cancéreux de liquide de stase, le chimisme gastrique ne décèlera pas d'H. C. L. libre. Par contre les acides de fermentation tels que l'acide lactique et butyrique seront en quantité parfois élevée, toujours notable. Le sang sera toujours décelé dans le suc gastrique ainsi que du reste dans les selles.

Nous passerons également rapidement sur les renseignements que fournit l'examen radiologique de l'estomac cancéreux. Il montrera toujours une « lacune », c'est-à-dire une petite zone correspondant au point où la tumeur fait saillie dans la poche gastrique.

Cette partie de l'estomac n'étant pas remplie par la bouillie bismuthée ne sera donc pas opaque aux rayons et donnera l'image « lacunaire » claire dont nous venons de parler. Les parois gastriques n'ayant plus leur souplesse normale du fait de l'infiltration néoplastique, on pourra relever une rigidité segmentaire au niveau des courbures de l'organe. Enfin lorsque le néoplasme siège au niveau du pylore, réalisant la sténose pylorique, les clichés radiographiques nous révéleront un pylore « amputé » ainsi qualifié en raison de l'aspect tronqué que revêt le canal évacuateur de l'estomac.

Voilà donc deux syndromes bien caractérisés et que l'on peut assez aisément diagnostiquer, celui de l'ulcère et celui du cancer. Mais en dehors de ces états ulcéreux ou cancéreux de l'estomac, il est quantité de troubles gastriques que l'on catalogue parfois difficilement.

Il est en effet des affections de l'estomac dont la symptomatologie est fruste. On trouve alors une muqueuse gastrique présentant des lésions très avancées qui peuvent rester absolument latentes tant que le transit de l'estomac n'est pas troublé. C'est là le fait des gastrites; elles peuvent relever d'étiologies diverses telles qu'infections, intoxications, irritations mécaniques, etc.

Il est encore une affection que l'on rencontre assez fréquemment et qui peut bien des fois donner le change avec l'ulcère, et pour laquelle le cliché radiographique peut seul imposer le diagnostic : c'est la gastro-duodénite. Affection par bien des points cliniques comparable à l'ulcère, la gastroduodénite a cependant moins de retentissement que ce dernier sur l'état général. Enfin l'image radiologique est indemne. Et cependant au point de vue anatomo-pathologique elle est caractérisée par de petites ulcérations en coup d'ongle et une muqueuse extraordinairement vascularisée, ce qui permet de la considérer comme un stade pré-ulcéreux. Pour bien des auteurs, du reste, la gastro-entéro-anastomose est ici comme pour l'ulcère le seul moyen thérapeutique.

Il est enfin un état pathologique que le praticien sera très souvent appelé à constater. Nous voulons parler de la ptose gastrique, avec atonie de l'organe. Le syndrome est en général peu net, il est constitué par des douleurs en rapport avec l'ingestion des aliments, mais sans l'acidité anormale du suc gastrique qui donne tout le caractère aux douleurs des malades atteints d'ulcères de l'estomac. Ici ce sera plutôt une sensation de gonflement, de pesanteur, sans vomissement, sans douleur térébrante.

Le sujet est un amaigri, mais surtout aussi un asthénique, et son affection est un véritable état dystrophique qui s'étend à tout l'organisme. Il s'agit le plus souvent de femmes à thorax allongé et étroit. Mais chez ces malades on ne trouvera jamais de liquide à jeun dans la poche gastrique. Une bonne ceinture orthopédique venant suppléer à l'insuffisance de la sangle abdominale amènera chez votre malade, sinon une guérison radicale, du moins un très grand soulagement.

*
* *

Mais si l'estomac peut être le siège d'une affection nette et classée, il peut aussi donner simplement lieu à un syndrome dyspeptique sans que pour cela il présente au point de vue anatomo-pathologique une lésion propre. Il souffre — pourrait-on dire — par contre-coup. Témoins les dyspepsies de la cholécystite chronique, de l'appendicite chronique.

Les cholécystites simples ou calculeuses peuvent retentir sur l'estomac, soit par voie réflexe, soit par action directe du voisinage sur le duodénum, grâce à la périduodénite qui, apportant un obstacle à l'évacuation de l'estomac, va amener de la stase gastrique et par suite des altérations de la muqueuse.

De même pour l'appendicite chronique; il y a ici aussi une action réflexe amenant un spasme du pylore et une action directe, l'inflammation appendiculaire se propageant lentement vers le carrefour sous-hépatique. Mais ici le diagnostic sera dans l'examen de la fosse iliaque droite où la palpation révélera le processus cæco-appendiculaire. Enfin, la formule hémoleucocytaire accusera une hyperleucocytose et parfois la radiographie arrivera à déceler l'appendice et par conséquent à orienter vers cet organe notre investigation clinique.

Nous voyons donc après cet exposé, un peu trop bref certes, qu'avec une méthode rigoureuse, et en s'entourant de toutes les données cliniques, chimiques, ainsi que des renseignements que peut nous donner maintenant la radiologie, le médecin ne doit plus laisser passer une affection gastrique sans la diagnostiquer d'une manière précise. Il doit même faire mieux; il faut qu'il soit à même de poser son diagnostic le plus précocement possible, cela sera d'autant plus vrai qu'il s'agira de cancer. L'ablation

du cancer de l'estomac pour donner des résultats satisfaisants doit être en effet à la fois précoce et aussi large que possible. Il faudra donc le diagnostiquer précocement.

Avec les moyens de diagnostic qui sont aujourd'hui à notre disposition, avec la radiologie surtout, le cancer de l'estomac, celui du pylore en particulier, devrait être diagnostiqué bien souvent tout au début.

Alors seulement pourrait-on espérer beaucoup de la chirurgie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1931)

Anémie aplastique cryptogénétique à forme aiguë fébrile. — MM. P.-N. DESCHAMPS et P. BAIZE.

Un nouveau cas d'anémie aplastique cryptogénétique. — MM. P.-N. DESCHAMPS et E. MOURRUT. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans présentant un état d'anémie intense accompagné d'hémorragies très discrètes. La mort survint cinq mois après le début et le chiffre globulaire s'abaissa de 1 million à 590.000. A aucun moment on ne put mettre en évidence le moindre signe hématologique de régénération sanguine. Toutes les thérapeutiques mises en œuvre échouèrent devant la marche progressive de la déglobulisation.

Anévrisme de l'aorte thoracique simulant un cancer primitif du poumon. — MM. P.-N. DESCHAMPS et E. MOURRUT. Malade présentant les signes fonctionnels d'une néoplasie pulmonaire et chez laquelle on trouva des signes physiques et radiologiques qui permettaient de soupçonner l'existence d'une tumeur massive du poumon gauche. L'autopsie montra une énorme anévrisme de l'aorte thoracique refoulant le poumon gauche qui demeurait indemne de toute lésion.

Un cas de néphrite albumineuse en apparence banale s'accompagnant d'hyperlipidémie sans autre signe de néphrose lipoïdique. — M. DE GENNES.

Sur le diagnostic et le pronostic de la néphrose lipoïdique. Dissociation du syndrome humoral. — Pour M. A. CODOUNIS (d'Athènes), le trouble le plus précoce de la maladie, le plus rebelle au traitement, paraît être l'hyperlipidémie avec la présence de corps biréfringents dans le sédiment urinaire, auquel il attribue une valeur prépondérante, dans le diagnostic de la néphrose lipoïdique. Au point de vue pratique, devant un tableau clinique de néphrite hydropigène, avec œdèmes et grosse albuminurie irréductibles au régime déchloruré, la présence de ces corps dans l'urine avec une hyperlipidémie ou encore avec une hypercholestérinémie, suffit, à son avis, pour porter le diagnostic de néphrose.

Méningite tuberculo-pneumococcique. — MM. Ch. ACHARD et HOROWITZ ont observé une femme de vingt ans qui entra à l'hôpital dans le coma. La ponction lombaire retira un liquide contenant 700 éléments par millimètre cube et 83 p. 100 de polynucléaires. L'ensemencement donna une culture de pneumocoque. Après une injection rachidienne de sérum antipneumococcique, le liquide contenait moins de cellules avec une prédominance de lymphocytes. Mais on y trouva de rares bacilles de Koch et l'inoculation au cobaye provoqua la tuberculose.

A l'autopsie, on trouva une méningite tuberculeuse de la base. Sur les frottés se voyaient le pneumocoque et le bacille de Koch. Cette association tuberculo-pneumococcique dans les méninges paraît exceptionnelle.

A propos du traitement de la tuberculose par le cérium et le lanthane. — M. GRENET.

Forme pulmonaire circonscrite de la lymphogranulomatose maligne. Etude de la perméabilité bronchique. — MM. Guy ALBOT, Philippe DECOURT et A. SOULAS, présentent l'observation d'une malade chez laquelle l'examen clinique, des radiographies fit poser le diagnostic de cancer primitif du poumon droit.

Un an plus tard, la radiologie montre une image exactement superposable à celle constatée au premier examen. Mais un ganglion axillaire gauche est apparu et une biopsie pratiquée permet de constater des lésions typiques de lymphogranulomatose maligne. La perméabilité bronchique constitue, pour les auteurs, un symptôme diagnostic différentiel de grande valeur entre le cancer primitif du poumon et la forme circonscrite primitive de la lymphogranulomatose maligne.

Un cas de névraxite post-varicelleuse à symptomatologie cérébelleuse pure. — MM. J.-A. CHAVANY et A. CHAIGNOT.

Quinidothérapie intraveineuse dans certaines affections cardiaques. — M. COSSIO (Buenos-Ayres).

Diagnostic de localisation de l'infarctus du myocarde par les modifications de l'électro-cardiogramme. — M. COSSIO.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1930)

Luxation tarso-métatarsienne. — M. AUGÉ.

Arthrite chronique des deux hanches. — M. AUGÉ.

A propos du traitement médical du cancer. — M. V. RICHE. A propos des récentes communications de MM. Grynfeltt et Aimes, l'auteur rapporte ses essais de traitement médical du cancer, poursuivis depuis une quinzaine d'années. Le sélénium, la quinine, le cuivre, la magnésie, lui ont donné quelques résultats en tant que traitement palliatif. Il cite en particulier deux malades que l'on pouvait considérer cliniquement comme atteints, l'un de cancer du foie, l'autre de cancer de l'estomac, à Wassermann négatif, tous deux presque cachectiques, qui ont guéri en quelques semaines et sont restés guéris plusieurs années à la suite de la reminéralisation dolomitique de Dubar. Une autre malade, traitée par un complexe cupro-magnésien pour une récidive de cancer du col utérin, a vu rapidement disparaître les douleurs et pertes, et s'améliorer son état général, pour rechuter d'ailleurs dès la cessation du traitement. Pour l'auteur, il existe un traitement médical du cancer purement palliatif qui, jusqu'à nouvel ordre, doit être réservé aux cas non justiciables de la chirurgie ou des radiations ou aux récidives. Toutes les tentatives nouvelles dans cet ordre d'idées sont à encourager, mais il faut se montrer très réservé dans l'appréciation des résultats thérapeutiques; en particulier on ne saurait parler de guérison avant une observation de plusieurs années.

Par contre, le traitement prophylactique du cancer a

sérieusement bénéficié des travaux de Dubar, Delbet et Robin, en ce qui concerne les modifications du terrain cancérigène.

Sérum antidiphtérique désalbuminé et phénomènes anaphylactiques graves immédiats. — M. R. Sassy.

Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure de l'humérus. Opération conservatrice (évidement et greffes osseuses) suivie de résultat anatomique et fonctionnel satisfaisant. — M. H. Estor.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

DÉFINITION

La glande sous-maxillaire est une glande salivaire, formant la partie moyenne de l'anneau glandulaire de Waldeyer.

Elle est située dans la région sus-hyoïdienne latérale.

EMBRYOLOGIE

La glande apparaît vers la sixième semaine sous forme d'un bourgeon cellulaire plein, émané de l'épithélium buccal, et qui se creuse secondairement d'une lumière.

Le canal excréteur se développe aux dépens du sillon paralingual interne.

DESCRIPTION

1. **Forme.** — Elle est en forme de fer à cheval avec un corps épais et deux prolongements :

— L'un antéro-externe court et trapu;

— L'autre antéro-interne, effilé, accompagnant le canal de Warthon et pénétrant avec lui dans la région sublinguale.

2. **Dimensions.** — Volume : intermédiaire à celui des glandes parotides et sublinguales.

Poids : de 6 à 8 grammes.

3. **Situation.** — Pour les classiques elle est située dans la région sus-hyoïdienne latérale entre les deux faisceaux du digastrique et le bord inférieur de la mâchoire.

Ricard a montré qu'elle déborde sur la région cervicale et sur la région carotidienne.

RAPPORTS

1° Constitution de la loge sous-maxillaire. — La sous-maxillaire est comprise dans l'intérieur d'une loge ostéo-musculo-aponévrotique. Elle en reste cependant séparée par un tissu cellulaire lâche, qui est clivable normalement et qui permet l'énucléation de la glande.

On lui a décrit :

— Une face inféro-externe : aponévrotique.

— Une face supéro-externe : osseuse.

— Une face interne : musculaire.

1. **Face inféro-externe.** — Elle est constituée par l'aponévrose cervicale superficielle dans sa portion sus-hyoïdienne.

Pour les classiques, l'aponévrose se dédouble au niveau de l'os hyoïde en un feuillet superficiel qui se fixe au bord inférieur du maxillaire inférieur, et un feuillet profond qui va tapisser la paroi musculaire interne de la loge sous-maxillaire.

Pour Charpy-Meckel, le feuillet profond se fixe à l'os hyoïde après avoir décrit une courbe à concavité inférieure entourant le tendon intermédiaire du digastrique.

2. **Face supéro-externe.** — Elle est constituée par le corps du maxillaire inférieur, excavé à ce niveau en une fossette sous-maxillaire, au-dessous de la ligne mylo-hyoïdienne et des insertions du muscle mylo-hyoïdien.

3. **Face interne.** — *a.* La face interne de la loge est formée par un plan musculaire discontinu recouvert d'un mince perymisium :

1° Un mur vertical, l'*hyoglosse*, tendu entre le septum lingual et l'os hyoïde, aux fibres obliques en haut, en avant.

On lui décrit deux faisceaux principaux :

— Basioglosse, sur le corps de l'os hyoïde;

— Cératoglosse, sur la grande corne.

Deux faisceaux accessoires :

— Chondroglosse, sur la petite corne;

— Triticéoglosse, sur le ligament thyro-hyoïdien.

2° Plus en avant le *mylo-hyoïdien*, à fibres obliques en haut et en arrière, inséré en bas sur le corps de l'os hyoïde et en haut à la ligne mylo-hyoïdienne.

De leur origine commune, hyoïdienne, les deux muscles divergent : l'*hyoglosse* gagne la face externe de la base de la langue, le *mylo-hyoïdien* va former le plancher de la bouche. Ils dessinent ainsi un espace triangulaire à base supérieure où va s'engager le canal de Warthon et le prolongement antérieur de la glande.

3° En arrière le *constricteur moyen du pharynx*.

Son faisceau hyoïdien se fixe à la grande corne.

Ces muscles sont tapissés par une aponévrose : aponévrose sus-hyoïdienne qui dériverait pour les classiques du dédoublement de l'aponévrose cervicale superficielle; pour Charpy, simple perynisium.

En dehors de ce plan, l'anse du digastrique et le stylo-hyoïdien complètent la paroi profonde de la loge.

a. La loge sous-maxillaire est *fermée* :

— *En bas*, par l'angle de dédoublement de l'aponévrose cervicale superficielle;

— *En haut*, par l'insertion du mylo-hyoïdien, en avant; par la réflexion de la muqueuse buccale, en arrière;

— *En avant*, par adhérence de l'aponévrose du ventre antérieur du digastrique à l'aponévrose mylo-hyoïdienne.

b. En arrière, elle est fermée :

α. En haut : par la *bandelette sterno-maxillaire* ou cloison interparotido-maxillaire (Sébileau) tendue de :

— La partie moyenne du sterno-cléido-mastoïdien ;

— A l'angle du maxillaire.

Elle est renforcée par l'épanouissement des fibres du ligament stylo-maxillaire.

β. En bas : la loge est fermée par le dédoublement de l'aponévrose cervicale superficielle.

γ. A la partie moyenne : quelques tractus celluleux, véritable point faible, perforés par le passage de l'artère faciale.

c. La loge présente un certain nombre d'*orifices* :

1. *En avant* : espace triangulaire entre hyoglosse en dedans, mylohyoïdien en dehors, où s'engage le canal de Warthon et le prolongement antérieur gagnant la loge sublinguale.

2. *En arrière.* — Trois orifices :

a. En dehors de la bandelette sterno-maxillaire : orifice de la veine faciale.

b. A travers la bandelette : artère faciale.

c. En dedans de la bandelette : prolongement postérieur de la sous-maxillaire qui va entrer en rapport avec la région carotidienne.

3. *En haut* : dans la partie moyenne de son bord supérieur un hiatus faisant communiquer avec la région para-amygdalienne.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

Prolongation de la validité des billets d'aller et retour émis par certaines gares pour Grenoble, a l'occasion du concours international de ski. — Les billets d'aller et retour émis pour Grenoble par les gares de Paris P.-L.-M. et de Marseille, ainsi que par toute gare P.-L.-M. distante de 300 kilomètres au plus de Grenoble, seront valables jusqu'au dernier train partant de cette gare dans la journée du 14 février 1931.

Bureau P.-L.-M. de Grasse. Avenue Thiers. — Dans ce bureau de ville, tout nouvellement créé, les voyageurs trouvent tous renseignements concernant les voyages en chemins de fer et en autocars.

Ils peuvent s'y procurer des billets de chemin de fer au départ de Grasse et faire enregistrer leurs bagages pour la destination définitive.

Ce bureau délivre également des billets d'autobus pour le service « Grasse-Cannes ».

Il assure la location des places dans les trains au départ de Cannes.

N° 15. — SAMEDI 21 FÉVRIER 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 21 FÉVRIER 1931. — N° 15.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La tuberculose vertébrale postérieure (avec 3 fig.), par MM. Cl. Huriez et M. Lambret.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de thérapeutique.
Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
CHRONIQUE
Le bal de la médecine française, par M. F. L. S.
Une manifestation de sympathie franco-italienne, par M. M. F.
PRATIQUE MÉDICALE
L'allonal en stomatologie, par M. R. Petiteau.
LIVRES NOUVEAUX
REVUE DES THÈSES
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Travail. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Blairon (de Charleville), Vidal-Revel (de Nice).

Santé publique. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Camille Lian (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Ciavaldini (d'El Arrouck), Marie Jacob (d'Arcis-sur-Aube).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. le docteur Joseph Basquiat (d'Isle-sur-Serein, Yonne), mort victime de son dévouement.

CONGRÈS INTERNATIONAL POUR LES ÉTUDES SUR LA POPULATION. — Un Congrès international pour les études sur la population est organisé par le « Comité italien pour l'étude des problèmes de population », et aura lieu à Rome, du 7 au 10 septembre prochain, sous la présidence d'honneur de S. E. le chef du gouvernement Mussolini et la présidence effective du professeur Corrado Gini. Le « Comité français pour l'étude scientifique des problèmes de population », présidé par le professeur Léon Bernard, a donné son adhésion officielle à ce Congrès.

Le programme du Congrès ne s'inspire que de buts rigoureusement scientifiques, interdisant toute propagande politique, morale ou religieuse. Le Congrès comprendra les sections suivantes : biologie et eugénique, anthropologie et géographie, médecine et hygiène, démographie, sociologie, économie, histoire, méthodologie. Le programme complet du Congrès sera publié ultérieurement, mais dès maintenant les personnalités désireuses de participer à ce Congrès sont priées de s'inscrire et d'envoyer au Comité organisateur les sujets des communications et un bref exposé de leur contenu.

La cotisation donnant droit à l'inscription au Congrès et à la réception de ses Actes est de £50 pour les invités et de £100 pour les autres personnes.

IIe COURS INTERNATIONAL DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE. [Pâques, 7-12 avril 1931. Palace-sanatorium, Montana (Suisse)]. — Ce cours portera particulièrement sur une série de questions visant la clinique de la tuberculose, son traitement médical et chirurgical et sera suivi d'exercices pratiques et de démonstrations.

Il sera fait par de nombreux spécialistes des différents pays d'Europe.

Le prix d'inscription est de 25 fr. suisses donnant droit à toutes les facilités accordées aux participants et à leurs familles. Tarif réduit : dans les hôtels et pensions, funiculaire, excursions dans différentes contrées de la Suisse, fêtes, divertissements, etc.

Prière d'envoyer toutes les demandes d'inscriptions et de renseignements complémentaires au plus tôt à M. le docteur O.-M. Mistal, médecin-directeur du Palace-sanatorium, Montana.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, pour les dispensaires antituberculeux de Troyes et Romilly (Aube).

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le statut du Comité national, avec les avantages des fonctionnaires départementaux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la

tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (VIe).
Le concours aura lieu dans la première quinzaine de mars.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Odin (de Saint-Galmier).

CHRONIQUE

LE BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE

Le Ve bal de la médecine française a eu lieu lundi dans les magnifiques salons du Cercle interallié, avec un éclat tout particulier, en présence de M. Blaizot, ministre de la Santé publique; de M. Etienne Riché, sous-secrétaire d'Etat à l'Air et de M. Aucoc, syndic du Conseil municipal.

Dans l'assistance qui se pressait à l'Interallié, on remarquait Mme la maréchale Lyautey, Mme Charléty, S. E. le ministre du Canada et Mme Philippe Roy, M. le doyen Balthazard, MM. les professeurs J.-L. Faure, Marcel Labbé, Léon Bernard, Félix Terrien, Bérard (de Lyon), Etienne (de Nancy), MM. Siredey, Crouzon, Auvray, Labey, Le Lorier, Lian, Huber, Lobligeois, Bourguignon; les médecins généraux inspecteurs Lanne, Dopter, Boyé et Cadiot, le médecin inspecteur Rouvillois, MM. Henri Bouquet, Dujarric de la Rivière, Moliméry, Dibos, Bellencontre, Thierry, Jayle, Darras, Pauchet, Ray. Durand-Fardel, Dartigues, bien d'autres encore que nous voudrions citer.

Le concert a eu lieu dans la nouvelle salle de théâtre dont l'éclairage faisait valoir à merveille l'élégance des toilettes féminines. Une partie de musique permit d'applaudir le docteur Dhotel et Mlle Marguerite Liszt; un gracieux ballet suivit, puis ce fut le tour du spirituel chansonnier Georges Chepfer. Les danses d'Espagne firent acclamer la belle et éblouissante Leda Ginelly et son partenaire Georges Petit, enfin le prodigieux trio Dario et des chœurs alsaciens très remarquables terminèrent le concert. Ce n'était pas fini: dans les trois salles on dansa jusqu'à l'aube, et l'on vit des gens sérieux quitter au petit jour seulement le Palais du faubourg Saint-Honoré.

Mais que ne ferait-on pas quand il s'agit de venir en aide aux veuves et aux orphelins du Corps médical, et l'on doit remercier tout particulièrement ceux qui furent les animateurs dévoués de cette fête de bienfaisance, Mme Jayle, M. Siredey et notre ami Darras. F. L. S.

UNE MANIFESTATION DE SYMPATHIE FRANCO-ITALIENNE

Sur la proposition de la Société médicale du littoral méditerranéen, qui unit, dans une action commune, les médecins français de Marseille et de Menton, pour l'étude et la solution des questions d'hygiène et de climatologie, la municipalité de Bordighera a décidé de donner le nom de Pasteur à une des avenues de cette ville, en souvenir du séjour qu'y fit le grand savant français. En conséquence, la Société médicale du littoral a consacré, récemment, à la mémoire de Pasteur, une cérémonie qui a réuni, pour quelques jours, des savants de tous les pays, sur la Riviera française et italienne.

Les voyageurs se réunirent à la frontière française, dans la matinée du 3 janvier, sous la direction du docteur Targhetta, vice-président de la Société médicale. Ils furent reçus à Bordighera, par le colonel Giribaldi, podestat, par M. Marcassin, consul de France, par le président du Syndicat médical de la province d'Impéria et par les notabilités de Vintimille, Bordighera, Ospedaletti et San Remo.

On visita d'abord la Villa construite par Garnier, architecte de l'Opéra de Paris et de Monte-Carlo, pour M. Raphaël Bischoffsheim, grand ami des Sciences et des Arts, qui a doté Nice de son magnifique observatoire. Cette villa avait été mise, successivement, par le Mécène, à la disposition de Sainte-Claire Deville, de Léon Say, de Gambetta et de Pasteur. Elle fut ensuite acquise par la reine Marguerite d'Italie, et elle est aujourd'hui une Maison de repos et de retraite, pour les mères et les veuves des soldats italiens tombés pendant la grande guerre.

Après avoir parcouru l'avenue du Borghetto, promenade habituelle du savant, qui désormais s'appellera avenue Pasteur, les visiteurs se réunirent dans la grande salle du musée Biknell, où des discours furent prononcés par le Podestat de Bordighera, les docteurs Targhetta pour la Société médicale, Orticoni pour l'Institut Pasteur, Voronoff pour le Collège de France, Wéry pour la Belgique, Budak pour la Yougoslavie, Bourgeois pour le Canada et l'Amérique du Nord, Pineda pour l'Amérique du Sud. La série des discours fut clôturée par le professeur Forgue, membre de l'Institut, sous la présidence duquel la cérémonie avait été placée; par le professeur Pende, délégué du ministre de l'Instruction publique d'Italie, et par le professeur Borrel, délégué du ministre de l'Instruction publique de France.

On rappela les circonstances dramatiques du séjour de Pasteur sur la Riviera: à la fin de novembre 1886, Pasteur, épuisé, souffrant du cœur, après les longues luttes motivées par la nouveauté et l'importance de ses decouvertes, céda aux instances de ses médecins, et se rendit dans la villa de Bordighera, dont le campanile ajouré, les balustres de marbre blanc, le jardin plein d'orangers, la profusion des boutons de roses et de camélias, donnèrent à Pasteur, pour la première fois, la notion de ce que peut être le repos dans ce climat si doux, enveloppé d'une atmosphère si pure.

Il y fût volontiers demeuré tout l'hiver! Mais hélas! si le savant était au repos, ses adversaires n'avaient pas désarmé! Une grande offensive contre le traitement de la rage fut déclanchée, à l'Académie de médecine, le 4 janvier 1887. Le bruit des discussions troublait Pasteur, et l'arrivée du courrier lui donnait la fièvre. Chaque matin, il voulait revenir à Paris pour répondre à ses détracteurs. « Je ne me croyais pas tant d'ennemis! », disait-il.

A la fin de février 1887, survint le tremblement de terre de San-Remo qui détruisit une partie des habitations de la région; Pasteur rentra à Paris.

C'est cette grande mémoire que la Société médicale du littoral et la ville de Bordighera ont perpétuée dans la réunion du 3 janvier. Cette communion dans le pieux souvenir d'un homme. dont l'œuvre et la renommée dépassent nos frontières, et font de lui un bienfaiteur de l'Humanité entière, fut l'heureuse occasion d'une manifestation très vive de sympathie franco-italienne, qu'il n'est pas sans intérêt de signaler. Le vin d'honneur à Bordighera, le déjeuner à San-Remo, le thé à Ospedaletti, le dîner à Menton, furent l'occasion de souhaits, dont l'effusion parut vraiment spontanée et sincère. Le cavalier Pozzi, commissaire préfectoral à San-Remo, M. Maraldi, podestat d'Ospedaletti, et surtout le professeur Pende, de l'Université de Gênes, prêchèrent l'union des deux nations, héritières d'une civilisation commune, et le culte du grand savant, qui fut le Père de la médecine moderne. (*Voir la suite, p. 277.*)

Le docteur Duchesne, au nom de la Presse médicale française, le docteur Pierra, au nom de la Fédération de la presse médicale latine, répondirent comme il convenait. Et le professeur Forgue, dans son magnifique discours, cita heureusement l'expression de Pierre de Nolhac : « Je crois que Dieu se sert de la latinité pour préparer le monde à la grande unité. » Ce fut sur ce souhait réconfortant que les savants, qui venaient d'éprouver ensemble des impressions et des sentiments doublement fraternels, se séparèrent, plus confiants dans leur effort pour assurer la concorde et l'union de ceux qui sont faits pour s'entendre. M. F.

LIVRES NOUVEAUX

L'Anesthésie locale en oto-rhino-laryngologie, par G. Canuyt, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Strasbourg, et J. Joublot, chef de clinique, hôpital civil de Strasbourg.

Le professeur Canuyt, qui avait déjà fait connaître dans différentes publications les principes directeurs de ce procédé, expose aujourd'hui, avec un de ses élèves, l'ensemble des connaissances spéciales qu'il est nécessaire d'acquérir pour pratiquer d'une manière correcte l'anesthésie locale et régionale.

Le livre débute par un chapitre important de généralités. Le lecteur y trouvera tous les renseignements concernant les avantages, les inconvénients et les indications de l'anesthésie locale en général.

Les substances anesthésiques, l'instrumentation et la technique sont décrites avec minutie.

Les auteurs indiquent les bases expérimentales de l'anesthésie locale. Elles permettent de comprendre avec quelle prudence il est nécessaire de se servir des anesthésiques locaux pour éviter les accidents. Ces accidents sont décrits avec un soin extrême, ainsi que les moyens de les éviter et d'y remédier.

Les différentes indications de l'anesthésie locale en oto-rhino-laryngologie sont les suivantes : chirurgie des fosses nasales, des sinus ou cavités annexes, du pharynx, du larynx, de la trachée, du cou, de l'oreille, et enfin l'anesthésie du nerf maxillaire inférieur.

On remarquera surtout dans ce livre la technique de l'anesthésie locale de la cloison nasale, des sinus, et en particulier du sinus frontal et du sinus sphénoïdal. La chirurgie de l'amygdale a pris une telle extension dans ces dernières années que l'amygdalectomie totale réclamait une technique simple et efficace d'anesthésie loco-régionale, que le lecteur trouvera jusque dans ses moindres détails.

Enfin, la technique de l'anesthésie locale du larynx est particulièrement étudiée.

Les interventions chirurgicales par voie externe : thyrotomie et laryngectomie et trachéotomie sont décrites en détail.

L'ouvrage est illustré de figures simples et très démonstratives qui accompagnent le texte. L. G.

La Transfusion du sang (2), par Victor Pauchet et Auguste Bécart. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée.

Cette seconde édition est le fruit d'une expérience de dix années.

La première partie du volume a trait au syndrome d'insuffisance quantitative du sang ; l'hémorragie, le choc, les intoxications aiguës sont étudiées en détail, ainsi que le mode d'action et les indications de la transfusion du sang. Dans ces cas, l'urgence prime ; tous les procédés sont bons pourvu qu'ils soient précoces.

Dans une seconde partie, les auteurs étudient les indications de la transfusion du sang relevant d'une insuffisance qualitative du sang. Ce sont les indications médicales de la transfusion. Chacune des grandes indications y est passée en revue. On y trouve une étude très complète des états anémiques ; elle comprend un chapitre important sur l'anémie pernicieuse avec nombreuses vues personnelles quant à son étiologie, à son pronostic, à son traitement et à ce qu'il faut attendre du mode d'action de la méthode de Whipple.

Le chapitre sur les infections aiguës résume la pratique des auteurs qui associent à la transfusion du sang simple ou immunisée la résinothérapie (méthode de Jentzer) qui leur a donné de bons résultats.

La transfusion proprement dite vient ensuite avec le choix du donneur ; les auteurs restent attachés aux groupes sanguins pour la détermination du choix du donneur, et en particulier à la méthode indirecte.

La dernière partie de l'ouvrage a trait à la technique. Bécart décrit deux techniques : l'une d'urgence, qui permet à tout praticien de sauver de la mort un hémorragique, un choqué, un intoxiqué...

L'autre, plus parfaite, s'adressant plutôt aux spécialistes, permettant la transfusion du sang pur et intact suivant une technique indirecte connue sous le nom de procédé de la seringue à piston auto-vaselineur.

Enfin, les auteurs terminent leur livre en décrivant minutieusement les techniques des différents transfuseurs actuels, de telle sorte que le lecteur pourra utiliser la technique qu'il préférera. L. G.

L'Ostéosynthèse métallique dans les fractures diaphysaires. Etude expérimentale et anatomo-pathologique. Applications pratiques à la chirurgie humaine (1), par Robert Frantz, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface du professeur B. Cunéo.

La réaction de l'os vis-à-vis du matériel d'ostéosynthèse métallique est une question qui a été souvent et ardemment controversée.

Cet ouvrage contient un compte rendu détaillé des expériences personnelles de l'auteur, ainsi que des méthodes d'ostéosynthèse successivement employées par lui, et une interprétation simple des résultats obtenus.

Les expériences entreprises sur le chien dont les os présentent la même architecture et la même texture histologique que l'os humain ont été faites par le docteur Frantz suivant les principales méthodes utilisées couramment dans la chirurgie humaine : elles ont permis à l'auteur d'envisager l'ostéosynthèse à un double point de vue expérimental :

Réaction de l'os normal vis-à-vis du matériel ;

Influence du matériel de prothèse métallique sur le foyer de fracture et sur la formation du cal.

Dans chacun des cas, l'auteur envisage successivement le point de vue fonctionnel, radiologique, macroscopique, microscopique.

Des faits mis ainsi en évidence, il tire des conclusions pratiques susceptibles d'être appliquées à l'ostéosynthèse humaine. A plusieurs reprises, il indique dans quel sens il semble utile et profitable pour les chercheurs qui entreprendraient des expériences analogues de diriger leurs efforts. L. G.

(1) Un volume de 232 pages avec 97 figures et 4 planches hors texte. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 170 pages avec 91 figures dans le texte. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) Un volume de 150 pages avec 54 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LA TUBERCULOSE VERTÉBRALE POSTÉRIEURE

PAR

CLAUDE HURIEZ et MARCEL LAMBRET
Chef de clinique adjoint. Interne des hôpitaux.

(Travail des cliniques chirurgicale et médicale de l'Hôpital Saint-Sauveur de Lille, services de MM. les Professeurs LAMBRET *et* CARRIÈRE.)

Avant que Lannelongue eût réuni dans une de ses leçons cliniques de 1888 quatre cas de lésions tuberculeuses des arcs postérieurs vertébraux, il n'y avait jamais eu d'étude spéciale de ce qu'il dénomma « le mal vertébral postérieur ».

Il précisait immédiatement que ce chapitre nouveau ne tiendrait qu'une place infime à côté de la tuberculose vertébrale antérieure, du mal de Pott proprement dit. D'ailleurs il insistait également sur le fait que ces lésions vertébrales postérieures pouvaient être associées ou isolées. Associées, secondaires surtout, elles résultaient de l'extension possible du foyer tuberculeux antérieur aux pédicules, puis aux apophyses articulaires et transverses, parfois même aux lames et aux apophyses épineuses.

Mais alors la physionomie du mal de Pott n'en était que fort peu modifiée; sa gravité n'était pas sensiblement accrue. Au contraire, il notait que lorsque les lésions tuberculeuses restaient limitées aux arcs postérieurs, elles avaient une symptomatologie toute spéciale et réclamaient un traitement chirurgical particulier.

C'était avec une pareille netteté, qu'il y a près de cinquante ans, Lannelongue individualisait ce type jusque-là méconnu de tuberculose osseuse.

Mais ensuite, si les travaux se succédèrent nombreux, précis, sur le mal de Pott, ses complications et son traitement, il n'y eut plus traces, pour ainsi dire, de l'étude de la localisation tuberculeuse postérieure.

Tous les traités classiques, les plus complets et les plus récents, n'y consacrèrent que quelques lignes, résumant les conclusions du travail initial, resté isolé, de Lannelongue.

Ce ne fut qu'en 1925 que Thermes, élève de Sorrel, colligea la quinzaine d'observations du Service de l'hôpital maritime de Berck, rappela d'autre part la dizaine de cas publiés antérieurement, et fit une étude générale de la question, à laquelle nous aurons souvent recours dans ce travail.

Mais qu'il nous soit permis d'abord de présenter l'observation, fût-elle un peu longue, d'une tuberculose vertébrale postérieure isolée, dont nous avons pu suivre l'évolution dès le début et d'une façon complète.

L'intérêt de cette observation réside surtout, à notre avis, dans l'étude anatomo-pathologique du segment vertébro-médullaire, en raison de l'existence d'une compression médullaire qui n'a été relevée que deux fois au cours du mal vertébral postérieur.

OBSERVATION. — Notre malade, âgé de quarante-deux ans, sans antécédents pathologiques notables, présenta en octobre 1929 un *épanchement pleural gauche*. Il n'existait aucun signe clinique ni radiologique de lésion parenchymateuse évolutive; cependant les caractères du liquide séro-fibrineux présumaient de sa nature bacillaire : hyperfibrinose, cytologie à lymphocytose atteignant 93 p. 100.

Par ailleurs, la résorption fut tardive et la température s'élevait jusqu'en décembre au-dessus de 38 degrés. Cependant en février 1930, l'apyrexie était obtenue; il persistait une matité très nette des deux tiers inférieurs du poumon gauche, avec réapparition des vibrations vocales, mais persistance d'obscurité respiratoire absolue. La ponction resta négative. Un cliché radiographique affirma une opacité complète des trois quarts inférieurs du poumon gauche à limite supérieure très floue.

L'épanchement était donc résorbé et la persistance de certains signes cliniques et radiographiques devait être rattachée à une pachypleurite secondaire très étendue.

En mars, l'état général et local était satisfaisant mais le malade accusait des douleurs vives à la base de l'hémithorax gauche.

Elles furent attribuées à la séquelle d'épanchement d'autant qu'un nouveau cliché radiographique montra l'invariabilité de l'opacité gauche et de plus, une rétraction accusée de cet hémithorax.

En avril et mai, il était hospitalisé aux convalescents. Le 21 juin, il revenait à la Salle Saint-Louis, en raison de la persistance des phénomènes douloureux.

On fut alors frappé d'emblée par les caractères de sa démarche, mal assurée, nettement spasmodique. Il pouvait se tenir debout et avancer, mais de plus en plus difficilement au point d'utiliser deux cannes. Les algies n'avaient pas diminué d'intensité, ceinturant la base du thorax et irradiant dans les lombes et les fesses.

Le malade compara cette douleur à un coup de barre permanent, sans paroxysmes, lui interdisant tout sommeil malgré calmants et hypnotiques. L'examen neurologique montra une irritation pyramidale, très nette au niveau des deux membres inférieurs.

Au lit, la motilité était cependant peu troublée : il décollait facilement les membres du plan du lit, atteignant la hauteur demandée, sans hésitation; mais la fatigabilité était très rapide.

Les réflexes rotuliens et achilléens étaient vifs, polycinétiques des deux côtés, le clonus du pied était également bilatéral, facile à provoquer, mais l'on ne pouvait obtenir de trépidations épileptoïdes de la rotule.

Le réflexe cutané-plantaire se faisait en extension des deux côtés avec dissociation des orteils en éventail. La sensibilité était très fortement altérée aux membres inférieurs, surtout au tact et à la piqûre, avec intégrité du sens musculaire et thermique. Il n'existait aucun trouble trophique.

Très importante était la précision de la limite clinique supérieure de ces troubles : les réflexes crémastériens et abdominaux inférieurs et moyens étaient disparus; seul l'abdominal supérieur persistait. La sensibilité tactile était très émoussée jusqu'à l'ombilic, touchant fortement la paroi abdominale, les organes génitaux externes et le périnée.

Dès le début, il y avait donc une disposition en caleçon des troubles de la sensibilité.

Déjà, les sphincters étaient atteints : les mictions étaient longues, obligeant le malade à pousser, sans véritable incontinence ni rétention.

De plus, depuis trois semaines il s'étonnait d'une impuissance totale et subite.

— L'examen du rachis ne décela qu'une *zone sensible, mais modérément, de D-9 à L-1, et sans la moindre rigidité de tous les segments vertébraux.*

— Durant la quinzaine qui s'écoula, du 21 juin au 4 juillet,

nous avons pu suivre l'évolution extrêmement rapide de cette compression médullaire dorso-lombaire.

— Dès le 27 juin, la marche devient impossible, et même au lit la motilité est de plus en plus restreinte, à droite le soulèvement de la jambe à 20 centimètres de haut est encore possible, la jambe gauche décolle avec grande difficulté de quelques centimètres et retombe immédiatement.

— Le 2 juillet la paraplégie est complète et les troubles sensitifs ont une évolution progressive parallèle : l'hypoesthésie faisant place à une anesthésie complète. Les signes d'irritation pyramidale sont actuellement complets avec contractures, réflexes polycinétiques, clonus et Babinski bilatéraux.

— L'évacuation fécale n'est pas troublée mais le malade n'urine plus que par regorgement. Enfin malgré des sondages aseptiques les urines deviennent troubles, fétides et le culot de sédimentation contient de nombreux leucocytes altérés.

La fièvre devient irrégulière avec quelques clochers vespéraux à 39 degrés, 39°5.

Enfin, apparaît une ulcération sacrée de 2 centimètres de diamètre.

Le diagnostic clinique de *compression médullaire dorsale inférieure* s'imposait donc chez notre malade.

Evidemment c'était à la tuberculose vertébrale que l'on songeait immédiatement chez ce convalescent de pleurésie, cependant l'intensité et la rapidité de la compression faisaient discuter la possibilité d'une néoplasie.

On mit en œuvre toutes les *méthodes de laboratoire* pour préciser l'étiologie de la compression.

Une *radiographie* des divers segments rachidiens ne montra aucune déformation vertébrale, aucune lésion corporéale ou méniscale.

On ne put retenir que deux faits : la persistance de l'opacité thoracique gauche et la présence sur le flanc gauche du rachis dorso-lombaire d'un cylindre d'une opacité homogène contiguë et parallèle aux vertèbres, de 3 centimètres de large.

S'agissait-il d'une aorte plus opaque que normalement et déplacée légèrement vers la gauche? On pouvait y songer en raison de l'aspect, du calibre et du rôle possible de la rétraction pleurale gauche dans la déviation de ce vaisseau.

Ou bien s'agissait-il plutôt d'un abcès ossifluent? Dans ce cas l'absence de lésion vertébrale et osseuse voisine nette, ne fournissait pas de point de départ évident à cette collection.

La *ponction lombaire*, au lieu classique, retira un liquide de couleur normale, non hypertendu (17 au Claude en position couchée).

La compression de jugulaires ou manœuvre de Queckenstedt, ne fut suivie d'aucune élévation de tension.

Ceci plaidait en faveur d'une compression médullaire cloisonnant complètement l'espace sous-arachnoïdien en deux segments sus et sous-lésionnels. La cyto-chimie du liquide céphalo-rachidien mettait d'autre part en évidence tous les caractères d'une *dissociation albumino-cytologique* : la cytose était faible à 1 élément 6 par millimètre cube, contrastant avec une albuminose massive de 2g50.

On pratiqua ensuite des *radio lipiodol* pour étudier avec plus de précision le siège, l'étendue et la nature de la compression.

La première injection fut faite avec un lipiodol descendant dans l'espace inter-axoïdo-atloïdien : le prélèvement initial de liquide céphalo-rachidien fut, à ce niveau, absolument normal au point de vue cyto-chimique. Une heure après l'introduction d'huile iodée, on tira un cliché qui montra l'arrêt de la bille au niveau de la huitième dorsale.

De nouveaux clichés, douze, vingt-quatre et quarante-huit heures après, confirmèrent la persistance de cet arrêt au niveau du disque D-8, D-9, arrêt presque transversal avec une légère concavité inférieure et absolument complet puisque aucune parcelle de lipiodol n'avait filtré sur les bords de l'obstacle et que le cul-de-sac inférieur ne contenait aucune trace de liquide opaque.

Un lipiodol ascendant fut alors tenté et des clichés pris également une, douze, vingt-quatre, quarante-huit heures après l'injection, affirmèrent un arrêt de la bille lipiodolée inférieure à la hauteur du disque D-11, D-12; cet arrêt présentait une forme concave vers le haut; il était également complet, le lipiodol n'ayant filtré légèrement que sur le bord gauche jusqu'en D-11.

Des radiographies de face et de profil, centrées en D-10, permettent d'apprécier l'ensemble des deux lipiodols. (Voir fig. 1 et 2.)

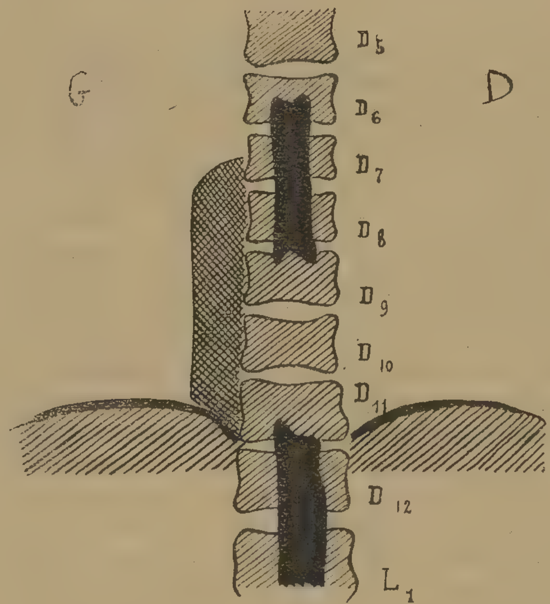


FIG. 1. — *Calque de la radiographie de face, un jour après injection des lipiodols ascendant et descendant.*

Noter sur le flanc gauche du rachis l'opacité homogène cylindrique de l'abcès ossifluent.

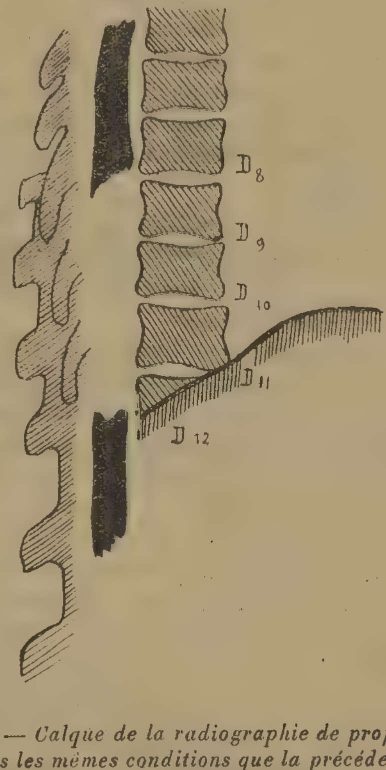


FIG. 2. — *Calque de la radiographie de profil prise dans les mêmes conditions que la précédente.*

De face, ils sont séparés par une plage claire de D-9 à D-12 ayant la forme d'un ovoïde. De profil, cette disposition est

encore plus nette, l'arrêt supérieur présentant typiquement la forme en casque.

L'existence d'une néoformation comprimant la moelle et cloisonnant les espaces sous-arachnoïdiens sur la hauteur de trois vertèbres était donc démontrée.

Mais, arrivés au terme de l'examen clinique, radiologique et biologique, il nous était encore malaisé d'affirmer l'étiologie pottique.

L'absence totale de contracture musculaire, de gibbosité, l'absence de toute lésion vertébrale, corporéale ou méniscale sur les clichés radiologiques, l'évolution rapide mais très régulièrement progressive et totale en un mois, l'intensité des troubles sensitifs, trophiques et sphinctériens, tout cela témoignait plus en faveur de la néoplasie que de la tuberculose.

Pour celle-ci, il fallait retenir cependant les antécédents pleuraux, la sensibilité de D-10 à D-12, la présence d'un cylindre juxta-vertébral gauche, image probable d'abcès par congestion, enfin l'arrêt total des lipiodols différents de celui décrit par Sicard et Hagueneau dans les tumeurs de la moelle avec traînée légère sur les bords.

Devant l'aggravation des troubles trophiques et sphinctériens, malgré une immobilisation aussi rigoureuse que possible, gardant toujours une légère incertitude sur l'étiologie, on proposa au malade une intervention chirurgicale pratiquée par M. le professeur Lambret.

Opération. — Le malade est assis sur une chaise spéciale à supports axillaires, cruraux et mentonnier permettant l'exposition et l'immobilisation parfaite de tout le rachis lombo-dorsal. L'anesthésie locale fut obtenue par infiltration plan par plan de D-8 à L-1.

L'incision initiale est parallèle à la chaîne épineuse à 3 centimètres vers la droite : elle est complétée par deux incisions horizontales en D-8 et D-12 permettant la mobilisation d'un volet cutanéo-musculaire à charnière para-épineuse gauche. Les muscles des gouttières vertébrales sont réclinés de part et d'autre de la ligne médiane.

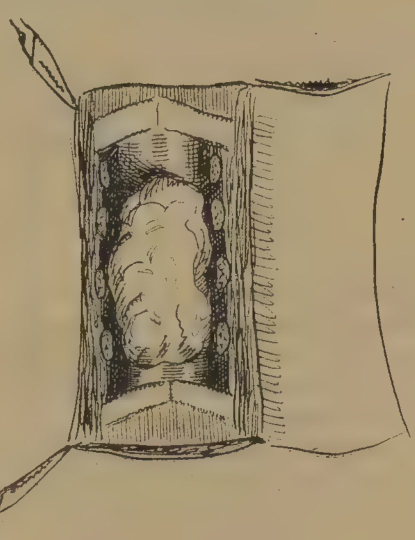


FIG. 3. — *Intervention.*

Ouverture du canal rachidien après mobilisation d'un volet cutanéo-musculaire à charnière para-épineuse gauche et résection des lames de D_8 à D_{11}.

On aperçoit la masse fongueuse qui, sur la hauteur de trois segments vertébraux, couvre la face postérieure de la dure-mère.

Les *lames vertébrales* sont réséquées de D-8 à D-11 incluses, celles de D-8 et D-11 ont une consistance normale et leur ablation nécessite la pince coupante; au contraire, *celles de D-9 et de D-10 sont érodées : s'effondrent sous la moindre pression de la gouge* et se fragmentent facilement. Des fongosités dissimulent la face postérieure de la dure-mère en D-9 et D-10; celle-ci redevient visible, saine en apparence, de par sa coloration brillante, dès D-8 en haut et D-11 en bas (voir figure 3). La masse fongueuse recouvre non seulement la moelle à la face postérieure, mais la contourne légèrement sur les faces latérales. On l'incise sur la ligne médiane et on peut la décoller facilement de la dure-mère; il est possible de *peler* véritablement la dure-mère. Ce décollement est poursuivi jusqu'à l'émergence des racines postérieures et il est facile de retirer ainsi deux lambeaux de fongosités de 5 à 6 centimètres de haut sur 2 de large et d'une épaisseur atteignant 1 centimètre. La dure-mère apparaît alors dans ce segment postérieur intacte sur toute l'étendue de la laminectomie. On note seulement un léger aplatissement de la moelle en D-9. La brèche vertébrale est refermée par un surjet musculaire serré des masses latéro-vertébrales.

Cependant, au début des incisions musculaires, il s'était écoulé du pus grumeleux du côté gauche. Avant de refermer les plans superficiels, M. le professeur Lambret évide la gouttière musculaire gauche; la curette pénètre alors dans un volumineux abcès froid, étendu parallèlement au flanc gauche dorsal inférieur et dont la paroi antérieure est accolée en une coque extrêmement épaisse à la face costale de la plèvre gauche. On bourre la cavité de mèches et la suture du plan cutanée est effectuée complètement, sauf à la partie gauche de l'incision horizontale inférieure pour le drainage de la cavité bourrée de gaze.

L'intervention parfaitement supportée par le malade n'avait duré que trente-cinq minutes; au cours du dégagement de la moelle, les lambeaux de fongosité avaient été prélevés et plongés immédiatement dans le liquide de Zencker.

Suites opératoires : La température est montée à 38°5 le lendemain de l'intervention et ne s'est accompagnée d'aucune modification des troubles nerveux.

Le cinquième jour, le changement est des plus importants : la température est revenue à 38 degrés. Le membre inférieur droit peut se fléchir complètement et spontanément. Les réflexes toujours vifs ne sont plus polycinétiques, mais les autres signes d'irritation pyramidale persistent.

La sensibilité au tact et à la piqûre réapparaît sur toute la hauteur de ce membre.

Le membre inférieur gauche reste toujours cloué au lit; seule la sensibilité tactile y devient moins obtuse.

Par ailleurs, les mictions sont faciles et le sphincter anal est bien continent.

Le 26 juillet, quinzième jour, l'amélioration des troubles généraux et des troubles sensitivo-moteurs du membre inférieur droit, persiste.

De plus, la flexion active de la jambe sur la cuisse devient possible au niveau du membre inférieur gauche.

L'irritation pyramidale se traduit toujours par la présence des signes de Babinski et du clonus.

La sensibilité tactile et douloureuse est maintenant très nette au niveau de l'abdomen et des membres inférieurs. Les sphincters sont normaux.

Localement, la cicatrisation de la plaie dorsale est parfaite par première intention; il persiste seulement à la partie inférieure une fistule étroite du pus grumeleux, par laquelle se draine l'abcès qui avait été bourré de mèches.

— Au début d'août, les améliorations générale, locale et fonctionnelle persistent.

— A la fin d'août, les urines deviennent de plus en plus troubles, s'accompagnant de dysurie et de pollakiurie. La température, qui ne dépassait plus 38 degrés, décrivit alors des clochers à 39°5, 40 degrés. L'infection urinaire s'aggrava progressivement, malgré toutes les tentatives de désinfection vésicale et générale.

— Le 8 septembre, deux mois après l'intervention, le malade décédait. Il est indispensable de préciser que l'amélio-

ration nerveuse n'avait pas progressé durant la dernière quinzaine, mais avait persisté intégralement. La cicatrice opératoire restait parfaitement unie.

Constatations anatomo-pathologiques. — Une radiographie prise après la mort, montra la chute du lipiodol dans le cul-de-sac inférieur et l'intégrité des corps et disques intervertébraux.

L'autopsie fut pratiquée immédiatement.

L'ouverture du thorax révela quelques adhérences du poumon droit, mais surtout, la surface externe du poumon gauche adhérait intimement à la paroi costale, constituant une symphyse pleurale généralisée à tout l'hémithorax gauche, reliquat de la pleurésie séro-fibrineuse.

Les parenchymes pulmonaires, congestionnés aux bases, ne présentaient que des lésions anciennes et calcifiées au sommet gauche.

Le foie était un peu gros, le cœur était absolument normal et l'examen macroscopique des reins ne montra qu'une corticale légèrement atrophiée.

La colonne vertébrale fut prélevée en bloc de D-5 à L-2. A la face antéro-latérale gauche des dernières dorsales est accolé l'abcès qui avait été drainé par voie postérieure. Après avoir rugíné les corps vertébraux et clivé l'abcès froid latéral gauche, nous avons constaté *l'intégrité de forme et de consistance des disques et des corps.* En arrière, les lames de D-7 et de L-1 qui n'avaient pas été réséquées étaient normales, il en était de même des apophyses transverses, articulaires et épineuses.

Pour ménager la moelle et ses enveloppes, le canal médullaire a été ouvert par deux traits de scie, symétriques, intéressant les pédicules, séparant en avant l'ensemble des corps vertébraux et en arrière l'arc postérieur.

L'examen put alors porter sur la face postérieure des corps vertébraux et sur la moelle entourée de ses méninges. *Le ligament vertébral postérieur était intact.* Tous les corps et disques furent sciés et l'on ne put relever d'atteinte même minime de leur structure. Il ne pouvait donc être question de mal de Pott.

Nous avons constaté, d'autre part, que les fongosités « pelées » au cours de la laminectomie ne s'étaient pas reproduites au niveau de la face postérieure de la dure-mère et qu'il persistait seulement sur les faces latérales entre l'émergence des racines antérieures et postérieures, quelques fongosités qui n'avaient pu être extirpées à l'intervention.

Il était également possible de les séparer de la dure-mère sous-jacente, saine en apparence.

Enfin, sur la face antérieure la dure-mère avait un aspect normal.

Donc, la compression médullaire extra-durale était due à une masse de fongosités adhérentes, facilement détachables d'une dure-mère sous-jacente intacte. La particularité très spéciale de cette masse était d'avoir un point de départ vertébral postérieur et de n'enserrer la moelle que sur la face postérieure surtout et sur les faces latérales, respectant complètement la face antérieure.

Nous avons ensuite incisé la dure-mère en avant et en arrière sur la ligne médiane et nous avons constaté l'intégrité absolue des meninges molles et un aspect macroscopique normal de la moelle, même au niveau du siège de la compression antérieure.

Des coupes ont été néanmoins pratiquées en D-5 au-dessus de la compression, en D-9 et en L-1. Sur aucune de ces coupes il n'existe de myélite véritable. La moelle était légèrement aplatie dans ses segments latéraux et postérieurs en D-9 et D-8; à ce niveau, la démyélinisation porte surtout sur les fibres du segment externe du cordon de Burdach et la dégénérescence a été retrouvée au-dessus de la compression, sur la coupe en D-5. Au niveau des cordons latéraux, les lésions essentielles siègent à la périphérie et se poursuivent bilatérales sur les segments sus-jacents.

Sur les coupes en L-1, la dégénérescence du faisceau pyramidal croisé est très discrète à droite, plus marquée à gauche.

La substance grise est normale même en D-8, D-9 et il n'existe qu'une démyélinisation des fibres périphériques des racines postérieures.

— L'examen enfin, des fongosités « pelées » nous a révélé l'abondance du tissu conjonctif, mais les éléments cellulaires étaient assez rares et il ne fallait noter par place que quelques amas de lymphocytes et quelques cellules géantes.

Il nous était donc possible de définir notre cas :

« *Tuberculose isolée des lames des IXe et Xe vertèbres dorsales, avec abcès ossifluent latéro-vertébral gauche et compression médullaire par un tuberculome intra-rachidien, dont l'ablation après laminectomie avait été suivie d'une régression presque totale des phénomènes paraplégiques* »

Facteurs étiologiques de la tuberculose vertébrale postérieure. — S'il est un caractère que nul ne conteste au mal vertébral postérieur, c'est bien sa rareté. Lannelongue écrivait « qu'il était assez peu commun pour qu'en une vie chirurgicale on n'en rencontrât qu'un très petit nombre de cas, alors que le mal de Pott s'observe journellement ». On en est réduit forcément à des hypothèses pour expliquer cette rareté relative : on admet généralement qu'elle est fonction des différences de volume, de structure, de rôle physiologique qui opposent les segments rachidiens antérieur et postérieur.

D'abord la fréquence de l'atteinte bacillaire de tel ou tel segment osseux est d'autant plus grande que celui-ci est plus spongieux. Or les apophyses épineuses, transverses et articulaires, les lames représentent des parties osseuses assez minces, formées de tissu compact revêtant une faible quantité de tissu spongieux, tandis que les masses épaisses des corps vertébraux sont formées à peu près exclusivement de ce tissu, véritable terrain de prédilection pour le développement du bacille tuberculeux.

Farabeuf faisait bien éclater ces différences structurales, en disant que « le rachis était composé d'une pile d'éponges en avant et de deux colonnes d'ivoire en arrière ».

Thermes cite, comme pouvant intéresser l'étiologie de l'affection, les notions de développement de l'arc postérieur. Il rappelle, d'après Poirier, que l'ossification s'effectue primitivement aux dépens de deux centres fondamentaux, les *points neuraux*, ébauches autour desquelles se développent pédicules, lames et base des apophyses épineuses.

Les apophyses articulaires et transverses n'apparaissent qu'avec deux *points complémentaires*; et enfin vers quinze, seize ans, l'ossification se termine à l'aide de *trois points secondaires* : apophysaires épineux, transversaire et articulaire.

Vers vingt-cinq ans, la soudure de tous ces points est effectuée.

Il est certes intéressant de rappeler que c'est au moment du développement des points osseux que la tuberculose se localise le plus souvent sur eux; mais si la majorité des observations de tuberculose vertébrale postérieure concernent des enfants ou des adolescents, il en est quelques-unes, dont la

nôtre, où l'affection apparaît à un âge où l'ossification est achevée depuis longtemps.

Mais s'il faut tirer de l'embryologie quelque élément d'appréciation, nous croyons plus volontiers qu'il est utile de rapprocher l'arc vertébral postérieur ou *arc neural*, de *l'arc hoemal* ou antérieur, dont les côtes représentent la persistance au niveau du thorax.

Il n'y a pas que similitude d'origine et de structure entre côtes et lames, entre tubérosités costales et apophysaires vertébrales; nous allons voir, en effet, qu'elles sont touchées de façon analogue par la tuberculose.

— Les différences de fonction opposent également corps vertébral et arc postérieur. Le poids du corps exerce exclusivement sur la série des corps vertébraux une pression qui n'est pas complètement étrangère à la prédisposition plus grande que cette partie affecte pour la tuberculose. Mais les arcs postérieurs, couvercles protecteurs de la moelle, ne ressentent pas ou peu cette influence physiologique.

Il en résulte, d'autre part, que cette atteinte isolée ne produira aucune déformation ni déviation rachidienne, sauf si les ligaments postérieurs et musclés qui s'y insèrent sont également détruits.

Les circonstances générales étiologiques sont celles de toute tuberculose osseuse. Au sujet de l'ossification, nous avons déjà discuté le rôle de l'âge. Pour Lannelongue, le jeune âge ne constituait pas une circonstance aussi nettement prédisposante que pour le mal de Pott — « on peut à cet égard, dit-il, rapprocher le mal vertébral postérieur de la tuberculose costale, à peu près aussi commune chez l'adulte que chez l'enfant ». Par ailleurs, la lésion vertébrale est tantôt isolée, constituant en apparence la première manifestation tuberculeuse, tantôt on trouve d'autres localisations osseuses ou viscérales. Mais nous voulons rappeler une constatation faite au sujet du mal de Pott, dans les centres de tuberculose osseuse, par Cappelle, Bufnoir et Lance, à savoir « l'extrême fréquence (25 à 40 p. 100) avec laquelle on relève dans les antécédents des pottiques adultes, au cours des mois ou années ayant précédé le début des accidents, une pleurésie sèche ou séro-fibrineuse ».

Lance ne pense pas qu'il faille voir là, en règle générale, la possibilité d'une propagation de proche en proche de la tuberculose des culs-de-sac pleuraux aux vertèbres, car « le mal de Pott de l'adulte est presque toujours lombaire ou lombo-sacré ».

Dans notre observation, les rapports entre la tuberculose vertébrale et la tuberculose pleurale gauche ne sont pas seulement frappants dans l'enchaînement de leurs apparitions, mais il faut rappeler également que l'abcès juxta-rachidien avait pour paroi antérieure la coque pleurale épaissie.

Anatomie pathologique. — Lésions osseuses. — Il n'y a pas à insister longuement sur les cas où la tuberculose vertébrale est associée à un mal de Pott — que le siège initial de la tuberculose soit antérieur ou postérieur, il s'agit toujours de lésions étendues. Le plus souvent à de grosses lésions corporéales, entraînant des déformations importantes du rachis, s'ajoute l'envahissement par les fongosités de l'arc postérieur. Les lames sont dénudées, ulcérées, plus ou moins profondément; les apophyses peuvent être creusées de cavités, quelquefois même libérées en de véritables séquestres (deux cas de Thermes).

Mais la propagation ne se fait pas toujours par continuité : Ménard insiste fort sur un cas (obs. VI) où les arcs postérieurs de deux vertèbres dorsales étaient en grande partie détruits, alors que les corps à ce niveau étaient indemnes et que les lésions pottiques proprement dites siègeaient à des étages sus et sous-jacents. Il y avait donc dans cette observation dissémination et non propagation directe de l'ostéite tuberculeuse.

Tuberculose vertébrale postérieure isolée. — Un seul arc postérieur est ordinairement atteint, quelquefois deux, rarement plus.

L'arc n'est le plus souvent altéré que partiellement, mais tous ses segments peuvent être pris et par ordre de fréquence, il faut citer d'abord les apophyses transverses, puis les apophyses épineuses et moins fréquemment les apophyses articulaires, enfin exceptionnellement les lames. Notons encore que cette décroissance correspond à une structure de plus en plus compacte.

La hauteur du siège de la tuberculose vertébrale postérieure est très variable; on a décrit des lésions à tous les étages, mais il semble bien que la majorité des cas concerne la région dorsale et surtout la région dorsale inférieure.

— Le plus souvent les lésions de l'arc postérieur passent inaperçues, tellement elles sont minimes.

L'os peut paraître sain, avec une surface régulière, revêtue de périoste, ce qui rapproche également de la tuberculose costale.

Une petite masse de fongosités se rencontre au voisinage et lorsqu'on enlève le foyer dans sa totalité, par une dissection attentive, on constate un petit point d'adhérence, généralement insertion d'un mince pédicule.

Gaujot avait donné à cette lésion le nom de périostite externe, car il croyait qu'elle prenait naissance soit à la surface, soit dans l'épaisseur du périoste.

Lannelongue a démontré que le siège initial était toujours osseux; mais « le foyer peut être très superficiel à la face profonde du périoste, qu'il ulcère en un point, permettant l'issue des fongosités au dehors et la formation d'abcès; que la lésion osseuse primitive guérisse et se répare ainsi que l'ulcération périostée, on pourra rencontrer un abcès indépendant de l'os, bien qu'il en provienne ».

— A un degré plus avancé, l'os est dénudé, présentant des ulcérations, il est ramolli, fragile. On peut trouver des clapiers purulents, dans lesquels sont plus ou moins libres de petits séquestres.

— On ne possède aucun document anatomo-pathologique probant concernant la réparation possible d'un foyer de tuberculose vertébrale postérieure. Frœlich a bien décrit des hyperostoses des apophyses épineuses, qui sont pour lui des modalités

de guérison d'ostéites tuberculeuses de ces apophyses.

Mais il semble difficile d'admettre que dans une tuberculose osseuse, il y ait *restitutio ad integrum*...

Rares sont donc les ostéophytes et les exostoses dans les observations rapportées, et en cette localisation on peut toujours rappeler le principe de Ménard « que la tuberculose fermée détruit et ne construit pas ».

Les abcès ossifluents. — Ils sont tout aussi constants que dans le mal de Pott, représentant également de simples diverticules du foyer. Mais tandis que dans le mal de Pott les grands surtouts ligamenteux antérieur et postérieur opposent longtemps une barrière à la progression de la tuberculose, on conçoit facilement qu'il n'en est plus de même au niveau des arcs postérieurs où le périoste peut seul empêcher l'envahissement par les fongosités.

Donc les abcès ne seront pas ici longtemps suspendus comme dans le mal de Pott, ils seront rapidement piriformes, pédiculés, en un mot migrateurs, Mais il s'agira, comme dans toute tuberculose osseuse, non d'une poche purulente obéissant à la pesanteur, mais « d'un tuberculome dont la marche est bien plutôt dirigée par les plans anatomiques ». (Lance.)

Ceux de ces abcès qui ont pour point de départ une lésion des apophyses épineuses se développent nécessairement vers les plans superficiels dorsaux, soit médians, soit dans l'épaisseur des masses musculaires des gouttières vertébrales, s'éloignant parfois à plusieurs segments rachidiens de leur origine osseuse. Les apophysites tuberculeuses articulaires ou transversaires peuvent engendrer des collections froides également postérieures. Thermes s'élève contre l'opinion de Lannelongue, reprise par Broca et Delanglade, affirmant que « les abcès d'origine transversaire se portent beaucoup plus souvent en avant qu'en arrière, devenant ainsi rétro-pharyngiens, intrathoraciques et abdominaux. »

En réalité ils affectent une marche différente suivant les régions :

— Au cou, la situation des apophyses transverses explique aussi bien leur migration rétro-pharyngienne que sus-claviculaire.

— Dans le thorax, les abcès peuvent gagner les gouttières vertébrales, mais ils peuvent se développer du côté de la plèvre et suivre la même marche que ceux qui sont liés à une altération des corps vertébraux (voir notre observation).

— Aux lombes enfin, les apophyses transverses sont profondément cachées en arrière par l'épaisse couche de la masse sacro-lombaire. Lannelongue dans son observation II a noté la traversée des muscles par l'abcès devenant ainsi superficiel. Mais une ostéite apophysaire peut s'accompagner d'une collection dans la gaine du psoas, ce muscle ayant à la fois des insertions corporéales et costoïdes.

En somme les abcès de la tuberculose vertébrale postérieure sont à peu près aussi fréquemment antérieurs que postérieurs.

Il est une dernière migration possible du tuberculome, c'est l'évolution intrarachidienne.

« Je ne connais pas, écrivait Lannelongue, d'exemple d'abcès intrarachidien ayant son origine exclusivement dans une lésion de l'arc postérieur ; on comprend cependant que le fait puisse se rencontrer. » En effet les rapports de cet anneau osseux avec les méninges, la moelle et les racines sont particulièrement immédiats ; seul le périoste oppose une barrière bien moins résistante que le tissu fibreux qui tapisse les corps vertébraux. Et cependant les abcès intrarachidiens ont été exceptionnellement signalés.

Thermes rapporte une observation de Lane et une personnelle, tout en émettant des doutes sur l'état des corps vertébraux. L'étude de notre cas nous permet d'affirmer l'existence de compression médullaire par abcès intrarachidien, d'origine uniquement postérieure.

En éliminant les cas toujours possibles d'abcès pénétrant dans le canal rachidien par le trou de conjugaison, ces tuberculomes intrarachidiens postérieurs ne peuvent provenir que des ostéites lamellaires ou articulaires dont nous avons noté la rareté. L'abcès froid semble bien comme dans le mal de Pott, la cause de presque toutes les compressions médullaires, car il n'a pas été publié dans le mal postérieur d'observations de paraplégies causées par une pachyméningite véritable.

Il importe d'ailleurs de n'affirmer la pachyméningite qu'après essai de séparation de l'agent de compression et de la dure-mère : à l'intervention de notre malade, l'aspect cohérent, sec, pouvait y faire songer, mais il fut possible de *peler* cette masse, le bistouri trouvant facilement un plan de clivage entre une dure-mère saine et le tuberculome. Sorrel et Thermes ont pu observer au cours d'une apophysite lombaire tuberculeuse un épaississement de la dure-mère, sans troubles de compression médullaire d'ailleurs.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1931)

Rapport des chronaxies des antagonistes dans la narcose par compression du cerveau. — MM. A.-B. CHAUCHARD et S. KAJIWARA.

Action des ions, iode, calcium et magnésium sur l'indice oscillométrique et la pression artérielle dans la diélectrolyse transcérébrale. — MM. Georges BOURGUIGNON et Socrate ELIOPOULOS.

Un appareil de défense contre les gaz toxiques. — M. R. MARCILLE. On sait que l'emploi des masques actuels ne préserve pas contre tous les gaz toxiques.

M. Marcille estime qu'une seule défense est absolument sûre, celle qui consiste à respirer dans un milieu complètement isolé du milieu extérieur.

Il présente un appareil pesant 10 kilogrammes, et certainement moins coûteux que les appareils déjà connus.

« Le principe en est très simple. Il a pour base l'expérience de Regnault et Reisel. On respire dans une cloche close; l'air expiré est brassé dans une solution sodique qui lui enlève son acide carbonique, le volume d'air de la cloche diminue alors et est remplacé par de l'oxygène pur, de sorte que l'atmosphère de l'air confiné se modifie à peine, puisqu'on lui enlève l'acide carbonique produit et qu'on lui rend l'oxygène consommé. »

Avec l'appareil de Marcille, on respire commodément et facilement pendant une heure ou deux.

M. Charles Richet, en faisant cette présentation, a insisté sur les services que peut rendre l'appareil de Marcille non seulement dans le cas des bombes asphyxiantes, mais encore dans les incendies ou les coups de grisou.

La construction de cet appareil en série serait facile et peu coûteuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1931)

Présentation. — M. Lucien Camus a présenté, il y a quelques mois, un exemplaire de l'*Album comique de pathologie pittoresque* que M. Chaumier a offert à l'Académie pour le musée Jenner. Cet album était incomplet, une lithographie, *Le mal de dents*, avait été retirée de l'ouvrage. M. Chaumier est parvenu à se procurer cette intéressante lithographie et il l'envoie pour compléter le volume. En même temps il offre un deuxième exemplaire de la lithographie, *La petite vérole*, qui figure dans cet album. M. Chaumier a estimé que cette épreuve méritait d'être encadrée et de prendre place à côté des autres tableaux du musée Jenner.

M. le Président remercie, au nom de l'Académie, M. Chaumier de son gracieux envoi.

Les grandes vacances scolaires. — L'Académie vote les conclusions de M. Legendre. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 11, p. 189, col. 1.)

Troubles humoraux dans un cas d'anasarque sans néphrite. — MM. Ch. Achard, R. Cachera et A. Codounis rapportent le cas d'une femme de quarante-trois ans, atteinte de myxœdème fruste, chez qui s'est développée une anasarque progressive avec ascite et hydrothorax double, oligurie sans albuminurie, ni cylindres, ni corps biréfringents dans l'urine. L'azotémie n'était que de 0,15 p. 1.000. La tension artérielle était basse (9 1/2-7).

Dans le sérum, l'hypoprotéinémie était notable (43 p. 1.000) avec inversion du rapport de la sérine (16) et de la globuline (27) et la lipémie n'était nullement augmentée (graisses, 4,90; cholestérine, 0,80). Le liquide d'œdème renfermait 4g80 p. 1.000 de protéines; le liquide pleural, 3g20 avec un peu de fibrine et un peu plus de globuline que de sérine.

Le régime déchloruré et un essai tardif de traitement thyroïdien restèrent inefficaces.

A l'autopsie, pas de lésions de la plupart des organes. Les reins, sains à l'œil nu, ne montraient au microscope que de minimes altérations de quelques cellules tubulaires. Le corps thyroïde était un peu sclérosé.

On ne trouve dans ce cas pour expliquer l'œdème que le trouble humoral : hypoprotéinémie avec abaissement de la pression osmotique des protéines (16 au lieu de 50).

Pression moyenne et hypertension artérielle. — MM. H. Vaquez et O.-M. Gomez. Le diagnostic de l'hypertension artérielle est basé actuellement sur la mesure des deux pressions extrêmes : maxima et minima, procédé souvent aléatoire, incapable en tout cas de nous renseigner sur l'évolution et le pronostic de l'affection. La raison en est que les pressions extrêmes ne peuvent pas fournir d'indication sur l'aptitude fonctionnelle du cœur.

Pour cela il faut s'adresser à la pression moyenne, non à la moyenne arithmétique, qui n'a aucun intérêt, mais à celle qui correspond à la somme des pressions variables qui règnent dans les vaissseaux pendant la systole.

Cette pression moyenne que seuls les physiologistes avaient jusqu'ici la possibilité d'évaluer, nous pouvons la mesurer aujourd'hui. Pachon a montré, en effet, qu'elle est contemporaine de l'oscillation maximale ou indice oscillométrique, considérée à tort par Marey comme critère de la pression minima. A l'état normal, chez un sujet dont la pression maxima est de 15 centimètres et la pression minima de 5 centimètres, la pression moyenne sera de 8 ou 9 centimètres.

Cette notion nouvelle a une importance considérable; elle élucide de multiples problèmes non encore résolus de l'hypertension artérielle.

Si dans l'hypertension confirmée la pression moyenne ne présente pas un grand intérêt il n'en est pas de même dans son stade initial. Nombre de sujets, parfois des jeunes, souffrant de troubles en apparence minimes, sont pourtant déjà des hypertendus, l'hypertension ne se manifestant que par une élévation de la pression moyenne avec, comme corollaire, une augmentation de volume du cœur. On s'explique ainsi ces cas mystérieux d'hypertrophie cardiaque juvénile, dite essentielle, d'insuffisance primitive du cœur, etc.

A l'appui de cette opinion les auteurs montrent des tracés comparatifs de la pression artérielle et du volume du cœur de trois individus, l'un normal, le deuxième atteint d'hypertension totale, le troisième d'hypertension moyenne solitaire. Il en résulte que l'hypertension moyenne, bien plus que l'hypertension systolique, doit être considérée comme la cause prépondérante de l'augmentation de volume du cœur, aussi bien à la période initiale qu'à la période confirmée de l'hypertension artérielle.

MM. Vaquez et Gomez établissent ensuite que cette hypertrophie moyenne solitaire peut rester très longtemps en cet état tout en s'accompagnant parfois de complications dont la nature reste ignorée, telle le glaucome qui — MM. Bailliart et Gomez viennent de s'en assurer — coïncide toujours avec une élévation anormale de la pression moyenne.

Puis, après de longues années, les pressions extrêmes s'élèvent à leur tour pour constituer le syndrome hypertensif, total, tel qu'il se présente d'ordinaire à nous et dont nous ne voyions jusqu'ici qu'un tableau tronqué.

Cette lente évolution de l'hypertension dont le début peut remonter à l'adolescence — les auteurs rapportent le cas d'un jeune homme de dix-neuf ans — est un nouvel argument en faveur de la conception d'une hypertension primitive antérieure aux lésions vasculaires et rénales, opinion soutenue depuis longtemps par M. Vaquez.

Les suites éloignées de la vaccination au B. C. G. — M. B. Weill-Hallé apporte les résultats de son expérience de dix années du vaccin Calmette-Guérin.

De 1924 à 1931, il a poursuivi 1.029 observations d'enfants vaccinés dont 359 en milieu contaminé, 264 en milieu suspect, 405 en milieu sain.

Les seuls décès, par tuberculose certaine, observés parmi ces enfants, sont au nombre de deux. Ils concernent des enfants non séparés de parents tuberculeux et infectés antérieurement à la période d'immunité.

Le taux de survivance des enfants vaccinés au B. C. G., étudié à l'aide des tables de vie, indique une supériorité très nette de ces vaccinés au long des années écoulées et témoigne de l'innocuité parfaite du vaccin même à échéance lointaine.

De l'examen de toutes ces observations, l'auteur conclut que le B. C. G. ne fait courir aucun risque, même lointain, aux jeunes vaccinés. Bien au contraire, son emploi réduit nettement le taux de la mortalité générale.

Diastases oxydantes. — M. Brocq-Rousseu montre qu'il n'existe pas plus de diastases oxydantes dans le plasma centrifugé que dans le sérum; et que lorsqu'on obtient une indication positive, avec les réactifs de ces diastases, cela est dû à la présence de traces d'hémoglobine dans le plasma.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers dans la IVe division (sciences biologiques). MM. Chagas (de Rio-de-Janeiro) et Rollier (de Leysin) sont élus.

L'acoustique de la salle. — On sait combien est défectueuse l'acoustique de la salle des séances. Un grand spécialiste en acoustique, M. Lyon, l'éminent directeur de la maison Pleyel, est venu hier au cours de la séance étudier la disposition de la salle. Espérons qu'il trouvera le remède que tout le monde désire.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 12 novembre 1930)

A propos d'un cas de guérison de grande insuffisance cardiaque. — MM. Sigismond Bloch et Félix Tixier. Une femme à la suite d'une forte émotion, sombre dans l'asystolie subaiguë progressive contre laquelle la digitale et l'ouabaïne échouent alors que le neptal associé à la scille amènent une véritable résurrection.

Les auteurs discutent à cette occasion les causes des échecs thérapeutiques dans l'asystolie, dite irréductible et invoquent pour expliquer leur succès l'hypothèse d'une myocardite syphilitique, voire d'une myocardite curable.

Traitement des hémoptysies au cours de la collapsothérapie. — MM. G. Caussade et André Tardieu : 1° L'hémoptysie provient du poumon non collabé : les médications coagulantes s'imposent (lobe postérieur d'hypophyse dilué dans 10 centimètres cubes d'eau physiologique, en injection veineuse lente; anthéma, 10, 20 ou 30 centimètres cubes. Le pneumothorax contra-latéral risque d'être nuisible; le pneumothorax en cours est à suspendre momentanément);

2° L'hémoptysie provient du poumon collabé : *a*. Elle est dite traumatique, provoquée par la déchirure d'une adhérence ou d'un fragment pulmonaire attenant à la paroi thoracique : abandonner le trocart pour l'aiguille et faire la nouvelle ponction loin de la première; insufflation à petites doses et à intervalles espacés, en tension négative. Renoncer au pneumothorax artificiel si les adhérences sont étendues.

b. Il s'agit d'une perturbation soudaine de l'équilibre de la petite circulation, ou compression, ou décompression brusque, par mobilité excessive du médiastin, avec ou sans torsion des gros troncs veineux du hile. Dans ces cas, le pneumothorax contra-latéral est contre-indiqué. Le pneumothorax artificiel en cours sera interrompu, sauf en cas de décompression. Si l'hémorragie persiste, appliquer les coagulants.

c. L'hémoptysie a pour cause l'incompressibilité de cavernes à parois rigides, d'un gros bloc pneumonique ou de lésions évolutives profondément situées, ou encore une symphyse pleurale progressive très vasculaire. Le pneumothorax contra-latéral est encore à éviter. La section d'adhérences est dangereuse. Le pneumothorax artificiel, en cours peut être poursuivi avec prudence au cas de compression insuffisante; y renoncer si les hémoptysies se répètent; employer les médications coagulantes. Si la source de l'hémorragie siège à la base du poumon, envisager la phrénicectomie.

d. Contre les hémoptysies récidivantes (tuberculose fibreuse très vasculaire, avec néo-vaisseaux fragiles, hypertension du système veineux avec dilatation du cœur droit et hypertrophie du foie ou hémogénie), le pneumothorax contra-latéral est dangereux. Le pneumothorax artificiel en cours doit être interrompu (tuberculose fibreuse), poursuivi en tension négative et par insufflations modérées espacées, ou continué suivant les règles habituelles (hypertension veineuse, hémogénie). Les coagulants sont formellement indiqués dans la tuberculose fibreuse et l'hémogénie. Dans l'hypertension veineuse administrer en outre les toni-cardiaques et les diurétiques, faire des saignées.

Les hémoptysies après phrénicectomie exigent surtout l'emploi des coagulants. Le pneumothorax contra-latéral est contre-indiqué. Le pneumothorax artificiel du côté de la phrénicectomie est discutable.

La thérapeutique et la constitution des organes. — M. de Rey Pailhade signale le rôle important dans l'organisme des corps thios : philotheion, glutatheion, etc... Leur importance dépend du rôle du sulphydryle libre S H des corps thios qui est double :

a. Il sert à la respiration des tissus par l'absorption d'oxygène extérieure;

b. L'hydrogène labile de S H protège les cellules contre l'action trop énergique de certains agents.

Le régime carné dans la thérapeutique de l'ictère. — M. Paul Chevallier rappelle les bons effets du régime carné dans l'ictère catarrhal, régime très supérieur à celui du lait employé habituellement. Il est important de ne pas donner de pain quand on applique le régime carné : on donnera de la viande rouge, des légumes, des fruits. Bien entendu, pendant la période des troubles digestifs, on ne l'appliquera pas. Le gros avantage du régime carné dans l'ictère catarrhal est d'éviter l'asthénie.

De plus l'auteur n'a jamais vu d'ictère aggravé par la viande.

Sur la présence de la vitamine A dans le cacao et ses produits d'extraction. — MM. H. Labbé, Heim de Balsac et R. Lerat : poursuivant leurs travaux sur le cacao, les auteurs ont établi la présence de vitamine A dans la fève et ses produits d'extraction.

Après l'avoir caractérisée, ils ont cherché à en déterminer approximativement la richesse d'après l'action de croissance sur le rat blanc soumis à un régime de carence.

La croissance subit une accélération manifeste (30 à 40 p. 100).

La santé des animaux traités se conserve plus longtemps que celle des animaux soumis à un régime carencé en vitamine A, mais l'apparition des phénomènes xérophtalmiques n'est pas indéfiniment retardée. Tout se passe comme s'il existait dans les extraits alcooliques de cacao, de coques de cacao, et dans les queues de cristallisation provenant de la préparation des théostérols, une vitastérine assimilable à une vitamine A de croissance très active et de petites quantités de vitamine A antixérophtalmique.

Trois cas d'anémie paludéenne traitée par l'opothérapie splénique. — M. Ch. Hederer cite parmi d'autres nombreux cas trois sujets atteints d'anémie paludéenne traités par des extraits de rate en injections.

Il conclut de la façon suivante :

1° Action sur le volume de la rate : rétraction progressive et réduction durable dans chaque cas de splénomégalie;

2° Action sur le sang : comme phénomène dominant à retenir, une hyperglobulie constante soutenue, portant sur l'augmentation parfois remarquable du nombre des hématies;

3° Action sur l'état général : accroissement du poids, réveil de l'appétit, sensation de mieux-être et de forces récupérées.

(Séance du 10 décembre 1930)

Solution antiseptique cicatrisante. — M. J. Boucher (d'Avignon) indique une solution sulforicinoboratée d'es-

sence de térébenthine, comme antiseptique cicatrisant. Il donne trois formules pour des usages divers.

Radiographies de lipiodol intratrachéal. Usage des boues vioformées. — M. Georges ROSENTHAL présente des radiographies de gazés de guerre avec des lésions des bronches et bronchioles décelées par le lipiodol (bronches en macaronis, cannelés, absence de feuillage, etc.).

Il insiste sur les émulsions huile vioformée qui persistent dans les bronches, suffisamment pour réaliser leur asepsie profonde, et devenir avec ou sans aspiration la base du traitement des suppurations bronchiques diffuses avec ou sans dilatation.

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1931)

Le pain et les produits nocifs qu'il contient. — M. Henri LABBÉ expose tous les aspects de cette grave question qui intéresse si vivement la santé publique. Il en montre avec une très riche documentation les aspects divers. Ce problème pourrait avoir une solution rapide, si cette solution était demandée aux données hygiéniques seules, et si elle n'entraînait pas tant de changements dans les domaines les plus divers.

M. G. POUCHET s'opposera toujours à l'addition de toute substance étrangère aux aliments, et a toujours lutté contre l'emploi de tous les antiseptiques incorporés aux produits alimentaires. On ignore les modifications que les « améliorants » apportent dans la constitution physicochimique des farines et il est opportun de ne pas tolérer l'introduction de substances dont les effets nocifs peuvent ne se révéler qu'au bout d'un certain temps.

M. G. LEVEN ajoute que l'observation clinique démontre les dangers du pain actuel. Lorsqu'il a publié en 1927, à la Société de thérapeutique, un travail sur le « Rôle thérapeutique de la suppression du pain » il ignorait l'emploi des produits nocifs dont l'action fâcheuse vient s'ajouter aux autres facteurs d'indigestibilité du pain pris en grande quantité.

A propos du pain. — M. M. DUMESNIL expose que les blés indigènes ne sont pas si inférieurs aux blés exotiques qu'on veut bien le dire. Il connaît des moulins de campagne approvisionnés uniquement de blé de son département dont la farine permet à des boulangers compétents de faire de l'excellent pain, sans aucune adjonction d' « améliorants ».

Le public pensant à tort que la couleur bise de certains pains démontre une qualité inférieure de farine, il en est résulté l'emploi de décolorants nuisibles. Plus de conscience éclairée dans la fabrication du pain, un rendement meilleur dû à une meilleure organisation, et non à des procédés trop expéditifs ou frauduleux, telle est la clef de la question du bon pain, du pain des temps passés.

La notion d'intolérance. Son importance en thérapeutique. — M. A. TZANCK établit les caractères distinctifs entre les intoxications et les intolérances. Il étudie des points de vue étiologique, anatomopathologique, pathogénique, clinique et évolutif. Cette conception entraîne des directives thérapeutiques spéciales : ce n'est pas le poison qu'il s'agit de combattre, mais le sujet qu'il faut calmer et rendre tolérant. Ces considérations expliquent sans doute pourquoi des régimes restrictifs à l'excès demeurent inopérants.

Les réflexes des diabétiques au cours de la cure de Vichy. — MM. PARTURIER et Ch. LEGRAIN constatent avec une

grande fréquence chez les diabétiques soumis à la cure de Vichy un retour vers la normale de la réflectivité tendineuse.

Bureau pour 1931. — Président, M. Tiffeneau; vice-président, M. Babonneix; secrétaire général, M. G. Leven; secrétaire général adjoint, M. Bertherand; secrétaires des séances, MM. Huerre et Marcel Laemmer.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1930)

Le cancer de la corde vocale. — M. TERRACOL. Exposé pour le médecin praticien des grandes lignes de la question et des résultats favorables obtenus par un diagnostic et une intervention précoces.

Greffe ou métastase vulvo-vaginale d'un cancer du col de l'utérus. — MM. V. RICHE, G. FAYOT et Mlle M. SOULAS.

Epithélioma primitif de l'intestin grêle avec métastases cutanées et cardiaques. — MM. PUECH, VIDAL, ANSELME-MARTIN et GUIBERT.

Anémie fébrile aiguë traitée par la méthode de Whipple. — MM. VEDEL, J. VIDAL et ANSELME-MARTIN ont observé une forme bénigne d'anémie fébrile aiguë; la fièvre ne dura qu'une douzaine de jours et l'évolution spontanément favorable fut remarquablement influencée par le traitement de Whipple; le taux des globules rouges s'éleva en un mois de 1.700.000 à 4.000.000. Cette observation se signale par une hyperleucocytose anormalement élevée (50.000) qui régressa rapidement; la formule sanguine était absolument normale pour les globules blancs; par contre on constatait la présence de nombreuses hématies nucléées. A signaler, en outre, une hyperazotémie (1g10) et une hyperuricémie (0g098) transitoires associées à une hypocholestérolémie.

Torsion extravaginale du testicule chez un nourrisson de dix jours. — MM. MASSABUAU, A. GUIBAL et BONNET ont observé cet accident au troisième jour après l'apparition des premiers symptômes qui avait fait porter le diagnostic d'orchite. Les signes cliniques de torsion funiculaire étant très nets, intervention immédiate qui révéla un bistournage typique avec section spontanée partielle du cordon thrombosé. La conservation fut impossible.

Quatre cas de syndrome sympathique cervical postérieur. Essais de radonthérapie. — MM. J. EUZIÈRE, H. VIALLEFONT, R. CASTAGNE et L. PARÈS. De l'avis des auteurs il est important de connaître les troubles décrits par Barré et Lieou sous le nom de syndrome sympathique cervical postérieur, car ils se rencontrent fréquemment. Ils présentent quatre cas dans lesquels se retrouve à peu près complète la symptomatologie des auteurs strasbourgeois. Les quatre malades présentent de la spondylose cervicale. Deux sont hypercholestérolémiques.

Le traitement radonthérapique, selon la technique de l'un des auteurs, a été appliqué avec succès durable dans les deux premiers cas, les seuls où le traitement a pu être à l'heure actuelle suffisamment prolongé; le traitement est en cours pour les deux autres. On peut, dès maintenant, noter une réaction plus forte chez les hypercholestérolémiques que chez les deux autres malades.

Rhumatisme cervical et radonthérapie. — M. R. Castagne.

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1930)

Cancer primitif du poumon avec métastases hépatiques et rachidiennes. — MM. Janbon, P. Rimbaud et Mas.

Monoplégie brachiale flasque transitoire à type radiculaire total à la suite d'une tentative de pneumothorax thérapeutique. — M. R. Amat (de Saint-Yogard).

Paralysie générale. — MM. J. Euzière, H. Viallefont et L. Tarbouriec rapportent douze cas de paralysie générale traités par le dmelcos associé au stovarsol avec deux guérisons, quatre très grandes améliorations, six améliorations manifestes. Ils n'ont eu aucun accident ni aucun incident. La malariathérapie étant parfois impossible matériellement à mettre en œuvre (surtout en province) faute de souche malarique, ils considèrent comme indiqué d'employer alors le traitement dmelcos-stovarsol, sauf contre-indication (les contre-indications étant d'ailleurs plus restreintes que pour la malariathérapie).

Guérison rapide d'une fièvre ondulante par les sels d'acridine. — MM. M. Janbon et P. Rimbaud.

Cœur et interventions chirurgicales. (A propos de la récente communication du professeur Vaquez à la Société nationale de chirurgie.) — M. L. Rimbaud précise que les principes précédemment énoncés par lui et critiqués par le professeur Vaquez ne s'appliquaient évidemment pas aux cas exceptionnels dans lesquels l'acte chirurgical est dirigé contre la cause même de l'insuffisance cardiaque (opération de Brauer dans la symphyse pleuro-péricardique, thyroïdectomie dans la maladie de Basedow avec accidents cardiaques, interventions portant sur les anévrismes artério-veineux). L'auteur résume son opinion dans les conclusions suivantes : l'insuffisance cardiaque avérée est en principe une contre-indication formelle à toute intervention chirurgicale. Cette règle ne souffre d'exception que dans deux sortes d'éventualités : soit qu'il s'agisse de s'attaquer à la cause même de l'insuffisance cardiaque, soit qu'un incident pathologique survenu secondairement apporte l'indication d'une intervention dont l'urgence est indiscutable (obstruction intestinale, hernie étranglée, etc.).

Trois cas d'accidents nerveux par coup de chaleur. — MM. E. Leenhardt, J. Chaptal et M. Dufoix.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ALLONAL EN STOMATOLOGIE (1)

Par le docteur R. Petiteau (de Morteau).

L'auteur conclut, de son travail très documenté et de ses expériences systématiques, que le stomatologiste peut et doit employer l'allonal dans la plupart de ses interventions qu'il soupçonne devoir être accompagnées de douleur. Après une avulsion, il complète et prolonge l'action de l'anesthésique, surtout si l'opération a été longue et difficile. Dans les cas de réactions douloureuses de l'apex et du ligament alvéolo-dentaire, il agit de façon fidèle et rapide; il n'y a que dans les cas de péri-odontite infectieuse que son action est plus lente à se manifester; mais, si l'on pratique en même temps l'intervention qui s'impose, c'est-à-dire large ouverture de la chambre pulpaire et même perforation de l'apex, le résultat est à peu près certain. Enfin, c'est l'auxiliaire le plus précieux du praticien lorsqu'il doit intervenir sur des sujets nerveux, craintifs ; un comprimé pris une demi-heure avant l'intervention permet d'opérer sur un sujet calme, dont les réflexes de défense sont à peu près nuls.

L'allonal agit en somme d'une façon régulière sur l'élément douleur, apaise l'excitation et provoque un sommeil calme, physiologique, suivi d'un réveil normal. Etant dépourvu de toute toxicité aux doses thérapeutiques, il n'a aucun effet sur le cœur, les reins, les poumons : il ne produit pas de phénomènes d'accumulation ou d'accoutumance. C'est donc un excellent médicament hypno-analgésique, d'une grande importance pratique dans la thérapeutique quotidienne et que le praticien peut employer avec une absolue confiance.

(1) *Semaine dentaire*, Paris, 15 juin 1930.

REVUE DES THÈSES

La vie d'Ambroise Paré, chirurgien du roy [écrivain] (1), par le docteur Léon Michelet. Préface du docteur Victor Pauchet.

Le livre de M. Léon Michelet est une des meilleures monographies qui aient été consacrées à Ambroise Paré. Aussi, ne faut-il pas s'étonner que M. J.-L. Faure ait cité cet ouvrage à différentes reprises dans le magnifique éloge qu'il prononçait récemment à l'Académie.

La conclusion de M. Michelet est un chef-d'œuvre de concision qu'il faut reproduire en entier.

« Le nom d'Ambroise Paré, écrit-il, ce nom que quatre siècles n'ont point atteint dans son prestige, incarnera toujours pour les générations à venir, l'esprit de recherche et d'observation, l'audace, l'énergie, la bonté, l'érudition, toutes les qualités traditionnelles de cette lignée d'élite : les chirurgiens célèbres — les maîtres de notre Faculté.

Ambroise Paré fut une grande âme, une noble figure. Il consacra sa vie entière à soulager les « pauvres soldats » et les rois de France (ses protecteurs), à inventer et perfectionner les techniques chirurgicales, à braver les critiques et les horions de ses contemporains, à réveiller et donner un élan nouveau à un art enlisé dans les préjugés sectaires de l'époque.

C'est une occasion pour nous de saluer avec respect ce fils de coffretier devenu à force de travail patient et de volonté soutenue *le père de la chirurgie*. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 25 février. — Jury : MM. Balthazard, président ; Loeper, Ombrédanne et Lemierre. — M. Beinis. Etude des intoxications par le tétrachloréthane. — M. Gawler Moses Leib. La trypaflavine dans le traitement de la fièvre typhoïde. — M. Champeau. Un novateur : Charles G. Pravaz. — M. Mignon. Traitement chirurgical des luxations invétérées de la hanche.

Jeudi 26 février. — Jury : MM. Ménétrier, président; Rathery, Tanon et Lévy-Valensi. — M. Lebovits. Claude Perrault, physiologiste. — M. Waitz. Lésions cérébro-méningées à la naissance. — M. Totin. Les inondations et l'hygiène. — M. Schérédine. Sur la nécessité d'une vérification scientifique du décès.

Jury : MM. Achard, président; Cunéo, Gougerot et Terrien. — M. Sternfeld. Etude de la granulie cancéreuse. — M. Delage. Le décollement de la zone péritonéale accolée mésogastrique (anatomie et applications chirurgicales). — M. Baret. Etude des rapports entre la gangrène et la syphilis. — M. Mazeyrie. Etude pathogénique et thérapeutique du glaucome aigu.

(1) *Th. de Paris*, 1930.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HEPATIQUES ASTHENIE ETC
DRAGEES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
LE MEILLEUR PREVENTIF DES NEOPLASMES
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)

N° 16 — MERCREDI 25 FÉVRIER 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 25 FÉVRIER 1931. — N° 16.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Sur deux cas de gastropathie grave ayant simulé le cancer et probablement de nature syphilitique, par M. le professeur A. Lemierre.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de chirurgie.
Société de biologie.
Société de médecine de Paris.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
La réforme des études dentaires, par M. A. Herpin.
PRATIQUE MÉDICALE
Les substances nutritives indispensables à l'enfant, par M. le docteur Meslier.
NOTES POUR L'INTERNAT
Anatomie et physiologie de la glande sous-maxillaire (suite).
LIVRES NOUVEAUX
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin phtisiologue à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le directeur des hospices, à Orléans.

— Toulouse. — *Concours de l'internat.* — Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Sol, Géraud, Mme Sol, MM. Becq, Pétel et Gouzy.

Internes provisoires : MM. Garipuy, Grimoud, Dambrin.

Oral. — Questions données :

Pathologie externe. — 1re série : « Causes, signes et diagnostic des hématuries. » — 2e série : « Diagnostic des ulcérations linguales. »

Urgence. — 1re série : « Infiltration d'urine. » — 2e série : « Vomissements cycliques de l'enfance. »

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Mlle le docteur Pélissier (Henriette), reçue au concours de médecin chef des asiles, a été nommée médecin chef de l'asile d'aliénés de Pierrefeu (Var), en remplacement de M. le docteur Hugues, appelé à un autre poste.

M. le docteur Hugues (Paul), médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), est nommé médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Montpellier (Hérault), en remplacement de M. le docteur Leyritz, appelé à un autre emploi.

M. le docteur Pignède, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Prémontré (Aisne), est nommé médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), en remplacement de M. le docteur Chèze, décédé.

M. le docteur Laulier, médecin chef de service à l'asile d'aliénés d'Alençon (Orne); a été nommé médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône), en remplacement de M. le docteur Dodero, admis à la retraite.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE. (Pour les prix à décerner en 1931, voir *Gaz. des hôpit.*, 18 fév. 1931, n° 14.) — Prix a décerner en 1932. — Prix Dubreuil, annuel (400 fr.). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Duval-Marjolin, annuel (300 fr.). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1932.

Prix Edouard Laborie, annuel (1.200 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Ricord, bisannuel (300 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Prix Jules Hennequin, bisannuel (1.500 fr.). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain.

Ce prix ne peut être partagé.

Prix Demarquay, bisannuel (700 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet qui sera indiqué ultérieurement.

Prix Gerdy, bisannuel (2.000 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet qui sera indiqué ultérieurement.

Prix des élèves du docteur Eugène Rochard, triennal (10.000 fr.). — A l'auteur, interne ou ancien interne des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris, du meilleur travail inédit ou paru, dans les trois dernières années, sur un sujet de chirurgie générale.

Ce prix ne peut être partagé.

PRIX AIMÉ GUINARD, triennal (1.000 fr.). — Au meilleur travail de chirurgie générale présenté par un interne des hôpitaux de Paris, pendant qu'il sera en exercice ou pendant l'année qui suivra la fin de son internat.

Les manuscrits destinés au prix Laborie, au prix Gerdy et au prix Demarquay doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1932.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres doit avoir lieu à Evreux le 25 mars prochain, pour une place de médecin spécialisé en tuberculose, chargé des dispensaires de Vernon, Bernay, Gisors et Pont-Audemer.

Le titulaire pourra être appelé à assurer la consultation de vénérologie dans l'un ou plusieurs de ces centres de consultations.

Les conditions et avantages sont ceux du statut du Comité national.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. P. Moulonguet, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le mardi 3 mars 1931, à 17 h. (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : Thorax. Glande mammaire. Appareil génital de la femme.

— M. de Gaudart d'Allaines, agrégé, commencera son cours de pathologie chirurgicale le vendredi 6 mars 1931, à 16 h., et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Programme : Affections chirurgicales de la tête, du cou et des organes génitaux de l'homme.

HÔPITAL COCHIN. — Dans le service de M. Pissavy (pavillon Claude Bernard), M. Jean Paraf fait tous les jeudis, à 10 h. 45, une leçon sur une question biologique ou clinique concernant la tuberculose. Le lundi et le vendredi, à 10 h., visite des malades, discussions diagnostiques et thérapeutiques.

Sujet de la leçon du 5 février : Les hémoptysies tuberculeuses.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DU PROFESSEUR PORTMANN. — Outre les cours destinés à l'enseignement des étudiants et des spécialistes, qui ont lieu régulièrement à l'hôpital du Tondu et à l'annexe Saint-Raphaël, il est prévu des cours spéciaux :

Cours de broncho-œsophagoscopie. — Ce cours aura lieu du lundi 16 mars au jeudi 26 mars 1931. Il comprendra des conférences théoriques et des exercices pratiques sur le cadavre, les chiens chloralosés et les malades.

Cours d'anatomie pathologique en oto-rhino-laryngologie. — Ce cours aura lieu du lundi 4 mai au samedi 23 mai 1931, sous la direction du professeur Portmann.

Il comprendra des conférences théoriques sur les différents processus inflammatoires ou néoplasiques en général et sur les affections de l'oto-rhino-laryngologie.

Des travaux pratiques et des démonstrations avec examens de pièces macroscopiques et microscopiques accompagneront ces conférences.

Cours de perfectionnement en français. — Ce cours aura lieu du lundi 6 juillet au 19 juillet 1931.

Cours de perfectionnement en anglais. — Le « Five weeks american course » aura lieu du lundi 27 juillet au samedi 29 août 1931.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉFORME DES ÉTUDES DENTAIRES

Par M. A. HERPIN.

La réforme des études dentaires est question de fond et non point de forme comme voudraient le faire croire les partisans du *statu quo*.

Si elle ne consistait qu'en un changement dans les dénominations appliquées aux praticiens qui, sous un vocable nouveau, exerceraient, dans les mêmes conditions, le même art dentaire, il est bien certain que le bruit fait autour d'elle ne serait pas justifié.

En fait, si on veut changer les titres nécessaires pour cet exercice, c'est parce qu'ils ont en eux-mêmes une signification qui comporte des conséquences pratiques.

Nous avons vécu pendant plus d'un siècle sous le signe de l'autonomie. Or, l'autonomie de l'art dentaire comprend, en toute logique, l'autonomie des organes auxquels il s'applique.

Cette autonomie, c'est la dent en quelque sorte isolée de l'organisme, prenant une importance équivalente à celle de ce dernier, puisque ses partisans n'hésitent pas à réclamer, pour que le docteur en médecine puisse s'en occuper, un diplôme particulier. Y a-t-il quelque chose de plus contraire à la fois au bon sens et à la vérité scientifique que cette conception singulière?

Loin d'être un tout, la dent n'est que partie, et partie infime encore : elle n'existe qu'en fonction de l'organisme auquel elle appartient et dans les conditions qui sont déterminées par cet organisme. Aussi, l'envisager d'abord isolément, puis, accessoirement ensuite, examiner ses relations avec l'organisme, est une voie exactement opposée à celle qu'il conviendrait de suivre.

Cette méthode déplorable a donné des résultats qui le sont également : en hypnotisant le praticien sur un organe qui est surtout passif, on a stérilisé pendant plus d'un siècle les recherches sur sa pathologie et, en particulier, sur la carie dentaire; en lui accordant un rôle essentiel dans l'évolution des maxillaires, alors que, comme il est logique, c'est le contraire qui se produit, on a faussé les idées sur les questions de prothèse et d'orthodontie.

(*Voir la suite, p. 297.*)

Le but que se propose la réforme est précisément de supprimer cette anomalie qui consiste à considérer comme primordial ce qui est secondaire et à prendre la partie pour le tout; puis de repartir sur de nouvelles bases pour permettre une évolution normale à une spécialité qui a été déviée de sa route par une erreur initiale.

*
* *

Cet art dentaire, établi ainsi sur des données fausses, ne pouvait arriver à constituer une spécialité rationnelle. La recherche des causes lui était, en pratique, interdite, puisqu'il se cantonnait dans un domaine trop étroit et qu'il était amené à les envisager dans un sens inverse de ce qu'il eût fallu. Son rôle était, par le fait, réduit à la constatation pure et simple des accidents et ses méthodes découlaient forcément de ce rôle restreint : elles gravitaient autour de la dent et ne pouvaient tendre qu'à la réparation de fortune des accidents constatés.

Il s'ensuivait que lesdites méthodes ne pouvaient consister qu'en une technique — technique aveugle — puisque ne connaissant pas les causes ni la nature exacte des lésions qu'elle devait traiter.

Et, de même que l'organe était devenu primordial, effaçant l'organisme, de même cette technique s'était hypertrophiée et, du moyen qu'elle aurait dû être, était devenue un but.

Ainsi comprise, elle avait quelque chose d'artificiel et. là encore, il apparaît bien qu'il faudrait la reprendre à la base pour arriver à en établir une nouvelle qui, en connaissance des causes, fût un moyen soit de les prévenir, soit d'en réparer logiquement les effets.

Ce qui est surprenant, c'est que les partisans de l'autonomie voudraient essayer de consolider une situation aussi anormale, en imposant aux praticiens un certificat de spécialité. Il faudrait ainsi que les médecins, désireux de s'adonner aux recherches tendant à réformer l'état actuel des choses, prissent la peine de briguer un diplôme prouvant qu'ils possèdent bien les notions fausses qu'il s'agit de rectifier. Une telle prétention montre une incompréhension totale de la question et dépasse toute imagination.

*
* *

Cette réforme soulève un problème délicat, celui des mesures transitoires. Il convient à ce sujet d'envisager les faits de façon purement objective et d'éviter toute équivoque.

Le législateur ne peut s'occuper de régler de telles questions qui sont de la compétence du Conseil supérieur de l'Instruction publique; aussi se contente-t-il d'insérer dans la loi des dispositions en marquant la possibilité.

Il lui serait d'autant plus difficile de préciser, que, dans le cas présent, la question se présente sous une forme inaccoutumée.

Pour les pharmaciens, pour les officiers de santé, qu'ils fussent bacheliers ou non, qu'ils eussent ou non passé une thèse, ils étaient déjà, les uns pharmaciens, les autres à peu près médecins : les mesures transitoires étaient donc pour eux simples et aisées.

Pour les chirurgiens-dentistes, il n'en est plus de même. Il y a d'abord la question du baccalauréat : il faut bien le dire, la plupart ne sont pas bacheliers. Ils n'ont donc, dans les conditions actuelles, aucun accès possible aux Facultés de médecine. Des équivalences? Ce n'est pas au moment où il y a une telle pléthore de bacheliers, où tous les corps constitués protestent contre celles qui sont accordées, qu'il est possible d'en envisager de nouvelles et en masse.

Ceux qui sont bacheliers peuvent évidemment entrer, sans qu'il soit besoin de mesures transitoires, à la Faculté; et on pourrait très bien et sans inconvénient envisager pour eux la dispense du P. C. N. Mais une autre question se pose : ils n'ont pas fait d'études médicales; peut-on concevoir qu'un diplôme donnant des droits aussi étendus et dont l'usage peut présenter tant de dangers graves pour le public, puisse être décerné sans que des études normales, donnant toutes garanties de capacité, aient été faites?

Aussi le législateur est-il sage de s'en rapporter pour ces points, à la fois pour les bacheliers et pour les non-bacheliers, au Conseil supérieur de l'Instruction publique qui décidera, tous les groupements intéressés ayant été consultés, quelles sont les mesures qui pourront utilement, sans inconvénients et sans dangers, être prises.

LIVRES NOUVEAUX

Le choc anaphylactique et le principe de désensibilisation (1), par A. Besredka, professeur à l'Institut Pasteur.

Peu de problèmes en biologie ont eu le don de capter l'attention de diverses disciplines autant que le choc anaphylactique et l'état d'hypersensibilité : médecins, physiologistes, philosophes, chimistes, histologistes leur ont consacré un nombre insoupçonné de publications. Le problème de l'antianaphylaxie, visant la préservation contre les menaces d'un choc mortel, n'a pas moins exercé la sagacité des hommes de laboratoire et des cliniciens.

Cet ouvrage écrit par l'un des savants qui ont formulé les premières conceptions à l'époque où il n'existait encore aucune théorie de l'anaphylaxie a pour but de permettre au lecteur de se faire une idée d'ensemble du processus anaphylactique dont l'auteur étudie les trois fonctions : sensibilisante, toxique et vaccinante, par rapport au sérum sanguin. Les faits qu'il expose dans les premiers chapitres sont tirés principalement de l'étude expérimentale des sérums, des laits et des blancs d'œufs; ces faits assis sur des expériences très précises, incontestées, constituent les bases de nos connaissances actuelles sur l'anaphylaxie et l'antianaphylaxie.

Un long chapitre de l'ouvrage est consacré à la vaccination antianaphylactique, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue de la pathologie humaine et à ses différents modes d'application.

Dans le chapitre consacré aux applications pratiques, le professeur Besredka montre l'application en pathologie humaine des acquisitions faites au laboratoire et rapporte des observations consacrant le succès de la vaccination antianaphylactique chez l'homme en présence de son hypersensibilité à certains aliments : vaccination antianaphylactique par le procédé des petites doses, peptothérapie réalisée pour la première fois par Pagniez et Vallery-Radot et qui permet, dans les cas non définis notamment, d'obtenir des résultats surprenants, vaccination antianaphylactique enfin utilisée dans les cas d'intolérance aux médicaments.

Si les conditions qui font apparaître l'état anaphylactique sont bien connues, le mécanisme qui préside à son élaboration, ainsi qu'à l'apparition du choc est, par contre, loin d'être élucidé. Faute d'expériences précises, on est obligé d'avoir recours à des théories.

Les théories de l'anaphylaxie actuellement en cours sont exposées dans un chapitre spécial; le lecteur peut ainsi se faire une idée personnelle de la valeur des arguments apportés; le professeur Besredka termine par l'exposé de sa théorie personnelle. L. G.

(1) Un volume de 276 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

SUR DEUX CAS DE GASTROPATHIE GRAVE
AYANT SIMULÉ LE CANCER
ET PROBABLEMENT DE NATURE SYPHILITIQUE

Par A. LEMIERRE.

Bien que l'existence de la syphilis gastrique soit depuis longtemps démontrée et que de nombreux exemples en aient été rapportés, le diagnostic de cette affection est presque toujours délicat. Parmi les arguments que l'on peut invoquer en faveur de ce diagnostic, « l'amélioration des symptômes constatée à la suite d'un traitement antisyphilitique a une très grande valeur, surtout lorsque ces symptômes sont accompagnés de modifications radiologiques et qu'après traitement on remarque la disparition de lésions dûment constatées auparavant à l'écran (1) ».

C'est ainsi que, chez une femme de trente-cinq ans, syphilitique avérée dont nous avons publié l'histoire avec Cl. Gautier et Raulot-Lapointe (2) et qui avait présenté subitement une grande hématémèse, nous avons vu. au cours d'un traitement par l'arsénobenzol, se rétrécir puis s'effacer une large tache claire, arrondie, située à mi-hauteur de l'estomac, indice d'un syphilome ulcéré.

Les deux observations que nous rapportons aujourd'hui concernent des hommes âgés chez qui les symptômes cliniques et l'examen radiologique ont fait tout d'abord penser à un cancer de l'estomac. Puis une amélioration assez inattendue des troubles fonctionnels s'étant spontanément produite tandis que les signes radiologiques persistaient, et, d'autre part, la réaction de Wassermann s'étant montrée positive, le diagnostic de syphilis de l'estomac fut envisagé. Un traitement antisyphilitique fut alors institué et l'image gastrique redevint normale sur l'écran.

S'est-il réellement agi dans ces deux cas de syphilis de l'estomac ? C'est ce que nous aurons à discuter après avoir rapporté les deux observations.

OBSERVATION I. — A... (Pierre), soixante-sept ans, électricien, entre le 7 mars 1925 à l'hôpital Bichat, dans le service de chirurgie (docteur Baudet), pour une hématémèse.

Cet homme a commencé à souffrir de l'estomac à l'âge de trente ans. Il n'avait jamais auparavant présenté de maladie grave.

Les troubles dyspeptiques qui ont débuté à l'âge de trente ans consistaient en des douleurs survenant deux à trois heures après le repas de midi. Elles se produisaient par périodes de sept à huit jours, laissant entre elles des espaces prolongés où la digestion restait parfaitement normale. Ces douleurs étaient peu intenses et n'ont jamais déterminé le sujet à consulter un médecin, et ont conservé ce type pendant de longues années.

Depuis trois mois seulement, elles ont changé de caractère. Sans raison, elles sont peu à peu devenues quotidiennes et ont pris une intensité inusitée.

Le malade se réveille libre de toute douleur. Il prend son petit déjeuner et passe la matinée sans souffrir. Il déjeune à midi; mais son appétit qui avait toujours été excellent a brusquement fléchi et il éprouve même un dégoût uniforme pour tous les aliments.

Les douleurs débutent vers 3 heures de l'après-midi, au moment où le sujet est à son travail. Elles siègent dans la région épigastrique et consistent en une sensation de crampe, de torsion très pénible. Elles n'irradient pas dans le dos. Elles durent pendant une heure environ, puis s'amendent graduellement. Elles n'obligent pas le patient à abandonner son travail.

Le soir il dîne à 8 heures, très légèrement, et se couche. Très souvent, mais pas quotidiennement, il est réveillé vers 11 heures par des douleurs ayant le même caractère que celles de l'après-midi.

Il a maigri beaucoup pendant ces trois mois.

Dans la nuit du 6 au 7 mars 1925, il est pris, à 1 heure du matin, d'une hématémèse très abondante, d'abord de sang noir, puis de sang rouge. Il tombe dans un état lipothymique. Nouvelle hématémèse à 4 heures du matin, puis à 11 heures du matin. Dans l'après-midi du 7 mars son médecin constate un mælena très abondant, et le sujet entre à Bichat dans la soirée.

Immédiatement après son admission à l'hôpital il a une nouvelle hématémèse.

Le malade reste dans le service de chirurgie, d'abord à la diète absolue, puis au régime lacté.

Le 27 mars 1925 il est passé dans notre service, salle Bazin, où nous pouvons l'examiner pour la première fois.

C'est un homme très amaigri, au teint jaune paille, aux conjonctives et à la muqueuse buccale décolorées. Il ne souffre plus, mais il se plaint de manquer absolument d'appétit. Maintenu au régime lacté, il ne réclame aucun autre aliment.

La palpation de l'abdomen montre un peu de sensibilité à la région épigastrique qui est tendue et résiste à la pression.

Foie, rate, poumons, cœur, normaux.

Tension artérielle : Mxa, 14; Mna, 9 au sphygmomanomètre de Vaquez.

Réflexes rotuliens normaux. Les réflexes achilléens sont faibles mais existent. Yeux normaux.

Dans les urines ni sucre, ni albumine, ni urobiline. Pas de leucoplasie buccale.

Le sujet est maintenu au lait glacé.

Constipation. Selles d'aspect normal.

Le 30 mars. Examen hématologique : globules rouges, 2.900.000; globules blancs, 21.500.

Le 1er avril. Examen radioscopique de l'estomac. Examen très rapide, le malade ne pouvant se tenir debout. Pas de trace du repas de la veille. Après ingestion de bouillie barytée, estomac réduit à sa portion verticale. Il existe des contractions violentes n'intéressant que la moitié inférieure de l'estomac et aboutissant au passage immédiat de la bouillie barytée par une sorte de défilé irrégulier remontant extrêmement haut.

Devant cette histoire clinique, cette anémie persistant trois semaines après les hémorragies, cet amaigrissement, cette inappétence invincible, ces hématémèses tardives et cette image radioscopique, on pense à un cancer gastrique greffé sur un ulcère ancien.

Le sujet, complètement inappétent, est d'abord maintenu au régime lacté absolu; puis on lui donne un régime plus varié. Puis, comme il manifeste quelques velléités d'appétit, il est mis le 19 avril au grand régime de l'hôpital.

A partir de ce moment se dessine une subite amélioration. L'appétit reparaît; le teint du malade se recolore. Il n'y a aucune douleur épigastrique, ni spontanée, ni à la pression.

Le 21 avril 1925. Réaction de Wassermann : faiblement positive. Réaction de Bauer : positive.

(1) R. BENSAUDE. *Maladies de l'intestin*, Masson et Cie, Paris 1931, La syphilis gastro-intestinale, p. 251.

(2) A. LEMIERRE, CL. GAUTIER et RAULOT-LAPOINTE. Particularités de l'image radioscopique dans un cas de syphilis de l'estomac, *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 20, p. 309.

Le 29 avril 1925. Examen radioscopique de l'estomac :

a. Aucune stase gastrique. La bouillie barytée prise la veille à 19 heures, puis à minuit, remplit le cæcum et le côlon jusqu'à l'angle splénique.

Au moment de l'ingestion d'une nouvelle quantité de bouillie barytée, l'estomac se remplit normalement. La portion verticale de l'estomac est de forme normale. Mais le segment pylorique paraît étiré et fortement reporté vers la droite. Les contractions assez rapides intéressent surtout la partie inférieure de l'organe et poussent la baryte dans le duodénum, qui se trouve reporté fortement à droite, sous le foie.

b. Trois quarts d'heure plus tard, on constate toujours le pylore et le duodénum étirés et reportés vers la droite. Pas de douleur à la pression.

Le 2 mai 1925. Examen hématologique : globules rouges, 4.100.000; globules blancs, 9.600.

On fait une première injection intraveineuse de 1 centigramme de cyanure de mercure.

Le 13 mai 1925. Le malade a reçu neuf injections intraveineuses de cyanure de mercure. Il mange de tout et ne souffre pas. Son état général paraît excellent.

Examen radioscopique de l'estomac. La bouillie barytée prise à 19 heures et à minuit est tout entière dans le côlon.

L'estomac se remplit normalement, sans montrer d'aspect particulier.

Les contractions sont assez lentes et aboutissent, au bout d'un moment, au passage d'une bouchée barytée dans le duodénum. On ne retrouve plus l'image du défilé irrégulier et étiré, constaté lors du dernier examen radioscopique.

Le 14 mai. On recherche dans le sang :

Réaction de Wassermann : fortement positive.

Réaction de Bauer : fortement positive.

Le 22 mai 1925. Le malade a reçu encore cinq injections de cyanure de mercure.

Un nouvel examen radioscopique de l'estomac montre de nouveau un estomac normal.

Le malade se considérant comme tout à fait guéri sort de l'hôpital sur sa demande.

Obs. II. — L... (Joseph), soixante et un ans, entre à l'hôpital Bichat, salle Bazin, le 4 janvier 1929.

La maladie dont il souffre a débuté au mois de juin 1928. A ce moment cet homme, qui n'avait jamais antérieurement présenté de troubles dyspeptiques, commence à ressentir des douleurs violentes, ayant le caractère de douleurs en broche, siégeant à l'épigastre avec irradiations transfixiantes vers la région lombaire. Ces douleurs débutent deux heures et demie à trois heures après les repas avec une régularité absolue. Au début, elles surviennent seulement après le petit déjeuner du matin et après le repas de midi. Puis peu à peu apparaît également un paroxysme nocturne réveillant le patient entre minuit et 1 heure du matin.

Ces douleurs sont calmées par l'ingestion d'aliments. Elles ne s'accompagnent pas de vomissements, mais parfois seulement de nausées et d'éructations violentes.

Au mois de juin 1928 le malade entre à l'Hôtel-Dieu où il reste un mois et demi.

Les douleurs ont immédiatement disparu sous l'influence du repos.

Sorti de l'Hôtel-Dieu, il reprend son métier de laveur de glaces; mais les douleurs gastriques reparaissent si bien qu'il entre une première fois à l'hôpital Bichat le 14 septembre 1928 et y reste jusqu'au 10 octobre.

Cette fois encore les douleurs disparaissent dès que le sujet est au repos, et il peut presque immédiatement s'alimenter sans souffrir.

A ce moment l'attention est surtout attirée sur une lésion optique dont l'origine semble être une attaque de rhumatisme articulaire aigu survenue pendant le service militaire. L'urée du sang est trouvée à 0g61. En dix jours de temps le poids du corps augmente de 2 kilogrammes.

A sa sortie de l'hôpital le malade exerce la profession de gardien de chantier. Peu à peu les douleurs gastriques reparaissent. Le malade remarque qu'elles font défaut quand il mange peu, et à certains jours il réduit son alimentation à quelques cuillerées de bouillon. Il maigrit et son appétit jusque-là très bon diminue. Sur ces entrefaites, l'hiver étant venu, le malade souffre cruellement du froid pendant la nuit dans la baraque où il est logé.

Vers la fin de décembre, il se sent très faible, très fatigué; il souffre de diarrhée.

C'est alors qu'il réclame de nouveau son hospitalisation le 4 janvier 1929.

Le sujet apparaît très amaigri. Il aurait perdu 15 kilogrammes depuis six mois. Le teint est un peu jaunâtre; mais les pommettes sont rouges. Les muqueuses conjonctivales et labiales ne sont pas décolorées.

Le malade se plaint de diarrhée et a chaque jour une dizaine de selles liquides.

L'abdomen est plat, un peu douloureux à la pression de la région épigastrique.

On ne constate pas de tumeur à la palpation.

Le foie et la rate sont de volume normal.

Il n'y a pas de ganglions lymphatiques tuméfiés.

Les poumons sont normaux.

Le cœur ne paraît pas hypertrophié. La pointe bat dans le cinquième espace intercostal. Les bruits sont sourds. Il y a quelques extrasystoles. A la base on perçoit un souffle systolique très intense et un souffle diastolique très doux. La tension artérielle est de Mxa, 16 1/2; Mna, 8 1/2 au sphygmomanomètre de Vaquez.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni urobiline.

Les pupilles sont normales. Tous les réflexes existent, normaux.

Le sujet est assez déprimé. Ses réponses sont confuses et c'est assez difficilement qu'on arrive à lui faire préciser son histoire et à obtenir des renseignements précis sur la nature des troubles dyspeptiques dont il souffre depuis le mois de juin 1928.

On apprend de plus qu'il a eu pour unique maladie pendant son existence une crise de rhumatisme articulaire aigu violente, survenue pendant son service militaire, et pour laquelle il a séjourné pendant trois mois à l'hôpital. Il a été marié. Sa femme n'a jamais eu de grossesse. Elle a succombé à la suite d'une intervention chirurgicale.

L'apparition chez un homme de soixante et un ans n'ayant jamais antérieurement souffert de l'estomac, de troubles dyspeptiques aussi violents, s'accompagnant d'une perte de l'appétit et d'un amaigrissement considérable, fait immédiatement penser à l'existence d'un cancer gastrique.

L'examen radiologique est pratiqué le 9 janvier 1930 :

Thorax. — Image pulmonaire normale.

Cœur : gros ventricule gauche. Aorte très obscure et un peu augmentée de volume.

Tube digestif. — *a.* La bouillie barytée prise à minuit est presque tout entière dans le côlon ascendant et dans la première partie du côlon transverse. Il en reste cependant une petite quantité traçant les limites de la grande courbure et un petit amas opaque à la partie moyenne de l'estomac au niveau de la ligne bi-iliaque qui, normalement, devrait répondre à l'extrémité inférieure de la partie verticale.

b. L'examen immédiat après ingestion de bouillie barytée montre un estomac réduit à sa partie verticale, amputé de toute la région pylorique et dont l'extrémité inférieure répond à la masse résiduelle notée plus haut.

Cette image confirme le diagnostic de cancer gastrique.

Cependant, sous l'influence du repos au lit, du régime lacté et du carbonate de bismuth, les douleurs gastriques disparaissent immédiatement et la diarrhée cesse.

Le malade réclame à manger et supporte sans souffrir le grand régime de l'hôpital.

Une épidémie de grippe encombrant la salle il est transféré dans une salle de chroniques, où il continue à manger et où son état général s'améliore rapidement. Le 12 février il est atteint d'une pneumonie gauche qui évolue normalement. La défervescence survient le 20 février.

Le malade, complètement rétabli, est évacué le 8 mars sur un service de chroniques, à l'hospice d'Ivry.

Le 12 avril 1929, il est ramené à l'hôpital Bichat. On est immédiatement frappé de la très grande amélioration de son état général. Il a beaucoup engraissé Son appétit est excellent. Il ne souffre plus que de temps à autre de quelques douleurs épigastriques fugitives qui ne l'inquiètent aucunement.

Le 19 avril 1929 un nouvel examen radiographique montre que, malgré la cessation des troubles fonctionnels, l'image de l'estomac est identique à celle qui a été constatée au mois de janvier.

C'est alors que l'on pense à la possibilité d'une affection syphilitique de l'estomac.

Les réactions de Wassermann et de Hecht sont trouvées nettement positives et la réaction de floculation de Vernes est à 65.

Le malade est soumis au traitement par les injections intraveineuses de novarsénobenzol dont il reçoit :

Le 23 avril	0g15
Le 1er mai	0g30
Le 8 mai	0g45

Le 15 mai 1929. Un examen radioscopique montre que le remplissage de l'estomac est normal. Pas de dilatation gastrique; pas de stase. La palpation montre une douleur très limitée au niveau du bord supérieur du pylore. On note qu'en ce point et au-dessus la petite courbure est rigide.

L'évacuation gastrique se fait régulièrement depuis le début, sans hyperpéristaltisme.

L'image du duodénum ne présente pas d'anomalie. Pas de retard de l'évacuation gastrique. Pas d'image diverticulaire ni lacunaire.

Le 17 mai 1929. Nouvel examen radioscopique. La seule anomalie à relever au niveau de l'estomac est l'existence d'un angle droit assez fixe représentant l'union du bord supérieur de la portion transversale et du bord droit de la portion verticale.

Le 23 mai 1929. Injection intraveineuse de 0g60 de novarsénobenzol.

Toutes les injections d'arsénobenzol ont été très bien supportées. Néanmoins le sujet qui ne souffre plus et dont l'état général est excellent, ne comprenant pas pourquoi on continue à le traiter, refuse toute injection ultérieure.

Il reste encore quelques mois à Bichat, en excellente santé, dans une salle de chroniques, puis est transféré dans un hospice de vieillards.

En résumé l'observation I est celle d'un homme de soixante-sept ans ayant présenté depuis l'âge de trente ans des douleurs tardives survenant par crises plus ou moins espacées. Puis après une période de trois mois au cours de laquelle ces douleurs étaient devenues plus intenses et plus continues et s'étaient accompagnées d'un amaigrissement rapide survint une grande hématémèse.

Pendant près d'un mois après cette hématémèse, le malade très anémié, le teint jaune paille, demeura en proie à une inappétence invincible, si bien que le diagnostic de cancer gastrique greffé sur un ulcère ancien fut porté et l'examen radioscopique montra un segment pylorique étiré, transformé en défilé irrégulier et tiré vers la droite.

Cependant, contre toute attente, au bout d'un mois se dessina une amélioration progressive; l'appétit reparut et put être satisfait sans retour des douleurs. L'aspect anémique s'effaça. Mais malgré cette transformation l'image gastrique anormale fut retrouvée sur l'écran. C'est alors que la réaction de Wassermann ayant été trouvée positive, un traitement par les injections intraveineuses de cyanure de mercure fut institué.

Après neuf injections de 1 centigramme de ce médicament, l'image radioscopique de l'estomac se montra normale. A ce moment le sujet ne suivait plus aucun régime, ne souffrait aucunement et son état général était excellent.

Il faut avouer que, dans ce cas, l'intervention de la syphilis dans la genèse de la lésion gastrique est loin d'être certaine. L'histoire du malade est celle d'un ulcéreux banal ayant souffert de sa lésion gastrique pendant près de quarante ans avant l'apparition de la grande hématémèse qui l'a amené à l'hôpital. La réaction de Wassermann positive ne signifie aucunement que cette lésion était syphilitique. L'amélioration spontanée des signes fonctionnels n'est pas non plus ce qu'on observe en général dans la syphilis stomacale simulant l'ulcère ou le cancer. Seule la transformation rapide d'une image radioscopique demeurée anormale, malgré la rétrocession des troubles subjectifs et le relèvement de l'état général, transformation coïncidant avec l'institution d'un traitement mercuriel, constitue un argument d'une certaine valeur. Il n'est pourtant pas définitif car on peut voir disparaître, sans thérapeutique particulière, des réactions inflammatoires banales développées autour d'un ulcère.

Nous estimons donc que chez ce premier malade il est possible qu'il se soit agi de syphilis de l'estomac; mais la chose ne nous paraît pas rigoureusement démontrée.

Dans l'observation II, la nature syphilitique de l'affection gastrique est plus probable. Les troubles dyspeptiques, sous forme de douleurs tardives très intenses accompagnées d'amaigrissement, ont fait leur première apparition à l'âge de soixante et un ans, ce qui est un peu tardif pour un ulcère simple. Six mois après le début de ces phénomènes, l'examen radioscopique a montré un estomac réduit à sa portion verticale et comme amputé de sa région pylorique, image faisant penser à un cancer. Néanmoins sous la seule influence du repos et du régime lacté, tous les signes fonctionnels s'amendèrent.

Trois mois plus tard, alors que l'état général était redevenu excellent et que le sujet ne souffrait plus que très rarement de douleurs épigastriques fugaces, la même image radioscopique fut encore constatée. D'autre part le patient était porteur d'un double souffle aortique; la réaction de Bordet-Wassermann et la réaction de floculation de Vernes étaient chez lui nettement positives. Le malade reçut à sept jours d'intervalle l'une de l'autre trois injections de 0g15, 0g30 et 0g45 d'arsénobenzol. Huit jours après la troi-

sième injection, l'examen à l'écran montra une transformation considérable de l'image stomacale : le segment pylorique était redevenu apparent; on constatait seulement une rigidité du bord supérieur de ce segment ainsi que de la partie moyenne de la petite courbure. Ces deux lignes rigides formaient un angle droit assez fixe.

Le malade reçut encore une injection de 0g60 d'arsénobenzol, puis, se trouvant bien, refusa tout traitement ultérieur. Il resta plusieurs mois encore à l'hôpital en parfaite santé, pour être placé ensuite dans un asile de vieillards.

Cette observation rappelle la précédente : nous trouvons là aussi des troubles dyspeptiques graves, une altération profonde de l'état général et la présence d'une image radiologique ayant fait penser à un cancer de l'estomac. Là aussi, les phénomènes fonctionnels ont régressé complètement sous l'influence du repos et du régime lacté, malgré la persistance d'une image radiologique franchement anormale. Ce symptôme lui-même a disparu presque complètement après 3 injections d'arsénobenzol.

Tels sont les deux cas que nous avons voulu rapporter. Nous ne nous dissimulons pas, une fois encore, que, dans l'un comme dans l'autre, nous ne pouvons apporter en faveur de la nature syphilitique des troubles gastriques accusés par les patients que des présomptions et non une démonstration inattaquable. Mais combien, parmi les observations de syphilis stomacale publiées jusqu'ici, où le diagnostic n'a reposé que sur des données d'ordre clinique, ne sont-elles pas passibles du même reproche.

Trois arguments nous paraissent, chez nos deux sujets, pouvoir être invoqués en faveur de l'origine syphilitique de la gastropathie. C'est, en premier lieu, l'évolution très particulière des accidents qui, après avoir fait penser à juste titre au cancer, ont pris spontanément par la suite un aspect inattendu.

Or, l'on sait qu'en face de phénomènes dyspeptiques relevant de lésions organiques certaines, il faut toujours penser à l'intervention possible de la syphilis, si ces phénomènes affectent une allure bizarre.

D'autre part, chez les deux malades, l'existence d'une infection spécifique a été démontrée par la présence d'une réaction de Wassermann non douteuse; l'un des deux était de plus porteur d'une aortite suspecte. La seule existence de cette spécificité ne suffirait évidemment pas à affirmer qu'elle est la cause de la gastropathie. Mais, en présence des autres constatations, ce fait prend une tout autre valeur. Enfin, la modification rapide de l'image radiologique après le traitement antisyphilitique, alors que cette image radiologique était demeurée obstinément anormale malgré une amélioration considérable des troubles dyspeptiques et de l'état général, nous paraît être l'argument le plus impressionnant. Il est impossible d'affirmer qu'il ne se soit pas agi d'une heureuse coïncidence; mais de telles coïncidences, dans des cas semblables à ceux que nous venons de rapporter, nous paraissent suffisamment rares pour qu'on se refuse à envisager comme vraisemblable une action spécifique de la médication employée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1931)

Traitement du cancer par le chlorure de magnésium et la pyoformine. — M. Henri DUFOUR présente une malade, âgée de quarante-trois ans, à laquelle en 1928 on a enlevé le sein gauche pour un cancer. En avril 1929, six mois après l'opération, apparut au niveau du sein droit un deuxième noyau cancéreux qui augmenta rapidement de volume; la malade refusa une deuxième intervention. La tumeur envahit la glande mammaire, le mamelon devint croûteux et la peau rouge adhérente, en pelure d'orange.

En août 1929, douleurs dans la cavité abdominale, gastralgie, coliques, vomissements, diarrhée, douleurs lombaires. En même temps qu'un gros amaigrissement l'ascite envahit la cavité abdominale.

Admise à l'hôpital Broussais le 13 novembre 1929, la malade se trouvait dans un état lamentable, mais sans fièvre. Bientôt apparut un épanchement dans la plèvre gauche.

Le traitement a consisté à donner chaque jour 2 grammes de chlorure de magnésium et à faire depuis quatorze mois une piqûre quotidienne d'une ampoule de pyoformine dans la fesse.

Il faut certainement compter avec la lenteur d'évolution de certains cancers, mais il y a en plus ici une involution dont témoignent des signes objectifs non douteux (diminution de l'ascite par exemple).

Deux autres malades ont été soumis au même traitement : 1° une femme atteinte d'un cancer du col de l'utérus; 2° un homme de soixante-quatre ans atteint d'une tumeur du rectum. Régression de la masse cancéreuse.

Il s'agit donc d'une méthode thérapeutique dont l'application doit durer des mois, peut-être des années, et dont les doses médicamenteuses pourront être intensifiées.

Le traitement des algies chez les tuberculeux. — M. Jean PARAF. Les algies, sciatiques lombaires ou cervico-brachiales, sont fréquentes chez les tuberculeux pulmonaires. Elles sont justiciables des mêmes traitements, en particulier des injections locales lipiodolées qui sont parfaitement tolérées.

Cancer primitif du poumon à marche aiguë et à début pseudo-pneumonique. — MM. P.-N. DESCHAMPS et S. VIALARD.

Un cas de leucémie myélogène avec tumeurs cutanées terminée en leucémie aiguë. — MM. P. EMILE-WEIL et ISCH-WALL apportent le cas d'un malade atteint de leucémie myéloïde typique, chez qui l'apparition de tumeurs cutanées thoraciques annonça la transformation en leucémie aiguë : le malade mourut un mois et demi après, avec une proportion croissante de cellules souches dans le sang.

Paralysies périphériques observées chez deux hommes ayant subi une même intoxication par l'oxyde de carbone. — MM. Georges GUILLAIN, R. THUREL et H. DESOILLE présentent deux malades qui, à la suite d'une même intoxication par l'oxyde de carbone, ont été atteints de troubles paralytiques périphériques, le premier d'une paralysie d'un membre supérieur, le second d'une paralysie d'un membre inférieur. Ces paralysies sont déterminées par des foyers

hémorragiques comprimant les nerfs ou par des hémorragies dans les gaines nerveuses. Les deux cas rapportés dans cette communication sont un exemple de ces névrites par compression ou de névrites apoplectiformes.

Sur un cas d'ictère spirochétosique. — MM. LOYGUE et LEMOINE (d'Amiens) rapportent un cas d'ictère spirochétosique traité par la gonacrine. L'intérêt de ce cas réside dans le fait qu'après la première injection il fut impossible de transmettre la maladie au cobaye.

Epilepsie bravais-jacksonienne précédant le ramollissement cérébral. — M. SOREL (de Toulouse).

Antisepsie profonde dans les processus infectieux par le complexe savonneux d'acridine. — M. Maurice RENAUD expose que les complexes savonneux des substances organiques antiseptiques permettent de traiter tous les états infectieux d'origine bactérienne.

Le plus efficace complexe est le savon d'acridine.

Dans les affections à lésions visibles, plaies infectées, phlegmons, etc., l'amélioration est généralement immédiate et la guérison certaine dans des délais singulièrement courts. La suppuration peut même être évitée quand l'injection de savon est faite en temps opportun.

Dans les maladies à déterminations profondes, pneumonies, péritonites, appendicites, etc., la chute brusque de la température est le témoin de l'efficacité de la thérapeutique.

Dans les formes graves des maladies infectieuses, états typhoïdes, l'action favorable du savon d'acridine a été mise hors de doute dans des observations nombreuses.

Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. — MM. Paul JACQUET et Léon GALLY. Six heures après le repas opaque, chez l'appendiculaire, la baryte stagne encore en majeure partie dans l'iléon alors que chez le sujet sain elle s'est déversée en totalité dans le cœco-ascendant. L'iléon à l'écran est en péristaltisme avec fragmentation de l'image sous forme de taches séparées, distension gazeuse de certaines anses sous forme de bulles, effacement permanent ou intermittent de l'iléon dans ses derniers centimètres.

Le cæcum dans l'appendicite est constamment rétracté. Le cœco-ascendant est spasmé en masse, contrastant fréquemment avec l'aspect détendu du reste du gros intestin.

Ces déformations sont très caractéristiques et permettent d'affirmer, même en l'absence de visibilité de l'appendice qui n'est nullement nécessaire, la lésion de cet organe.

Deux cas d'anémie pernicieuse aplastique aiguë fébrile chez l'enfant. — MM. R.-A. MARQUÉZY et P. FLANDRIN.

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1931)

La cirrhose résiduelle à la suite des sténoses prolongées du cholédoque. — MM. Noël FIESSINGER et Guy ALBOT.

Hémiplégie et épilepsie survenues à la suite d'intoxication par l'oxyde de carbone. — M. COMBY.

Traitement des algies par injections locales de lipiodol. — M. COSTE.

Abcès amibien du foie évacué dans les bronches et guéri par injection intraveineuse d'émétine. — M. PETZETAKIS.

Volumineux anévrisme aortique ayant simulé une néoplasie pulmonaire. — MM. A. CLERC, MOURRUT et SCHWOB rapportent le cas d'un homme de quarante et un ans, ancien syphilitique, présentant des douleurs thoraciques gauches, violentes et tenaces, et ayant considérablement maigri. L'examen révélait une zone étendue de matité avec silence respiratoire ; à l'écran, on voyait une ombre volumineuse arrondie et régulière au-dessous de laquelle apparaissait une ombre plus petite et grossièrement triangulaire. Il mourut. A l'autopsie, on trouva une volumineuse ectasie de la crosse de l'aorte, refoulant le poumon en avant, et comblée par une masse fibrineuse. A la base du poumon gauche existait une vaste caverne entourée d'une zone d'infiltration tuberculeuse.

Un nouveau cas de tétanos grave guéri par la méthode de Dufour. — MM. M. VILLARET, HAGUENAU, R. WALLICH et BERNAL.

La poliomyélite en Grèce. — M. PETZETAKIS insiste sur les bons effets du sérum de convalescent employé à titre curatif.

Méningite à Friedlander. — MM. COMTE et LÉVY-BRUHL rapportent un cas de méningite avec septicémie due au bacille de Friedlander. A l'autopsie, on trouva une méningite suppurée, mais aucun foyer pyohémique viscéral ne put être décelé. Les auteurs soulignent quelques caractères aberrants du germe qui, en particulier, ne faisait pas virer la gélose lactosée tournesolée.

Les déséquilibres de la circulation de retour. — MM. Ch. LAUBRY et A. TZANCK.

Un nouveau cas d'anémie biermérienne hépato-résistante. — MM. M. LABBÉ, R. BOULIN et SOULIÉ rapportent un cas d'anémie grave : 3.340.000 globules rouges avec réaction mégaloblastique, où malgré l'ingestion de 4 kg 420 de foie pris sous des formes variées, le malade succomba à la déglobulisation progressive. Cette anémie rentre dans le cadre des anémies de type Biermer hépato-résistantes.

Septicémie à fièvre intermittente guérie par le novarsénobenzol. — MM. CHABROL, ETCHEGOIN et WAITZ.

L'épreuve sucrée amphogyre. — MM. Noël FIESSINGER et Joseph DIERYCK.

Fièvre paratyphoïde B avec pyélocystite. — MM. M. LOEPER et A. LEMAIRE rapportent un cas de paratyphoïde compliquée de pyélocystite dans lequel le bacille paratyphique B put être décelé dans le sang et dans les urines.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1931)

Traumatismes du carpe. — M. MAISONNET rapporte une série de travaux relatifs aux lésions carpiennes : 1° un travail de MM. Voncken-Demonie et Ory sur six cas d'énucléation du semi-lunaire ; 2° un travail de M. Bonnet (traumatisme du poignet, lésions osseuses multiples); 3° un travail de M. Paitre sur un cas de luxation rétro-luno-pyramidale du carpe et fracture cunéenne externe du radius.

M. LAPOINTE a vu un cas analogue au cas de M. Paitre.

Incontinence de matières fécales et d'urine. — M. BRÉCHOT rapporte ce travail de M. Raphaël Massart qui crut opérer pour spina bifida occulta. Mais l'arc vertébral paraissait intact. Résection de cet arc. On enlève au-dessous un noyau fibreux, guérison.

M. MOUCHET a vu une amélioration de pied creux après une intervention sur l'arc vertébral.

Anesthésie locale dans la neurotomie rétro-gassérienne. — M. CUNÉO rapporte ce travail de M. Sénèque. Le décollement dure-mérien a été exécuté après anesthésie avec tampons imbibés d'anesthésique et ne paraît pas très douloureux. Le gros avantage de cette technique est la possibilité, lors de la section nerveuse, de se rendre compte que tout le territoire correspondant est bien anesthésié.

M. DE MARTEL a vu réaliser cette opération à la locale.

Résection artérielle dans les embolies des membres. — M. GRÉGOIRE expose cette observation princeps : il s'agit d'un anévrisme artério-veineux avec embolie. M. Grégoire, estimant que l'embolectomie ne permet pas couramment le rétablissement artériel, a tenté l'artériectomie qui réalise une résection artérielle et sympathique selon les conceptions de Leriche. M. Grégoire réséqua sur 13 centimètres l'artère humérale après l'embolie. Le membre redevint chaud et de coloration normale, mais le pouls des radiale et cubitale n'a pas reparu. M. Grégoire remarque que : 1° la guérison de l'anévrisme artério-veineux par fermeture de l'orifice de communication est possible ; 2° la résection artérielle paraît présenter une remarquable efficacité dans l'embolie artérielle.

M. CHEVRIER a vu des caillots dans certains anévrismes artério-veineux et des guérisons après transformation en anévrisme artériel.

M. MOURE estime que la résection artérielle est souvent une bonne opération.

M. PROUST a obtenu un beau résultat de la résection artérielle dans un anévrisme de l'artère humérale profonde.

M. BAZY se demande s'il s'agit d'une thrombose ou d'une artérite.

M. CUNÉO a vu à l'intervention et par les signes cliniques des anévrismes artério-veineux qui paraissaient en pleine voie de guérison. Il estime également qu'une artère oblitérée est un organe nuisible.

M. BROCQ, sur une malade qui présentait un bras froid et douloureux, a fait une sympathectomie péri-artérielle avec excellent résultat.

M. GRÉGOIRE estime que la brutalité des signes cliniques indique que dans son cas il s'agissait d'une embolie.

Présentation de pièces :

M. BASSET : Torsion intravaginale du cordon spermatique. Il s'agissait d'un masturbateur de seize ans. Les lésions sphacéliques ont imposé l'ablation.

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1931)

Calcul biliaire intraduodénal. — M. MOURE rapporte cette observation de M. Caudrelier : syndrome de sténose pylorique due à un gros calcul venant de la vésicule. On enlève le calcul, ferme le duodénum et enlève la vésicule biliaire. Guérison. Un cas analogue de M. Moure s'est mal terminé. Il se demande si on ne doit pas laisser persister la fistule chez les sujets gravement atteints par l'occlusion, et intervenir sur la vésicule secondairement. En cas de sténose une gastro-entérostomie peut compléter le premier temps.

M. MAISONNET a observé un cas de calcul cholécysto-duodénal qui avait simulé un calcul rénal.

M. OKINCZYC a observé des phénomènes de sténose dans des cas analogues, et a obtenu de bons résultats de l'opération en un temps.

M. BROCQ estime que la conduite à tenir varie suivant les cas.

Greffe segmentaire du radius. — M. CUNÉO rapporte cette observation de M. Masini (de Marseille). Cet auteur a observé une rupture du greffon placé pour pseudarthrose du radius. Une greffe itérative lui a donné un bon résultat. Pour M. Cunéo il ne faut employer le mot de greffe segmentaire d'Albee que dans les cas où on a utilisé son instrumentation particulière. Il pense que lors de la seconde intervention des greffes ostéo-périostiques auraient suffi. D'autre part, il ne faut pas mépriser toutes les pseudarthroses du cubitus.

M. DUJARIER approuve M. Cunéo.

M. MAUCLAIRE a fait une implantation de greffe dans le canal médullaire avec bon résultat.

Résection du genou. — M. SORREL avait observé de mauvais résultats éloignés de la synthèse métallique dans 17 cas sur 23. Il insiste sur la nécessité de faire un plâtre immédiat pelvi-cruro-jambier. Il estime que le procédé intracapsulaire est excellent et ne sacrifie pas les ailerons rotuliens. Il s'agit d'une chirurgie simple qui ne doit être employée qu'après la phase de bacillémie. L'air marin permet en effet d'attendre le moment favorable et de laisser passer les poussées évolutives. La tumeur blanche du genou, de diagnostic certain, ne guérit que par résection.

Eléphantiasis. — M. PROUST a observé un séminome avec ganglions lombo-aortiques qui fut traité par radiothérapie et présenta un éléphantiasis aigu d'un membre inférieur par blocage lymphatique. Celui-ci guérit par irradiation.

MM. HARTMANN, GERNEZ, ROUX-BERGER, MAUCLAIRE et CUNÉO discutent de la nature de cette lésion.

Arthrite suppurée du genou. — M. WIART, avec son interne Mirallié, a obtenu une guérison d'arthrite purulente par injections de bactériophage. Si de tels cas se reproduisaient peut-être existerait-il une nouvelle méthode de traitement. Il s'agissait vraisemblablement d'une arthrite à streptocoques. On ponctionne le genou au bistouri. On remplace le pus par une injection de bactériophage. Renouvellement de ce traitement et guérison avec excellent résultat fonctionnel. Deux abcès juxta-articulaires avaient été incisés.

M. MATHIEU a observé par incision large d'excellents résultats dans des cas analogues.

M. SORREL se demande s'il y avait un substratum osseux.

M. WIART précise que non.

Présentation de radiographies :

M. HARTMANN : Fracture du rachis complètement indolente au début et passée inaperçue.

M. KÜSS : Radiographie stéréoscopique de sacro-coxalgie avec injection de lipiodol par la fistule.

M. SORREL considère que le lipiodol est surtout révélateur et non thérapeutique. Très souvent les soi-disant trochantérites sont d'origine sacrée.

M. MOUCHET : Petit corps étranger ostéo-cartilagineux dans une articulation du genou.

Présentation d'instruments :

M. DENIKER : Présentation d'une curette spéciale pouvant remplacer trois curettes différentes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1931)

Recherches sur la conservation de la toxine tétanique. — M. S. MUTERMILCH et Mlle E. SALAMON. La toxine tétanique diluée au 1/10.000 perd son pouvoir toxique après huit jours de conservation à 4°. Or, il ressort des recherches de S. Mutermilch et Mlle E. Salamon, que les extraits aqueux de divers organes de lapin, ainsi que le sérum normal de lapin, ajoutés en quantités infimes à la toxine tétanique diluée, lui confèrent la propriété de se conserver indéfiniment.

Réaction tissulaire générale par l'inoculation de B. C. G. dans les ganglions lymphatiques des cobayes. — MM. C. NINNI et V. TRAMONTANO. 1° Le B. C. G., inoculé par voie intra-ganglionnaire, sous la forme de culture directe, soit de rétro-cultures à partir d'organes (jusqu'à 4), soit même d'organes hébergeant encore du B. C. G. vivant, n'est pas modifié dans sa virulence.

2° La réaction tissulaire spécifique au B. C. G., qui met en évidence l'immunisation antituberculeuse de l'organisme, est produite par le système histiocytaire. Les modifications cellulaires, surtout lymphocytaires, existent, non seulement dans les ganglions inoculés, mais aussi dans tous les viscères de l'organisme. Ces modifications sont encore visibles cinq mois après l'inoculation, ce qui prouve indirectement que l'agent stimulateur de la réaction lymphocytaire, c'est-à-dire le B. C. G., est encore vivant après cinq mois.

A propos de l'augmentation de production de l'antitoxine tétanique par addition à l'antigène de substances non spécifiques. — MM. G. Ramon et E. Lemétayer. Chez les chevaux injectés avec deux doses de 10 centimètres cubes chacune d'anatoxine tétanique additionnée de tapioca, selon la méthode de vaccination courante contre le tétanos, l'immunité antitoxique produite atteint une valeur au moins cent fois plus forte que chez les animaux qui reçoivent dans les mêmes conditions deux doses d'anatoxine seule. L'addition de tapioca, d'alun ou de chlorure de calcium à l'antigène tétanique utilisé au cours de l'hyperimmunisation des chevaux fournisseurs de sérum antitétanique permet d'obtenir une production abondante d'antitoxine tétanique et qui se montre sensiblement de même ordre avec chacune des substances non spécifiques ajoutées.

Essais sur la relation entre l'augmentation de production d'antitoxine et l'hyperleucocytose provoquée. — M. V. Soituz. La production d'anatoxine tétanique est beaucoup augmentée par addition à l'antigène spécifique (anatoxine ou toxine) d'une substance telle que le tapioca, l'alun ou le chlorure de calcium ou l'anatoxine diphtérique, capable de produire en même temps une forte leucocytose. Sans que l'on puisse affirmer que la production de l'antitoxine marche de pair avec l'hyperleucocytose provoquée, il semble toutefois que cette production est particulièrement intense lorsque l'hyperleucocytose tend à atteindre son niveau le plus élevé.

Sur l'infection tuberculeuse ganglionnaire du cobaye. — MM. A. Boquet et J. Valtis démontrent que lorsqu'on excise largement la peau moins de deux heures après l'inoculation intradermique de bacilles de Koch virulents, au cobaye, l'infection tuberculeuse reste, dans quelques cas, localisée plus de quatre mois aux ganglions lymphatiques régionaux.

De la nature de l'immunité antidiphtérique réalisée par la voie cutanée. — M. A. Besredka. Les expériences sur les lapins montrent qu'en rasant la peau ou en la frictionnant avec une crème lanoline-vaseline, on crée une immunité locale non spécifique; à la faveur de celle-ci, on obtient au moyen de la toxine diphtérique appliquée sur la peau, en peu de temps une immunité locale spécifique, laquelle fait rapidement place à l'immunité antidiphtérique générale.

Transfert du virus lépreux grâce à la larve du T. crassicola. — M. Borrel a donné à manger à des rats, en même temps du tissu lépreux et des œufs de T. crassicola et il a montré que la larve du T. crassicola peut transporter le virus du tube digestif dans le foie. Il pense que la larve du T. crassicola peut dans certains cas transporter un virus cancéreux. La production du sarcome du foie dans les expériences d'infestation, ne serait positive que dans le cas où le virus serait présent dans l'intestin.

Projection de film. — MM. J. Comandon et P. de Fonbrune. 1° *Fluctuations de la densité de l'œuf de Limnea auricularia.* — Un film est projeté montrant en vitesse accélérée le développement d'un œuf de Limnea auricularia. Aussitôt après la ponte, l'ovocyte touche au fond de la cavité limitée par la coque ovulaire. On assiste à l'émission des deux globules polaires; aussitôt après l'ovocyte s'élève lentement (en deux heures) jusqu'au sommet de la coque ovulaire.

Dans la suite du développement, la densité de l'œuf par rapport à celle du liquide qui le baigne se modifie, ce qui provoque des fluctuations dans la position de l'ovocyte.

2° *Emission périodique d'un liquide dans les premiers stades du développement d'œufs de Limnée.* — Dès le stade à deux blastomères on voit s'accumuler un liquide transparent entre les premières cellules. Brusquement l'embryon diminue de volume, en même temps que cette zone claire disparaît. Ces contractions se répètent périodiquement dans le cours du développement. D'abord irrégulières, elles deviennent bientôt plus également espacées. Dans l'exemple représenté par le film, elles se produisent environ tous les quarts d'heure. Quand l'embryon est sorti du chorion, on constate nettement à chaque contraction, l'émission d'un jet de liquide sortant d'un point déterminé de la surface.

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1931)

Peut-on rendre le B. C. G. virulent par les cultures sur milieu à l'œuf et l'acide sulfurique selon Löwenstein-Hohn? — M. A. Saenz. Le B. C. G., après qu'il a subi quatre passages sur milieu à l'œuf de Hohn et trois traitements par l'acide sulfurique dilué à 5 p. 100, au moment où il a été transplanté, se comporte exactement comme la souche originelle, c'est-à-dire qu'il ne provoque que des réactions locales, transitoires, chez les cobayes auxquels on l'inocule par la voie sous-cutanée ou par la voie péritonéale. Les hypothèses suivant lesquelles le bacille-vaccin de Calmette et Guérin pourrait récupérer sa virulence initiale lorsqu'on le cultive par le procédé Löwenstein-Hohn, ne sont donc pas fondées.

L'action calcifiante de l'ergostérol irradié (vitamine D) sur les lésions tuberculeuses provoquées par des bacilles préalablement tués. — MM. C. Levaditi et Li Yuan Po ont montré que l'ergostérol irradié, administré à des lapins tuberculinés par voie intratesticulaire, détermine une calcification intense des tubercules. Cet effet calcifiant peut être obtenu à la suite d'ingestions de doses non toxiques d'huile ergostérolée. Il était intéressant de rechercher si le même effet calcifiant se manifeste lorsqu'on injecte à des lapins, non pas des cultures vivantes de bacilles de Koch, mais des bacilles tuberculeux préalablement tués.

Les nouvelles recherches ont démontré que l'ergostérol irradié, administré *per os*, détermine une intensification manifeste de la calcification spontanée des tubercules testiculaires provoqués, chez le lapin, par des bacilles tuberculeux tués. La vitalité du microbe n'est donc pas un facteur indispensable à la réalisation du processus de calcification des lésions tuberculeuses. Elle facilite la précipitation du calcium, mais n'en est pas la cause première.

Le kala-azar sensibilise-t-il le spermophile de Macédoine pour l'infection tuberculeuse expérimentale? — MM. G. Blanc et J. Valtis ont démontré dans un travail antérieur que le spermophile *Citillus-citillus* de Macédoine est sensible à l'infection expérimentale par le bacille tuberculeux du type Bovin.

Dans une nouvelle série de recherches, ils ont essayé de voir si le kala-azar auquel le spermophile présente une extrême sensibilité n'était pas capable d'activer l'infection tuberculeuse de ce rongeur.

Les résultats de leurs expériences leur ont permis de conclure par la négative.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1930)

A propos d'une communication de M. Gaultier sur le traitement médical de l'appendicite. — M. Peugniez pense

que tout malade atteint d'appendicite aiguë doit être à l'instant même dirigé sur un hôpital ou une clinique et être opéré d'urgence. M. Thévenard estime qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite, exclusif de l'acte chirurgical lequel s'impose d'urgence dans la forme aiguë, et doit être primordial dans la forme chronique. Dans l'une et l'autre forme, il doit être suivi d'un traitement médical complémentaire, l'appendicite n'étant qu'une manifestation du syndrome folliculaire auquel il faut remédier.

M. Haller s'inscrit contre l'appendicectomie, à titre préventif, pour l'opération dès le début de la crise aiguë d'appendicite. Dans le syndrome clinique complexe étiqueté appendicite chronique, il considère l'opération chirurgicale (comportant non seulement l'ablation de l'appendice, mais aussi les opérations complémentaires : épiplo-ectomie, cololyse) comme un temps du traitement mettant les malades opérés de la sorte en état de bénéficier du traitement médical longuement et intelligemment appliqué. Celui-ci amènera le plus souvent la guérison et dans d'autres cas une très grande amélioration.

M. Mazeran considère qu'on a éliminé les appendicites aiguës franches que l'on doit opérer. Il reste encore certains cas douteux qui peuvent bénéficier du traitement médical et de la cure hydrominérale. Il estime qu'on doit considérer des appendicites nettement chirurgicales qui procèdent d'une infection *hémato ou lymphogène* et des appendicites médicales qui sont la conséquence d'un processus *entérogène*. Entre les deux, se placent les cas mixtes qui, justement, prêtent à la discussion.

M. Duclaux pense que, depuis vingt-cinq ans, la question du traitement de l'appendicite a été complètement remise au point et qu'à l'heure actuelle, il faut opérer dès la première crise diagnostiquée. S'il y a des opérés qui souffrent encore après l'opération, c'est qu'ils ont été opérés trop tard après plusieurs crises; ils ont au moins l'avantage de ne plus avoir la menace toujours possible d'une perforation.

M. René Gaultier, résumant l'esprit de sa communication antérieure, pense sans s'insurger contre les observations de ses collègues pouvoir maintenir ses conclusions, à savoir que (comme le disait récemment dans un Congrès de chirurgie un grand maître dont il respecte la science et le talent) : si le chirurgien doit avoir autour de lui des collaborateurs médicaux spécialisés pour parfaire son diagnostic, le médecin a bien le droit, lui aussi (soit dit en toute modestie), de s'entourer de chirurgiens, en possession d'une bonne technique, pour l'aider, son diagnostic bien établi, dans une saine et utile thérapeutique, quand il en jugera le moment opportun et décisif.

Pathogénie et traitement de l'hypertension artérielle. — M. Barrieu (de Royat).

Vingt ans d'injection intratrachéale. — M. Georges Rosenthal.

(séance du 9 janvier 1931)

Colibacillose urinaire et cures alcalines. — M. R. Glénard. La cure de Vichy est contre-indiquée chez les véritables infectés urinaires avec prostatite ou rétention vésicale marquée. La cure rend souvent service dans la cystite ou la pyélonéphrite chronique colibacillaire. Elle représente le traitement de choix de la colibacillose urinaire chronique avec retentissement hépato-vésiculaire.

M. Goiffon pense que si l'hypoacidité des urines produit la pullulation du colibacille, les quantités modérées d'eau de Vichy actuellement en usage n'augmentent que très peu le pH. D'ailleurs, très souvent, à la fin de la cure, l'acidité qui avait fléchi, se relève malgré la continuation des mêmes doses d'eau ingérée.

A propos du traitement médical de l'appendicite. — M. Petit de la Villéon attaque une fois de plus cette thèse. Avant le mal, le traitement médical préventif peut avoir une valeur, mais le mal déclaré, seule, l'opération peut guérir le malade.

A propos de traumatismes vertébraux. — M. Roederer revient sur la question des séquelles des traumatismes rachidiens. Un de ces cas semble être une fracture méconnue, un autre, un Kummel-Verneuil. Dans un troisième cas, à la suite d'un effort, la radio de profil montre la calcification d'un nucleus pulposus déplacé en avant.

Dans un autre traumatisme récent, chez un adolescent, l'auteur a pu faire la preuve qu'il s'agissait d'une anomalie préexistante, probablement de nature congénitale.

M. Roederer insiste sur la forme du Kummel-Verneuil larvée, dans les étapes classiques, avec, du point de vue radiologique, un simple engainement des vertèbres, celles-ci n'étant pas déformées.

Il se demande également si, chez l'adolescent, le traumatisme ne pourrait pas être inscrit parfois à l'étiologie de la cyphose essentielle par suite de la réaction des disques.

Hyperpnée et épilepsie. — M. P. Hartenberg. L'hyperpnée ou respiration forcée qui consiste à répéter quinze ou vingt fois par minute des inspirations profondes suivies d'expirations prolongées, a pour curieux effet de provoquer au bout de quelques instants un accès de tétanie artificielle. On attribue actuellement cette tétanie à une hyperexcitabilité artificielle du système nerveux, et en particulier, du synapse neuro-musculaire de la plaque motrice, due à l'hyperalcalose et à la carence en ions calcium, consécutives à une élimination excessive de Co_2 par la respiration intensive. L'hyperpnée provoque quelquefois des manifestations épileptiformes chez les comitiaux. Mais cette action épileptogène ne saurait être considérée comme spécifique. Elle est simplement la conséquence de l'hyperexcitabilité du système nerveux et ne représente qu'une cause provocatrice banale, au même titre que quantité d'autres causes provocatrices des paroxysmes comitiaux.

Présentations :

M. René Martial présente son *Traité de l'immigration et de la greffe inter-raciale.*

M. Fildermann présente un cas de **cryptorchidie** dans lequel la pigration de la glande a été déclanchée, à l'âge de dix-huit ans, après échec d'autres méthodes, par hémocrinothérapie.

PRATIQUE MÉDICALE

LES SUBSTANCES NUTRITIVES INDISPENSABLES A L'ENFANT

Par le docteur Meslier.

Pour que l'enfant se développe normalement, il ne suffit pas d'espacer convenablement le nombre des tétées, de régler la contenance des biberons, en cas d'allaitement artificiel, de veiller sur son alimentation, s'il est plus âgé, il faut que son régime soit équilibré en protéines, en graisses, en hydrates de carbone, en sels minéraux et en ces substances hypothétiques que l'on appelle depuis Funck : les vitamines.

Chez le nourrisson, le lait maternel est l'aliment idéal, car il contient tous les éléments nécessaires à la vie et au développement statural et pondéral. Mais, à mesure que l'enfant grandit, il épuise la réserve congénitale formée par l'orga-

nisme maternel d'un certain nombre de substances que le lait de la mère ne peut lui renouveler. Aussi, dès que l'enfant a ses premières dents, il est bon de lui donner des substances fraîches, une cuillerée de jus de citron ou d'orange par exemple, pour parer à des accidents d'avitaminose.

Chez l'enfant nourri au biberon, chez l'enfant plus âgé, l'absence, la carence d'un des aliments nécessaires peut amener des troubles de croissance, d'ossification, de calcification, des arrêts de développement préjudiciables à l'état général de l'enfant.

Il faut, pour qu'un enfant se développe normalement, que sa ration contienne $2^{g}50$ d'albumine par kilogramme de poids et, dans ce total, les albumines animales doivent l'emporter sur les albumines végétales. Un enfant nourri de bouillies pousse mal, perd l'appétit, s'amaigrit et est souvent atteint de diarrhée de féculents qui augmente son amaigrissement et son mauvais état général.

Il faut encore que sa ration contienne 5 à 10 grammes d'hydrates de carbone par kilogramme de poids, sous peine de voir chez lui se développer l'acidose et son cortège de troubles digestifs, de vomissements acétonémiques; qu'elle contienne encore 2 à 3 grammes de graisses animales par kilogramme de poids, dont l'absence amène l'athrepsie, la cachexie et les œdèmes.

Les sels minéraux sont également indispensables à l'enfant. Dans les premiers mois, le nourrisson consomme la réserve de sels minéraux accumulés pendant la vie fœtale. Mais, au bout de ce laps de temps, si cette réserve n'est pas renouvelée par l'alimentation, on pourra voir se développer chez l'enfant une anémie marquée, surtout par l'abaissement du taux de l'hémoglobine dû au manque de fer, des troubles de croissance dus au manque de phosphore et de chaux. L'hypophosphatémie et l'hypocalcémie sont à la base du rachitisme, de la spasmophilie et de la tétanie.

Les travaux modernes ont montré la nécessité d'apporter au régime de l'enfant des substances fraîches dont la carence amène un ensemble de troubles groupés sous le nom d'avitaminose.

La première vitamine étudiée fut la vitamine B ou vitamine antibérique. En France, on n'observe guère le béribéri, mais chez l'enfant nourri avec des farines hautement blutées on peut observer un syndrome fruste caractérisé par une perte de l'appétit, par de l'hypotonie, de la bouffissure du visage et une tendance aux affections cutanées. Cette vitamine B, soluble dans l'eau et l'alcool, existe dans la levure de bière, la cuticule des graines, la peau des fruits, le lait, la viande.

A côté de cette vitamine B existe une vitamine C, dont l'absence dans le régime du nourrisson produit la maladie de Barlow ou scorbut infantile. Ce scorbut infantile se manifeste par de l'anémie, par des hématomes sous-périostés, du gonflement juxta-épiphysaire, des hémorragies diverses : hématuries, purpura. On l'observe souvent chez le nourrisson nourri de lait trop stérilisé ou de farines trop blutées. La vitamine C, hydrosoluble, se trouve dans les végétaux frais, dans le jus de citron, d'orange, de raisin, de groseille, et dans la plupart des légumes verts.

Ces deux vitamines B et C sont des vitamines hydrosolubles, mais il existe encore deux autres vitamines, qui ont le caractère d'être solubles dans les graisses et que Funck a proposé de ranger dans une classe spéciale : les vitastérines.

La vitamine A préside à l'accroissement de l'enfant. Sa carence, outre qu'elle produit un amaigrissement, un arrêt de croissance, provoque une lésion spéciale de la cornée que l'on appelle la xérophtalmie.

Enfin, accompagnant la vitamine A, est la vitamine D ou vitamine antirachitique dont la carence amène des déformations rachitiques des os. Le lait de la mère, le lait de vache en sont pauvres. L'huile de foie de morue seule en possède une quantité relativement considérable.

Outre le rôle que nous venons de détailler, les vitamines ont encore un pouvoir catalyseur sur les sels minéraux.

Ainsi, on doit veiller particulièrement au régime des enfants, comme nous l'indiquons plus haut.

Mais il se peut que, malgré ces précautions, on puisse déceler chez certains nourrissons et chez certains enfants des troubles de croissance, des manifestations de spasmophilie et même un début de rachitisme. Le régime n'est point suffisant pour y remédier. En cette occurrence, le médecin trouvera dans le *calcoléol* le médicament spécifique de ces troubles.

Le calcoléol contient de la tricalcine, qui est la meilleure préparation de sels de chaux et qui a un pouvoir recalcifiant qui n'est plus à démontrer, du protoxalate de fer dont le succès dans les maladies par carence et surtout dans les anémies a encore été affirmé récemment, de l'huile de foie de morue solidifiée dont on connaît l'action par les vitamines liposolubles qu'elle contient, la vitamine B sous forme de levure de bière, si nécessaire à la nutrition.

L'huile de foie de morue employée est une huile totale et solidifiée dont les propriétés chimiques et physiques ont été respectées et sont contrôlées biologiquement. Elle offre ainsi toutes garanties pour la conservation intégrale des vitamines que le mélange à d'autres substances, comme la tricalcine, ne saurait altérer, ainsi qu'en témoignent les expériences précises de Pappenheimer.

Facile à absorber, même par les jeunes enfants, le calcoléol n'a pas les inconvénients qui ont fait délaisser l'huile de foie de morue pendant de nombreuses années. Il est démontré qu'il n'est point besoin de faire absorber des cuillerées ou même des verres d'huile de foie de morue pour obtenir un effet utile. Tout récemment le professeur Mouriquand insistait sur l'action heureuse des faibles doses d'huile de foie de morue dans le rachitisme humain. Enfin, sous cette forme, l'huile de foie de morue peut être donnée à toutes les saisons et sous tous les climats.

Ainsi, chez le nourrisson dont la courbe de poids ne s'accroît pas de façon régulière, on pourra prescrire le calcoléol sous la forme de granulés dans les bouillies; chez le grand enfant en dragées ou granulés; et chez les grandes personnes et particulièrement chez les femmes qui allaitent, également en dragées et granulés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Formes anatomo-cliniques des granulies pulmonaires. Formes miliaires de la tuberculose des poumons, par Jacques DELARUE. Préface du professeur F. BEZANÇON. Un volume de 304 pages avec 49 figures et 7 planches hors texte. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

Prurits et prurigos, par Lucien HUDELO, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis. « La Pratique médicale illustrée. » In-8 de 40 pages avec 10 figures hors texte. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE [1]

2° Rapports proprement dits de la glande. — *A*. Dans la loge. — 1. LE PÉDICULE FACIAL. — a. *L'artère faciale* naît de la face antérieure de la carotide externe peu au-dessus de la grande corne; croise la face profonde du digastrique et du stylo-hyoïdien; perfore la cloison interglandulaire, puis, décrivant une courbe à concavité inférieure et obliquement dirigée en avant et en dehors, elle chemine au-dessus de la glande sous-maxillaire; elle peut être intraglandulaire, le plus souvent elle marque simplement son passage en une gouttière sur le bord supérieur du pôle postérieur de la glande, à laquelle la rattachent des rameaux nombreux.

Elle atteint le bord inférieur de la mâchoire, décrit une nouvelle courbe à concavité supérieure, et devenant verticale elle croise le bord inférieur du maxillaire en avant des insertions du masséter, marquant une empreinte sur l'os.

Une branche, l'*artère sous-mentale*, continue son trajet postéro-antérieur au bord inférieur du maxillaire.

b. *La veine faciale* placée en arrière de l'artère au bord inférieur de la mâchoire, la surcroise et la quitte pour cheminer oblique en bas, en arrière, *à la face superficielle de la glande* qu'elle déprime.

Elle se termine dans le tronc thyro-linguo-facial après avoir reçu la veine faciale postérieure ou communicante intraparotidienne qui a perforé la cloison interglandulaire.

c. *Les vaisseaux sous-mentaux*, branches des précédents, longent le bord inférieur de la mâchoire et la face superficielle de la sous-maxillaire.

2. DES GANGLIONS LYMPHATIQUES. — Ce sont les ganglions sous-maxillaires qui sont constamment pris dans les cancers de la langue.

La plupart sont dans la loge sous-maxillaire, sur le trajet des vaisseaux sous-mentaux et faciaux; un ou deux sont sus-aponévrotiques.

Trois groupes principaux :

— Groupe antérieur au bord externe du ventre antérieur du digastrique;

— Groupe moyen, principal; un gros ganglion constant au croisement des vaisseaux faciaux et sous-mentaux;

— Groupe postérieur, près de l'angle de la mâchoire.

Ces ganglions drainent :

— Le rebord alvéolaire;

— La *lèvre inférieure*;

— La *joue*;

— Le bord latéral de la *langue*.

D'où l'importance de curer la loge sous-maxillaire dans le cas de cancer de la langue. Pratiquement il faut enlever d'un seul tenant glande et ganglions.

***B*. En dehors de la loge.** — 1. FACE INFÉRO-EXTERNE OU CUTANÉE. — Par voie de dissection on trouve :

— La peau, le peaucier du cou;

— Du tissu cellulaire dans lequel cheminent :

a. Des filets de l'artère sous-mentale;

b. Des rameaux du plexus cervical superficiel, sensitifs, de la branche cervico-faciale du VII, moteurs;

— L'aponévrose cervicale superficielle.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 14, p. 270.

2. FACE SUPÉRO-EXTERNE OU OSSEUSE. — Elle répond :

a. Dans sa partie antérieure, à la fossette du maxillaire inférieur et à l'angle ouvert en bas, maxillaire mylo-hyoïdien.

Les vaisseaux mylo-hyoïdiens et le nerf du mylo-hyoïdien et du ventre antérieur du digastrique cheminent à la partie supérieure de l'angle; à distance le plus souvent de la glande.

b. Dans sa partie moyenne, aux insertions inférieures du ptérygoïdien interne, et profondément à la région para-amygdalienne où la faciale décrit sa première crosse.

c. Dans sa partie postérieure, à la bandelette sterno-maxillaire qui la sépare de la parotide.

3. FACE INTERNE OU MUSCULAIRE. — Ce sont les rapports principaux de la glande.

a. *Les muscles* disposés en deux plans :

— Plan profond : *Hyoglosse* vertical contre la base de la langue.

Mylo-hyoïdien oblique, constituant le plancher buccal.

— Plan superficiel : *Digastrique* avec son ventre antérieur, son ventre postérieur, son tendon fixé à l'hyoïde.

La glande déborde largement l'anse du digastrique surtout :

— En bas, où elle atteint l'os hyoïde;

— En arrière, où elle peut atteindre la carotide externe.

b. *Les organes.*

1° En dehors du mur musculaire. — *Le grand hypoglosse* (XII), accompagné des veines linguales superficielles, chemine *à la face externe de l'hyoglosse*.

Le XII a croisé la carotide externe à la naissance de l'occipitale, puis par deux fois la crosse de la linguale; il est devenu ascendant au niveau de la grande corne. En ce point il atteint le bord postérieur de l'hyoglosse, à la face externe duquel il chemine, croisant profondément digastrique et stylo-hyoïdien.

Il est nettement au-dessus du plan du tendon intermédiaire. Au cours de son trajet il innerve :

— L'hyoglosse;

— Le styloglosse;

— Le génioglosse.

— *Le nerf lingual* chemine très haut à la face externe de l'hyoglosse, sous la muqueuse linguale.

Il porte le ganglion sous-maxillaire et envoie des anastomoses au XII. *(A suivre.)*

BIBLIOGRAPHIE

« LE CRAPOUILLOT », ancien journal du front français, consacre entièrement aux *Allemands* son dernier numéro. Et c'est un copieux cahier du plus vivant, du plus actuel intérêt, bondé de photos et de dessins suggestifs. Il donnera encore un éclat plus vif à cette revue dont le succès augmente sans cesse. Dans ce numéro spécial qu'on lira de bout en bout, on trouve les articles suivants : Guillaume II, par Lucas Dubreton. En marge des élections hitlériennes, par André Hartmann. A propos de « Dieu est-il français » ? par Alexandre Arnoux. Situation économique de l'Allemagne, par René Lauret. Mais la plus grosse partie du numéro contient le reportage de Jean Galtier-Boissière et de Bernard Zimmer sur « Berlin », un reportage alerte, souple, profond et complet d'un relief singulier qui traite aussi bien des mœurs (nudisme, propagande anticonceptionnelle, homosexualité) que de la politique allemande, des « Nazis » d'Hitler aux « Casques d'Acier » d'Hugenberg et au « front rouge » des communistes. (La livraison illustrée : 12 fr., *Le Crapouillot*, 3, place de la Sorbonne, Paris.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 17. — SAMEDI 28 FÉVRIER 1931. — 104e ANNÉE. — SAMEDI 28 FÉVRIER 1931. — N° 17.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La tuberculose vertébrale postérieure (avec 3 fig.) [*fin*], par MM. Cl. Huriez et M. Lambret.
TRAVAUX ORIGINAUX
Indications de la gastro-entérostomie (fin), par M. V. Pauchet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de neurologie.
Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
CHRONIQUE
L'échinococcose au Congrès yougo-slave de chirurgie, par M. Mathé.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux (admissibilité). — Le professeur Léon Bernard remplace le docteur Claude. Les autres membres du jury ont accepté.

Liste des candidats :

MM. Azerad, Bariéty, Basch, Bascouret, Benda, Benoist, Blondel, Boltanski, Bourgeois, Brun du Bois Noir (de), Chabrun, Christophe, Clément, Darquier, Delafontaine, Delarue, Mlle Dreyfus-Sée, MM. Duruy, Escalier, Froment, Hillemand, Isaac (Georges), Kaplan, Kourilsky, Lambling, Lamy, Laporte, Lemaire, Lenormand, Lévy (M.), Lichtwitz, Liège, Marie, Martin, Meyer, Mollaret, Moussoir, Olivier (Henri), Olivier (Jean), Oumansky, Pelissier, Périsson, Péron, Pollet, Poumailloux, Rachet, Schmite, Thévenard, Thurel, Wahl, Wallich.

Sujets donnés à l'épreuve théorique anonyme du concours de médecin des hôpitaux :

Série A : « Formes cliniques et diagnostic de la lymphogranulomatose (maladie de Hodgkin). »

Série B : « Anémie pernicieuse. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Pelous, professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est maintenu dans lesdites fonctions pour une période d'un an, à dater du 1er novembre 1930.

COLLÈGE DE FRANCE. — La chaire de biologie générale du Collège de France est déclarée vacante.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours sera ouvert le 1er juillet 1931, à 8 h., pour l'emploi d'élève de l'Ecole du service de santé militaire.

Le nombre des élèves à admettre à la suite du concours de 1931 est fixé comme suit :

A. *Section métropolitaine.* — A 65 pour les étudiants en médecine (dont en principe 43 étudiants à 4 inscriptions et 22 candidats P.C.N.; à 3 pour les étudiants en pharmacie (stagiaires et 4 inscriptions).

Nota. — Tous les élèves admis dans la section métropolitaine devront effectuer leur scolarité devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

B. *Section médecine. Troupes coloniales.* — A 20 pour les étudiants en médecine (dont en principe 15 étudiants à 4 inscriptions et 5 étudiants P.C.N.).

Nota. — Tous les élèves admis dans cette section devront effectuer leur scolarité devant la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille.

GUERRE. — M. le médecin colonel Perrin, directeur du S. S. à Alger, est promu au grade de médecin général en remplacement de M. le médecin général Uzac, placé dans la section de réserve.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. — Conférences cliniques. — La deuxième conférence clinique de la Ligue a eu lieu le 11 février, dans la Clinique médicale de l'hôpital Cochin (professeur Achard), sous la présidence du docteur Weissenbach.

MM. Coste et Lacapère ont présenté une étude sur la cuti-vaccination dans les rhumatismes chroniques.

M. J. Forestier a traité de l'épreuve de la sédimentation globulaire dans le rhumatisme chronique.

Ces conférences ont été accompagnées de présentation de malades, et ont été suivies de discussions auxquelles ont pris part les membres présents.

La prochaine réunion clinique aura lieu le mercredi 11 mars, à 10 h., à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du docteur Mouchet, chirurgien des hôpitaux, et sera faite par MM. Mouchet et Roederer.

Les réunions suivantes auront lieu aux dates ci-après :

Jeudi 26 mars (docteur Weissenbach, hôpital Broca).

Jeudi 22 avril (docteur Dausset, Hôtel-Dieu).

CONFÉRENCES MÉDICALES DE L'HÔTEL CHAMBON [95, rue du Cherche-Midi (VIe)]. — Deux nouvelles conférences seront données dans la grande salle des conférences de l'Hôtel :

Le samedi 7 mars, à 21 h., sous la présidence de M. le professeur Lemierre, par le docteur Pasteur Vallery-Radot, professeur agrégé à la Faculté, sur « Fernand Widal et son œuvre ».

Le lundi 9 mars, à 21 h., par le professeur Emile Sergent, membre de l'Académie de médecine, sur « Le rôle du médecin dans la Société moderne ».

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN. — La session annuelle d'hydrologie et de climatologie de Montpellier aura lieu le samedi 21 mars 1931, à 16 h., dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Deux questions sont à l'ordre du jour :

1° *Fibromatose utérine.* — « Indications thérapeutiques générales de la fibromatose utérine. » Rapporteur : professeur Forgue.

« Traitement hydrominéral de la fibromatose utérine. » Rapporteur : docteur David (de Salies-de-Béarn).

2° *Les dysménorrhées pubertaires.* — « Les dysménorrhées pubertaires. » Rapporteur : professeur Riche.

« Le traitement hydrominéral des dysménorrhées pubertaires. » Rapporteurs : docteurs Guibert (de Balaruc) et Sappey (de Grenoble-Uriage).

L'exposé des rapports sera suivi de leur discussion et de communications sur les questions à l'ordre du jour.

A 19 h. 30 aura lieu un banquet à l'hôtel de la Métropole, au prix de 85 fr. par personne. Tenue de ville.

Le docteur Puech, secrétaire général, recevra les titres des communications et les adhésions au banquet.

Ecrire : docteur Puech, professeur agrégé à la Faculté, 32, rue de l'Aiguillerie, Montpellier.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — Au cours de sa récente assemblée générale l'Association a renouvelé son bureau pour 1931 :

Président : M. G. Lemoine (de Lille); vice-présidents : MM. G. Duchesne (de Paris) et Sarradon (de Marseille); secrétaire : M. A. Garrigues; secrétaire adjoint : M. Molinéry; trésorier : M. Mathé.

CAISSE MUTUELLE DE RETRAITES DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — Le bureau pour 1931 est ainsi composé :

Président : M. G. Paul-Manceau; vice-président : M. Minet (de Lille); secrétaire : M. A. Bouland; trésorier : M. A. Garrigues.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS D'ANATOMIE. — M. le professeur H. Rouvière commencera son cours le mercredi 4 mars 1931, à 16 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Système nerveux central. Anatomie du bassin. »

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Professeur : M. E. SERGENT. Hôpital de la Charité. Fondation de la Ville de Paris.) — Un cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire aura lieu du 20 au 25 avril inclus.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX. — CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Ces conférences seront faites par M. le professeur agrégé Marion, à l'hôpital Lariboisière (pavillon Civiale). Elles commenceront le *mardi 3 mars 1931*, à 10 heures et continueront les vendredis, samedis et mardis suivants.

Elles seront faites en liaison avec le cours de technique opératoire qui commencera le 9 mars, à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

PROGRAMME. — Mardi 3 mars : Indications opératoires dans la lithiase rénale.

Vendredi 6 mars : Calculs de l'uretère. Conduite à tenir.

Samedi 7 mars : Traitement de la tuberculose rénale.

Mardi 10 mars : Conduite à tenir dans les cystites après néphrectomie pour lithiase rénale.

Vendredi 13 mars : Conduite à tenir dans les plaies opératoires de l'uretère.

Samedi 14 mars : Diverticules de la vessie.

Mardi 17 mars : Traitement des fistules de l'urètre.

NOS CONFRÈRES ARTISTES. — Un de nos jeunes confrères, le docteur Maurice Rollet, graveur aquafortiste, qui expose non seulement au Salon des médecins, mais encore participe à la plupart des manifestations artistiques officielles, dont plusieurs œuvres ont déjà été acquises par l'Etat et par la Ville de Paris, entre autres sa vivante « Ile Saint-Louis », se dispose à faire paraître prochainement un nouvel ouvrage important *De Notre-Dame à Saint-Germain* qu'a préfacé Edmond Haraucourt, où l'on verra revivre de curieux coins du vieux Paris qui disparaît. Cet ouvrage, dont il est tout à la fois l'auteur, l'illustrateur, l'éditeur et l'imprimeur, tiré à un petit nombre d'exemplaires, sera vite épuisé. Que ceux d'entre nous qui désirent le posséder, et ils seront nombreux à n'en pas douter, s'empressent donc de lui demander les conditions de souscription : docteur Maurice Rollet, 136, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Henri Racine, décédé accidentellement à Paris; Henri Mircouche (de Paris), Victor Robin (de Lyon), C. Lapeyre (de Paris).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

AYANT CHATEAU en Charente-Inférieure, à 2km800 du bord de la mer, envisagerais vente, location ou association avec groupement médical, pour création et exploitation d'un préventorium, sanatorium ou maison de santé. Climat parfait, source très grand débit. Surface 10 hectares. Tout confort. Nombreuses dépendances, etc. — Pour tous renseignements et photos, écrire à Mme L. Marzo, 52, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine.

CHRONIQUE

L'ÉCHINOCOCCOSE AU CONGRÈS YOUGO-SLAVE DE CHIRURGIE

Le *Lijecnicki Vjesnik* de Zagreb (décembre 1930) publie les communications présentées au Congrès yougo-slave de chirurgie de Split (octobre 1930) sur l'échinococcose.

C'est d'abord une communication du professeur Budisavljevic, sur l'échinococcose en Yougoslavie, puis du docteur Ivan Botteri sur la sérologie de l'échinococcose qui l'amène à conclure que l'allergie échinococcique est de tous les phénomènes allergiques celui qui se rapproche le plus de l'anaphylaxie expérimentale chez les animaux; du docteur Bozo Pericic, sur la marche de la maladie et la conduite à tenir dans les cas de perforation d'un kyste échinococcique; de Teodor Luthac, l'échinococcose en Herzégovine et en Dalmatie; enfin du professeur Dévé, de Rouen, spécialement invité, sur le traitement des kystes hydatiques multiples de l'abdomen. Le professeur Dévé considère que cette question est assez mal connue des médecins et des chirurgiens. Tout en reconnaissant la gravité des cas il est résolument interventionniste. MATHÉ.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies de l'appareil digestif (1), par le docteur Etienne CHABROL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et le docteur Maurice BARIÉTY, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

L'étude de la pathologie digestive a pris un grand essor dans ces dernières années, si l'on en juge par les très nombreuses monographies qui nous en ont donné autant de vues fragmentaires. Il faut savoir gré à MM. Etienne Chabrol et Maurice Bariéty d'avoir fait une brillante synthèse de ces documents épars et de les avoir fondus dans une œuvre très personnelle, aussi élégante que précise.

Car c'est toute la pathologie digestive qui se trouve condensée dans ce volume de 660 pages, où sont étudiées en détail les *maladies de la bouche et du pharynx*, la *pathologie de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum*, les *affections de l'intestin et du rectum*, la *pathologie anale*.

Les auteurs ont apporté dans cette tâche leurs remarquables qualités d'enseigneurs et de cliniciens, et, dans maints chapitres, ils ont substitué à l'exposé trop souvent aride des traités, la forme beaucoup plus vivante des observations personnelles.

En faisant œuvre originale ils ne se sont point départis de leurs tendances éclectiques et ils ont voulu le souligner dans leur introduction même, intitulée : « Les tendances médicales en gastro-entérologie. »

Il n'est point douteux qu'à notre époque le spécialiste en pathologie digestive doit être tour à tour un *anatomiste*, un *physiologiste* et très souvent aussi un *psychologue*. MM. Chabrol et Bariéty soulignent longuement cette dernière tendance de l'esprit médical dans les chapitres qu'ils réservent aux dyspepsies et aux colites.

Ce volume intéressera aussi bien le praticien désireux d'avoir une œuvre vécue que le candidat aux concours, trop souvent perdu dans une documentation mal assimilée.

Sa lecture trouve par ailleurs un nouvel agrément dans les *169 figures* qui l'illustrent et les *100 planches radiographiques* qui lui permettent de prendre place aux côtés des atlas les mieux sélectionnés.

Par l'ensemble de ses qualités, l'œuvre de MM. Chabrol et Bariéty continue la meilleure tradition de l'école parisienne.

L. G.

Les Fissures faciales (1), par le docteur L. DIEULAFÉ, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, et le docteur A. HERPIN, professeur à l'Ecole française de stomatologie.

Voici la deuxième édition d'un excellent livre dans lequel le professeur Dieulafé et Herpin exposent avec une grande clarté cette question si importante des fissures faciales.

Après un chapitre très documenté et consacré au développement de la face et à l'anatomie comparée les auteurs étudient les variétés et les degrés de la malformation. Ils exposent les théories qui ont été émises pour les expliquer et rappellent notamment les travaux classiques de notre ami Victor Veau sur le bec-de-lièvre.

Les relations des fissures avec le système dentaire sont l'objet d'un deuxième chapitre. Puis c'est l'étude de la morphologie des fissures et celle de leur étiologie. Les indications opératoires et les méthodes à employer terminent cet ouvrage qui sera précieux non seulement pour les stomatologistes mais pour tous les chirurgiens. L. G.

Le Cancer (2), par G. JEANNENEY.

Notre confrère et ami le professeur agrégé Jeanneney, chirurgien du centre de cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest, veut bien nous adresser la deuxième édition du *Cancer* (manuel du praticien) qu'il vient de publier dans l'excellente collection des *petits précis*, dirigée par M. Cantonnet.

C'est une excellente mise au point de tout ce que le praticien doit connaître en fait de notions générales, de séméiologie, de diagnostic précoce et de traitement. M. Jeanneney a mis dans son livre sa clarté habituelle, et sa grande expérience lui a permis de débroussailler, si nous osons ainsi dire, cette question du cancer.

Nous ne saurions trop recommander la lecture de cet excellent ouvrage. F. L. S.

Margot et Mabu (3), par le docteur L. DEVRAIGNE, médecin-chef de la maternité de Lariboisière.

Notre ami le docteur Devraigne nous adresse une plaquette qu'il qualifie de modeste, dans laquelle sous une forme agréablement romancée il expose les bienfaits des consultations de nourrissons à la ville et à la campagne. Une fois de plus il fait une œuvre utile en montrant ce qu'ont pu réaliser « l'*appui maternel* » et le dévouement des assistantes sociales.

Au surplus, de cette plaquette il a tiré un film d'hygiène sociale « le voile sacré » qui fera mieux connaître encore au public l'importance de l'œuvre sociale dont le docteur Devraigne s'est fait l'infatigable propagateur.

F. L. S.

Radiographie néphro-cholécystique, par M. DE ABREU, de l'Institut brésilien des sciences et de l'Académie de médecine de Rio. Un volume de 158 pages avec 54 planches et 54 schémas. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) Un volume in-8 de 660 pages, avec 169 figures et 99 planches hors-texte. — Prix : broché, 95 fr.; cartonné, 105 fr. (*Tome VII du Précis de pathologie interne, de la Bibliothèque du doctorat en médecine* dirigée par les professeurs P. Carnot et F. Rathery.) — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Un volume in-8, avec 58 figures dans le texte. Editions *Semaine dentaire*, 1930, 26, rue du 4-Septembre, Paris.

(2) Deuxième édition, N. Maloine, Paris.

(3) Editions de la *Vie saine*, 1931, 36, rue des Artistes, Paris.

REVUE GÉNÉRALE

LA TUBERCULOSE VERTÉBRALE POSTÉRIEURE [1]

PAR

CLAUDE HURIEZ et MARCEL LAMBRET
Chef de clinique adjoint. Interne des hôpitaux.

(Travail des cliniques chirurgicale et médicale de l'Hôpital Saint-Sauveur de Lille, services de MM. les Professeurs LAMBRET *et* CARRIÈRE.)

Diagnostic. — 1. Tuberculoses antérieure et postérieure associées. — L'examen clinique traduit essentiellement la lésion antérieure, très destructive en général, accompagnée donc de grosses déformations.

On pourra cependant parfois déceler l'atteinte postérieure par une symptomatologie locale, faite de douleurs exagérément vives à la pression d'une apophyse épineuse, ou bien par son épaississement, quelquefois même par sa mobilité anormale.

Ou bien c'est un abcès des gouttières vertébrales qui attire l'attention plus spécialement sur l'arc postérieur.

A la fistulisation de cet abcès, il peut y avoir élimination de séquestres, petits fragments osseux, voire un bloc formé de lames et apophyse épineuse (Sorrel et Thermes), d'apophyse articulaire (Moore).

Mais le plus souvent c'est la radiographie qui décèle la participation postérieure, en montrant la libération d'apophyses, de l'arc entier même, la bascule d'un corps vertébral accompagnant l'atteinte d'une apophyse articulaire (cas d'Andrieux et Thermes).

2. Mal vertébral postérieur proprement dit. — L'affection débute presque toujours par des signes fonctionnels et l'on peut dire que la *douleur spontanée* est constante. Son peu d'acuité au début fait qu'on lui accorde trop peu d'importance pendant un certain temps.

Elle siège au point lésé, médian pour les apophyses épineuses, latéral pour le reste de l'arc postérieur. Elle augmente avec la fatigue, irradie en ceinture parfois au thorax, ou dans les membres inférieurs à la région lombaire. Son intensité est parfois telle qu'elle engendre une contracture de défense. Cependant la *raideur rachidienne* n'est pas très fréquente; elle reste toujours localisée à un segment très limité.

L'arc postérieur étant la partie la plus superficielle de la vertèbre, on pourrait croire que la symptomatologie locale va revêtir une importance toute particulière. Mais la déformation osseuse est exceptionnelle dans une affection où la statique vertébrale est peu troublée.

L'inspection pourra cependant montrer la saillie d'un abcès, et cela très rapidement. Cette collection médiane ou latéro-vertébrale dans les gouttières musculaires affectera au début une forme plus ou moins sphérique, puis piriforme, réalisant ce que Thermes appelle heureusement l'*abcès en larmes*. Puis la collection s'étale, fusiforme, souvent très superficielle.

La palpation fournira le signe le plus net, en déterminant une *douleur à la pression*, qui ne manque jamais (Courboules). Strictement médiane au niveau des apophyses épineuses, ou bien déterminée par la manœuvre dite des pouces dans les gouttières musculaires pour les apophyses transverses et articulaires. Enfin quand les délabrements seront très avancés, on pourra parfois *mobiliser un fragment* de l'arc postérieur, surtout l'apophyse épineuse.

On recherchera également au palper la formation d'abcès froid, qui au début se traduira par un empâtement indolent, puis par des signes de fluctuation qui ne tarderont pas à devenir évidents quand la collection évolue vers les plans dorsaux superficiels.

Souvent cet abcès n'est rattaché à l'altération osseuse originelle que par canal étroit, ce qui le rend fréquemment mobile.

Devant ces quelques signes rachidiens, il faudra avoir recours de toute nécessité à la *radiographie*. Mais encore faut-il que les techniques radiologiques actuelles permettent d'obtenir des images suffisamment nettes et étendues des divers segments de l'arc postérieur.

De toutes façons, il faudra exiger un cliché de face et un de profil, parfois même un cliché de trois quarts.

— Les apophyses épineuses sont généralement faciles à observer : le cliché de face permet seulement de juger de la distance normale ou non qui sépare leurs sommets. Plus instructif, le profil les montre parfaitement au niveau des six premières cervicales et des quatre premières lombaires. A la région dorsale la technique de Contremoulins de trois quarts est indispensable. En employant ces incidences, on pourra déceler en cas d'apophysite épineuse, soit une *ulcération en coup d'ongle* à bords irréguliers, parfois même l'existence de séquestres ou la libération totale de l'apophyse.

— Pour explorer les apophyses transverses, on ne peut guère utiliser que les radiographies de face : elles seront faciles à interpréter à la région lombaire; beaucoup moins au rachis cervical et enfin dans le thorax, l'image apophysaire sera en partie dissimulée par l'ombre du col costal. Moore a rapporté un cas absolument typique où l'apophyse transverse de la IIe lombaire était entièrement détachée de l'arc vertébral, distante de celui-ci d'environ 1 centimètre.

L'image d'une apophyse articulaire n'est véritablement satisfaisante qu'à la région lombaire et au niveau de la Ve lombaire, Andrieux et Thermes ont pu observer successivement un flou, puis une ulcération, enfin « un véritable séquestre dans une cavité bordée de deuil ».

Enfin c'est certainement l'étude radiologique des lames vertébrales qui est la moins aisée, sauf à la région lombaire. Dans notre cas où l'atteinte était

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 15, p. 279.

uniquement lamellaire, les images radiographiques ont toujours été muettes, sous toutes les incidences.

En dehors de destructions osseuses la radiographie révèle parfois des images d'abcès abdominaux ou surtout intrathoraciques.

Période des complications. — Elle est faite essentiellement de la fistulisation des abcès, comme dans le mal de Pott, mais par contre les complications nerveuses sont bien plus rares.

La fistulisation de ces abcès est en tous points semblable à celle de toute collection froide. Par l'orifice externe du trajet, très fréquemment situé sur la chaîne des apophyses épineuses, aux bords violacés et décollés, s'écoule un pus jaunâtre, à grumeaux caséeux, mêlés parfois de petits séquestres osseux.

L'exploration au stylet du trajet est souvent un excellent moyen de dépister l'origine osseuse exacte : la sonde, après un trajet ascendant, vient buter sur un os dénudé et nécrosé, et le choc émet un son dur.

L'injection de lipiodol par la fistule a permis quelquefois de reconnaître le siège de l'ostéite initiale.

Cette fistule fonctionnera avec sa chronicité habituelle si on n'intervient pas; mais Thermes a pu observer une guérison rapide et spontanée, avec cicatrice déprimée, en « cul-de-poule » dont le fonds adhérait à l'apophyse épineuse lésée.

Enfin pour les abcès profonds, thoraciques ou abdominaux, le plus souvent latents (comme dans notre cas), leur évolution ne doit pas différer de celle des abcès pottiques, néanmoins il n'a pas été relevé de cas d'évacuation dans une cavité ou un viscère quelconque.

Les troubles nerveux, nous l'avons déjà dit, ont été exceptionnellement notés dans la tuberculose vertébrale postérieure. Abbé et Lane ont rapporté chacun une observation de paraplégie spasmodique où la lésion vertébrale semblait uniquement postérieure. L'observation II de Thermes est moins intéressante car il y avait en même temps lésion pottique. Nous ne reviendrons guère sur les caractères de ces troubles nerveux décrits dans l'observation. Nous voulons seulement insister sur le fait que la paraplégie peut dominer le tableau clinique et qu'il est nécessaire de mettre en œuvre pour préciser l'étendue et la nature de la compression, tous les moyens de laboratoire : radiographies après injections de lipiodol ascendant et descendant, examen du liquide céphalo-rachidien au-dessus et au-dessous de la compression.

Mais ce qui nous a frappés, chez notre malade, ce fut la *précocité* et la *rapidité* de l'installation de cette paraplégie complète en six semaines.

La règle énoncée, pour le mal de Pott, par Mme Sorrel-Déjerine dans sa thèse peut s'appliquer à cette paraplégie d'origine postérieure : cette paraplégie précoce et complète était bien due à un abcès intra-rachidien, mais l'évolution n'eut pas ce caractère de curabilité qui caractérise la même variété de compression au cours de la tuberculose vertébrale antérieure.

Cependant l'abcès intra-rachidien n'entraîne pas toujours de troubles nerveux : telle l'obs. XV de Thermes.

Nous n'insisterons pas, enfin, sur les troubles généraux présentés par les malades atteints de tuberculose vertébrale postérieure. Comme chez les pottiques, à toutes les périodes, l'état général est fonction surtout des lésions viscérales concomitantes; peut-être à la période de fistulisation est-il moins touché que chez les premiers, en raison du meilleur drainage de l'abcès par une fistule plus courte et de ce fait susceptible de guérison dans des délais moins prolongés.

Diagnostic différentiel. — Du fait que cette affection est très rare, il résulte forcément que la discussion de son diagnostic, par ailleurs malaisé tant au point de vue clinique que radiographique, peut être longue. Mais si les causes d'erreurs sont multiples, tout l'effort doit viser surtout à *différencier Mal de Pott et tuberculose vertébrale postérieure*; car ici l'enjeu est gros de conséquences thérapeutiques.

A la période de début des deux affections, la symptomatologie clinique est faite de douleurs spontanées et provoquées, de rigidité rachidienne. Tout au plus peut-on avancer que dans le mal postérieur la douleur provoquée est plus vive et la rigidité moins accusée que dans le mal de Pott.

Mais très rapidement on pourra affirmer ce dernier, s'il s'agit d'un enfant, car apparaîtront la gibbosité, le recul en marche d'escalier, la disposition des apophyses épineuses en éventail. Chez lui d'ailleurs, la radiographie objective très vite les destructions corporéales. Pour Lance, en effet « les signes radiologiques sont très précoces à cet âge et contemporains des signes cliniques »; ou si l'on veut, *chez l'enfant, pas de mal de Pott sans signes radiologiques*.

Mais l'aphorisme est beaucoup plus délicat à affirmer chez l'adulte pottique. Il n'y a pas chez lui la riche symptomatologie locale de l'enfance. Thermes estime que la fréquence des signes nerveux est un gros argument en faveur de la tuberculose antérieure. Nous l'avons cru dans notre cas et cependant il nous faut bien admettre maintenant qu'il n'y a pas là d'élément de diagnostic absolu.

La radiographie peut-elle, comme chez l'enfant, permettre d'éliminer la tuberculose vertébrale antérieure, sur la foi de plusieurs clichés absolument normaux? Certains auteurs (Sicard, Laplane et Prieur, Clovis Vincent et Darquier) soutiennent que tout au moins lors des premiers stades de son évolution, le mal de Pott peut chez l'adulte et le vieillard rester muet au point de vue radiographique. Clovis Vincent et Darquier, Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine ont pu montrer par des radiographies de pièces nécropsiques que des lésions pottiques graves peuvent passer inaperçues par ce moyen chez l'adulte.

D'autre part dans l'observation XV de Thermes, où la tuberculose vertébrale postérieure fut facilement diagnostiquée, on constata un pincement antérieur très net entre les deux premières vertèbres lombaires, sans aucune lésion des corps et sans aucun signe clinique du mal de Pott.

A l'intervention l'arc postérieur apparut complètement détruit, ainsi que les apophyses articulaires et les ligaments postérieurs. Il admit que par suite de la destruction du hauban des ligaments postérieurs, et sous l'influence de la pesanteur, il y avait eu pincement antérieur de la partie la moins résistante : le disque intervertébral. Il n'est donc pas permis chez l'adulte d'éliminer le diagnostic de mal de Pott devant des épreuves négatives et exceptionnellement des déplacements vertébraux peuvent s'observer dans la tuberculose vertébrale postérieure.

— Quand les abcès sont décelables, peut-on tirer également de leur situation un élément sûr de diagnostic? Le siège postérieur de la collection n'est pas suffisant pour affirmer la tuberculose postérieure, car chez l'adulte dans la forme marginale décrite par Lance dans le mal de Pott, l'évolution se fait très fréquemment dans les gouttières rachidiennes.

Inversement, la découverte d'un abcès antérieur (comme dans notre cas) n'a pas pour corollaire toujours une étiologie pottique.

— On voit donc qu'en dehors de quelques cas heureux, le rejet du diagnostic de mal de Pott pour celui de mal vertébral postérieur ne peut se faire d'emblée. Il faut tenir compte des moindres signes locaux, ne pas assigner au siège des abcès et aux troubles nerveux une valeur considérable; enfin la radiographie fournit l'élément le plus important du diagnostic qui pourra rester encore hésitant car l'intégrité radiologique n'est pas toujours synonyme d'absence de lésions anatomiques.

— Par ailleurs la tuberculose n'est pas la seule affection capable de léser le rachis, et il faudra encore éliminer avant d'affirmer le mal vertébral postérieur :

1° **A la période des troubles fonctionnels**, les *arthrites vertébrales rhumatismales aiguës*, localisation exceptionnelle, où l'épreuve thérapeutique est indispensable; le *rhumatisme vertébral chronique*, apparaissant chez des sujets âgés, à l'occasion du froid, ne s'accompagnant pas de contracture rachidienne, aux algies mal localisées et diffuses; les *arthralgies syphilitiques* aux douleurs nocturnes influencées seulement par le traitement spécifique; les *arthrites vertébrales infectieuses;* les *fractures des apophyses* où la notion du traumatisme et les signes radiologiques sont des éléments suffisants en général de diagnostic.

Il sera plus délicat chez l'adolescent d'éliminer l'*épiphysite vertébrale de croissance*, étudiée par Delahaye; mais les douleurs spontanées et provoquées sont très étendues. Il se produit un accroissement en longueur de tout le corps et il est possible parfois de constater radiographiquement des anomalies de forme ou de localisation des épiphyses vertébrales.

2° **A la période des abcès.** — Il n'y aura pas à discuter longtemps la possibilité d'une *ostéomyélite aiguë*, qui peut se localiser au niveau de l'arc postérieur (Chipault) car la symptomatologie générale particulièrement grave et l'apparition de collections chaudes lui impriment un caractère très spécial.

L'*ostéomyélite chronique ou sub-aiguë* prêterait plus facilement à confusion, mais la ponction des abcès donne souvent issue à un pus dont l'examen bactériologique signe la nature. Nous ne ferons que citer le cas de Brewer et Wood, publié en 1908 comme atteinte de l'apophyse épineuse de D.3 avec abcès ossifluent et dont la guérison avait été obtenue par résection. Ils avaient posé le diagnostic probable de tuberculose apophysaire, quand survint plus tard une nouvelle atteinte des apophyses épineuses des trois premières lombaires avec abcès dans lequel on trouva du blastomyces.

Mais dans les gouttières vertébrales peuvent venir bomber des collections n'ayant pas une origine vertébrale.

Il suffira de citer l'empyème de nécessité. Le seul diagnostic important, parfois très difficile à préciser, concerne l'*abcès d'origine costale*, bien que la tuberculose des côtes soit rarement postérieure. L'abcès sus-costal a un début très typique, ne permettant pas sa confusion avec une collection vertébrale, car l'os malade présente suivant son grand axe une tuméfaction fusiforme, généralement douloureuse.

Mais à la période de fluctuation, c'est l'orientation seule qui peut servir à différencier l'abcès costal à direction transversale d'un abcès vertébral bien plus souvent vertical.

L'abcès sous-costal ne peut simuler l'abcès vertébral que lorsqu'il affecte une disposition en bissac avec une poche secondairement superficielle : il faut attacher quelque importance à la réduction partielle et à l'impulsion à la toux.

Enfin Thermes cite le spina bifida et le lipome comme pouvant induire en erreur.

— Quand les phénomènes nerveux, douloureux puis paraplégiques dominent la symptomatologie, comme dans notre cas, on peut être amené à discuter l'étiologie de la compression médullaire que les méthodes de laboratoire permettent maintenant de préciser.

Nous n'entrerons pas dans l'exposé de ce diagnostic : il importe ici seulement d'éliminer *la paraplégie pottique* qui commande le traitement orthopédique, l'immobilisation; tandis que la majorité des autres causes, tumeurs bénignes et malignes, lorsqu'elles sont primitives, obligent à la laminectomie. La confusion entre la paraplégie de la tuberculose vertébrale postérieure et une tumeur comprimant la moelle n'entraîne aucune faute de thérapeutique, tandis qu'elle conduirait à un résultat généralement médiocre au cas de paraplégie pottique.

Enfin nous rappellerons brièvement les variétés rares d'atteintes de l'arc postérieur entraînant des paraplégies : le kyste hydatique, le sarcome des lames.

Récemment Parker et Adson de Rochester ont décrit une affection de l'adulte, caractérisée par des douleurs radiculaires, puis une paraplégie, sans aucun signe rachidien soit clinique, soit radiologique. Ils ont trouvé à l'intervention un épaississement des lames, par production de tissu osseux

mou, rétrécissant le canal rachidien sur une hauteur de 2 à 4 vertèbres. La laminectomie précoce leur a donné de bons résultats dans huit cas. L'absence de documents anatomo-pathologiques précis est regrettable, car on ignore la nature de cette atteinte des arcs postérieurs.

En 1929, Uiberal opéra un malade qui présentait semblable tableau clinique et trouva une tumeur mal limitée que l'histologie montra être une ostéite fibreuse des troisième et quatrième arcs dorsaux, qui guérit par laminectomie.

La tuberculose vertébrale postérieure n'est donc pas un de ces diagnostics qui s'impose. Elle reste trop souvent une découverte nécropsique ou opératoire. Ce ne pourra toujours être qu'un diagnostic d'exclusion et surtout d'élimination de la tuberculose vertébrale antérieure. Malgré sa rareté, il faudra y songer, car la thérapeutique de ses manifestations simples et de ses complications doit être plus active que celle du mal de Pott.

Pronostic et traitement. — Quand elles représentent une extension du mal de Pott, les lésions de l'arc postérieur affirment la gravité du cas; mais leur existence n'entraîne pas de complications particulières. Elles peuvent être parfois un obstacle à l'application d'opérations ankylosantes, telles les méthodes de Hibbs et d'Albee dont Campbell a rapporté un certain nombre d'échecs tenant uniquement à l'atteinte vertébrale postérieure.

Si l'état général du pottique est satisfaisant, on ne traitera pas spécialement ce foyer postérieur, se réservant d'intervenir pour supprimer cette épine si elle entraînait de la fièvre à la suite d'une fistulisation, ou si elle s'opposait à la mise en œuvre de la thérapeutique nécessaire.

— Le mal vertébral postérieur, à l'état de manifestation tuberculeuse isolée, est une affection généralement bénigne. Dans quelques observations les lésions n'avaient pas été traitées; l'abcès s'était ouvert et, durant des mois, deux ans dans un cas de Polaillon, une fistule avait laissé s'écouler un pus parfois chargé de petits séquestres. Mais spontanément, la fistule s'était tarie et cicatrisée. Cependant la crainte de complications non imaginaires exige l'institution d'une thérapeutique générale et locale. En effet, la persistance d'une fistule expose à des infections surajoutées et à de graves altérations de l'état général. On ne peut laisser le foyer s'étendre, soit vers l'avant, entraînant comme dans les observations de Moore et de Thermes des lésions corporéales, soit dans le canal rachidien, déterminant une compression médullaire.

La thérapeutique orthopédique par l'immobilisation, ne trouve pas d'indications aussi impérieuses que dans le mal de Pott chez ces malades dont la statique vertébrale n'est pas altérée. Il faut avant tout empêcher l'extension du processus tuberculeux et instituer un traitement analogue à celui de la tuberculose costale.

Pour éviter la fistulisation des abcès, Ricard et Launay se contentent des ponctions suivies d'injections modificatrices, mais Lannelongue, Polaillon, Chipault, Broca préféraient depuis longtemps l'exérèse de ces lésions, qui suivant l'expression de Forgue, « sont sous la main et le grattoir du chirurgien ».

Proust résume ainsi l'intervention sanglante : « incision de l'abcès ossifluent, curettage de la cavité, grattage des points osseux; enfin et de préférence résection totale de la portion vertébrale tuberculeuse : tel est le traitement efficace et facile de cette lésion. »

Rien n'est plus simple pour une ostéite de l'apophyse épineuse; mais la plus grande fréquence des lésions au niveau des apophyses transverses nécessite souvent l'ablation de celles-ci et des parties postérieures d'une ou deux côtes : c'est faire, en somme, la costo-transversectomie de Ménard.

— Il semble logique également de s'adresser aux opérations sanglantes pour traiter les paraplégies qui peuvent survenir au cours d'une tuberculose vertébrale postérieure. En effet, les griefs reprochés notamment à la laminectomie au cours des paraplégies pottiques, sont-ils aussi valables ici? A ce point de vue, on ne manquera pas d'imputer l'issue fatale de notre malade à la conduite thérapeutique suivie : qu'il nous soit permis de préciser que l'opération n'a pas été grave en elle-même, ni dans ses suites immédiates. L'état général s'est nettement amélioré durant les six semaines consécutives à l'intervention. La cicatrisation par première intention de la plaie de laminectomie a été obtenue dans des délais très normaux. Le décès est bien indépendant de l'acte chirurgical, même dans ses suites éloignées. On ne peut pas invoquer une fistulisation du foyer rachidien avec infection secondaire. C'est le retour d'accidents infectieux vésicaux qui a emporté notre malade. Ceci étant posé, les résultats fonctionnels avaient été satisfaisants avec retour presque complet de la motricité et de la sensibilité dans la quinzaine post-opératoire et persistance de cette amélioration pendant deux mois.

Il est donc possible que l'intervention pour paraplégie au cours de la tuberculose vertébrale postérieure soit efficace, parce qu'*elle n'est pas illogique* comme dans le mal de Pott. La condamnation, en effet, dans la paraplégie pottique de la laminectomie, avait pour base la constatation anatomo-pathologique de Ménard du siège antérieur de l'abcès, agent presque constant de la compression médullaire. Mais dans la tuberculose vertébrale postérieure, les fongosités viennent comprimer la face postérieure de la dure-mère et se trouvent donc accessibles.

L'abcès ne peut, en raison de son siège postérieur, être drainé par le procédé de cathétérisme du trou de conjugaison de Calvé.

La laminectomie, au contraire, peut évacuer l'abcès, peler les fongosités, tout en supprimant le point de départ osseux. Dans ces cas où l'atteinte tuberculeuse reste cantonnée à l'arc postérieur, la laminectomie est, par ailleurs, sans dangers pour la statique vertébrale, en raison de l'intégrité des corps.

— Enfin d'après Thermes, dans les cas examinés dès les premiers symptômes, quand il n'existe que quelques douleurs vertébrales, avec ou sans irradiations, un point douloureux à la pression, il est

préférable de surveiller le malade immobilisé comme un pottique, prêt à intervenir si les indications se précisaient.

La cure de repos, la cure alimentaire, la cure héliomarine seront les adjuvants indispensables de toute thérapeutique, qui ne peut négliger la présence des localisations multiples ou viscérales, toujours susceptibles d'assombrir le pronostic des formes les plus bénignes du point de vue chirurgical.

En somme, mal de Pott et mal vertébral postérieur s'opposent en tous points : autant le premier est fréquent, autant l'autre est exceptionnel.

Il en résulte que le diagnostic de tuberculose vertébrale postérieure est toujours délicat, mais sa précision acquiert une importance singulière en vue de la conduite thérapeutique.

En effet, la situation superficielle de ce segment osseux, la conservation de la statique vertébrale, autorisent, nécessitent souvent pour éviter l'extension du foyer, une thérapeutique chirurgicale qui n'est que l'exception dans le mal de Pott.

BIBLIOGRAPHIE

BREWER et WOOD. Abcès consécutif à une ostéite de l'apophyse épineuse de la IIIe dorsale, *Amer. Journ. of surg.*, 1908, t. XLVIII, p. 889.

BROCA. *Traité de chirurgie des enfants*, art. TUBERCULOSE VERTÉBRALE, p. 781.

BROCA et DELANGLADE. Art. dans *Traité des maladies de l'enfance*, par Grancher, 1898.

CHARVOT. Tuberculose des apophyses épineuses vertébrales, *Gaz. hebdomadaire*, 1879, p. 630.

CHIPAULT. Ostéomyélite vertébrale, *Gaz. des hôpit.*, 1896.

COURBOULÈS. Statistique des tuberculoses vertébrales au Centre de Zuydcoote, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mai 1921, p. 487.

DELAHAYE. Etude sur quelques diagnostics du mal de Pott, en particulier l'épiphysite vertébrale de croissance, *Th. de Paris*, 1924.

FORESTIER. Lipiodol intrarachidien pour le diagnostic de la nature d'une compression médullaire, *Monde méd.*, 1er-15 nov. 1930.

FORGUE et RECLUS. *Traité de thérapeutique chirurgicale.*

FROELICH. Deux cas de tuméfaction de l'apophyse épineuse de la VIIe cervicale, de nature probablement tuberculeuse, *Revue méd. de l'Est*, 1898, p. 513.

KIRMISSON. *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur* (rapporte une observation de Abbe).

LANCE. *Mal de Pott. Tuberculose vertébrale*, 1 vol., 1923, p. 237, Flammarion, édit.; — Fausse gibbosité pouvant faire songer à un mal de Pott par hypertrophie de l'apophyse épineuse de la VIIe dorsale, *Soc. de pédiatrie*, 19 fév. 1929; — Douleur et impotence fonctionnelle cervicale en rapport avec un spina bifida occulta, *Soc. de pédiatrie*, 16 avril 1929.

LANNELONGUE. *Leçons cliniques sur la tuberculose vertébrale*, 1888, Asselin, édit., 5e leçon : La tuberculose vertébrale postérieure, p. 252 à 263; — Notes sur les ostéites apophysaires vertébrales tuberculeuses, *Bull. de la Soc. nat. de chir.*, 1878, p. 162.

LAPLANE. Le radiodiagnostic des affections intrarachidiennes par le lipiodol sous-arachnoïdien, *Th. de Paris*, 1924.

LE DENTU et DELBET. Art. TUBERCULOSE VERTÉBRALE POSTÉRIEURE, *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. IV, p. 946.

LÉRI. La lumbarthrie, *Presse méd.*, 21 fév. 1918, n° 12; — Diagnostic anatomique et clinique des maladies ankylosantes du rachis, *La Clinique*, 9 oct. 1908.

MARTEL (DE). Technique de la laminectomie, *Bull. de la Soc. nat. de chir.*, 20 mai 1925.

MÉNARD. *Etude pratique du mal de Pott*, Masson, éditeur, 1900, p. 4-30 (obs. VI), p. 77; — *Revue d'orthop.*, 1er mai 1889.

MONTAGNE. Les faux maux de Pott, *Th. de Paris*, 1926.

MOORE (B.). Propagation au corps vertébral d'une ostéite tuberculeuse d'une apophyse transverse, *Journ. of bone and Joint surg.*, avril 1922.

OUDARD, HESNARD et COUTEAUD. *Diagnostic des affections de la colonne vertébrale chez l'adulte*, 1928, Masson, éditeur.

PARKER et ADSON. Compression de la moelle et des racines par une ostéo-arthrite vertébrale hypertrophique (8 cas), *Surg., gyn., obst.*, juillet 1925, t. CXLI, n° 1.

PENTSCHEW. Ostéomyélite vertébrale, *Arch. f. klin. Chir.*, 7 fév. 1927, t. CXLVII, f. 4.

POLAILLON. Traitement des ostéites tuberculeuses postérieures, *Union méd.*, 1883.

PROUST. Tuberculose vertébrale postérieure, in *Précis de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 1100.

PUEL. Du mal vertébral, *Th. d'agrégation*, 1878.

RICARD et LAUNAY. *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1903.

SICARD, LAPLANE et PRIEUR. Tuberculose rachidienne et signes radiologiques, *Soc. de neurol.*, 7 fév. 1924, in *Bull.*, 1924, p. 239.

SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE. De l'absence des signes radiographiques dans certaines formes du mal de Pott, *Revue neurol.*, mars 1924.

SORREL-DÉJERINE (Mme). Contribution à l'étude des paraplégies pottiques, *Th. de Paris*, 1926, Masson.

THERME. Contribution à l'étude du mal vertébral postérieur (tuberculose des arcs postérieurs), *Th. de Paris*, 1925, n° 434.

UIBERAL. Paraplégie par ostéite fibreuse des IIIe et IVe arcs vertébraux postérieurs dorsaux, *Deut. Zeit. f. Chir.*, mars 1929, t. CCV, f. 1-2.

VINCENT (Clovis) et DARQUIER (Jean). Mal de Pott à forme de tumeur intrarachidienne sans aspects radiologiques anormaux des vertèbres sur le vivant et sur la pièce anatomique Sur l'évolution de la tuberculose vertébrale après laminectomie, *Soc. de neurol.*, 6 nov. 1924.

INDICATIONS DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE [1]

Par VICTOR PAUCHET.

Y A-T-IL DES INDICATIONS A LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE FAITE AVEC LE BOUTON? — L'usage du bouton accélère la technique. Cela n'a pas grande importance du moment qu'on fait l'anesthésie locale. Si les parois de l'estomac sont souples, la technique en est facile. Si les parois sont épaisses par gastrite chronique, ou obstacle pré-pylorique, la manœuvre du bouton peut être plus délicate. Cette difficulté existe en cas d'anastomose avec suture, mais alors il n'y a pas de « panne » possible avec la suture, tandis que la « panne » grave s'observe avec le bouton. J'en ai fait longtemps usage et finalement je ne m'en sers plus.

En cas d'anastomose antérieure, je faisais usage du bouton pour unir entre elles les deux anses jéjunales. Depuis que je fais usage de la diathermie, je n'y ai plus recours, le radiobistouri étant plus sûr, plus rapide et plus facile.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 10, p. 169.

Y A-T-IL DES INDICATIONS A L'ANASTOMOSE MARGINALE? — Elle consiste à dépouiller avec une compresse le bord de la grande courbure et à appliquer l'anastomose en ce point; de cette façon l'opérateur est sûr de trouver le point déclive.

Il peut y avoir des indications à empiéter sur la grande courbure, et à la dénuder d'un seul coup de compresse. En tout cas, c'est une manœuvre à connaître.

Il y a indication de la marginale quand il s'agit de faire une anastomose au niveau de la grande courbure. Alors, les deux faces étant envahies par un néoplasme, on est forcé d'utiliser la grande courbure sur les deux faces gastriques pour offrir plus d'étoffe à l'application de l'anse jéjunale; c'est le seul cas où l'indication paraît très nette.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE CHEZ LES OBÈSES. — Chez les sujets au ventre très gras, il ne faut pas songer à faire une gastro-entérostomie antérieure pré-colique. L'épaisseur considérable du grand épiploon empêche de rejoindre la face gastrique antérieure à l'aide d'une anse jéjunale, dont le mésentère est très souvent trop court pour permettre d'amener le jéjunum en avant de l'estomac. Dans ces cas, l'opérateur est forcé de faire une brèche méso-colique ou une gastro-entérostomie postérieure après avoir pratiqué le décollement colo-épiploïque, de façon à n'avoir qu'à surpasser l'épaisseur du côlon transverse.

Essayez d'abord la gastro-entérostomie postérieure, même à travers le méso- très gras. Forer un trou qui n'a pas besoin d'être plus large que quelques centimètres. Chercher la paroi postérieure à la brèche mésocolique, la fixer ainsi qu'on le fait toujours le plus près possible, à l'aide de quelques points séparés et *faire une anastomose en Y*, parce que celle-ci demande une surface d'application moins grande qu'une anastomose latérale.

Il est encore possible de faire une gastro-entérostomie antérieure, soit après avoir fendu le grand épiploon, soit après décollement colo-épiploïque. Il est encore possible, dans ces cas, de faire une gastro-entérostomie pré-colique, pour éviter que le côlon ne gêne le passage des matières alimentaires, il serait bon, alors, de faire une anse longue ou une marginale complétée par une jéjuno-jéjunostomie.

Quand on opère pour un cancer d'estomac saignant, peut-on faire la gastro-entérostomie? Elle est acceptable s'il y a concurremment obstacle du pylore. En principe, sur un cancer d'estomac saignant, la gastro-entérostomie ne sert à rien, il faut enlever le cancer qui saigne car c'est le moyen de faire l'hémostase ou le résultat sera nul.

QUEL RÉSULTAT DONNE UNE GASTRO-ENTÉROSTOMIE SIMPLE CHEZ UN SUJET ATTEINT DE CANCER D'ESTOMAC? — Impossible de répondre à cette question qui est purement individuelle. Les divers chirurgiens n'opèrent pas les mêmes cas. Personnellement, comme je pousse l'exérèse aussi loin que possible, les sujets chez lesquels je me contente de faire une gastro-entérostomie ne dépassent guère deux ou trois mois de survie.

Quand l'opérateur découvre un ulcère de la petite courbure, prépylorique, constituant ce qu'on peut appeler un vieil ulcère pré-pylore, faut-il se contenter de faire une gastro-entérostomie? Cette question est encore purement individuelle; la réponse dépend soit du malade même, soit du chirurgien. Pour que le chirurgien fasse une gastrectomie sans plus risquer qu'une gastro-entérostomie, il faut qu'il soit très entraîné. Quant au malade lui-même, de deux choses, l'une : il est obèse ou taré, ou bien il est maigre. Chez les maigres, personnellement, je fais toujours une gastrectomie, mais j'engage les chirurgiens peu entraînés à faire une gastro-entérostomie. Les malades gastrectomisés dans ces cas sont infiniment mieux après l'opération — au point de vue immédiat et éloigné, — que les malades chez qui se pratique la gastro-entérostomie.

CANCÉRISATION SECONDAIRE POSSIBLE DES ULCÈRES GASTRIQUES. — J'admets qu'on ait exagéré les risques.

LA TRANSFORMATION DES ULCUS GASTRIQUES EN CANCER. — Certains ulcus de l'estomac se transforment. Je pense l'avoir constaté après avoir enlevé systématiquement les ulcus gastriques depuis vingt ans et les avoir fait examiner. Tout ulcère d'estomac doit subir l'exérèse. Admettons que l'ulcéro-cancer n'existe pas et que les ulcus de nature cancéreuse soient un germe spécial de cancer, à évolution plus lente. Eh bien, dans les deux cas, ulcère ou cancer ulcéré, la résection est à conseiller, pourvu que le chirurgien puisse la faire sans faire courir plus de risques au malade.

Et les ulcères haut placés, et les ulcus térébrants? Va-t-on encore sur ce point douter de la supériorité de la gastrectomie sur la simple anastomose? Ce sont des questions trop importantes pour être traitées dans un article comme celui-ci. Là encore, l'indication est purement individuelle, individuelle du côté du malade, individuelle du côté du chirurgien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1931)

Actions des champs électriques de très haute fréquence sur les tissus organiques. — MM. Jean SAIDMAN, Roger CAHEN et Jacques FORESTIER.

Le traitement des diarrhées des veaux par le bactériophage. — MM. J. VERGE et M. VALLÉE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1931)

Peut-on craindre que le B. C. G. se transforme dans l'organisme en bacille tuberculeux virulent? — M. CALMETTE. A cette question, posée par le professeur Vaquez à l'une des précédentes séances de l'Académie, M. Calmette apporte une réponse nette et négative, basée sur la plus précise documentation qu'on puisse souhaiter. Il montre que dans les laboratoires de tous les pays on s'est attaché, depuis six

ans, à l'étude de ce problème et qu'il est actuellement certain que le B. C. G. est et demeure d'une absolue innocuité dans l'organisme humain ou animal. En outre des preuves expérimentales de cette innocuité, on doit reconnaître que son affirmation est rendue encore plus évidente par les observations cliniques qui ont été faites sur une vaste échelle dans la plupart des pays civilisés. Sur près d'un million d'enfants vaccinés dans ces divers pays, dont 320.000 en France, on n'a signalé nulle part un accident qui pût légitimement être attribué au vaccin. On constate, partout où l'emploi du B. C. G. se généralise, une diminution manifeste de la mortalité générale et la suppression presque totale de la mortalité par tuberculose. Il est donc très désirable que cette méthode inoffensive et efficace pénètre davantage encore dans la pratique et qu'on n'hésite plus à vacciner tous les enfants, non seulement dans les familles éprouvées par la tuberculose, mais aussi dans les familles saines où la contagion s'introduit trop souvent à l'improviste, venant de sources insoupçonnées.

M. Calmette pense qu'il faut en finir avec les craintes injustifiées qui ont été émises récemment, comme avec les insinuations que certains traînent complaisamment sous le manteau. Il propose à l'Académie qu'une commission veuille bien se charger de faire une enquête auprès des services sanitaires, des médecins et des sages-femmes qui, depuis 1924, ont la pratique du B. C. G. Il mettra à la disposition de cette commission toute la documentation que possède l'Institut Pasteur, et il demande que les conclusions en soient ensuite publiées pour que les médecins et les familles sachent si oui ou non on peut avoir pleine confiance en cette méthode de prévention de la tuberculose.

La communication de M. Calmette est accueillie par des applaudissements prolongés.

M. le Président le remercie au nom de l'Académie.

Discussion. — M. Vaquez se félicite d'avoir amené M. Calmette à rompre un silence qui, mal interprété, aurait fini par être préjudiciable à la diffusion de la méthode de prémunition par B. C. G.

« A plusieurs reprises, dit-il, M. Calmette a fait justice des faits soi-disant contraires à la fixité du B. C. G., et la question semblait jugée. Mais plus récemment on en a invoqué d'autres. J'étais donc fondé à lui demander s'ils n'avaient pas ébranlé sa confiance. On sera heureux de savoir qu'il n'en est rien. M. Calmette rappelle que si la transfusion d'un vaccin en virus est possible — et il en cite lui-même des exemples — pareille chose n'a pas été constatée pour le B. C. G.

« En d'autres termes, dans les conditions expérimentales où il s'est placé et où tout autre se placera comme lui, le B. C. G. ne peut pas redevenir virulent. Cette affirmation réitérée rassurera ceux qui auraient pu conserver un doute à cet égard.

« Ma seconde question avait une portée plus générale étant du domaine de la pathologie où chacun se croit en droit de parler. Ici il ne peut y avoir que deux sources d'information : les statistiques et l'examen des cas particuliers.

« Les statistiques, de quelque façon qu'on les interprète, sont assurément toutes en faveur de la méthode. Garderaient-elles leur signification s'il était prouvé que parfois le B. C. G. peut sinon engendrer, du moins réactiver, la tuberculose ? Cela n'est pas à redouter, dit M. Calmette, les cas prétendus malheureux ayant tous été controuvés. Mais ici encore on en a chuchoté d'autres de divers côtés. Je suis persuadé qu'ils n'ont pas plus de valeur; ils ont eu néanmoins pour effet de jeter le trouble dans l'esprit des médecins et des familles. Celles-ci ont besoin d'être rassurées, car c'est de leurs enfants qu'il s'agit, et c'est à elles que je songeais quand j'ai parlé d'angoisses. Elles demandent à leur médecin ce qu'il faut faire, ce qu'il ferait lui-même pour les siens. Si la tuberculose guette aux alentours, le médecin conseille la vaccination et d'ordinaire les parents l'acceptent, sinon on leur laisse le fardeau de la décision... »

M. Vaquez approuve la décision prise par M. Calmette de soumettre à une commission de l'Académie l'examen de tout le dossier qu'il possède sur la question.

« ... S'il est définitivement prouvé que rien n'est à craindre et que tout est à espérer de l'emploi du B. C. G., ce n'aura pas été du temps perdu. Les familles seront plus confiantes, les médecins moins hésitants, les pouvoirs publics sauront mieux les mesures qu'il convient de prendre et je me féliciterai alors d'avoir par mon intervention ramené M. Calmette à la tribune de l'Académie. »

Sur la proposition de M. le Président, une commission d'examen est nommée; elle comprend MM. Chauffard, Bar, Marfan, Couvelaire, Léon Bernard, Renault, Sergent, Nobécourt, Lesné, Lesage, Barrier et Vallée.

La fièvre ondulante d'origine bovine. — M. Arnold Netter. « La fièvre ondulante qui sévit depuis plus d'un siècle dans toutes les régions baignées par la Méditerranée a pour agent pathogène le microbe isolé pour la première fois en 1886 par Bruce qui lui a donné le nom de micrococcus melitensis. Il a été longtemps universellement admis que la maladie est surtout contractée à la suite de l'ingestion de lait de chèvre, espèce animale très sensible à cet agent pathogène et qui paraît en avoir été l'hôte primitif.

En 1918, Evans montra la grande parenté du micrococcus militensis avec le bacillus abortus, dont Bang en 1896 avait établi l'intervention dans une maladie très répandue de l'espèce bovine, l'avortement épizootique, microbe présent également dans le lait des animaux où il a pu être retrouvé après six ou sept ans. Avant l'assimilation évoquée par Alice Evans, on s'était préoccupé, dès 1913, du danger possible pour les consommateurs de la présence de ces microbes dans le lait de vache, mais on avait cru pouvoir écarter toute inquiétude. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Depuis 1922 on a cité des observations établissant que des sujets atteints de fièvre ondulante n'avaient pu être en rapports avec des chèvres ou des moutons malades et avaient bu du lait cru de vaches atteintes d'avortement épizootique.

En 1927, Martin Kristensen à Copenhague, établit par l'agglutination du bacille de Bang dans les échantillons de sang envoyés pour le séro-diagnostic, en moins de huit mois, l'existence au Danemark de 89 cas de fièvre ondulante. Au bout de trois ans, le chiffre s'élève à 796, soit le double des cas de fièvre typhoïde et paratyphoïde. Il n'existe au Danemark, grand pays d'élevage des bovidés, qu'une quantité infime de chèvres et toute possibilité d'introduction de chèvres maltaises peut être écartée.

En Suède, dans les provinces allemandes baignées par la mer du Nord et la mer Baltique, dans les états avoisinants, des recherches analogues à celles de Kristensen font connaître des cas nombreux de fièvres ondulantes, imputables, elles aussi, à la maladie des bovidés et il n'est actuellement en Europe aucune région où l'on n'ait constaté son existence. MM. Ledoux et Baufle, ont rapporté à l'Académie seize observations recueillies en moins de deux ans dans la Franche-Comté.

Aux Etats-Unis, la fréquence des cas de fièvre ondulante reconnue, va en augmentant; de 24 en 1925, elle passe à 46, 217, 649 et 1505. Ici encore on peut refuser toute intervention de l'infection des chèvres ou des moutons. En revanche, à côté de l'infection des bovidés, il faut faire à l'infection de l'espèce porcine une part qui va en augmentant.

Contrairement à ce qui se passe pour la fièvre ondulante consécutive à l'ingestion de lait de chèvre, la fièvre ondulante imputable à l'infection de l'espèce bovine paraît être moins souvent le fait de l'ingestion de lait, que de la pénétration au niveau des téguments, des agents pathogènes pré-

sents à la surface des organes, dans la sécrétion vaginale qui suit l'avortement ou la délivrance, dans l'urine, dans les déjections. Aussi les cas sont-ils surtout fréquents à la campagne chez les vétérinaires et les personnes entourant les animaux, et encore dans les usines de conserves de viandes. Le danger infiniment moindre du lait de vache que du lait de chèvre tient à ce que celui des vaches infectées renferme beaucoup moins de bactéries, que ces bactéries des vaches ont un pouvoir pathogène bien moindre, que la pénétration au niveau du tube digestif est beaucoup moins facile que par la peau excoriée, tous points établis par l'expérimentation, non seulement sur le cobaye et le singe, mais même sur l'homme (Otero).

La virulence du bacillus abortus de Bang subit d'ailleurs de grandes variations. Elle paraît augmenter au cours du passage par l'organisme de la chèvre comme du porc. En dehors même de ces passages par les autres espèces animales, elle croît ou diminue chez les vaches sous des influences encore ignorées.

Tout fait croire cependant qu'une seule espèce microbienne, le genre qualifié de Brucella, est à l'origine de la fièvre ondulante humaine, des maladies des espèces caprine, ovine, bovine, porcine.

Nous pouvons citer des observations recueillies il y a près de cinquante ans de fièvres ondulantes contractées dans la région parisienne, autour des abattoirs et marchés à bestiaux.

En attendant que la police vétérinaire ait réussi à supprimer les grands dommages que constitue pour l'agriculture l'avortement épidémique des bovidés : 175 millions de dollars par an pour les Etats-Unis, d'après Harmon, on pourra supprimer le danger créé par la consommation du lait, en ne buvant ce lait qu'après cuisson ou pasteurisation, en exigeant la pasteurisation du lait et de la crème destinés à la préparation du beurre et du fromage, dans les localités où sévit l'avortement épizootique.

Les personnes exposées professionnellement à entourer les animaux malades, devront se laver soigneusement et, autant que possible, porter des gants en opérant la délivrance.

La vaccination par des cultures chauffées a été proposée par MM. Dubois et Sollier pour les personnes exposées plus particulièrement dans les exploitations où sévit l'épizootie des espèces caprine et ovine. Il convient d'attendre que cette pratique ait fait ses preuves avant de la préconiser dans les localités où sévit la brucellose bovine. »

Premiers résultats de l'application de la vagotonine au traitement du diabète. — M. Desgrez présente une note de MM. D. Santenoise, P. Louyot et M. Vidacovitch concernant les premiers résultats de l'application de la vagotonine au traitement du diabète. Cette nouvelle hormone pancréatique, mise en évidence et isolée par Santenoise et ses collaborateurs, semble intervenir dans la glyco-régularisation par un mécanisme tout différent du mode d'action de l'insuline, particulièrement en présidant à la constitution des réserves hydrocarbonées de l'organisme. L'association à l'insuline permet d'obtenir une régulation plus complète et plus physiologique des troubles glyco-régulateurs du diabète. Elle augmente l'efficacité et la durée du pouvoir hypoglycémiant de l'extrait ainsi que son action sur la glycosurie. Elle permet, chez certains malades, de réduire dans de très notables proportions la quantité d'insuline et de diminuer le nombre des injections quotidiennes. Elle accroît enfin la tolérance aux hydrates de carbone et permet d'enrichir la ration hydrocarbonée des malades. Les auteurs préconisent donc à la suite de leurs recherches expérimentales et cliniques d'associer la vagotonine à l'insuline dans le traitement du diabète.

La posologie individuelle des sels d'or dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Dumarest et Mollard exposent les discussions qui persistent autour de la posologie des sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Ces discussions proviennent, pensent-ils, de ce qu'il n'y a pas lieu d'instituer une posologie uniforme. En réalité, chaque sujet présente une tolérance, une sensibilité au médicament qui lui est propre, et il convient, dans chaque cas particulier, de chercher par tâtonnement quelle est la dose à employer à la fois tolérable et efficace.

Sur la téléradiographie thoracique en groupe. — MM. Henry et Jaubert de Beaujeu.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1931)

A propos du procès-verbal. — M. T. de Martel montre les avantages de son volet occipital comparé au « volet de Krause » inventé en réalité par Wagner.

Deux cas de dysostose cranio-faciale à symptomatologie fruste. — MM. Laignel-Lavastine et Boquien présentent deux enfants de quinze ans qui sont atteints de la dysostose cranio-faciale de Crouzon ; leur affection se distingue de la forme habituelle par l'absence de déformations faciales (nez en bec de perroquet, prognathisme du maxillaire inférieur), mais elle s'y rattache par l'exophtalmie, par la décoloration des papilles, par l'aspect cérébriforme des os du crâne. Or, ces deux enfants sont jumeaux, mais l'un d'eux présente, en outre, un infantilo-chétivisme : sa morphologie répond à celle d'un enfant de onze à douze ans.

Morphogrammes des deux cas précédents de maladie de Crouzon. — MM. Laignel-Lavastine et Papillault montrent, par mensurations systématiques, selon la technique de l'un d'eux, que les malformations s'étendent au torse et aux membres.

D'autre part, l'insuffisance testiculaire d'un des jumeaux n'entraîne pas l'augmentation du rapport cuisse-jambe habituel. On peut se demander si cette absence ne tient pas à la lésion osseuse de la base du crâne qui gênerait l'hypertrophie compensatrice de l'hypophyse.

Tumeur de la région sellaire. Opération. Guérison. Considérations ophtalmologiques et anatomo-pathologiques. — MM. Th. de Martel, Oberling et Guillaume présentent un malade qui a subi, deux mois auparavant, l'ablation d'une volumineuse tumeur kystique de la région hypophysaire, l'opération ayant eu lieu par la voie transfrontale de Cushing.

La symptomatologie consistait en troubles de dyspituitarisme, en troubles oculaires (cécité de l'œil droit et hémianopsie temporale gauche) et en un élargissement de la selle turcique.

Un traitement radiothérapique intensif n'avait pas modifié l'évolution de la tumeur.

A l'intervention, elle se présentait, à première vue, comme un kyste cranio-pharyngé, mais cet aspect était dû, en réalité, au processus de désintégration d'un adénome hypophysaire chromophobe.

Le nerf optique droit, d'aspect filiforme, fut sacrifié, ce qui permit l'ablation du dôme tumoral et libéra vers le côté opposé le tractus optique.

Le résultat fut remarquable. Un mois après l'intervention le champ visuel gauche était normal, et l'acuité visuelle de ce côté était passée de 1/10 à 10/10.

Un cas de synostose radio-cubitale supérieure associée à une double luxation congénitale des hanches accompagnée d'altérations osseuses considérables du bassin. — MM. J. Lhermitte, Nemours-Auguste et Mlle Monique Parturier. Le malade présenté est atteint d'une double synostose radio-cubitale supérieure, avec déformation considérable de la tête

radiale, luxation en dehors et transformation de la cupule en une masse bourgeonnante. Des jetées osseuses relient l'humérus au cubitus. A cette lésion s'associe une double luxation congénitale de la hanche caractérisée par le déplacement de l'extrémité fémorale en haut et par la disparition complète des deux têtes fémorales et des cavités cotyloïdes. A cette modification congénitale s'associe un processus de décalcification et d'hypergenèse osseuse qui modifie d'une manière considérable les articulations du coude et la jonction de ce qui reste du fémur avec le bassin.

Ce processus de décalcification n'épargne pas le crâne qui est comme mité, rongé dans sa partie frontale et pariétale. Il s'agit donc ici d'une combinaison : la malformation congénitale des coudes et des coxo-fémorales est compliquée d'un processus évolutif décalcifiant et hypergénétique. Il est probable qu'entre la dystrophie congénitale et la décalcification évolutive existe un lien de parenté étroite dont on ne saisit pas aujourd'hui la nature.

Atrophie musculaire myélopathique à type Vulpian consécutive à un traumatisme. — MM. P. Brodin, J. Lhermitte et Lehmann. Déjà, en plusieurs travaux, M. Lhermitte s'est efforcé de montrer que nombre d'atrophies musculaires myélopathiques avaient pour origine des traumatismes uniques ou répétés de la colonne vertébrale, et il a pu même reproduire chez le chien une atrophie d'ordre myélopathique. Ces faits ont une grande importance du point de vue médico-légal, et justifient un interrogatoire serré des sujets atteints d'atrophie myélopathique et qui ont pu être affectés par des traumatismes vertébraux ou juxta-vertébraux.

Le malade qui est présenté est atteint depuis quelques années d'une atrophie musculaire évolutive à type de Vulpian, c'est-à-dire caractérisée par la fonte des muscles du groupe radiculaire supérieur de Duchenne-Erb : deltoïde, biceps, long supinateur, radiaux, sus et sous-épineux, chef claviculaire du grand pectoral. Des secousses fibrillaires et fasciculaires soulignent encore la nature myélopathique de l'affection.

Toutes les recherches biologiques étaient négatives. Mais le malade avait subi deux traumatismes : l'un, datant de cinq ans, avait porté sur la région dorsale, et l'autre. non moins violent, et plus récent (deux ans), avait frappé la même région. A l'époque du premier traumatisme, le malade était absolument bien portant, et l'atrophie s'est manifestée dans le bras droit quelques mois après cet accident. Au contraire, à l'époque du second traumatisme, le malade présentait déjà une faiblesse accusée du membre supérieur droit. Celle-ci s'est accusée rapidement dans la suite. On est conduit devant la carence de toute étiologie toxique ou infectieuse, à rattacher l'origine de cette myélopathie au traumatisme premier, le second n'étant intervenu que comme condition aggravante.

Un cas de dystonie des muscles dorsaux révélée par la marche chez un parkinsonien postencéphalitique. — MM. J. Lhermitte et Albessard. Le malade présenté offre cette particularité que, pendant la marche, le tronc s'incurve fortement en arrière, et que l'attitude du sujet ressemble à celle des myopathiques. A cette éversion du tronc en arrière s'associent des symptômes très frustes de parkinsonisme : rigidité, tremblement, légère acynésie. Tous ces symptômes sont à rapporter à l'évolution fruste d'une encéphalite qui date de dix ans. Pendant neuf ans, le sujet n'éprouva aucun malaise, et c'est seulement depuis quelques mois que s'est manifestée la dystonie.

Or, celle-ci, d'après le malade, aurait succédé à un effort assez violent qui aurait déterminé une douleur dans la région lombaire. Il faut remarquer également que ce malade est porteur d'un spina bifida lombaire complètement occulte, et que, d'autre part, les muscles de la masse sacro-lombaire sont diminués de volume et que leur excitation électrique se montre nettement abaissée.

Sur quelques phénomènes de répercussivité sympathique chez des syringomyéliques. — M. André Thomas présente un homme atteint de syringomyélie et de syringobulbie, chez lequel les secousses fibrillaires et fasciculaires du biceps sont très nettement exagérées par l'excitation, même indolore, des zones réflexogènes (conque de l'oreille, cornée, testicule). Un autre syringomyélique présente une réaction pilo-motrice de la région du mamelon, à la suite de l'excitation de la plante du pied.

Paralysies postsérothérapiques. — MM. Baudouin et Hervy présentent un cultivateur de vingt ans qui avait reçu une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique à la suite d'un hématome sous-unguéal, et qui, à la suite d'accidents sériques très atténués, huit ou dix jours après l'injection, fut pris de douleurs scapulaires des deux épaules, puis de paralysie des grands dentelés. Dans deux autres, la paralysie, qui portait également sur le plexus brachial, était plus grave et plus durable. Mais, dans les trois cas, la bles-

La Science et le bonheur (longévité et immortalité par les vibrations), par G. Lakhovsky. In-16 grand jésus de x-276 pages avec 36 figures dans le texte. — Prix : 25 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

sure initiale était minime, et — du moins pour les deux dernières observations — on peut se demander si l'injection de sérum n'a pas été superflue. L'injection de sérum comporte toujours un petit risque, et il ne faut le faire courir au malade que si la blessure en vaut la peine.

Une discussion s'engage sur la pathogénie des paralysies postsérothérapiques et sur les raisons pour lesquelles elles sont beaucoup plus fréquentes avec le sérum antitétanique qu'avec tout autre sérum. MM. FAURE-BEAULIEU, J. LHERMITTE, BOURGUIGNON, André THOMAS, BABONNEIX, HAGUENAU y prennent part.

Polynévrite pseudo-myopathique. — MM. ALAJOUANINE et BAILEY présentent une fillette de deux ans et demi qui, par son attitude, par sa démarche, par sa façon de se relever, par la distribution de son atrophie musculaire, offre toutes les apparences d'une myopathie. Mais l'affection a débuté, à l'âge de vingt mois, par un épisode aigu infectieux, et, après rémission, il s'est aggravé de nouveau, à deux reprises différentes, à la suite de nouvelles poussées de type infectieux, accompagnées d'algies. Actuellement, l'impotence régresse rapidement. L'examen électrique révèle une réaction de dégénérescence partielle, sans trace de réaction myotonique. M. Alajouanine a observé trois cas de ces « pseudo-myopathies », qu'il croit d'origine polynévritique. Le pronostic de cette affection est bon et s'oppose à celui des vraies myopathies.

Syndrome de Klippel-Feil avec quadriplégie spasmodique. Variété étiologique particulière de l'hémiplégie spinale ascendante chronique. — MM. Georges GUILLAIN et Pierre MOLLARET présentent un malade âgé de trente-trois ans chez lequel apparut, il y a douze ans, une hémiplégie spinale ascendante droite. Dix ans après, s'est constituée une hémiplégie gauche, également ascendante, avec la même limitation supérieure.

L'examen actuel ne révèle aucun signe neurologique associé. Il n'y a pas, en particulier, de troubles sensitifs, ni d'atteinte des nerfs craniens. Le sujet présente, d'autre part, un syndrome de Klippel-Feil qui remonte sans doute à l'enfance. La réduction porte principalement sur les trois premières vertèbres cervicales, et accessoirement sur les deux vertèbres sous-jacentes. Il n'y a pas de spina bifida.

Les auteurs éliminent la déformation d'un mal de Pott cervical guéri. Ils signalent le caractère exceptionnel de l'association d'un syndrome neurologique à un syndrome de Klippel-Feil.

Le mécanisme de cette quadriplégie ne peut pas être celui d'une compression de la moelle cervicale. Tout signe clinique de compression fait en effet défaut : le liquide céphalo-rachi-

dien est normal et les épreuves de Stookey démontrent l'absence de tout blocage sous-arachnoïdien. Le rôle d'un spina bifida ne peut être invoqué. Les auteurs envisagent la possibilité d'une malformation nerveuse jumelle de la malformation osseuse. Ils discutent également le rôle d'une méiopragie vasculaire, par compression lente des collatérales des artères spinales.

Ils rappellent enfin l'analogie clinique qui existe entre les deux hémiplégies de leur malade et l'hémiplégie spinale ascendante chronique. Le syndrome de Klippel-Feil constitue peut-être une étiologie particulière à ajouter à celles qui furent déjà proposées pour ce syndrome neurologique encore discuté.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1931)

Les tumeurs prævia au cours de l'accouchement. — MM. FAVREAU, KLEIN et LE DOURNEUF. Les tumeurs abdominales (fibromes, kystes de l'ovaire) commandent rarement, au cours du travail, une intervention par voie haute. Il en est autrement des tumeurs prævia.

A ce sujet, les auteurs présentent un kyste dermoïde de l'ovaire gauche de la grosseur d'un œuf d'oie, dont l'ablation fut faite au terme de la grossesse par M. Favreau. Les suites opératoires ont été simples.

Physiothérapie de la coqueluche : traitement par l'ozone. — M. DHÉNIN fait d'abord une étude critique des traitements physiques de la coqueluche : radiothérapie, actinothérapie, ozonisation. Il a donné la préférence à ce procédé, qu'il a mis en œuvre dans 146 cas, avec d'excellents résultats.

Fracture grave du col chirurgical de l'humérus : déplacement considérable des fragments et impossibilité de réduction. Traitement opératoire : résultat anatomique et fonctionnel excellent (avec présentation de radiographies). — MM. BESSON et LEPOUTRE.

Quelques effets physiologiques d'un liquide de perfusion hépatique. — MM. PARTURIER, MAGNE et AUDOUY ont expérimenté, à l'aide du tube d'Einhorn, un liquide de perfusion, obtenu en faisant s'écouler à travers un foie de bœuf, du sérum physiologique. Quinze observations leur permettent de conclure que le passage de ce liquide dans le duodénum de l'homme, détermine l'élimination des trois biles, à peu près comme le fait le sulfate de magnésie. Mais si l'on emploie les deux successivement, l'on constate que le liquide de perfusion exerce une activité préparante vis-à-vis du sulfate de magnésie : la sécrétion de bile augmente.

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1931)

Corne prævia d'un utérus bicorne, cause de dystocie (présentation de pièce). — MM. FAVREAU, KLEIN et LAMBLIN.

Les immuno-transfusions, au cours du post-partum fébrile. — MM. FAVREAU et LE DOURNEUF rapportent les bons résultats qu'ils ont obtenus dans l'infection puerpérale grâce à une technique personnelle modifiée de l'immuno-transfusion.

Ils font au donneur, tous les trois jours, une injection de « Propidon » aux doses croissantes de 1/2, 1 et 1 cc. 1/2, et dès le lendemain de la première injection, puis tous les trois jours, ils font à la malade, par voie sous-cutanée ou plutôt par voie intra-musculaire, des injections de sang total légèrement citraté à la dose de 50 à 60 centimètres cubes chaque fois.

Cette médication employée chez des malades, en cours de traitement par le sulfarsénol, a amené dans tous les cas une rémission nette des symptômes infectieux.

Un cas de paralysie infantile atypique. — M. DUJARDIN. Chez une fillette de huit ans, après début aigu à forme thoracique, paralysie de l'épaule et du bras droits, de l'hémi-face droite, du quadriceps gauche. Liquide céphalo-rachidien, 10 éléments par millimètre cube avec 60 p. 100 de poly, sérum de Pettit. Après l'injection intra-rachidienne, vive agitation, incontinence d'urine; quatre jours plus tard, crise d'épilepsie Bravais-Jacksonienne, menace de mort. Puis détente et guérison progressive.

L'auteur attribue cette réaction violente à l'injection intra-rachidienne. Il regrette, d'autre part, la pénurie du sérum de Pettit.

Calcul de l'uretère pelvien, juxta-vésical. Comparaison des données fournies par l'urosélectan et par la pyélographie ordinaire. Technique opératoire. — MM. CAMELOT, VINCENT et DESPLATS. Femme de vingt-cinq ans : douleurs rénales intermittentes depuis trois mois. La radiographie montre une ombre pelvienne due à un calcul de l'uretère gauche (d'ailleurs perçu par le toucher vaginal). L'urosélectan donne une image peu nette du bassinet droit, meilleure du bassinet gauche et de l'uretère gauche jusqu'au calcul. La pyélographie réalise une belle image de dilatation du bassinet et de l'uretère gauche, mais l'ombre du calcul est perdue dans le liquide opaque. Les explorations fonctionnelles indiquent une déficience globale des reins (Ambard à 0,15) mais surtout accentuée pour le rein malade.

Incision lombo-iliaque étendue; ouverture de l'uretère pelvien à 7 centimètres de la vessie; extraction du calcul. Suites très satisfaisantes.

Ostéite chronique de la diaphyse fémorale, de nature staphylococcique. — MM. VINCENT, CALLENS et DE RENTY.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 3 mars. — Jury : MM. Brindeau, président; Carnot, Claude et Vaudescal. — M. DEFAUT. Etude des jumeaux (la non-identité). — Mme KONOVALOFF. Etude de la grossesse chez les tuberculeuses. — M. THORAIN. Etude sur une observation de polynévrite.

Mercredi 4 mars. — Jury : MM. Loeper, président; Legueu, Sébileau et Tanon. — M. MIFSUD. Traitement par la haute fréquence des calculs de l'urètre. — M. MONTAIGNE. Etude du traitement de la prostatite chronique. — M. GAIDEBOUROF. Essai d'une théorie humorale des fonctions génitales de la femme. — M. SERRE. Des cas d'anémie aiguë. — M. SCHWARTZENBERG. Etude des coups de feu de l'oreille (petits projectiles). — M. LEROLLE. L'exode d'un peuple. — M. NAZARIAN. Protection des denrées alimentaires mises en conserve.

Jeudi 5 mars. — Jury : MM. P. Duval, président; Roussy, Gatellier et Oberling. — M. MOLDOVAN. Sur trois cas de maladie de Buerger.

FOIRE INTERNATIONALE DE LYON. — La Foire de Lyon ouvre ses portes du 2 au 15 mars. A cette occasion, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés pour Lyon par les gares des grands réseaux français, à partir du 1er mars, sont valables jusqu'au 16 mars inclus, sans faculté de prolongation.

Pour les exposants et leur personnel, il est prévu une durée de validité plus étendue. Les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés du 2 février au 15 mars sont valables jusqu'au 15 avril. Avant leur départ de Lyon, les intéressés sont tenus de faire timbrer par la gare leur certificat d'exposant ou d'employé d'exposant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les chapitres difficiles de l'anatomie. — Le système nerveux central; Anatomie du système nerveux central : III. La moelle épinière, origine et terminaison des grands faisceaux nerveux fondamentaux (avec 4 fig.), par M. le professeur Billet.
A propos des mouvements de latéralité dans les traumatismes du coude, par M. Louis Bergouignan.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de pédiatrie.
Société des chirurgiens de Paris.
NOTES DE PRATIQUE
NOTES POUR L'INTERNAT
Anatomie et physiologie de la glande sous-maxillaire (fin).
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Concours de nomination d'électro-radiologie. — *Consultation écrite.* — Séance du 25 février. — MM. Porcher, 15; Moutard, 8; Le Goff, 7; Beau, 14; Foubert et Ordioni, 6; Marchand, 9; Brisy, 7.

Séance du 26 février. — MM. Porcher et Beau, 15; Foubert, 11; Brisy, 13.

Hôpitaux de province. — Le Havre. — Le 16 avril 1931, à 9 h. du matin, dans une des salles de la Faculté de pharmacie de Paris, sera ouvert, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative desdits établissements, un concours pour la nomination d'un pharmacien des hôpitaux du Havre, directeur du laboratoire de chimie biologique, adjoint au laboratoire de bactériologie, et assurant en outre, éventuellement, la suppléance de la pharmacie des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction des hospices du Havre, 55 *bis*, rue Gustave-Flaubert, avant le 6 avril 1931.

Le règlement complet du concours est à la disposition des personnes qui en feront la demande. — S'adresser à la direction des hospices du Havre, 55 *bis*, rue Gustave-Flaubert.

Agrégation des Facultés de médecine. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Vu la loi du 27 février 1880;

Vu l'arrêté du 6 avril 1929 portant règlement de l'agrégation des Facultés de médecine modifié et complété par les arrêtés des 15 février et 18 juillet 1930;

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. — L'article 23 de l'arrêté du 6 avril 1929 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Si le nombre des candidats est suffisant, il est établi après la leçon orale, d'après les deux premières épreuves, une liste d'admissibilité qui doit comprendre un nombre d'admissibles au moins égal au double du nombre des emplois mis au concours. »

Art. 2. — L'article 41 de l'arrêté du 6 avril 1929 susvisé, complété par l'arrêté du 15 février 1930, est modifié ainsi qu'il suit en ce qui concerne la composition des jurys des concours du second degré.

. . . .

Chirurgie générale (9 membres du jury),

Faculté de Paris : 4 membres choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale générale, de cliniques chirurgicales spéciales non pourvues d'une agrégation spéciale, d'anatomie médico-chirurgicale, de pathologie externe ou d'opérations et appareils.

Facultés des départements : 5 professeurs de clinique chirurgicale générale, de cliniques chirurgicales spéciales non pourvues d'une agrégation spéciale, de pathologie externe ou de médecine opératoire.

. . . .

Art. 3. — Les dispositions du premier paragraphe de l'article 43 de l'arrêté susvisé du 6 avril 1929 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les candidats reçus à la première épreuve de l'examen institué par l'arrêté du 14 mars 1924, avant la session ouverte en 1926 pour la deuxième épreuve, auront le droit de se présenter aux concours des deux premières sessions du second degré ouvertes pour pourvoir à des places de la faculté pour laquelle ils sont candidats dans les sections auxquelles leur donne accès leur admission à la première épreuve. »

ART. 4. — Les dispositions du premier paragraphe de l'article 44 de l'arrêté susvisé du 6 avril 1929, modifié par l'arrêté du 18 juillet 1930, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sont dispensés des épreuves du premier degré et peuvent se présenter aux deux premiers concours du second degré qui s'ouvriront sous le présent régime... »

Fait à Paris, le 28 février 1931.

MARIO ROUSTAN.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Congés de la Mi-Carême.* — 1° Les cours, travaux pratiques et examens vaqueront le jeudi 12 mars 1931.

La bibliothèque sera également fermée.

2° Les bureaux du secrétariat seront ouverts de 12 à 15 h.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de la chaire de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira le vendredi 23 octobre 1931 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUCAREST. — M. le professeur Bacaloglu, professeur d'anatomie pathologique, est nommé professeur de clinique médicale (3e chaire).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE JASSY. — M. le docteur Tupa est nommé professeur d'histologie.

GUERRE. — A été promu :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Trassagnac, directeur du Service de santé de la division d'Oran.

FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE. — Le Comité permanent de la Fédération s'est réuni le 28 février, au siège social, 101, rue de Richelieu, à Paris, sous la présidence de M. le professeur Maurice Loeper.

Etaient présents : MM. Dante de Blasio (Italie), Coelho (Portugal et Brésil), Delchef (Belgique), Dominguez (Cuba), Etchegoïn (Argentine), Etienne, F. Le Sourd et M. Loeper (France), Léopold Mayer (Belgique), Pierra (France), Tecon (Suisse), Verrios (Grèce).

Après une allocution de M. Loeper, M. Pierra, secrétaire général, donne lecture de son rapport sur la situation de la Fédération et sur les vœux adoptés par la réunion de Bruxelles.

On procède ensuite à l'élection d'un président, en remplacement de M. Loeper arrivé au terme de son mandat et qui ne se représente pas.

M. Léopold Mayer est élu président à l'unanimité. Il remplace M. Loeper au fauteuil présidentiel et prononce une allocution très applaudie. En terminant il demande au Comité de traduire sa gratitude envers Maurice Loeper en lui décernant le titre de président fondateur, ce qui est décidé par acclamation.

M. Baillière (France) ne pouvant, en raison de ses importantes occupations, continuer à assumer les fonctions de trésorier de la Fédération, a demandé à être relevé. M. Etchegoïn (Argentine) est élu trésorier à sa place.

Le bureau est désormais composé de la façon suivante :

Président : M. Léopold Mayer (Belgique); président fondateur : M. Loeper (France); présidents d'honneur : MM. Ascoli (Italie), Dominguez (Cuba) et Forgue (France).

Vice-présidents : MM. Austregesilo (Brésil), Danielopolu (Roumanie), Fioretti (Italie), N... (Espagne).

Trésorier : M. Etchegoïn (Argentine).

Secrétaire général : M. Pierra (France).

Secrétaires généraux adjoints : MM. René Beckers (Belgique) et Dante de Blasio (Italie).

— Toutes les communications doivent être adressées au secrétaire général, 101, rue de Richelieu, à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Ubaldo Fernandez, professeur de clinique obstétricale à Buenos-Aires.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE RADIOLOGIE CLINIQUE. — M. Ledoux-Lebard, chargé de cours, a commencé son cours le lundi 2 mars, à 11 h., à l'hospice de la Salpêtrière (Clinique chirurgicale du professeur Gosset), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Chacune de ses leçons sera accompagnée de projections et terminée par des exercices d'interprétation au cours desquels les élèves seront initiés individuellement à la lecture des clichés.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE AORTIQUE

En s'appuyant sur les observations de plusieurs cas de cardiopathies diverses intéressant l'orifice aortique avec troubles plus ou moins importants de la compensation, Pasternatzky a cru pouvoir conclure que le chlorure de calcium — envisagé comme diurétique cardiaque — ne justifiait pas les espérances suggérées par les cliniciens anglais.

Il citait même deux cas où des aggravations sérieuses s'étaient traduites par des œdèmes, de l'albuminurie, de la dyspnée au cours du traitement par le chlorure de calcium. Il avait eu recours à l'adonis vernalis pour ramener une amélioration.

Dans un cas de rétrécissement pulmonaire avec insuffisance aortique, le même résultat heureux fut obtenu en prescrivant le Diurène ou extrait total d'adonis vernalis.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

AYANT CHATEAU en Charente-Inférieure, à 2km800 du bord de la mer, envisagerais vente, location ou association avec groupement médical, pour création et exploitation d'un préventorium, sanatorium ou maison de santé. Climat parfait, source très grand débit. Surface 10 hectares. Tout confort. Nombreuses dépendances, etc. — Pour tous renseignements et photos, écrire à Mme L. Marzo, 52, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine.


LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
PYOFORMINE
PUS ASEPTIQUE + UROFORMINE
MEDICATION
PRÉVENTIVE
ET CURATIVE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
deux
ampoules pro die
pendant huit jours au moins
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRES GOBEY
89, R. DU CHERCHE-MIDI PARIS (6e)

LES CHAPITRES DIFFICILES DE L'ANATOMIE

LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL [1]

Par H. BILLET,

Professeur d'anatomie à la Faculté libre de médecine de Lille.

III

LA MOELLE ÉPINIÈRE, ORIGINE ET TERMINAISON DES GRANDS FAISCEAUX NERVEUX FONDAMENTAUX

Il peut paraître illogique, au premier abord, de commencer l'étude anatomique du névraxe par son segment terminal, la moelle épinière. C'est cependant ce que font la plupart des auteurs classiques, et je crois qu'ils n'ont pas tort : je vois à cela deux raisons primordiales.

La première, c'est que la moelle épinière — nous l'avons déjà dit plusieurs fois — est celui des centres nerveux qui diffère le moins du tube médullaire primitif. C'est donc le plus simple de tous, le plus facile à étudier; et il n'est pas sans intérêt, au point de vue didactique, de procéder du simple au complexe.

En second lieu, et c'est là, à mon avis, un argument capital, on trouve dans la moelle l'origine et la terminaison des grands faisceaux qui constituent le substratum anatomique fondamental du système nerveux central. On trouve groupées dans la moelle, dans un ordre presque parfait et dans un espace restreint, des fibres — fibres motrices, fibres sensitives, fibres d'association — qui relient la moelle épinière à tous les autres centres nerveux. C'est donc en quelque sorte tout le système nerveux en raccourci que représente la moelle et j'estime que son étude constitue la meilleure des initiations à celle des centres supérieurs, qui sont sans doute plus compliqués, mais qui ne renferment pas, en définitive, d'autres éléments fondamentaux que ceux que vous trouverez dans la moelle.

L'étude anatomique de la moelle peut se répartir en quatre principaux chapitres : Embryologie, Morphologie, Rapports, Constitution anatomique et Systématisation. Je développerai succinctement les premiers; j'insisterai par contre un peu plus longuement sur celui de la systématisation.

1. **Embryologie.** — Si la moelle épinière conserve dans son ensemble les caractères essentiels du névraxe primitif, elle subit néanmoins des modifications assez importantes, et il y a dans son évolution quelques faits intéressants qui méritent d'arrêter notre attention.

C'est d'abord l'organisation du tissu névroglique, qui revêt ici un caractère très spécial.

Les spongioblastes, ces cellules qui dérivent, vous le savez, des cellules germinatives de l'épithélium primitif, donnent par la suite naissance à deux types différents de cellules. Les unes, appelées *cellules épendymaires*, se groupent tout autour de la lumière centrale du tube médullaire, qui devient *le canal de l'épendyme,* et lui constituent un revêtement épithélial. En outre, elles envoient des prolongements qui atteignent la périphérie de la moelle et qui cloisonnent la substance nerveuse.

Les autres sont les *cellules névrogliques*, encore dénommées les *astrocystes*, les *cellules en araignée*, aux formes essentiellement variables, aux prolongements multiples. Disséminées dans toute l'étendue de la moelle, elles insinuent leurs tentacules — les *fibres de la névroglie* — entre les fibres nerveuses et forment ainsi ce qu'on a appelé le tissu de soutien des éléments nerveux.

Le canal de l'épendyme représente une des parties importantes de la moelle dans les premiers stades de son développement. Primitivement arrondi et situé au centre du tube médullaire, il s'élargit bientôt, en raison du développement prépondérant des parties latérales de ce dernier. Il affleure presque alors le toit et le plancher de la moelle. Mais cette phase d'exubérance n'est qu'éphémère. Le canal épendymaire ne tarde pas à rétrocéder et à regagner le centre de la moelle, du fait d'une oblitération progressive, dont le septum médian postérieur est un probant témoignage.

Le canal épendymaire définitif ne représente donc, en somme, qu'un vestige embryologique. Il s'observe sur toute la hauteur de la moelle, depuis son extrémité supérieure — il communique à ce niveau avec le IVe ventricule — jusqu'au cône terminal. Là même, il se dilate, sur une hauteur de 8 à 10 millimètres, pour former le *Ventricule de Krause.* En règle générale, le diamètre du canal de l'épendyme ne dépasse pas 2/10 de millimètre; c'est à peine si on le distingue à l'œil nu sur une coupe de la moelle. Il renferme du liquide céphalo-rachidien; mais, à dire vrai, il n'est pas toujours perméable sur toute sa hauteur : dans 20 p. 100 des cas seulement nous enseigne Schultze; il est le plus souvent complètement oblitéré : 50 p. 100 des sujets.

C'est tout autour du canal épendymaire que se rassemblent les premières cellules nerveuses dérivées des neuroblastes primitifs. Elles forment autour de lui *la couche engainante*, véritable « manteau » gris, d'abord régulier, mais ensuite nettement divisé en quatre masses, ébauches des cornes antérieures et postérieures. Ce manteau gris s'entoure lui-même d'un manteau blanc, formé par les prolongements des cellules, qui s'enrobent d'une gaine de myéline. Etudions sommairement le développement de ces deux manteaux, gris et blanc.

Le fait vraiment intéressant à signaler dans l'évolution de la substance grise, c'est le groupement des neurones suivant leur fonction. Il existe, en effet, dès les premiers stades du développement de la moelle, comme Charpy l'a bien mis en évidence, une systématisation des neurones.

C'est ainsi que nous voyons se rassembler dans les cornes antérieures de volumineux amas de cellules motrices, *dynamoneures*, dont les axones se portent immédiatement au dehors de la moelle et forment les racines antérieures des nerfs rachidiens. Dans les cornes postérieures, au contraire, on ne

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1930, n° 77, p. 1359, et n° 85, p. 1496.

trouve point de dynamoneures, mais des cellules sensitives, en groupes moins importants : aussi ces cornes postérieures sont-elles infiniment moins trapues et plus grêles que les antérieures. Mais rappelez-vous (voir le chapitre précédent) que des noyaux considérables de neurones sensitifs se sont détachés du tronc médullaire : ce sont les cellules des ganglions des racines postérieures.

Enfin, au milieu des groupements cellulaires purement moteurs et sensitifs, il en apparaît d'autres dont la fonction consiste essentiellement à relier entre eux les divers étages du névraxe : ce sont les *cellules cordonales* ou *zygoneures*. On les observe surtout au voisinage de l'épendyme, à la base des cornes médullaires; on les trouve aussi disséminées dans les autres parties du manteau.

Si nous passons maintenant à l'étude de la substance blanche, le fait capital qu'il faut retenir de son évolution, c'est le développement successif des faisceaux qui la composent : les divers faisceaux de la moelle n'apparaissent pas et ne se développent pas simultanément, mais les uns après les autres. Et c'est pourquoi l'épaisseur du manteau va en augmentant graduellement.

Voici quel est l'ordre d'apparition des principaux faisceaux; il est intéressant de le retenir, en raison des constatations physiologiques qui en découlent.

1. Faisceau fondamental du cordon antérieur,
2. Faisceau de Burdach,
3. Faisceau fondamental du cordon latéral,
4. Faisceau pyramidal direct,
5. Faisceaux spino-cérébelleux,
6. Faisceau pyramidal croisé.

Notez, pour terminer, que le développement des éléments gris et blancs de la moelle procède de haut en bas : c'est-à-dire que le développement de la moelle cervicale est achevé avant celui de la moelle dorsale, lequel précède également celui de la moelle lombaire. C'est là encore une notion qui trouvera son application en physiologie.

II. **Morphologie.** — La moelle épinière n'est pas, comme pourrait le faire supposer l'exposé embryologique qui précède, un tube cylindrique parfaitement régulier.

Incluse dans le canal vertébral du rachis, elle en épouse d'abord les courbures : la courbure cervicale et la courbure dorsale. Notez en passant que Flesch a soutenu l'affirmation que ces courbures étaient propres à la moelle et que c'était en réalité la colonne vertébrale qui se moulait sur le tube médullaire.

La moelle présente encore deux renflements, cervical et lombaire, qui permettent de la diviser en trois segments principaux : moelle cervicale, moelle dorsale, moelle lombaire. Aussitôt après le renflement lombaire, elle se termine brusquement en forme de cône terminal. Elle paraît néanmoins se prolonger jusqu'au coccyx par un mince cordon, le *filum terminale;* mais l'histologie nous apprend que ce dernier ne renferme aucun des éléments de la moelle.

Examinons de plus près le tube médullaire. Deux préparations sont indispensables à cet effet : l'une qui découvre la face antérieure de la moelle, après ablation des corps vertébraux; l'autre qui montre sa face postérieure, après résection des arcs postérieurs des vertèbres.

La face antérieure est parcourue dans toute sa longueur par un sillon médian, *sillon médian antérieur*, sillon réel, béant, profond de quelques millimètres, dans lequel on peut engager l'extrémité d'un stylet ou d'une sonde cannelée.

A droite et à gauche, à quelque distance du sillon médian, des multitudes de petits filets nerveux se détachent du tronc de la moelle, émergeant directement de la substance médullaire, et forment, en se réunissant par paquets, les *racines antérieures des nerfs rachidiens.* C'est à tort que l'on décrit ces filets radiculaires comme sortant d'un sillon, le *sillon collatéral antérieur.* Ce sillon n'existe pas et ne saurait d'ailleurs exister, car chaque filet nerveux sort isolément de la moelle. Il faut délibérément rayer de la nomenclature anatomique ce terme inexact. Celui de *ligne d'émergence des filets radiculaires antérieurs* me paraît préférable à tous égards.

La face postérieure de la moelle est également parcourue sur toute sa hauteur par un *sillon médian postérieur*, très différent cependant du sillon médian antérieur. C'est une dépression plutôt qu'un sillon, déterminé par la traction de la cloison névroglique puissante qui unit la surface de la moelle à l'épendyme. La sonde cannelée n'y saurait pénétrer.

Par contre, les *sillons collatéraux postérieurs*, qui se trouvent de part et d'autre du médian et dans lesquels s'engouffrent les faisceaux serrés des racines postérieures des nerfs rachidiens, sont des fentes véritables, au fond desquelles peut transparaître l'extrémité grisâtre des cornes postérieures.

Je ne citerai que pour mémoire les sillons intermédiaires postérieurs, situés entre le sillon médian et les sillons collatéraux. Ils sont invisibles à l'œil nu; ils marquent la séparation, toute théorique, du reste, comme nous le verrons par la suite, entre les cordons de Goll et de Burdach.

Les portions de la moelle comprises entre les sillons portent le nom de *cordons*. Tous les auteurs classiques en décrivent trois : antérieur, latéral, postérieur. Il n'en existe en réalité que deux : un *cordon antéro-latéral*, compris entre le sillon médian antérieur et le sillon collatéral postérieur; et un *cordon postérieur*, compris entre le sillon collatéral postérieur et le sillon médian antérieur. Il n'y a aucune raison, ni anatomique, ni physiologique, de laisser se perpétuer l'ancienne division de la moelle en trois cordons. Poirier, Charpy et Nicolas, tout en reconnaissant qu'on a subdivisé « un peu arbitrairement » le cordon antéro-latéral, continuent, malgré tout, la tradition des classiques. En fait, il n'existe pas, nous l'avons dit, de sillon collatéral antérieur; la substance blanche qui constitue le substratum anatomique des cordons entoure uniformément la corne antérieure, sans solution de continuité.

Le cordon postérieur, par contre, a son individualité propre et il y a toutes raisons de le distinguer du précédent.

III. **Rapports de la moelle.** — Les connaissances de jour en jour plus complètes et plus précises de la pathologie médullaire, les interventions exploratrices ou thérapeutiques, tant médicales que chirurgicales qui se pratiquent maintenant communément sur la moelle et le rachis, rendent particulièrement importante la question des rapports du tronc nerveux avec les membranes qui l'entourent et avec les parois du canal rachidien dans lequel il est logé.

A. Rapports avec le rachis. — La moelle ne remplit pas la totalité du canal rachidien, ni dans le sens de la hauteur, ni dans sa largeur.

En hauteur, le cône terminal se trouve au niveau du corps de la IIe lombaire. C'est le résultat de ce phénomène que les classiques ont décrit sous le nom « *d'ascension apparente de la moelle* » : la moelle occupe primitivement le canal vertébral tout entier; mais elle remonte ensuite peu à peu, parce que le rachis se développe plus rapidement qu'elle. Une autre conséquence de l'inégalité de croissance du contenant et du contenu, c'est l'*obliquité* des racines des nerfs rachidiens, qui augmente au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'extrémité du tronc médullaire, et la formation, par les dernières de ces racines, de la « *queue de cheval* ».

En largeur, la moelle n'occupe qu'une partie de l'aire de l'anneau vertébral : sur une coupe transversale, elle paraît flotter dans sa gaine ostéo-fibreuse; en réalité, elle y est maintenue et protégée par les méninges. Etudions les rapports qu'elle contracte avec ces dernières.

B. Rapports avec les méninges. — Tous les centres nerveux sont revêtus de trois enveloppes de nature très différente, qui ont reçu la dénomination univoque de méninges. Ce sont : la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère.

Presque tous les auteurs consacrent un chapitre de l'anatomie du système nerveux central à l'étude des méninges. Cette conception ne me paraît défendable que si l'on se place au seul point de vue de l'histologie, c'est-à-dire de leur structure. Mais, anatomiquement, il existe de telles dissemblances entre les divers segments de ces membranes, qu'il me paraît illogique de dissocier leur description de celle des centres qu'elles recouvrent et protègent.

La *dure-mère rachidienne* est un manchon fibreux, un sac qui épouse la forme du canal vertébral; il commence au pourtour du trou occipital, faisant suite à la dure-mère cranienne, et se termine par un cul-de-sac en forme de pointe, le *cône dural*, à la hauteur de la IIe vertèbre sacrée, beaucoup plus bas, par conséquent, que le cône médullaire. Un prolongement fibreux, le *ligament coccygien*, sous-tend le cône dural et s'épanouit en éventail à la face antérieure du coccyx.

La méninge dure n'adhère au pourtour du canal vertébral qu'en des points très limités : tout autour du trou occipital et des deux premières vertèbres cervicales; au pourtour de chaque trou de conjugaison, par des prolongements qui engainent les racines des nerfs rachidiens; enfin à la face postérieure des corps vertébraux par des expansions fibreuses, qui, dans la région sacrée, se réunissent pour former un ligament unique : le *ligament sacro-dural* ou *ligament sacré antérieur de Trolard.*

Partout ailleurs, du tissu cellulo-graisseux s'interpose entre le rachis et la dure-mère, dans lequel cheminent les plexus veineux intrarachidiens. Cet espace celluleux s'appelle l'*espace épidural* ou *sus-dural.* Très important en raison de son étendue, il est particulièrement intéressant dans son segment terminal, dans ce vaste espace compris entre la pointe du coccyx, qui représente l'extrémité du canal rachidien osseux et le sommet du cône dural : c'est dans cette partie de l'espace épidural qu'on pratique les injections dites épidurales de solutions anesthésiques.

La dure-mère est doublée de l'*arachnoïde*, la méninge séreuse à deux feuillets, qui lui reste étroitement accolée jusqu'à l'extrémité du cône terminal. L'arachnoïde spinale est loin d'avoir l'intérêt de celle qui entoure les centres nerveux supérieurs. Elle ne nous retiendra pas plus longtemps.

La *pie-mère* s'applique contre la moelle et lui adhère intimement, pas assez cependant pour qu'on ne puisse l'en détacher sans grande difficulté. Elle s'insinue dans le sillon médian antérieur. Mais surtout — et c'est là un caractère bien spécial de la méninge piale rachidienne — elle émet, sur les faces latérales, interne et externe, de la moelle, des prolongements, *les ligaments dentelés*, qui vont se fixer, à intervalles plus ou moins réguliers, à la dure-mère. Les ligaments dentelés constituent ainsi, de chaque côté de la moelle, deux lames festonnées qui s'interposent entre les racines antérieures et les racines postérieures des nerfs rachidiens, et qui s'étendent sur toute la hauteur du sac dural. Le nombre des festons varie de 20 à 23.

Ajoutons, pour terminer, que c'est dans l'épaisseur de la pie-mère que cheminent les vaisseaux nourriciers de la moelle, les artères spinales antérieures et postérieures, avec leurs branches radiculaires, les veines spinales médianes et latérales.

Si la pie-mère est adhérente à la moelle, elle est par contre nettement distante de l'arachnoïde. Entre les deux méninges, il existe un espace, dans lequel circule *le liquide céphalo-rachidien :* c'est *l'espace sous-arachnoïdien* ou *sous-dural.*

L'espace sous-arachnoïdien entoure complètement la moelle; il est traversé par les racines des nerfs rachidiens et cloisonné partiellement par les festons du ligament dentelé. Mais le fait qui doit retenir plus particulièrement votre attention, c'est qu'il s'étend très au-delà des limites inférieures de la moelle, dans tout l'intervalle compris entre le cône médullaire et le cône dural. Dans ce segment de l'espace sous-arachnoïdien, on ne rencontre plus que le filum terminale, sans importance, et les filets radiculaires, les filaments de la queue de cheval, à vrai dire, plus intéressants.

Il n'appartient point au professeur d'anatomie d'étudier le liquide céphalo-rachidien. C'est en physiologie et surtout en clinique que vous apprendrez sa composition normale, ses variations pathologiques et le rôle capital qu'il joue dans le fonctionnement des centres nerveux. Mais du moins, l'Anatomie

doit vous faire connaître les espaces dans lesquels il circule et ici, plus explicitement, le vaste réservoir dans lequel il s'accumule, à la partie inférieure du sac méningé constitué par la dure-mère doublée de l'arachnoïde, réservoir qui s'étend en hauteur de la IIe vertèbre lombaire à la IIe vertèbre sacrée et qui constitue par excellence le lieu d'élection des ponctions et des injections rachidiennes.

L'espace sous-arachnoïdien est-il entièrement libre? De nombreux cloisonnements, il faut bien le dire, en restreignent la capacité : les ailerons pie-mériens, précédemment décrits; puis des trabécules qui accompagnent les racines des nerfs rachidiens; c'est encore une cloison médiane postérieure, le *septum posticum*, qui s'étend sur toute la hauteur du manchon méningé. Ces travées multiples n'empêchent pas cependant, à l'état normal, le liquide céphalo-rachidien de circuler librement; c'est ce qui confère à la ponction lombaire sa valeur diagnostique; c'est ce qui vous explique que le liquide retiré par ponction de la partie terminale, qui est aussi le point déclive de l'espace sous-dural, puisse déceler une lésion des centres nerveux supérieurs; c'est pourquoi enfin une solution injectée au même endroit peut diffuser très loin de son point de départ.

IV. **Configuration intérieure et systématisation.** — A quelque niveau que l'on pratique une coupe de la moelle épinière perpendiculairement à son axe, on constate que la substance grise et la substance blanche présentent les mêmes caractères généraux et les mêmes rapports.

Au centre de la coupe, vous apercevez un minuscule orifice : c'est la lumière du canal de l'épendyme.

La substance grise se dispose autour de lui, formant, de part et d'autre de la ligne médiane, *les cornes antérieures et postérieures*, reliées par un mince pont transversal, qui englobe l'épendyme, la *commissure grise*.

La substance blanche entoure les cornes et constitue les *cordons de la moelle*.

Ces caractères généraux ne subissent que des modifications de détail aux divers étages de la moelle. Tous les Traités classiques possèdent des figures qui reproduisent les aspects particuliers de la moelle lombaire, de la moelle dorsale et de la moelle cervicale. Je n'entrerai pas ici dans les détails. Je ferai seulement remarquer que ces aspects un peu différents proviennent du fait que la substance blanche de la moelle est plus abondante dans les segments supérieurs et que les cornes grises, principalement les cornes antérieures, ont un volume plus considérable au niveau des renflements cervical et lombaire, là où les filets radiculaires sont aussi plus nombreux et plus serrés.

Examinons maintenant les cornes et les cordons.

A. Cornes antérieures. — Elles sont situées de part et d'autre du sillon médian antérieur. On les reconnaît facilement à quelques caractères essentiels. Elles sont trapues, vaguement quadrilatères; leurs contours sont irréguliers, hérissés d'aspérités; elles restent toujours distantes de la périphérie de la moelle; enfin elles donnent naissance à des filets nerveux, qui se portent directement en dehors et qui forment, en se rejoignant, les racines antérieures des nerfs rachidiens.

Histologiquement et physiologiquement, les cornes antérieures renferment essentiellement des neurones moteurs, qui forment des amas plus ou moins denses à leur base et à leur extrémité ou *tête.* Dans la moelle cervicale même, l'un de ces noyaux fait saillie en dehors de la corne antérieure et constitue ce que l'on appelle la *corne latérale.* Ces amas de neurones ne sont pas autre chose que les noyaux d'origine des nerfs moteurs rachidiens; ce sont leurs axones qui deviennent les filets nerveux des racines antérieures.

B. Cornes postérieures. — Elles diffèrent totalement des précédentes. Elles sont piriformes; leurs contours sont réguliers, sans aspérités; elles affleurent la périphérie de la moelle et sont en quelque sorte englobées par les faisceaux compacts des racines postérieures des nerfs rachidiens. Examinez-les en outre au microscope, à un faible grossissement : tandis que les cornes antérieures paraissent sensiblement homogènes dans leur structure, les cornes postérieures présentent des zones très distinctes.

La base présente un renflement interne qui se retrouve sur presque toute la hauteur de la moelle, depuis sa partie inférieure jusqu'à la moitié de la moelle cervicale, et qui renferme des cellules bien différenciées : c'est la *colonne de Clarke.*

Après une portion rétrécie, le *col*, la corne postérieure se renfle de nouveau et son extrémité, ou *tête*, se subdivise en trois zones très dissemblables : le *noyau de la tête*, assez foncé, qui détermine le renflement; puis une zone plus claire, jaunâtre, en forme de croissant, qui coiffe le noyau de la tête : la *substance gélatineuse de Rolando*; c'est enfin, à la périphérie, une mince bordure, foncée, la *couche zonale de Waldeyer,* véritable trait de pinceau qui tranche sur la blancheur éclatante de la *zone de Lissauer* qui l'entoure extérieurement.

Les neurones qui se groupent pour former les noyaux que nous venons de citer sont en grande partie des neurones sensitifs. Les cornes postérieures sont donc essentiellement liées à la fonction de la sensibilité.

Est-ce à dire qu'il n'existe dans la moelle que des cellules motrices et des cellules sensitives? Non. Ici, comme dans les autres segments du névraxe, on trouve à côté des neurones physiologiquement différenciés des neurones d'association, dont la fonction consiste à réunir entre eux neurones moteurs et sensitifs aux différents étages du tronc nerveux, étages éloignés, étages rapprochés, du même côté de la ligne médiane ou du côté opposé. C'est vous dire le rôle considérable que jouent ces cellules, dénommées *cellules cordonales*, dans la physiologie du système nerveux, entre toutes les parties duquel elles établissent la liaison.

Malheureusement ces neurones n'ont pas de topographie précise; c'est-à-dire qu'il n'existe pas de noyaux fixes de cellules cordonales, comme il existe des noyaux de cellules motrices ou de cellules sen-

sitives; et c'est sans doute pourquoi on n'y attache pas toujours l'importance qu'elles méritent pourtant, en raison de leur rôle physiologique. Ces neurones se trouvent un peu partout, disséminés au milieu des cellules des cornes. La commissure grise en renferme toutefois un nombre considérable.

Par contre, leurs axones, qui se bifurquent toujours en deux branches, l'une ascendante, l'autre descendante, formeront dans la moelle des faisceaux volumineux, bien nettement différenciés. On a précisément classé les cellules cordonales suivant la destination terminale de l'une et de l'autre de ces branches, car rien, au premier abord, ne permet de les distinguer entre elles. On leur a donné des noms divers. Je vous propose, pour ces cellules des cordons, la terminologie très suggestive de Van Gehuchten et de G. Gérard :

a. Cellules des cordons *tautomères* : ce sont celles dont les deux cylindraxes, ascendant et descendant, aboutissent du même côté du névraxe qu'elles;

b. Cellules des cordons *hétéromères* : celles dont les axones traversent la ligne médiane et se terminent dans le côté opposé du névraxe;

c. Cellules des cordons *hékatomères* : celles dont l'une des branches est tautomère et l'autre hétéromère.

La *commissure grise*, qui unit entre elles les cornes antérieures et postérieures droites et gauches, englobe le canal de l'épendyme, d'où sa division en *commissure grise antérieure* et *commissure grise postérieure*. Elle renferme surtout des cellules cordonales.

C. Cordons. — Les cordons représentent, nous le savons, la partie blanche du tube nerveux. Histologiquement donc, ils sont constitués par des fibres nerveuses, axones ascendants ou descendants, groupés en faisceaux, ayant chacun sa signification propre.

Macroscopiquement, il est matériellement impossible de soupçonner que cette substance blanche, d'aspect parfaitement homogène, est en réalité une mosaïque d'éléments tout à fait dissemblables. C'est grâce aux recherches combinées des anatomistes, des embryologistes, des histologistes, des physiologistes et des anatomo-pathologistes qu'il nous est possible aujourd'hui de diviser avec une précision quasi mathématique l'aire cependant si restreinte des cordons médullaires. C'est, à vrai dire, la résultante de longs efforts; le sujet n'est pas encore épuisé; bien des points sont encore soumis à controverse; nous n'entrerons point ici dans le detail des discussions et nous nous bornerons à vous présenter la systématisation de la substance blanche, telle qu'elle est admise par les auteurs contemporains, ce qui ne veut pas dire tous les classiques.

Nous avons vu précédemment, au paragraphe Morphologie, qu'il existait, dans chaque moitié de la moelle deux cordons : le cordon antéro-latéral et le cordon postérieur. Cette division macroscopique concorde très bien avec la systématisation histologique et physiologique. Bien que ne renfermant que des axones, les deux cordons antéro-latéral et postérieur diffèrent totalement l'un de l'autre.

Les fibres du premier sont de trois sortes : ascendantes, descendantes et d'association. Mais ce qui caractérise essentiellement le cordon antéro-latéral, c'est que les différents faisceaux formés par ces fibres conservent une topographie uniforme — ne confondez pas topographie et volume! — du haut en bas de la moelle; c'est-à-dire que toute fibre qui pénètre dans ce faisceau y conserve une place identique.

Dans le cordon postérieur, on ne trouve tout d'abord que des fibres ascendantes et des fibres d'association. Mais la topographie de ces fibres varie aux différentes hauteurs de la moelle : telles fibres situées primitivement à la périphérie du cordon se trouveront ultérieurement contre la cloison, pour ne citer qu'un exemple. Autrement dit encore, tandis que des coupes du cordon antéro-latéral pratiquées à différents niveaux du tronc médullaire sont à peu près exactement superposables, les mêmes coupes du cordon postérieur ne le sont pas. C'est là une notion que ne font peut-être pas suffisamment ressortir les auteurs classiques. Je crois qu'il n'est pas inutile de la bien mettre en relief avant d'aborder l'étude de la systématisation des cordons. (Voir fig. 1.)

a. *Cordon antéro-latéral.* — Cinq grands faisceaux et plusieurs autres, de moindre volume, occupent le cordon antéro-latéral.

Les cinq grands faisceaux sont :

Le faisceau pyramidal direct;
Le faisceau pyramidal croisé;
Le faisceau spino-cérébelleux dorsal;
Le faisceau spino-cérébelleux ventral;
Le faisceau restant ou fondamental.

1. *Le faisceau pyramidal direct* ou *faisceau de Türck* (F. P. D.) se trouve en bordure du sillon médian antérieur. Il renferme les axones descendants, moteurs, du faisceau pyramidal, qui proviennent directement de la zone motrice du cortex cérébral et qui n'ont point subi la décussation bulbaire. Ces axones, en arrivant au bout de leur course, traversent la ligne médiane, en avant de la commissure grise antérieure, et se terminent dans la corne antérieure du côté opposé. C'est là un fait important sur lequel j'attire votre attention. Il montre que le faisceau de Türck n'est direct que de nom; ses fibres subissent, en définitive, l'entrecroisement, tout comme celles du faisceau pyramidal croisé, dont nous allons parler maintenant.

2. Le *faisceau pyramidal croisé* (F. P. C.) est profondément enfoui dans le cordon antéro-latéral. Ovalaire sur une coupe transversale de la moelle, son pôle postérieur affleure la corne postérieure. Comme le précédent, il ne renferme que des axones descendants fournis par les cellules de la zone motrice du cortex; par contre, ces axones ont subi, à la hauteur du bulbe rachidien, la *décussation* en masse, c'est-à-dire l'entrecroisement. Ils se terminent dans la corne antérieure du même côté.

Disons dès maintenant que les deux faisceaux pyramidaux représentent l'aboutissant de la grande voie motrice, la voie motrice principale des physiologistes, dont l'origine siège au cerveau, dans l'hé-

misphère situé du côté opposé à la terminaison de ses fibres.

3. *Faisceau spino-cérébelleux dorsal* (F. F.). — On le dénomme encore : faisceau cérébelleux direct, faisceau de Foville, faisceau de Flechsig. Le nom de faisceau spino-cérébelleux dorsal est préférable; il est à la fois plus correct et plus exact.

Exclusivement constitué par les cylindres-axes ascendants des cellules de la colonne de Clarke, il occupe la périphérie de la moelle, sous forme d'une étroite bandelette, qui part de la corne postérieure et s'étend en avant jusqu'à une horizontale passant par la base des cornes antérieures. Ses fibres se rendent au cervelet.

4. *Faisceau spino-cérébelleux ventral* (F. G.). — C'est le faisceau cérébelleux croisé, le faisceau de Gowers des anciens auteurs. Comme le précédent, c'est un faisceau de fibres ascendantes, qui tire son origine des noyaux de la corne postérieure, à la fois du même côté et du côté opposé. Il se place en bordure du cordon antéro-latéral, en avant du faisceau de Flechsig, dont il a sensiblement la même largeur. Il le déborde un peu en arrière, mais se termine en pointe en avant, au voisinage des filets radiculaires qui sortent de la corne antérieure. Ses axones se terminent dans le cervelet.

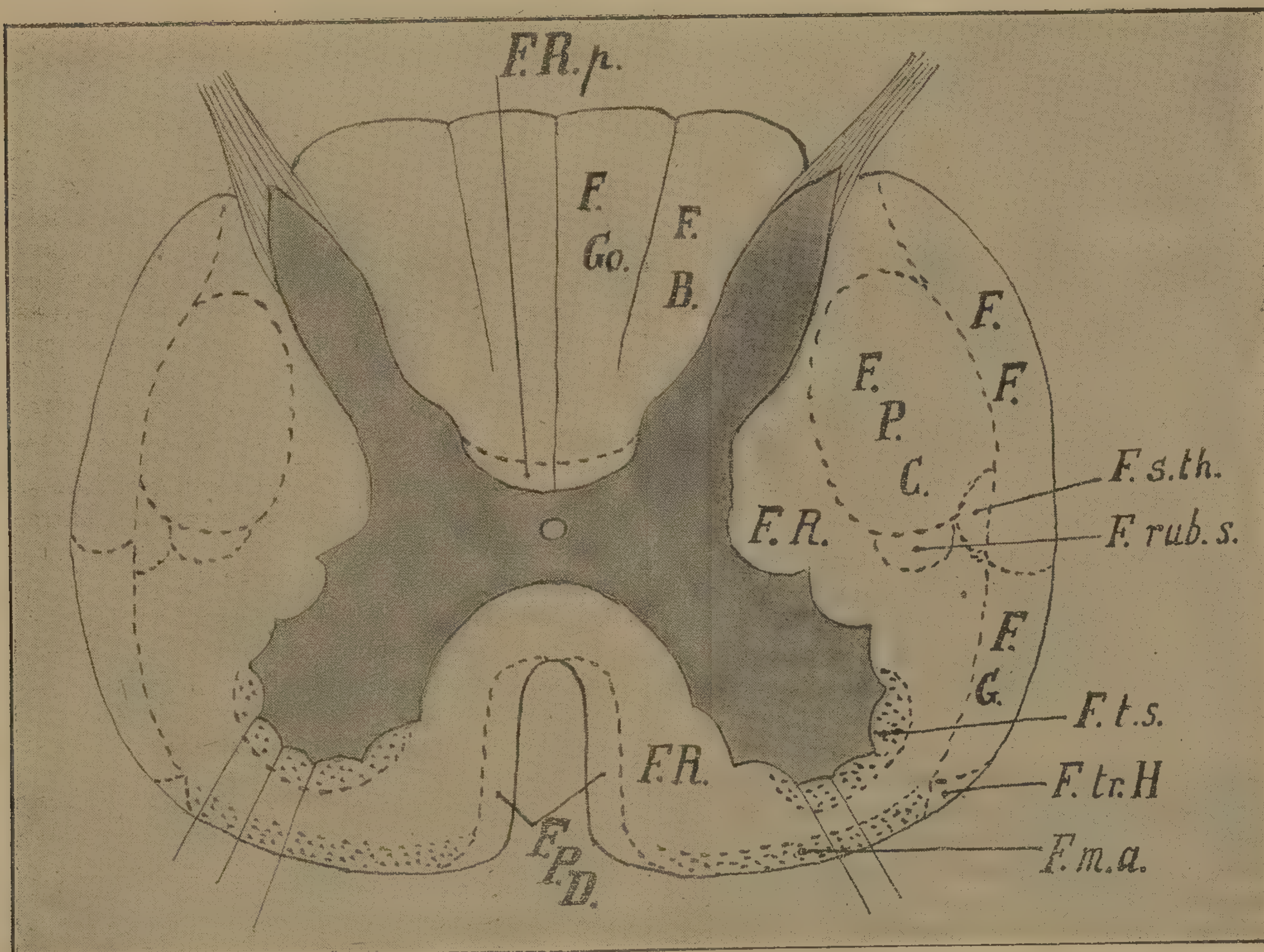


Fig. 1. — *Systématisation de la substance blanche de la moelle.*

Cordon antéro-latéral. — F. P. D. Faisceau pyramidal direct (F. de Türck). — F. P. C. Faisceau pyramidal croisé. — F. F. Faisceau spino-cérébelleux dorsal (F. de Foville ou de Flechsig). — F. G. Faisceau spino-cérébelleux ventral (F. de Gowers). — F. s. th. Faisceau spino-thalamique. — F. rub. s. Faisceau rubro-spinal de von Monakow. — F. m. a. Faisceau marginal antérieur, renfermant des fibres diencéphalo-cérébello-vestibulo-cochléo et réticulo-spinales. — F. t. s. Faisceau tecto-spinal. — F. tr. H. Faisceau triangulaire de Helweg (fibres olivo-spinales). — F. R. Faisceau fondamental ou restant.

Cordon postérieur. — F. Go. et F. B. Faisceaux de Goll et de Burdach, renfermant les fibres du faisceau radiculaire postérieur. — F. R. p. Faisceau fondamental du cordon postérieur (zone cornu-commissurale de P. Marie).

Les deux faisceaux spino-cérébelleux représentent l'origine d'une voie sensitive importante, passant par le cervelet. Accolés l'un à l'autre dans la moelle, ils se sépareront dans le bulbe et parviendront au cervelet par des itinéraires très différents.

5. *Faisceau restant ou fondamental* (F. R.). — Presque tout l'espace restant du cordon antéro-latéral qui n'est point occupé par les fibres précédemment énumérées porte le nom de faisceau restant ou fondamental. Certains auteurs le subdivisent ; ils décrivent un faisceau restant du cordon antérieur et un faisceau restant du cordon latéral; ou bien encore ils séparent le faisceau fondamental en deux couches, superficielle et profonde. Divisions quelque peu illusoires! Ce qu'il importe de savoir, c'est

que le faisceau restant renferme *presque exclusivement* les axones des cellules cordonales des cornes antérieures et postérieures de la moelle. Suivant leur longueur, ces axones constituent des voies d'association courtes et longues entre les divers étages de la moelle et aussi des centres supérieurs, où nous les retrouverons.

Nous avons souligné tout à l'heure les mots presque exclusivement. Dans les anciens traités d'anatomie — cette ancienneté n'est même pas de longue date — la nomenclature des faisceaux du cordon antéro-latéral s'arrêtait là. Elle était loin d'être complète. Il est d'ailleurs aisé de le comprendre : la moelle n'est pas seulement en connexion avec le cerveau et le cervelet. Des relations ascendantes et descendantes, autres que de simples voies d'association, représentées par le faisceau fondamental, s'établissent avec les autres centres du névraxe. Les physiologistes et les anatomo-pathologistes nous les ont révélées ; on en connaît aujourd'hui les principales, et il n'est pas permis de les ignorer. Les unes sont assurées par des faisceaux bien délimités, comme ceux qui viennent d'être décrits. Mais dans bien des cas aussi les fibres ne se groupent pas en faisceaux. Elles sont disséminées au milieu des autres. C'est probablement la raison pour laquelle elles ont été plus longtemps méconnues.

Parmi les faisceaux bien identifiés, nous citerons :

Le *faisceau rubro-spinal de von Monakow* (F. rub. s.). — Il se trouve en avant du faisceau pyramidal croisé, qu'il semble coiffer, d'où le nom de *faisceau prépyramidal* que lui a donné Thomas. Il renferme des fibres descendantes, venant du noyau rouge situé dans le pédoncule cérébral et se terminant dans la corne antérieure.

Le faisceau de von Monakow fait partie de la voie motrice secondaire ou indirecte, dont il représente le dernier échelon.

Le *faisceau vestibulo-spinal* appartient aussi à la voie motrice accessoire. Il est situé dans le cordon antéro-latéral, à côté et en avant du faisceau de Türck, en bordure de la moelle (F. m. a.), d'où le nom de *faisceau marginal antérieur* qu'on lui donne parfois. Ses fibres descendent du noyau de Deiters et sont ainsi en relation avec le nerf vestibulaire, le nerf de l'équilibration.

Le *faisceau tecto-spinal* (F. t. s.) apporte à la moelle des fibres en provenance des tubercules quadrijumeaux, qui se trouvent sur le trajet des voies visuelles et auditives. Il circonscrit l'extrémité de la corne antérieure.

Aux éléments de ces deux derniers faisceaux se mêlent des fibres descendantes d'origines diverses : *fibres cérébello-spinales*, dont l'existence est quelque peu discutée ; *fibres diencéphalo-spinales*, *fibres cochléo-spinales*, *fibres réticulo-spinales*, qui — leur nom vous l'indique — prennent naissance dans les noyaux gris du diencéphale, du nerf cochléaire, de la substance réticulée du bulbe rachidien et de la protubérance annulaire.

Nous trouvons encore, à côté de ces dernières, en marge de la moelle et en avant du faisceau de Gowers, le petit *faisceau triangulaire de Helweg* (F. tr. H.), qui provient de l'olive bulbaire et qui n'existe que dans la moelle cervicale.

Toutes ces fibres sont descendantes; le *faisceau spino-thalamique* (F. s. th.) est, par contre, un faisceau ascendant. Il s'insinue entre les faisceaux spino-cérébelleux et le faisceau pyramidal croisé. Pour la plupart des auteurs, il ne serait qu'une portion aberrante du faisceau de Gowers, ayant les mêmes origines, mais se terminant dans la couche optique.

b. *Cordon postérieur*. — Les deux cordons postérieurs, enclavés entre les deux cornes postérieures de la moelle, sont entièrement séparés l'un de l'autre par la cloison médiane postérieure.

Chacun d'eux est subdivisé, par un septum névroglique, en deux cordons secondaires, le *cordon de Goll*, le plus large et le plus interne; le *cordon de Burdach*, plus étroit et situé en dehors du précédent. Cette division n'a qu'une importance toute relative. Le cordon postérieur ne contient que deux faisceaux : le *faisceau radiculaire postérieur*, sensitif, et le *faisceau fondamental* ou restant, faisceau d'association, dont la topographie est indépendante des accidents morphologiques.

1. *Faisceau radiculaire postérieur*. — Son origine est en dehors de la moelle : elle est dans les ganglions des racines postérieures des nerfs rachidiens. Ce sont, en effet, les axones des cellules de ces ganglions qui forment le faisceau radiculaire postérieur : ils pénètrent dans la moelle, remontent vers le bulbe, dans le cordon postérieur, et se terminent tous dans les noyaux bulbaires, noyaux de Goll et de Burdach. Ils représentent le premier échelon de la voie sensitive principale. A ce seul titre, ils méritent une étude approfondie.

Le faisceau radiculaire postérieur ne renferme que des fibres ascendantes ou centripètes; il grossit donc au fur et à mesure qu'il se rapproche du bulbe; il n'est intégralement constitué qu'à la partie supérieure de la moelle, lorsque le premier nerf rachidien lui a fourni l'appoint de ses fibres.

Suivons la marche des fibres radiculaires, à partir du moment où elles pénètrent dans la moelle, au voisinage de la tête de la corne postérieure. (Voir fig. 2.) Elles coiffent tout d'abord cette dernière, lui formant une véritable coque blanche. Lorsqu'il s'agira des noyaux gris centraux, cette coque s'appellera « capsule ». Ici, c'est la *zone de Lissauer*, dont il a été précédemment question.

Les anciens anatomistes divisaient les fibres radiculaires en plusieurs catégories, tantôt suivant leur calibre (fibres grêles et fibres grosses), tantôt suivant leur longueur présumée (fibres courtes, moyennes et longues). Vous trouverez encore ces divisions dans maints Traités classiques. La plupart des neurologues modernes admettent cependant aujourd'hui que la plupart des fibres radiculaires sont des fibres longues qui se terminent dans le bulbe. D'autre part ces axones abandonnent, dès leur entrée dans la moelle, une branche de bifurcation descendante, généralement assez courte, qui se termine dans la zone gélatineuse de Rolando. Mais surtout elles donnent des collatérales plus ou moins nombreuses et de lon-

gueur variable, qui correspondent exactement aux racines courtes et moyennes des anciens auteurs. Ces collatérales se rendent, les unes — ex-racines courtes — dans les noyaux de la corne postérieure, les autres — ex-racines moyennes — dans la colonne de Clarke ou dans la corne antérieure. Ces diverses collatérales établissent la liaison entre la voie sensitive principale et les autres voies sensitives secondaires, comme aussi avec la voie motrice. Aussi n'est-ce point sans raison que les neurologues leur ont consacré de nombreux travaux.

Mais revenons aux fibres radiculaires, dont il nous faut étudier le trajet. Ces fibres, en effet, ne montent

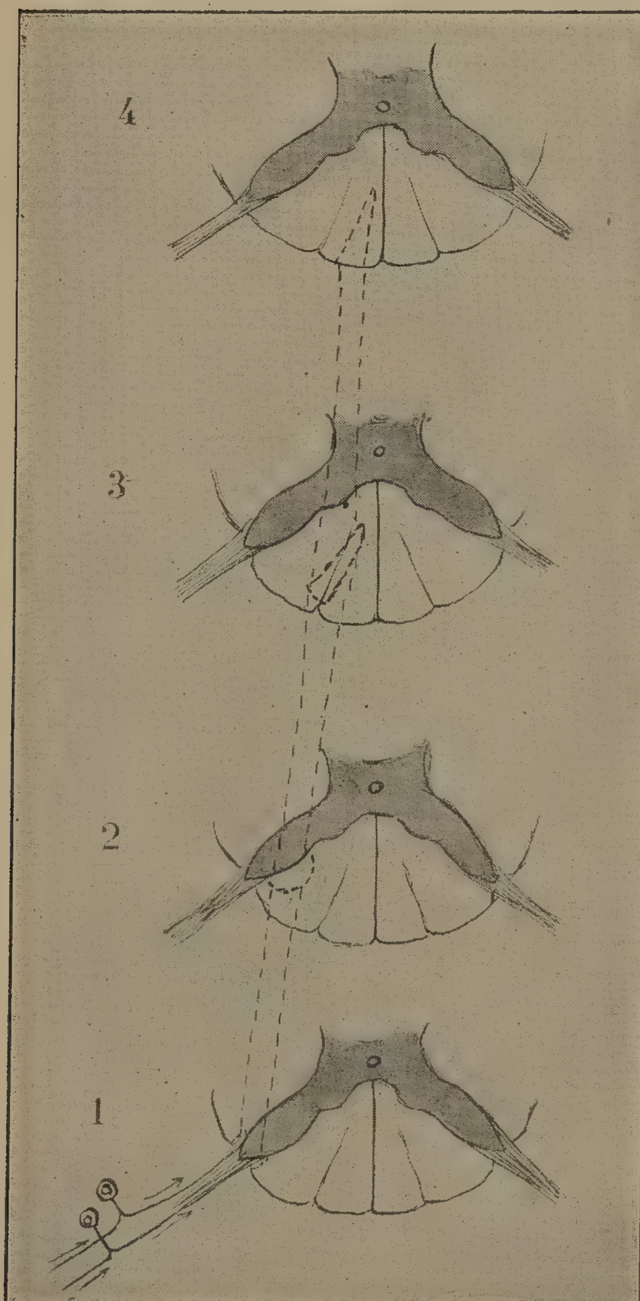


Fig. 2. — *Les étapes successives d'un groupe de fibres du faisceau radiculaire postérieur.*

1. Dans la zone marginale de Lissauer. — 2. Zone cornu-radiculaire. — 3. Bandelette externe de Pierret. — 4. Dans le cordon de Goll.

pas indifféremment de la moelle vers le bulbe. De la zone de Lissauer, dans laquelle elles se trouvent au moment de leur entrée dans la moelle, elles émigrent progressivement de dehors en dedans, pour se rapprocher de plus en plus de la ligne médiane.

Il vous sera facile de suivre sur la figure 2 les étapes successives de cette migration et vous y trouverez l'explication des termes évidemment un peu énigmatiques par lesquels on désigne les aspects différents des coupes d'un même groupe de fibres radiculaires. Suivez un paquet de ces fibres depuis un point déclive de la moelle jusqu'à sa terminaison. De la zone de Lissauer, les fibres se portent en avant et forment contre le renflement bulbaire de la corne postérieure une tache semi-circulaire : c'est la *zone cornu-radiculaire de Pierre Marie* (fig. 2-2).

Plus haut, ce même faisceau de fibres se sera étiré, allongé en forme de bande; il se sera en outre détaché de la corne postérieure et chevauchera la cloison névroglique qui sépare les cordons de Burdach et de Goll : ce sera la *bandelette externe de Pierret* (fig. 2-3).

Plus haut enfin, elles auront pénétré dans le cordon de Goll et se porteront de plus en plus près du septum médian (fig. 2-4).

Il résulte de ces constatations que, à la partie toute supérieure de la moelle, les fibres sensitives ont une topographie en quelque sorte schématique : en allant du sillon médian postérieur au sillon collatéral postérieur, vous rencontrerez successivement des fibres sacrées, des fibres lombaires, des fibres dorsales et des fibres cervicales.

Les branches descendantes des axones sensitifs, qui se rendent, nous l'avons dit, dans les noyaux de la substance gélatineuse n'ont pas une topographie aussi précise que les axones ascendants. Les auteurs discutent encore à leur sujet. La plupart admettent cependant qu'ils se mêlent aux branches descendantes des axones des cellules cordonales que nous allons maintenant étudier.

2. *Faisceau fondamental ou restant du cordon postérieur.* — Bien que cette dénomination ne figure pas dans tous les Traités, elle est cependant rationnelle, car les fibres dont nous allons parler sont les cylindres-axes des cellules cordonales qui se portent dans les cordons postérieurs de la moelle et qui, tout comme celles des cordons antéro-latéraux, dont les axones forment les faisceaux fondamentaux ou restants desdits cordons, établissent des liaisons entre les étages superposés du tronc médullaire. (Voir fig. 3.)

Comme ceux de toutes les cellules cordonales, les axones des cellules des cordons postérieurs se divisent en deux branches, ascendante et descendante.

Les *branches ascendantes* se rassemblent dans l'angle arrondi formé par l'écartement des deux cornes postérieures. Elles forment là un faisceau des plus nets : c'est lui qui mérite le nom de faisceau fondamental du cordon postérieur. On le désigne encore sous les noms de *zone cornu-commissurale de Pierre Marie* ou de *champ de Westphal* (fig. 3-A).

Les *branches descendantes* ont une topographie

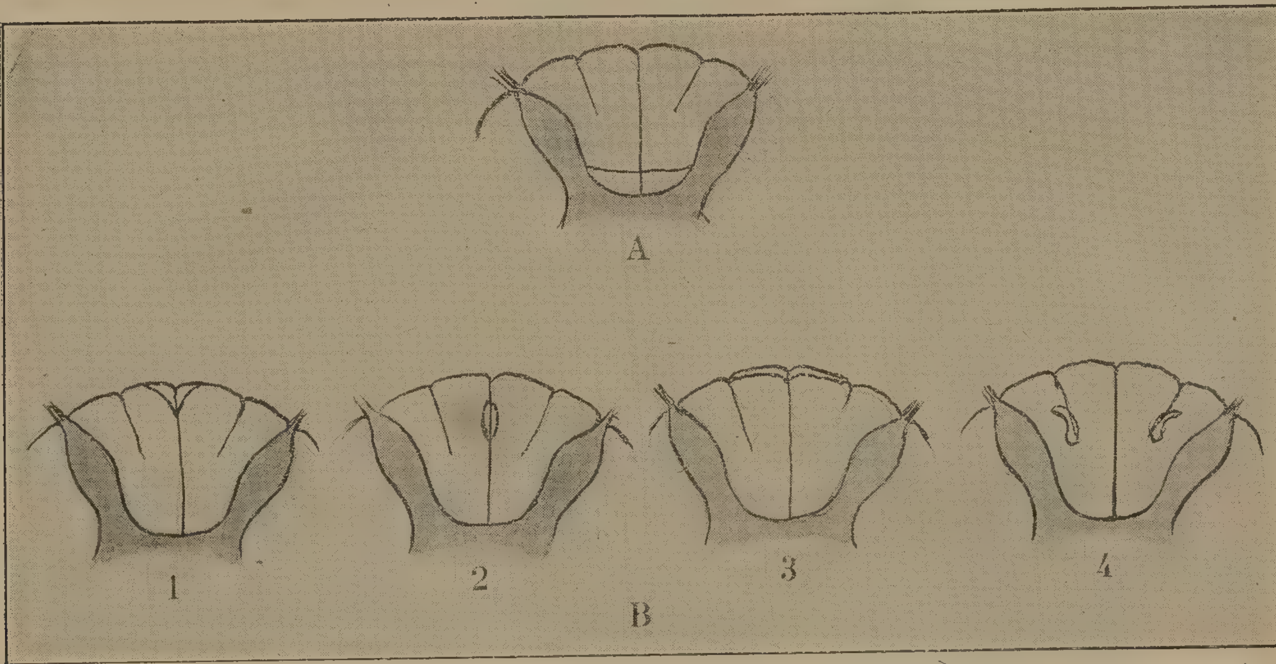


Fig. 3. — *Les fibres d'association du cordon postérieur de la moelle.*

A. Les branches de bifurcation *ascendantes* des axones des cellules cordonales se réunissent dans la *zone cornu-commissurale de P. Marie.*

B. Les branches de bifurcation *descendantes* forment : 1. Le *faisceau triangulaire médian* de Gombault et Philippe (portion terminale de la moelle). — 2. Le *centre ovale* de Flechsig (dans le renflement lombaire). — 3. La *bandelette périphérique* (dans la moelle dorsale inférieure). — 4. Le *faisceau en virgule* de Schultze (dans la moelle dorsale supérieure et dans la moelle cervicale).

quelque peu déconcertante, car elle varie considérablement, et sans qu'on en découvre la raison, aux différents niveaux de la moelle (fig. 3-B).

Dans le segment terminal du tronc médullaire, elles forment, de chaque côté du septum médian, le *faisceau triangulaire de Gombault et Philippe*;

Dans le renflement lombaire, les fibres deviennent plus profondes mais restent disposées symétriquement de part et d'autre de la ligne médiane : c'est le *centre ovale de Flechsig*;

Dans la moelle dorsale inférieure, elles s'étalent à la surface du cordon de Goll, en formant la *bandelette périphérique;*

Dans la moelle dorsale supérieure enfin, ainsi que dans la moelle cervicale, on les retrouve sous un aspect nouveau, en plein faisceau de Burdach : c'est le *faisceau en virgule de Schultze.*

Charpy, dans un louable esprit de synthèse, place toutes les collatérales descendantes dans une zone commune qu'il dénomme *zone septo-marginale.* Ce terme implique les rapports de ces fibres avec la périphérie de la moelle et la cloison médiane; il s'oppose par ailleurs à celui de *zone cornu-commissurale*, sous lequel Pierre Marie désigne le faisceau des branches ascendantes.

Après cette longue étude analytique, réduite cependant au strict minimum indispensable, il me paraît utile de dégager, sous forme d'un tableau synthétique, l'essentiel de ces notions.

Les divers faisceaux que l'on rencontre dans la moelle épinière sont *exogènes* ou *endogènes*, suivant que les axones qui les forment ont leur origine en dehors de la moelle ou dans la moelle elle-même.

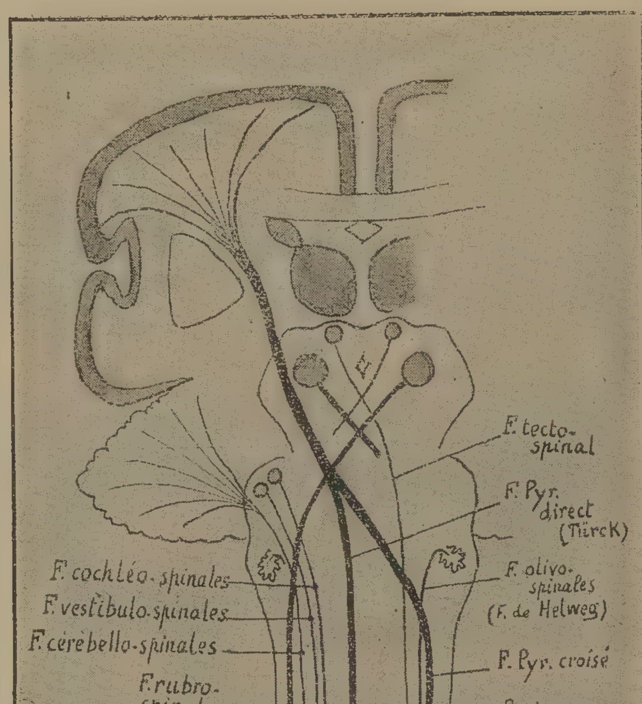


Fig. 4. — *Représentation schématique des fibres descendantes ou centrifuges aboutissant à la moelle* (fibres cortico-spinales et sous-cortico-spinales) *ou partant de la moelle* (racines antérieures des nerfs rachidiens).

Par ailleurs, ces axones se groupent sous trois chefs différents :

Axones centrifuges; ce sont les fibres à trajet descendant, qui des centres nerveux supérieurs se dirigent vers la moelle, ou bien encore celles qui de la moelle se portent dans les nerfs rachidiens.

Axones centripètes; ce sont les fibres à trajet ascendant.

Axones d'associations intersegmentaires; ce sont les fibres provenant des cellules cordonales; elles se bifurquent en deux branches, l'une ascendante, l'autre descendante; elles relient entre eux les divers étages du névraxe.

C'est en partant de ces données que l'on peut établir le tableau suivant ainsi que le schéma (fig. 4) que j'ai d'ailleurs emprunté partiellement à Bing.

I. Fibres exogènes.

A. *Faisceaux* CENTRIFUGES (*à trajet descendant*).......

1. *Fibres cortico-spinales :* faisceaux pyramidal direct de Türck et pyramidal croisé. Ce sont les fibres de la grande voie motrice directe.

2. *Fibres sous-cortico-spinales :*
- Fibres diencéphalo-spinales;
- Faisceau rubro-spinal de von Monakow;
- Faisceau tecto-spinal;
- Faisceau vestibulo-spinal;
- Fibres cochléo-spinales;
- Fibres réticulo-spinales;
- Fibres cérébello-spinales;
- Fibres olivo-spinales (F. tr. de Helweg).

Tous ces axones appartiennent aux voies motrices secondaires.

B. *Faisceaux* CENTRIPÈTES (*à trajet ascendant*).......

Toutes les branches ascendantes des axones du faisceau radiculaire postérieur, dont l'origine se trouve dans les ganglions spinaux et la terminaison dans le bulbe (noyaux de Goll et de Burdach). Ce sont les fibres de la voie sensitive principale.

Notez que ces axones donnent en outre des *branches descendantes*, qui se terminent dans les noyaux des cornes postérieures; rappelez-vous surtout leurs *collatérales*, courtes et moyennes, qui se rendent aux noyaux de la corne postérieure, de la colonne de Clarke et de la corne antérieure.

II. Fibres endogènes.

A. *Faisceaux* CENTRIFUGES...

Les fibres radiculaires, axones des cellules motrices des cornes antérieures; elles vontformer les racines motrices (racines antérieures) des nerfs rachidi ens.

B. *Faisceaux* CENTRIPÈTES....

Le faisceau spino-cérébelleux dorsa (F. de Flechsig ou de Foville).

Origine : les neurones de la colonne de Clarke, à la base des cornes postérieures, du même côté.

Le faisceau spino-cérébelleux ventral (F. de Gowers).

Origine : les cellules des noyaux des cornes postérieures, du même côté ou du côté opposé.

Ces deux faisceaux font partie de la voie sensitive cérébelleuse.

Le faisceau spino-thalamique.

	Le faisceau fondamental (ou *restant*) du cordon antéro-latéral.
C. *Faisceaux* D'ASSOCIATION...	*Le faisceau fondamental* du cordon postérieur. Les branches ascendantes de ses axones forment la zone cornu-commissurale. Les branches descendantes forment des faisceaux variés, aux noms divers, réunis synthétiquement sous la dénomination de *zone septo-marginale*.

A PROPOS DES MOUVEMENTS DE LATÉRALITÉ DANS LES TRAUMATISMES DU COUDE

Par Louis BERGOUIGNAN,
Interne des hôpitaux de Paris,

Quand on lit les traités classiques de pathologie chirurgicale, on est surpris de voir combien divergentes sont les opinions des auteurs sur l'importance des mouvements de latéralité dans les traumatismes du coude, en particulier dans les fractures supra-condyliennes de l'humérus et dans les luxations du coude en arrière.

C'est ainsi que pour Jeanbrau (*Précis de pathologie chirurgicale*, t. VI, p. 114), dans la fracture supra-condylienne de l'humérus « la palpation permet de percevoir une mobilité anormale et des mouvements de latéralité dans les deux sens ».

Dans la luxation du coude, au contraire (loc. cit., p. 119), « les mouvements de latéralité, si nets dans la fracture, *n'existent pas* ».

Tixier et Patel ne partagent pas la même opinion et, dans le même tome du même ouvrage, page 413, à propos de la luxation du coude, on peut lire :

« Tandis que les mouvements normaux sont très limités, il existe des mouvements anormaux de latéralité très étendus. Si le chevauchement est considérable, il y a un véritable ballottement de l'avant-bras. »

Ricard et Demoulin, dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus, ne signalent pas, à propos de la fracture supra-condylienne de l'humérus, les mouvements de latéralité.

Nélaton, dans le même traité, parle de l'importance de ces mouvements dans la luxation du coude, « mouvements qui peuvent aller jusqu'au ballottement de l'avant-bras ».

Ces divergences d'opinions s'expliquent mal, et il est permis de s'étonner que l'unanimité ne se fasse pas sur un symptôme qui, *lorsqu'il est correctement recherché*, permet de poser assez facilement le diagnostic entre fracture et luxation.

C'est qu'en effet, ce diagnostic est loin d'être facile quand on utilise les procédés habituels de recherche.

En dehors des cas relativement peu fréquents où le blessé est vu immédiatement après l'accident, et où le gonflement n'est pas venu masquer des défor-

mations caractéristiques, il est de nombreuses circonstances dans lesquelles on tâtonne, et où l'on n'ose, avec certitude, affirmer l'un ou l'autre des diagnostics.

Le gonflement est souvent considérable, surtout chez l'enfant. Le pli du coude est difficilement repéré, et il est parfois bien délicat de préciser si la tuméfaction antérieure lui est sus- ou sous-jacente.

La recherche des points de repère normaux (épicondyle, épitrochlée, olécrane) et de leurs rapports est facile sur un coude sain. Mais, sur un coude traumatisé, il en est tout autrement : il est matériellement impossible, dans la luxation, et souvent aussi dans la fracture, de mettre le coude en extension complète. La flexion à angle droit est également difficile à obtenir; ce n'est cependant que dans ces deux positions que le symptôme a de la valeur.

Au contraire, si l'on recherche correctement les mouvements de latéralité, on peut en tirer d'importants enseignements, et voici comment :

On immobilise le coude d'une main, en empaumant solidement l'extrémité inférieure de l'humérus, et l'on imprime de l'autre main de légers mouvements de latéralité à l'avant-bras. Ces mouvements existent toujours, dans l'un et l'autre cas.

S'ils se produisent sans que la main humérale en soit influencée, et par conséquent, au-dessous d'elle, il s'agit d'une luxation.

Si, au contraire, la main humérale subit l'influence des mouvements de latéralité, il s'agit évidemment d'une lésion sus-articulaire, et, partant, d'une fracture supra-condylienne.

Ce symptôme, toujours recherché par nous dans les traumatismes du coude, ne nous a jamais induit en erreur; et nous avons même le souvenir d'un jeune enfant chez lequel le diagnostic de luxation du coude semblait très probable, chez lequel, à cause du gonflement, il était très difficile d'apprécier la vacuité de la cupule radiale; nous avions cependant émis un doute, car les mouvements de latéralité se passaient *dans* notre main humérale. Une radiographie est venue appuyer notre opinion en montrant qu'il s'agissait d'un décollement épiphysaire typique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1931)

Atonie congénitale. Hypocalcémie. Traitement par l'ergostérol à haute dose. — MM. Ribadeau-Dumas, Max Lévy et Bourguignon présentent un enfant de dix-huit mois atteint d'atonie musculaire et de troubles digestifs avec hypocalcémie et augmentation de la chronaxie. Ils lui administrèrent pendant sept semaines consécutives une dose quotidienne de 4 centimètres cubes de stérogyl, et sous l'influence de ce traitement parfaitement supporté observèrent une grosse amélioration fonctionnelle allant de pair avec une chronaxie et une calcémie normales.

Association de tétanie et d'encéphalopathie infantile. — M. L. Babonneix et Mlle Fr. Lévy présentent une petite fille de dix-huit mois atteinte indiscutablement d'encéphalopathie infantile et chez laquelle surviennent, de temps à autre, des crises de spasme glottique. Cette association, à elle seule, mériterait mention, car elle est exceptionnelle. De plus, l'enfant est atteinte de troubles trophiques et vaso-moteurs prédominant aux extrémités qui rappellent un peu l'acrodynie, et elle est peut-être hérédo-syphilitique.

Ascaridiose hépatique. — A l'autopsie d'une petite fille de dix-huit mois, M. L. Babonneix a trouvé le foie bourré d'ascaris, les uns situés en plein parenchyme, les autres sous la capsule de Glisson qu'ils avaient de place en place perforée, cette perforation s'étant produite *post mortem*.

Bien que le foie ne fût pas douloureux, et que l'ictère manquât, la maladie eût pu être présumée : l'enfant avait, en effet, vomi deux ascaris la veille de son entrée, huit la semaine précédente et vingt-trois en octobre.

Fracture intra-utérine des deux fémurs avec déformation congénitale des hanches et pied bot bilatéral. (*Présentation de malade.*) — M. Roederer.

Abcès du poumon chez un nourrisson d'un mois. Evacuation par vomique fractionnée. Guérison. — MM. P. Lereboullet, A. Bohn et P. Baize présentent un nouveau cas d'abcès du poumon ayant évolué chez un nourrisson et qui guérit complètement à la suite de l'évacuation du pus par vomique fractionnée. Après une période de rhinopharyngite aiguë, l'enfant présente un syndrome de broncho-pneumonie de la base droite avec matité importante; les ponctions faites furent négatives. C'est alors que se produisirent plusieurs petites vomiques en même temps que les radiographies montraient l'existence d'une cavité intrapulmonaire ayant les caractères actuellement admis de l'abcès du poumon. Après plusieurs phases de rétention avec fièvre suivie de vomiques, la guérison, tant clinique que radiologique, a été obtenue sans autre intervention thérapeutique que quelques injections de propidon à faible dose. Les auteurs rapprochent ce cas de celui que l'un d'eux a récemment présenté avec MM. M. Lelong et F. Benoist à la Société médicale des hôpitaux. Dans ce cas comme dans le précédent, le staphylocoque doré paraît avoir été le germe causal.

Accidents d'hypercalcémie consécutifs à des applications multipliées de rayons ultraviolets (entérolithes et concrétions calcaires sous-cutanées). — MM. Marfan et Dorlencourt relatent l'histoire d'une fillette issue de parents syphilitiques et atteinte d'une encéphalopathie congénitale prise, à l'âge de treize ans, d'un rachitisme subaigu et de tétanie avec hypocalcémie et hypophosphatémie.

Sous l'influence des rayons ultraviolets survient très vite une amélioration extraordinaire. La famille émerveillée continue sans demander conseil les séances d'irradiations pendant dix-huit mois, avec quelques interruptions. Durant ce temps, on peut calculer que l'enfant a subi 180 applications d'ultraviolets et a été irradiée environ soixante-dix heures.

La médication a été suspendue par l'apparition d'une entéro-colite dysentériforme grave avec expulsion par l'anus de sables, de graviers et de calculs, presque exclusivement calciques. En même temps, le palper du ventre fait percevoir sous la peau du ventre, dans la région des grands droits, une série d'infiltrations calcaires. La fillette est morte de cachexie quelques mois après. La formation de ces entérolithes et de ces concrétions calcaires sous-cutanées est due sans doute à l'hypercalcémie prolongée, déterminée par les applications multipliées de rayons ultraviolets.

Résultats de la radiothérapie dans la poliomyélite. — M. Duhem apporte une statistique de 250 cas de poliomyélite, 150 traités par la radiothérapie, 100 n'en ayant pas reçu. En se basant uniquement sur les résultats obtenus chez les sujets qui ont présenté une réaction de dégénérescence, il ne

peut conclure en faveur d'une action efficace de la radiothérapie.

Septicémie pneumococcique primitive et prolongée (type pseudo-palustre). — M. BERNHEIM (de Lyon).

Anémie totale subaiguë chez un enfant. — MM. COSTE, SEMELAIGNE et SCHWOB rapportent l'observation d'une fillette de huit ans chez qui évolua une anémie aplastique fébrile avec leucopénie et granulopénie. La déglobulisation progressive amena la mort en dix-huit jours. Aucune des thérapeutiques tentées, transfusions par diverses voies, ligature de l'artère splénique n'a permis d'obtenir même un ralentissement dans la marche évolutive de l'affection. Les auteurs discutent certaines particularités cliniques anatomiques et physiopathologiques de leur observation et formulent quelques suggestions d'ordre thérapeutique basées sur l'existence d'agranulocytoses curables spontanément ou après traitement.

Péritonite à pneumocoques opérée, et pleurésie purulente bilatérale suivie de guérison. — MM. BÉRAUD (de la Rochelle), BARRAUD et DROUIN.

La tétanie au Mexique. — Après une enquête approfondie, M. TARVELLA considère que la tétanie est au Mexique d'une extrême rareté, comme il a pu le mettre en évidence par ailleurs pour le rachitisme.

Péritonite à pneumocoques chez une fillette de quatre ans. Intervention pour appendicite. Guérison. — M. BÉRAUD (de la Rochelle).

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1931)

Technique de la rachi-anesthésie à la percaïne d'après plus de 500 cas. — M. G. LUQUET fait un rapport sur ce travail du professeur Quarella (de Turin). Quand la technique est correctement suivie on obtient une anesthésie de longue durée (trois heures), non schockante, absolument complète, donnant un silence abdominal et une résolution insoupçonnés jusqu'alors, sans suites sérieuses et facilitant les opérations abdominales les plus difficiles. L'expérience de ce procédé est basée sur 570 cas, sans accidents, auxquels M. Luquet joint 70 nouveaux cas semblant, point par point, confirmer les conclusions de M. Quarella.

Fibro-kystique pédiculé du col de l'utérus. — M. MULLER (de Belfort). Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans présentant, après ses règles, de petites hémorragies hebdomadaires, opérée dix ans auparavant d'un polype cervical. Au toucher on perçoit et au spéculum on voit une masse du volume d'une noix ayant l'aspect d'un polype qu'on enlève par torsion. Il s'écoule un liquide visqueux, soluble dans la potasse, indifférent au ferro-cyanure de potassium. L'examen histologique montre une cavité kystique creusée dans du tissu fibreux, contenant un caillot fibrineux ancien et des cellules épithéliales, allongées, nombreuses, rendant la tumeur suspecte. La guérison s'est maintenue.

Ostéomyélite aiguë au tiers inférieur du fémur. Incision de l'abcès superficiel sans trépanation osseuse. Guérison. — M. HAUTEFORT fait un rapport sur cette observation de M. Meuge (de Paris).

Blocage sous-arachnoïdien (anesthésie spinale) pour les opérations sur le foie et les voies biliaires. — M. Gaston LABAT (de New-York) décrit dans tous ses détails la technique qu'il emploie. Il insiste sur la nécessité de placer le malade en position de Trendelenburg immédiatement après l'injection et de maintenir cette position pendant l'opération et les trois heures qui la suivent. Par sa technique l'auteur n'observe plus aucune complication. D'après lui le blocage sous-arachnoïdien constitue l'anesthésie de choix pour les opérations sur le foie et les voies biliaires, sauf quelques contre-indications, en particulier l'ictère.

Un cas d'iléus biliaire. — M. René BONAMY présente un calcul biliaire qu'il a enlevé par entérotomie chez une femme de soixante-dix-huit ans, et qui avait causé une crise grave d'occlusion intestinale. Ce calcul était constitué, pour la plus grande partie, de cholestérine. Il n'avait jusqu'à ce moment donné lieu à aucun symptôme.

Pneumo-méninge traumatique. — M. PETIT DE LA VILLÉON revient sur cette affection rare qu'on peut appeler aussi la « pneumatocèle intracranienne » et qui consiste en une insufflation aérienne des espaces sous-arachnoïdiens au niveau de l'étage antérieur de la base du crâne. L'auteur insiste sur la nécessité qu'il peut y avoir d'opérer ces malades. Dans un cas personnel, le blessé était dans le coma et n'a dû sa guérison qu'à une trépanation décompressive frontale, pratiquée par l'auteur sans l'aide même d'anesthésie.

Projectile cardio-pulmonaire. — M. PETIT DE LA VILLÉON présente un cas de projectile cardio-pulmonaire opéré avec simplicité par sa méthode de la boutonnière, à la pince, sous écran.

Fracture pathologique du col du fémur. — M. BRODIER présente avec les radiographies une fracture du col du fémur survenue après un mouvement insignifiant chez une tabétique.

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1931)

La diathermie dans le traitement des phlébites. — M. VIGNAL fait un rapport sur un travail de M. Vaudescal (de Paris) qui a appliqué avec de bons résultats les courants de haute fréquence au traitement des suites de phlébites.

Traitement des varices par l'éther. — M. HAUTEFORT fait un rapport sur un travail de M. Pasquini Lopez (de Tucuman, République Argentine) préconisant les injections d'éther comme agent sclérosant; c'est une variante de la méthode de Sicard qui paraît avoir donné à son auteur de bons résultats. M. Hautefort pense qu'il faut faire des réserves sur une méthode qu'on serait mieux à même de juger avec des documents cliniques plus détaillés.

Vissage d'une fracture de l'olécrâne sous anesthésie locale. — M. DUPUY DE FRENELLE a utilisé chez une femme un double vissage pour une fracture à grand écartement. Les vis utilisées sont longues de 6 centimètres et sont implantées dans l'olécrâne et dans le pilastre osseux formé par le bord postérieur du cubitus. Résultat anatomique et fonctionnel excellent.

M. A. TRÈVES préfère l'hémicerclage qu'il fait avec du tendon de renne.

M. JUDET utilise aussi le fil résorbable.

Quelques résultats de résection du nerf présacré. — M. J. LANOS montre, avec des observations personnelles, quels bons résultats on peut obtenir dans les dysménorrhées et dans certaines névralgies pelviennes rebelles à tous traitements médicaux par la résection du nerf présacré suivant les indications et la technique de Cotte.

A propos d'un kyste du sein. — M. R. FRANÇAIS a observé une malade nullipare ayant subi une amputation du sein droit et qui, six ans après, a présenté au niveau du sein gauche, une poussée subaiguë de mammite à forme kystique. L'auteur, en huit ans, a retiré trois fois par ponction un liquide que l'analyse a montré être du pus stérile. La quan-

tité diminuait à chaque ponction au fur et à mesure que s'accusait la sclérose de la glande qui se manifeste actuellement sous l'aspect décrit par Reclus (petites masses grenues dures). M. Français se demande si la lésion ayant nécessité l'amputation était bien un épithélioma.

Péristaltisme immédiat provoqué par le sérum hypertonique intraveineux. — M. R. Bonneau insiste sur un signe qui l'a fréquemment frappé et qui apparaît quelques minutes après ou au cours de l'injection intraveineuse de sérum hypertonique; c'est l'expulsion de gaz par l'anus. Il y a là une action immédiate sur le péristaltisme intestinal qui contribue à l'amélioration rapide de l'état général.

Quatorze résections gastriques pour ulcus térébrants de la petite courbure. — M. Leplat (de Cahors).

Ouverture dans les cavités séreuses d'abcès amibiens du foie. — M. Bressot (de Constantine).

Autogreffe osseuse de l'humérus pour une large pseudarthrose. Résultat au bout de seize ans. — M. Dupuy de Frenelle présente ce blessé qui a conservé un bras robuste de volume et de force normaux. Le long greffon utilisé a été prélevé sur le péroné. La greffe fut consolidée par une plaque vissée.

Trois amputations abdomino-périnéales du rectum. — M. Victor-Pauchet présente trois amputations abdomino-périnéales du rectum faites il y a trois ans; les anus sont continents; les sujets ne portent aucun appareil, ils vont à la selle une ou deux fois par jour, d'une façon réglée. La mortalité de cette opération est très faible; les résultats éloignés sont excellents, incomparablement supérieurs aux résultats obtenus il y a quelques années.

Tumeur villeuse de la moitié droite du côlon transverse. — M. Victor-Pauchet.

Daviers à branches parallèles et à mors amovibles. — Plante-vis pour fixer directement les vis dans l'os. — M. Dupuy de Frenelle présente ces instruments qu'il utilise dans l'ostéosynthèse.

LIVRES NOUVEAUX

Les Formes anatomo-cliniques des granulies pulmonaires. Formes miliaires de la tuberculose des poumons (1), par Jacques Delarue. Préface du professeur F. Bezançon.

Si de nombreuses controverses ont eu lieu, dans ces dernières années, sur la fixation même du cadre anatomo-clinique de la « granulie », sur la topographie et la structure des nodules miliaires, sur le mode de formation de ceux-ci, c'est que, en ces problèmes, sont résumées sans doute la plupart des questions touchant à l'anatomie pathologique de la tuberculose : « Les aspects des nodules miliaires, écrit l'auteur dans l'introduction, sont si divers qu'ils représentent, en miniature, tous les groupements histologiques, tous les processus de la tuberculose pulmonaire. » « L'histogenèse des nodules miliaires permet de mieux comprendre celle de toutes les lésions tuberculeuses du poumon », écrit aussi le professeur Bezançon dans la préface qu'il a consacrée à cet ouvrage...

C'est dans cet esprit que M. Delarue a repris, avec une importante documentation, l'étude de la tuberculose miliaire du poumon.

Ce travail, non seulement résume les connaissances jusqu'à présent acquises sur ce sujet, mais est particulièrement riche en conceptions nouvelles et très personnelles. Il sera lu avec intérêt par tous les phtisiologues. L. G.

(1) Un volume de 304 pages avec 49 figures et 7 planches hors texte. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

La Radiothérapie pénétrante (1), par Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine de Paris, et Etienne Piot, électroradiologiste des hôpitaux de Paris. « Les Actualités physiothérapiques », publiées sous la direction du docteur Duhem.

Si l'application thérapeutique des rayons de Rœntgen remonte au début même de l'ère radiologique, les progrès de la technique ont permis une extension de plus en plus grande du champ de cette méthode.

En s'adressant à un rayonnement de longueur d'onde de plus en plus courte le radiologiste s'est trouvé en possession d'une arme de même nature, certes, mais infiniment plus puissante que celle de ses devanciers et d'un maniement plus complexe aussi.

Elle lui a permis de faire parvenir à des organes profondément situés des doses thérapeutiques d'énergie radiante qui jusqu'alors se trouvaient arrêtées par les plans superficiels ou interposés.

Préconisée surtout dans le traitement des tumeurs malignes, cette technique nouvelle a fait naître à ses débuts, dans le public médical, des espérances exagérées dont la déception semble avoir fait trop oublier à beaucoup les services incomparables qu'elle peut rendre dans le traitement des cancers comme de nombreuses autres affections.

Une mise au point de cette importante question semblait donc justifiée.

Aux centres anticancéreux de la Salpêtrière et de Lariboisière les auteurs ont puisé l'expérience qui leur a permis de présenter un travail basé sur une large documentation personnelle.

Ils esquissent dans un premier chapitre les bases d'une méthode établie sur des données physiques, biologiques et expérimentales.

Ils indiquent ensuite par quels procédés techniques et par quels perfectionnements de l'appareillage il est possible d'obtenir et d'utiliser un rayonnement dont la longueur d'onde doit pouvoir un jour avoisiner celle des rayons γ du radium.

L'étude des affections cancéreuses ou non cancéreuses justiciables de la radiothérapie pénétrante termine ce travail qui doit intéresser non seulement l'étudiant, mais encore le praticien désireux de connaître les indications et les possibilités actuelles d'une méthode précieuse entre toutes et d'entrevoir le champ qui s'ouvre encore devant elle, la laissant à l'ordre du jour de la thérapeutique physique moderne. L. G.

Il y a cent ans. Paris médical en 1830 (2), par M. Fosseyeux, bibliothécaire de l'Assistance publique.

Encore un centenaire! non pas d'un homme, mais d'une collectivité. D'ailleurs il se confond avec celui du romantisme; cette étude aurait pu s'intituler : le romantisme et la médecine. Du romantique, Alibert qui fait son cours en plein air sous les tilleuls de l'hôpital Saint-Louis en a la faconde et l'allure; Broussais lui-même, qui s'épuise en polémiques acerbes, en a la ferveur et l'esprit de système.

Mais cette large fresque ne fixe pas seulement une époque curieuse de la profession médicale. Grâce à l'érudition variée de son auteur, secrétaire général de la Société française

(1) In-8 de 82 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

(2) In-16 de 104 pages avec figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Le François.

d'histoire de la médecine et membre de la Commission du Vieux Paris, nous revivons dans ce Paris de 1830, sans trottoirs, sans électricité, sans métro, sans autobus, dans ce Paris lointain et désuet que parcourent, affairés ou nonchalents, les personnages de Balzac. Mais voici la grande ombre de l'écrivain qui se profile au milieu du monde médical; le voici s'initiant auprès de son médecin Nacquart aux mystères de la phrénologie, fréquentant les thaumaturges et les magnétiseurs, prenant comme personnages de ses romans les médecins contemporains les plus illustres en transformant à peine leurs noms : Récamier en Cameristus, Broussais en Broussel, Magendie en Maugredie, Bouillaud en Bianchon, Dupuytren en Desplein, écrivant lui-même une *Physiologie du mariage*, tandis que Auguste Comte soigne un accès de folie dans la maison de santé d'Esquirol à Ivry. C'est assez dire que ce travail, d'analyse en même temps que de synthèse, intéresse à la fois les littéraires, les historiens et les scientifiques. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE [1]

2° En dedans du mur musculaire. — *L'artère linguale* : née de la face antérieure de la carotide externe au-dessus de la thyroïdienne supérieure, elle décrit dans la région hyo-carotidienne une première courbe de petit rayon à concavité inférieure, croisée deux fois superficiellement par le XII.

Elle s'engage ensuite *à la face profonde de l'hyoglosse*, accompagnée des veines linguales profondes.

Elle décrit une courbe à concavité supérieure, de grand rayon, dont le XII, qui est sur un plan supérieur, est la corde. C'est sa classique région de ligature dans les deux triangles de Béclard et de Pirogoff.

α. *Triangle de Béclard* : en arrière, avant la naissance de la dorsale de la langue, limité par :

— Bord postérieur de l'hyoglosse en haut;
— Ventre postérieur du digastrique en avant;
— Grande corne en bas.

β. *Triangle de Pirogoff* : en avant, limité par :

— Ventre postérieur du digastrique en arrière;
— Bord postérieur du mylo-hyoïdien en avant;
— Trajet du XII en haut.

On trouvera l'artère après avoir dissocié les fibres de l'hyoglosse, accompagnée des veines linguales profondes et des lymphatiques marginaux internes de la langue.

Mais pratiquement on préférera lier la carotide externe; la ligature de la linguale n'asséchant pas suffisamment la langue.

4. Pôle postérieur. — Entre en rapports avec la région sous-angulo-maxillaire, pouvant recouvrir superficiellement la région de ligature de la carotide externe.

5. Pôle antérieur. — Ses rapports se confondent avec ceux du canal excréteur ou de Wharton et du prolongement antérieur.

6. Canal de Wharton. — Le canal excréteur émerge à la face interne de la partie moyenne de la glande, et chemine accompagné du prolongement antéro-interne.

Son origine est variable : elle se fait, soit par réunion dichotomique des canalicules, soit par épanouissement, soit par branchement des canalicules sur un canal axial.

Il chemine : 1. Dans le défilé, hyoglosse, mylo-hyoïdien.

2. Dans le creux sublingual.

Il se termine en perforant la muqueuse près de la ligne médiane (caroncule salivaire de chaque côté du frein de la langue).

Ses rapports se font :

1° Dans le défilé musculaire. — Avec le XII en bas, le lingual en haut.

2° Dans la loge sublinguale. — *En dedans* : c'est le génio-hyoïdien en bas, le génio-glosse et le lingual inférieur en haut.

Le lingual, qui a embrassé le Wharton à l'entrée dans la loge, le sous-croisant pour d'externe lui devenir interne, se termine à la pointe de la langue après avoir donné des rameaux sublinguaux.

Le XII, après avoir croisé superficiellement la *ranine*, branche terminale de la linguale, s'épuise dans le génio-glosse.

La ranine disparaît sous le lingual inférieur.

En dehors, se trouvent :

La glande sublinguale recevant des rameaux nerveux et un ganglion du nerf lingual, et les vaisseaux sublinguaux.

Les lymphatiques marginaux externes de la langue.

Le canal de Wharton est classiquement bissectrice de l'angle formé par le lingual et les vaisseaux sublinguaux.

En haut, c'est la muqueuse buccale (toucher buccal).

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Les acini de la sous-maxillaire sont mixtes :

1. *Cellules à mucus*, claires, à gros noyau.
2. *Cellules séreuses* ou croissants de Gianuzzi, situées à la périphérie de l'acinus, drainées vers la lumière de l'acinus par des canalicules intercellulaires.
3. *Cellules centro-acineuses*, d'où dans l'ensemble analogie avec une coupe de pancréas.

De plus, il existe à la périphérie des cellules en panier ou myo-épithéliales.

Les canaux sont à épithélium cubique, puis à épithélium stratifié près de l'embouchure.

PHYSIOLOGIE

1. **Produit de sécrétion.** — La salive sous-maxillaire est épaisse, visqueuse.

Elle contient deux ferments qui transforment l'amidon en maltose et dédoublent la saccharose en lévulose et glucose.

2. **Sécrétion.** — La glande reçoit :

— Des *filets sympathiques* (venus avec les vaisseaux).
— Des *filets du lingual* ou du ganglion sous-maxillaire qui lui apportent des fibres de la *corde du tympan*.

a. **Si l'on excite la corde** : la glande devient turgescente, la circulation augmente; la salive sécrétée est riche en eau, pauvre en matières organiques. C'est la salive cérébrale, obtenue par *vaso-dilatation*.

b. **Si l'on excite le sympathique** : la glande sécrète une salive normale, riche en mucus (salive sympathique, *sécrétion vraie*).

3. **Rôle.** — Outre le rôle digestif (dégustation et actions chimiques) la glande a un rôle excrémentitiel (élimination de mercure, d'iode, d'urée, etc.).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 14, p. 270, et n° 16, p. 310.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

MÉMOIRES ORIGINAUX
Le rapport du périmètre thoracique à la taille des enfants et des jeunes gens de haute stature, par M. le professeur P. NOBÉCOURT.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de biologie.
Société de stomatologie de Paris.
LIVRES NOUVEAUX
CONGRÈS
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — VERSAILLES. — Un concours pour la nomination de six internes en médecine (trois titulaires et trois provisoires) aura lieu les vendredi 27 mars et samedi 28 mars 1931, à 9 h. du matin.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du directeur, à l'hôpital civil, de 9 h. à 11 h. du matin et de 2 h. à 4 h. du soir.

HÔPITAL FRANÇAIS DE TUNIS. — Une place d'interne est vacante. — S'adresser au directeur pour renseignements et conditions.

HÔPITAUX THERMAUX. — Sont désignés pour 1931 :

Hôpital militaire de Barèges. — MM. le médecin lieutenant-colonel Rebierre, de l'hôpital militaire de Marseille, médecin chef; le médecin capitaine Dumont, de la 18e compagnie du train, Bordeaux; le pharmacien commandant Massy, de l'hôpital militaire de Bordeaux.

Hôpital militaire de Bourbonne. — MM. le médecin commandant Dellys, des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans, médecin chef; le médecin capitaine Fontaine, du 305e d'artillerie, Besançon.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon. — M. le médecin commandant Delacroix, médecin des hôpitaux militaires, des salles militaires de l'hospice mixte de Nice, médecin chef.

Hôpital militaire du Mont-Dore. — M. le médecin commandant Langlois, des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand, médecin chef.

Hôpital militaire de Vichy. — MM. le médecin commandant Xambeu, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire de Toulouse; le médecin commandant Fauque, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire de Bordeaux; le médecin commandant Audouy, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire de Toulouse; le médecin capitaine Picot, de l'hôpital militaire Villemin, à Paris; le médecin capitaine Gauch, médecin des hôpitaux militaires, des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand.

Station thermale militaire de Saint-Nectaire. — M. le médecin commandant Maire, médecin des hôpitaux militaires, 1er génie, Strasbourg.

Hôpital militaire de Barèges. — M. le médecin lieutenant Dhers, de l'hôpital militaire de Toulouse.

Hôpital militaire de Bourbonne. — M. le médecin lieutenant Proust, des hôpitaux militaires de la région de Paris.

Hôpital militaire du Mont-Dore. — M. le médecin lieutenant Moret, de l'hôpital militaire de Bordeaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Sourdille, docteur en médecine, est institué pour neuf ans, à dater du 1er février 1931, professeur suppléant de la chaire d'ophtalmologie.

— M. Rousseau, professeur au collège de Saint-Nazaire, licencié ès sciences et titulaire du diplôme d'études supérieures des sciences naturelles, est institué pour neuf ans, à dater du 1er février 1931, professeur suppléant d'histoire naturelle.

— Un concours pour un emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira le mercredi 21 octobre 1931, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

GUERRE. — Mutations :

Médecins commandants. — MM. de Lagoanere, de l'hôpital militaire de Nantes, laboratoire de bactériologie, est affecté à l'hôpital militaire de Talence; Wulliam, du 508e de chars de combat, Lunéville, est affecté au 120e d'artillerie lourde, Epinal.

Médecins capitaines. — MM. Farjot, du 405e d'artillerie à Sathonay, est affecté à l'hôpital militaire de Grenoble; Fonta, du 107e d'inf. à Angoulême, est affecté à l'Ecole militaire préparatoire de Saint-Hippolyte-du-Fort; Ducoureau, des territoires du Sud-Algérien, est affecté aux troupes de Tunisie.

Médecin lieutenant. — M. Fraimbault, du 170e d'inf., Remiremont, est affecté aux troupes du Levant.

COLONIES. — Sont agréés pour remplir les fonctions de médecin consultant, à l'Administration centrale du ministère des Colonies : M. le professeur Gougerot (dermatologie); MM. Léger et le professeur Tanon (médecine générale);

M. Maisonnet (stomatologie); M. Génil-Perrin (neuropsychiatrie).

MARINE. — M. le médecin de 1re classe Le Bourgo est détaché au cabinet du sous-secrétaire de la marine militaire.

LE SYNDICAT PROFESSIONNEL DE LA PRESSE SCIENTIFIQUE vient de tenir son assemblée générale.

Le Comité des syndics a élu, pour 1931, le bureau du Syndicat :

Président : M. le docteur Foveau de Courmelles; vice-présidents : MM. Saugrain et Coissac; trésorier : M. le docteur Barlerin; secrétaire général : M. J. Toutain.

A l'issue de l'assemblée générale a eu lieu un banquet présidé par M. Roussel, directeur de la mutualité au ministère du Travail et de la Prévoyance sociale.

PRIX GOBEY. — Les deux prix de 5.000 fr. institués par les laboratoires Gobey, en faveur de l'internat des hôpitaux de Paris, ont été décernés pour l'année 1930 le 24 janvier 1931.

On sait que les titulaires de ces prix destinés à des internes français de 4e année ont été désignés par leurs camarades.

FÉDÉRATION RÉGIONALISTE FRANÇAISE. (Présidence de M. Henri de Jouvenel.) — Journée de pathologie régionaliste (maladies spéciales des gens, des animaux et des végétaux selon les régions).

Les deux séances de cette journée se tiendront au siège de la Fédération, 54, rue de Seine, le 21 mars 1931, à 16 h. 30 et 20 h. 30.

Les questions traitées seront : l'influence des terrains, du climat, de l'alimentation, des éléments ethniques, etc.

Prière d'envoyer notes et rapports au rapporteur général, docteur Foveau de Courmelles, 9, rue Tronchet, Paris (8e).

L'entrée aux séances est libre.

JOURNÉES D'AVIATION SANITAIRE COLONIALE. — Sur la proposition de la Commission des Congrès de l'exposition coloniale, le commissaire général de l'exposition a autorisé la Ligue des « Amis de l'aviation sanitaire » à instituer des journées d'aviation sanitaire coloniale, du 25 au 30 juillet 1931.

Le programme des journées d'aviation sanitaire se composera de conférences sur l'aviation sanitaire coloniale suivies de discussion à laquelle pourront prendre part les congressistes français et étrangers, ainsi que d'une démonstration pratique d'avions sanitaires en vol.

Diverses visites d'usines et du centre médical du Bourget, ainsi que des fêtes et excursions, sont prévues. Des réceptions officielles seront organisées pour les congressistes au commissariat général, à l'Aéro-Club de France, à l'Hôtel de Ville et dans différents palais nationaux.

Ces journées d'aviation sanitaire sont organisées en parfait accord avec les « Journées médicales coloniales », ce qui permettra à tous les congressistes de l'aviation sanitaire de participer aux travaux des Journées médicales coloniales et leur donnera les mêmes droits et avantages qu'aux congressistes de ces Journées médicales pendant toute la durée de ces dernières, c'est-à-dire du 22 au 30 juillet inclus.

Prix de la cotisation : 100 fr. par congressiste; 50 fr. pour les adhérents, familles de congressistes, étudiants.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des « Amis de l'aviation sanitaire », 2, square Trudaine (52, rue des Martyrs), Paris (IXe). Tél. Trudaine 97-50 à 55.

SYMPATHOLOGIE CLINIQUE. — M. Laignel-Lavastine, agrégé, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté de médecine de Paris, fait à la Pitié, service 4, à 9 h. 30, des leçons cliniques, avec, à 10 h. 30, présentation de malades, projections et exercices pratiques, dirigés par MM. Robert Largeau, Paul George, Boquien et Puymartin, assistants et internes du service.

Programme des leçons. — Lundi 9 mars : Conception actuelle du sympathique.

Mardi 10 mars : Système vagal et métasympathique.

Mercredi 11 mars : Nouvelles acquisitions dans la sémiologie sympathique.

Jeudi 12 mars : Acropathologie.

Vendredi 13 mars : Vagotonie digestive.

Samedi 14 mars : Endocrino-sympathoses.

Lundi 16 mars : Psycho-sympathoses.

Mardi 17 mars : La méthode concentrique en sympathologie.

Mercredi 18 mars : Le sympathique dans la personnalité.

Jeudi 19 mars : Nouveau traitement des sympathosés.

Ce cours est gratuit. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin du cours.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. — M. le professeur Danielopolu, de la Faculté de médecine de Bucarest, fera le vendredi 13 mars, à 11 h., sous la présidence de M. le doyen Balthazard, une conférence sur la pathogénie de l'asthme (rôle du système nerveux végétatif).

Cette conférence aura lieu à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Sergent.

HÔTEL-DIEU. — M. le docteur G. Leven fera le dimanche 22 mars, à 10 h. 30 (amphithéâtre Dupuytren), à l'Hôtel-Dieu, une leçon sur la cure radicale des vomissements incoercibles de la grossesse, à tous degrés de gravité.

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour le bureau d'hygiène de Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées).

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées d'un extrait de naissance et de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 4 mars 1931.)


Prévention
et traitement
de la
COQUELUCHE
PAR LE
NÉO-DMÉTYS
STOCK-VACCIN ATOXIQUE
Aucune
douleur locale
Aucune réaction
même chez les
jeunes enfants
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e
EN BOITES DE
6 AMPOULES DE 1cc


OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
maladies du foie
PANBILINE
PILULES & SOLUTION
anémies chlorose
convalescence
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS D'EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE
DE FOIE ET PANBILINE
10 À 20 PAR JOUR
constipation
autointoxication intestinale
artério-sclérose
RECTOPANBILINE
LAVEMENT
ET SUPPOSITOIRES
DE BILE ET PANBILINE
ECHANTILLONS, LITTÉRATURE:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY Ardèche FRANCE

LE RAPPORT DU PÉRIMÈTRE THORACIQUE

A LA TAILLE DES ENFANTS ET DES JEUNES GENS DE HAUTE STATURE

Par P. NOBÉCOURT,

Professeur de Clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

Dans un précédent mémoire (1), nous avons étudié les périmètres thoraciques des enfants et des jeunes gens de haute stature et nous les avons comparés, d'une part, aux périmètres moyens des sujets de même âge, d'autre part, aux périmètres moyens des sujets plus âgés dont ils ont les tailles.

Les données ainsi obtenues doivent être complétées par celles que fournit le *rapport du périmètre thoracique à la taille* $\frac{Pt}{T}$.

Nous utilisons les 215 mensurations du périmètre thoracique relatées dans l'autre mémoire. Elles ont été faites chez des sujets âgés de 1 an à 20 ans ; 103 concernent des garçons ; 112 des filles.

Nous étudions les rapports :

1° En comparaison avec les rapports moyens des sujets de même âge;

2° En comparaison avec les rapports moyens des sujets plus âgés, présentant les tailles correspondantes.

Nous tenons pour *conformes* à la moyenne les rapports $\frac{Pt}{T}$ qui en diffèrent de $\pm$ 0,04 au maximum. Sont *supérieurs* à la moyenne les rapports qui en diffèrent de + 0,05 et au delà; sont *inférieurs* ceux qui en diffèrent de — 0,05 et au delà.

I. Comparaison avec les rapports moyens des sujets de même âge.

Comparés avec les rapports moyens des sujets de même âge, les rapports du périmètre thoracique à la taille des enfants et des jeunes gens de haute stature sont, les uns *conformes*, les autres *supérieurs*, les autres *inférieurs*.

Dans les tableaux suivants sont indiqués : le numéro de l'observation, l'âge, la taille, le périmètre thoracique, le rapport du périmètre thoracique à la taille $\frac{Pt}{T}$, l'écart avec le rapport moyen pour l'âge quand le rapport lui est conforme, l'excès ou la réduction sur le rapport moyen quand le rapport lui est supérieur ou inférieur.

Les observations sont classées en trois groupes, suivant que le rapport est conforme, supérieur ou inférieur au rapport moyen de l'âge.

Dans chaque groupe, elles sont réparties en catégories suivant que le périmètre thoracique est conforme, supérieur ou inférieur au périmètre moyen de l'âge.

GARÇONS

Pour 103 mensurations de périmètres thoraciques faites chez des garçons, les rapports du périmètre thoracique à la taille sont :

86 fois *conformes* à la moyenne de l'âge : 83,4 p. 100;

3 fois *supérieurs* à la moyenne de l'âge : 2,9 p. 100;

14 fois *inférieurs* à la moyenne de l'âge : 13,5 p. 100.

1° Rapports conformes aux rapports moyens de l'âge.

a. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST CONFORME AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 58 rapports.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	ÉCART avec $\frac{Pt}{T}$ de l'âge
28.2879	1 an 10 mois	86cm	47cm	0,546	— 0,045
28.2884	1 an 11 mois	86cm5	49cm	0,566	— 0,019
27.2512	3 ans	101cm	53cm	0,524	— 0,026
25.1897	3 ans 1 mois	96cm5	50cm5	0,523	— 0,025
	4 — 5 —	107cm5	53cm5	0,499	— 0,020
	5 — 1 —	113cm	54cm	0,477	— 0,026
20.305*	6 ans 7 mois	125cm	55cm5	0,444	— 0,046
	8 — 1 —	134cm5	59cm	0,438	— 0,040
	10 ans	144cm5	61cm	0,422	— 0,043
	10 ans 3 mois	145cm	61cm5	0,424	— 0,041
	10 — 8 —	147cm	63cm	0,428	— 0,038
	11 — 3 —	149cm5	64cm5	0,431	— 0,035
	12 — 7 —	157cm	66cm5	0,423	— 0,037
	12 — 8 —	158cm	67cm	0,424	— 0,037
	13 — 5 —	166cm	71cm	0,427	— 0,033
	14 — 2 — (2)	171cm	74cm5	0,435	— 0,028
27.2340	6 ans 9 mois	123cm5	58cm	0,469	— 0,016
27.2533*	8 ans 2 mois	138cm5	58cm	0,429	— 0,047

(1) NOBÉCOURT. Le périmètre thoracique des enfants et des jeunes gens de haute stature, *Gaz. des hôpit.*, 6 et 20 déc. 1930.

* Ce signe indique que le sujet est cité dans une autre catégorie.

(2) A 14 ans 7 mois, ce garçon mesure 174cm, a un périmètre thoracique de 77cm; un rapport $\frac{Pt}{T}$ de 0,042; l'écart avec $\frac{Pt}{T}$ de l'âge est — 0,022.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	ÉCART avec $\frac{Pt}{T}$ de l'âge
21.559..........	8 ans 2 mois	132^{cm}	58^{cm}5	0,443	— 0,034
	8 — 6 —	135^{cm}	60^{cm}	0,444	— 0,031
	10 —	142^{cm}5	62^{cm}	0,435	— 0,030
	10 ans 7 mois	146^{cm}	61^{cm}5	0,421	— 0,044
	11 — 7 —	150^{cm}5	63^{cm}5	0,421	— 0,045
	12 — 1 mois	155^{cm}	65^{cm}	0,419	— 0,048
	13 — 2 —	166^{cm}	70^{cm}5	8,424	— 0,030
	13 — 6 —	168^{cm}	71^{cm}	0,427	— 0,013
	13 — 11 —	170^{cm}	71^{cm}	0,417	— 0,045
	14 — 3 —	174^{cm}	74^{cm}5	0,428	— 0,035
	14 — 10 —	175^{cm}	75^{cm}5	0,431	— 0,033
	15 —	176^{cm}5	75^{cm}	0,426	— 0,040
	15 — 4 mois	177^{cm}	75^{cm}5	0,426	— 0,041
	15 — 9 —	179^{cm}	77^{cm}	0,430	— 0,042
23.1078*..........	8 ans 4 mois	133^{cm}	60^{cm}	0,451	— 0,023
29.3172..........	8 ans 10 mois	130^{cm}	62^{cm}5	0,480	0
D.5299..........	9 ans 6 mois	140^{cm}	64^{cm}	0,457	— 0,012
21.589..........	10 ans 6 mois	142^{cm}	66^{cm}5	0,461	— 0,004
	12 —	150^{cm}5	67^{cm}	0,445	— 0,022
28.2937..........	11 ans 4 mois	148^{cm}	64^{cm}	0,432	— 0,034
	12 — 4 —	152^{cm}5	68^{cm}	0,445	— 0,015
19.133..........	11 ans 8 mois	148^{cm}	65^{cm}5	0,442	— 0,025
	13 — 6 —	161^{cm}	72^{cm}5	0,450	— 0,010
29.3112..........	12 ans 9 mois	152^{cm}5	65^{cm}5	0,429	— 0,020
22.777*..........	14 ans 6 mois	168^{cm}	74^{cm}	0,440	— 0,023
	14 — 10 —	170^{cm}	75^{cm}5	0,444	— 0,020
	15 — 9 —	175^{cm}	76^{cm}5	0,437	— 0,035
	16 — 6 —	178^{cm}	80^{cm}	0,449	— 0,036
	17 — 1 —	179^{cm}	82^{cm}	0,457	— 0,033
D.6946..........	14 ans 11 mois	169^{cm}	73^{cm}	0,432	— 0,032
19.213*..........	15 ans 1 mois	173^{cm}	77^{cm}5	0,447	— 0,018
28.2774..........	15 ans 3 mois	175^{cm}	75^{cm}	0,428	— 0,039
29.932..........	15 ans 6 mois	171^{cm}5	74^{cm}	0,431	— 0,039
	16 — 2 —	175^{cm}	77^{cm}5	0,442	— 0,033
25.1715..........	16 ans 9 mois	172^{cm}5	78^{cm}	0,452	— 0,033
19.216..........	17 ans 4 mois	171^{cm}	83^{cm}	0,485	— 0,010
	18 — 11 —	174^{cm}	82^{cm}	0,471	— 0,039
20.308*..........	18 ans 1 mois	175^{cm}	85^{cm}5	0,491	— 0,009
27.2541*..........	18 ans 6 mois	182^{cm}5	83^{cm}	0,453	— 0,047
	20 ans	183^{cm}	85^{cm}	0,464	— 0,038

b. Le périmètre thoracique est supérieur au périmètre moyen de l'age. — 28 rapports.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	ÉCART avec $\frac{Pt}{T}$ de l'âge
26.2223..........	5 ans 6 mois	120^{cm}	64^{cm}	0,533	— 0,026
27.2533*..........	6 ans 2 mois	125^{cm}5	59^{cm}5	0,473	— 0,025
30.3288..........	6 ans 10 mois	134^{cm}	62^{cm}	0,462	— 0,020
28.2810..........	9 ans 4 mois	141^{cm}	66^{cm}5	0,471	0
D.6802..........	11 ans	151^{cm}5	73^{cm}	0,481	— 0,015
25.1965*..........	11 ans 7 mois	158^{cm}	69^{cm}	0,436	— 0,030
27.2519..........	11 ans 8 mois	147^{cm}	69^{cm}5	0,472	— 0,006
14.57..........	11 ans 10 mois	157^{cm}	70^{cm}	0,445	— 0,022
	12 — 6 —	161^{cm}	72^{cm}	0,447	— 0,014
	13 — 6 —	168^{cm}5	76^{cm}	0,451	— 0,008
	13 — 9 —	170^{cm}5	76^{cm}	0,445	— 0,015
23.1277..........	12 ans	145^{cm}	72^{cm}5	0,500	+ 0,033
25.1661..........	12 ans 8 mois	161^{cm}	72^{cm}	0,447	— 0,012
22.777*..........	12 ans 9 mois	153^{cm}	70^{cm}5	0,460	+ 0,002
22.936..........	12 ans 11 mois	172^{cm}	73^{cm}	0,424	— 0,032
	13 — 2 —	174^{cm}	74^{cm}5	0,422	— 0,033
28.2770..........	13 ans 3 mois	161^{cm}5	74^{cm}	0,458	+ 0,003
20.305*..........	13 ans 7 mois	168^{cm}	73^{cm}	0,434	— 0,026
29.3233..........	13 ans 9 mois	160^{cm}5	76^{cm}	0,473	+ 0,012
27.2577..........	14 ans	162^{cm}	77^{cm}5	0,478	+ 0,015
26.2023..........	14 ans 2 mois	171^{cm}	75^{cm}5	0,441	— 0,022
23.1147..........	14 ans 10 mois	178^{cm}5	90^{cm}	0,504	+ 0,040
28.2946..........	15 ans	165^{cm}	80^{cm}5	0,487	+ 0,023
19.213*..........	15 ans 5 mois	175^{cm}	80^{cm}	0,459	— 0,010
	15 — 10 —	177^{cm}	81^{cm}5	0,460	— 0,014
	16 — 10 —	179^{cm}	84^{cm}	0,469	— 0,018
20.308*..........	15 ans 5 mois	174^{cm}	82^{cm}	0,474	+ 0,005
27.2404..........	15 ans 8 mois	170^{cm}	87^{cm}5	0,514	+ 0,042

c. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST INFÉRIEUR AUX MOYENNES DE L'AGE. — Nous n'avons pas rencontré de cas de cette catégorie.

2° Rapports supérieurs aux moyennes de l'âge.

Trois garçons dont les *périmètres thoraciques sont supérieurs aux moyennes de l'âge* rentrent dans cette catégorie.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	EXCÈS sur $\frac{Pt}{T}$ de l'âge
29.3022............	12 ans 7 mois	150^{cm}	79^{cm}5	0,530	0,071
25.1680............	12 ans 8 mois	161^{cm}	72^{cm}	0,520	0,060
D.4749............	14 ans 6 mois	168^{cm}	86^{cm}5	0,513	0,050

3° Rapports inférieurs aux rapports moyens de l'âge.

a. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST CONFORME AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 13 rapports.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	RÉDUCTION sur $\frac{Pt}{T}$ de l'âge
28.2887............	1 an 11 mois	97^{cm}	47^{cm}	0,484	0,100
20.305*............	6 ans 3 mois	122^{cm}5	55^{cm}	0,448	0,052
23.1078*............	10 ans 6 mois	145^{cm}	61^{cm}	0,413	0,052
21.559*............	12 ans	153^{cm}5	63^{cm}	0,410	0,057
	15 ans 6 mois	179^{cm}	76^{cm}	0,424	0,054
	16 — 4 —	180^{cm}	77^{cm}	0,427	0,055
29.3021............	12 ans 1 mois	152^{cm}	61^{cm}5	0,404	0,062
24.1307............	15 ans 2 mois	174^{cm}5	69^{cm}	0,395	0,071
22.974............	16 ans 8 mois	183^{cm}	80^{cm}5	0,434	0,051
	17 — 1 —	184^{cm}	82^{cm}	0,445	0,055
27.2541*............	17 ans 6 mois	181^{cm}5	80^{cm}	0,440	0,055
	17 — 9 —	182^{cm}	81^{cm}	0,445	0,052
	18 — 2 —	182^{cm}	80^{cm}5	0,443	0,057

b. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST SUPÉRIEUR AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — Ce groupe ne contient qu'un cas pour lequel le rapport est inférieur à la moyenne de l'âge.

25.1965*. — 12 ans 1 mois.

T = 161^{cm}.

Pt = 72^{cm}5.

$\frac{Pt}{T} = 0,450$.

Réduction sur $\frac{Pt}{T}$ de l'âge = 0,070.

c. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST INFÉRIEUR AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — Nous n'avons pas rencontré de cas.

FILLES

Pour 112 mensurations de périmètres thoraciques faites chez des filles, les rapports du périmètre thoracique à la taille sont :

54 fois *conformes* à la moyenne de l'âge : 48,2 p. 100 ;

58 fois *inférieurs* à la moyenne de l'âge : 51,7 p. 100.

Nous n'avons pas rencontré de rapports *supérieurs* à la moyenne de l'âge.

1° Rapports conformes aux moyennes de l'âge.

a. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST CONFORME AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 46 rapports.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	ÉCART avec $\frac{Pt}{T}$ de l'âge
29.3144..........	5 ans 3 mois	110^{cm}5	53^{cm}5	0,484	— 0,043
29.2971..........	7 ans 6 mois	127^{cm}	60^{cm}5	0,476	— 0,014
	8 — 11 —	136^{cm}	61^{cm}	0,448	— 0,036
23.1188..........	7 ans 10 mois	130^{cm}5	59^{cm}5	0,456	— 0,037
20.282..........	7 ans 10 mois	122^{cm}	57^{cm}5	0,471	— 0,022
	9 — 10 —	133^{cm}5	59^{cm}	0,441	— 0,037
21.680..........	8 ans 3 mois	137^{cm}	60^{cm}5	0,441	— 0,048
	9 — 9 —	145^{cm}	63^{cm}5	0,437	— 0,041
24.1475*..........	9 ans 8 mois	138^{cm}	61^{cm}5	0,447	— 0,030
20.266*..........	10 ans	133^{cm}	59^{cm}5	0,447	— 0,029
	10 — 2 —	135^{cm}	59^{cm}	0,437	— 0,039
	10 — 6 —	137^{cm}	59^{cm}	0,430	— 0,045
28.2622..........	10 ans 2 mois	139^{cm}5	62^{cm}	0,444	— 0,032
23.1012*..........	11 ans	143^{cm}	63^{cm}	0,440	— 0,034
21.558..........	11 ans 2 mois	155^{cm}	65^{cm}5	0,425	— 0,046
28.2710..........	11 ans 9 mois	147^{cm}	64^{cm}5	0,438	— 0,024
28.2621*..........	11 ans 10 mois	150^{cm}5	67^{cm}	0,442	— 0,015
25.1720..........	12 ans	153^{cm}	63^{cm}	0,411	— 0,046

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	ÉCART avec $\frac{Pt}{T}$ de l'âge
24.1416.........	12 ans	150^{cm}5	62^{cm}5	0,415	— 0,042
	12 — 2 mois	152^{cm}	62^{cm}	0,407	— 0,048
	12 — 5 —	154^{cm}	64^{cm}5	0,418	— 0,036
	13 —	157^{cm}	66^{cm}5	0,423	— 0,029
24.1311.........	12 ans 6 mois	158^{cm}5	67^{cm}	0,422	— 0,033
	12 — 11 —	160^{cm}5	70^{cm}5	0,427	— 0,026
	13 — 6 —	163^{cm}	72^{cm}5	0,444	— 0,022
21.679..........	12 ans 7 mois	151^{cm}5	62^{cm}5	0,411	— 0,044
29.3218.........	12 ans 7 mois	152^{cm}5	67^{cm}5	0,416	— 0,038
28.2880.........	12 ans 8 mois	167^{cm}	70^{cm}5	0,422	— 0,032
	13 — 6 —	169^{cm}5	71^{cm}5	0,421	— 0,045
29.3030.........	12 ans 9 mois	161^{cm}	67^{cm}5	0,419	— 0,034
25.1936.........	12 ans 10 mois	154^{cm}	70^{cm}5	0,457	+ 0,004
	13 — 4 —	155^{cm}5	70^{cm}5	0,453	— 0,008
29.3108.........	13 ans	155^{cm}	69^{cm}5	0,448	— 0,004
	13 — 9 mois	160^{cm}	73^{cm}	0,456	— 0,016
24.1480*........	13 ans 1 mois	153^{cm}5	69^{cm}5	0,451	0
B.2464..........	13 ans 4 mois	156^{cm}	72^{cm}5	0,464	+ 0,003
20.345..........	13 ans 6 mois	157^{cm}	73^{cm}5	0,468	+ 0,002
	14 — 4 —	158^{cm}5	75^{cm}5	0,476	+ 0,015
	15 — 3 —	159^{cm}	75^{cm}5	0,474	— 0,039
	15 — 10 —	159^{cm}	78^{cm}5	0,493	— 0,020
22.762..........	13 ans 9 mois	162^{cm}5	72^{cm}	0,443	— 0,029
B.3021..........	13 ans 10 mois	161^{cm}	73^{cm}5	0,456	— 0,019
28.2809.........	14 ans 3 mois	163^{cm}	74^{cm}5	0,457	— 0,031
B.2966..........	14 ans 4 mois	157^{cm}	71^{cm}	0,452	— 0,038
	14 — 7 —	158^{cm}	71^{cm}5	0,452	— 0,047
29.3114.........	16 ans 8 mois	163^{cm}	76^{cm}	0,466	— 0,047

b. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST SUPÉRIEUR AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 7 rapports.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	ÉCART avec $\frac{Pt}{T}$ de l'âge
29.2991.........	9 ans 11 mois	147^{cm}	66^{cm}5	0,452	— 0,024
23.1242*........	10 ans 1 mois	136^{cm}	65^{cm}	0,477	0
28.2870.........	12 ans 1 mois	158^{cm}	74^{cm}	0,468	+ 0,011
20.345*.........	12 ans 10 mois	156^{cm}5	73^{cm}5	0,469	+ 0,016
	13 — 3 —	157^{cm}	74^{cm}	0,471	+ 0,012
B.2189*.........	13 ans 2 mois	162^{cm}	81^{cm}5	0,503	+ 0,047
	15 — 2 —	162^{cm}5	87^{cm}	0,535	+ 0,022

c. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST INFÉRIEUR AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — Un seul cas rentre dans ce groupe.

B.2910. — 14 ans 10 mois.
$T = 159^{cm}$.
$Pt = 72^{cm}$.
$\frac{Pt}{T} = 0,453$.

Réduction sur $\frac{Pt}{T}$ de l'âge = 0,044.

2° Rapports inférieurs aux moyennes de l'âge.

b. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST CONFORME AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 27 rapports.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	RÉDUCTION sur $\frac{Pt}{T}$ de l'âge
27.2350.............	2 ans 10 mois	94^{cm}	48^{cm}	0,510	0,082
29.3148.............	3 ans 9 mois	106^{cm}5	53^{cm}	0,497	0,074
27.2349.............	4 ans 10 mois	118^{cm}5	54^{cm}	0,455	0,081
	5 — 6 —	124^{cm}5	54^{cm}5	0,437	0,088
	6 — 7 —	132^{cm}	55^{cm}5	0,420	0,090
27.2593.............	6 ans 11 mois	123^{cm}5	53^{cm}	0,429	0,074
	7 — 8 —	128^{cm}5	53^{cm}	0,412	0,082
26.2121*............	7 ans 10 mois	135^{cm}	56^{cm}	0,414	0,079
	8 — 1 mois	137^{cm}	59^{cm}	0,435	0,056
	8 — 7 —	140^{cm}	61^{cm}	0,435	0,052
	9 — 2 —	144^{cm}	60^{cm}	0,416	0,064
	9 — 8 —	147^{cm}	61^{cm}5	0,418	0,061
29.3152.............	8 ans 7 mois	129^{cm}	54^{cm}5	0,422	0,065
21.679*.............	8 ans 7 mois	129^{cm}	56^{cm}	0,432	0,055
20.266..............	9 ans 4 mois	129^{cm}5	56^{cm}	0,432	0,050

N° d'observation	Age	Taille	Périmètre thoracique	$\frac{Pt}{T}$	Réduction sur $\frac{Pt}{T}$ de l'âge
27.2594	9 ans 5 mois	$134^{cm}5$	$56^{cm}5$	0,416	0,064
	9 — 7 —	137^{cm}	56^{cm}	0,408	0,071
	10 — 1 —	139^{cm}	56^{cm}	0,402	0,074
	10 — 2 —	140^{cm}	$56^{cm}5$	0,403	0,073
	10 — 4 —	$140^{cm}5$	57^{cm}	0,405	0,071
	10 — 7 —	142^{cm}	60^{cm}	0,422	0,053
	11 — 3 —	$147^{cm}5$	$61^{cm}5$	0,416	0,054
	11 — 8 —	$150^{cm}5$	$61^{cm}5$	0,408	0,055
29.3120	9 ans 6 mois	133^{cm}	$56^{cm}5$	0,424	0,056
28.2617	9 ans 7 mois	143^{cm}	61^{cm}	0,426	0,054
24.1475	14 ans 9 mois	16[illegible] cm	$74^{cm}5$	0,448	0,065
21.694	15 ans 3 mois	167^{cm}	$73^{cm}5$	0,440	0,073

b. Le périmètre thoracique est supérieur au périmètre moyen de l'age. — Aucun cas ne rentre dans cette catégorie.

c. Le périmètre thoracique est inférieur au périmètre moyen de l'age. — 31 rapports.

N° d'observation	Age	Taille	Périmètre thoracique	$\frac{Pt}{T}$	Réduction sur $\frac{Pt}{T}$ de l'âge
27.2594*	9 ans 1 mois	134^{cm}	53^{cm}	0,395	0,088
25.1836	9 ans 8 mois	$134^{cm}5$	53^{cm}	0,394	0,085
29.3161	11 ans 6 mois	$144^{cm}5$	$59^{cm}5$	0,411	0,060
20.137	12 ans 10 mois	$152^{cm}5$	$57^{cm}5$	0,377	0,076
	13 ans	$152^{cm}5$	60^{cm}	0,393	0,059
	14 ans	156^{cm}	63^{cm}	0,403	0,077
	14 ans 10 mois	160^{cm}	$62^{cm}5$	0,390	0,117
	15 — 7 —	161^{cm}	$63^{cm}5$	0,394	0,119
	15 — 11 —	161^{cm}	$63^{cm}5$	0,394	0,119
	16 — 7 —	$161^{cm}5$	68^{cm}	0,421	0,091
30.3285	14 ans 4 mois	$162^{cm}5$	68^{cm}	0,418	0,072
23.1012*	14 ans 10 mois	167^{cm}	68^{cm}	0,407	0,100
	15 ans	167^{cm}	70^{cm}	0,419	0,094
20.301	14 ans 11 mois	168^{cm}	67^{cm}	0,398	0,112
	15 — 7 —	$168^{cm}5$	$70^{cm}5$	0,418	0,093
21.679*	15 ans 1 mois	$166^{cm}5$	$72^{cm}5$	0,435	0,078
23.1242*	15 ans 2 mois	$159^{cm}5$	72^{cm}	0,451	0,062
30.3267	15 ans 6 mois	162^{cm}	68^{cm}	0,413	0,100
	15 — 7 —	$162^{cm}5$	70^{cm}	0,430	0,083
20.346	15 ans 7 mois	161^{cm}	71^{cm}	0,441	0,072
28.2781	15 ans 7 mois	162^{cm}	$64^{cm}5$	0,398	0,115
28.2738	15 ans 9 mois	166^{cm}	$69^{cm}5$	0,418	0,095
	16 — 2 —	166^{cm}	72^{cm}	0,433	0,080
	16 — 5 —	$166^{cm}5$	72^{cm}	0,432	0,081
	16 — 9 —	$166^{cm}5$	72^{cm}	0,432	0,080
	17 — 4 —	167^{cm}	72^{cm}	0,431	0,081
24.1480*	15 ans 10 mois	$161^{cm}5$	$70^{cm}5$	0,436	0,077
	16 — 1 —	$161^{cm}5$	$72^{cm}5$	0,448	0,065
25.1924	16 ans 10 mois	$168^{cm}5$	71^{cm}	0,421	0,092
25.1943	17 ans	162^{cm}	69^{cm}	0,425	0,087
24.1603	17 ans 6 mois	178^{cm}	74^{cm}	0,415	0,097

Les faits qui viennent d'être exposés comportent plusieurs conclusions.

1° Les rapports $\frac{Pt}{T}$ des enfants et des jeunes gens de haute stature sont le plus souvent (83 fois sur 100) chez les *garçons*, dans près de la moitié des cas (48,2 fois sur 100), chez les *filles*, *conformes aux rapports* $\frac{Pt}{T}$ *moyens de l'âge.*

2° Des *rapports* $\frac{Pt}{T}$ *supérieurs aux moyennes de l'âge* n'ont été rencontrés que chez des *garçons*, et encore de façon exceptionnelle (2,9 fois sur 100).

Dans les 3 cas observés, l'excès sur la moyenne est de 0,050, de 0,060, de 0,071. Dans ce dernier, il s'agit d'un garçon de 12 ans 7 mois (29.3022) qui présente une hypertrophie staturale de $7^{cm}5$ et une taille de 13 ans 6 mois.

3° Les *rapports* $\frac{Pt}{T}$ *inférieurs aux moyennes de l'âge* sont assez rares (13,5 fois sur 100) chez les *garçons*; chez les *filles* ils sont un peu plus fréquents (51,7 fois sur 100) que les rapports conformes aux moyennes.

La réduction sur la moyenne est comprise entre 0,05 et 0,119.

Chez les *garçons*, la réduction la plus forte sur la moyenne a été de 0,100. Il s'agit d'un garçon de 1 an 11 mois (28.2887) présentant un excès statural de 18^{cm}, une taille de 4 ans, un périmètre thoracique conforme à la moyenne de l'âge.

Chez les *filles*, la réduction sur la moyenne est

7 fois de 0,100 à 0,119. Ces fortes réductions ont été rencontrées seulement chez des filles dont les périmètres thoraciques étaient inférieurs aux périmètres moyens de l'âge.

Une fille (20.137), à 14 ans 10 mois, à 15 ans 7 mois, à 15 ans 11 mois, présente des excès staturaux de 8cm et 8cm5, des tailles d'adulte. La réduction du rapport $\frac{Pt}{T}$ sur la moyenne est de 0,117, de 0,119, de 0,119.

Une fille (28.2781) de 15 ans 7 mois présente un excès statural de 9cm5 et une taille d'adulte. La réduction du rapport $\frac{Pt}{T}$ sur la moyenne est de 0,115.

Au reste, plusieurs rapports considérés comme conformes aux moyennes sont, en réalité, à la limite inférieure de ces moyennes. On trouve, en effet, une réduction de 0,04 (considérée comme rentrant dans la moyenne) :

Chez les garçons : 16 fois sur 86 rapports conformes à la moyenne, dont 14 fois pour des périmètres thoraciques moyens, 2 fois pour des périmètres thoraciques supérieurs aux moyennes.

Chez les filles : 14 fois sur 54 rapports conformes à la moyenne, dont 12 fois pour des périmètres thoraciques conformes aux moyennes, 1 fois pour un périmètre supérieur et 1 fois pour un périmètre inférieur aux moyennes.

4° Les *périmètres thoraciques* donnent les rapports $\frac{Pt}{T}$ suivants :

a. *Pour 100 périmètres conformes aux moyennes de l'âge*, on trouve :

Chez les garçons :

81,6 rapports conformes aux moyennes,
18,3 — inférieurs —

Chez les filles :

63 rapports moyens,
36,9 — inférieurs aux moyennes.

b. *Pour 100 périmètres supérieurs aux moyennes de l'âge*, on trouve :

Chez les garçons :

87,5 rapports conformes aux moyennes,
9,3 — supérieurs —
3,1 — inférieurs —

Chez les filles :

100 rapports conformes aux moyennes.

c. *Pour 100 périmètres inférieurs aux moyennes*, on trouve :

Chez les filles :

3,1 rapports conformes aux moyennes,
96,8 — inférieurs —

(*A suivre.*)

L'Auscultation dans le diagnostic de la tuberculose pleuro-pulmonaire, par René Burnand, ancien médecin, directeur du sanatorium populaire de Leysin et du sanatorium Fouad Ier à Hélouan. Préface du professeur F. Bezançon. Un volume de 196 pages avec 51 figures en hors texte. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 23 février 1931)

Modifications de la chronaxie dans le rachitisme expérimental du rat. — MM. Georges Morin et Jean Boucomont.

Dissociation du complexe anatoxine-antitoxine diphtérique et récupération de l'anatoxine. — MM. G. Ramon, R. Legroux et M. Schoen.

Recherches sur la vaccination contre la peste bovine; préparation de l'antigène par déshydratation de la pulpe splénique virulente. — M. H. Jacotot.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 3 mars 1931)

Cardiopathies et anesthésie générale. — M. Pierre Bazy. Revenant sur une question qui vient d'être discutée à la Société de chirurgie, M. Bazy rappelle que M. Vaquez a prononcé les paroles suivantes : « Chirurgiens, mes amis, méfiez-vous des peureux, cardiaques ou non, et n'ayez pas d'autre crainte ! »

M. Bazy estime qu'il ne faut exagérer ni la crainte des cardiaques, ni la crainte des émotifs.

Discussion. — M. Vaquez persiste, en effet, à croire que les cas de mort subite, signalés dès les premières bouffées de chloroforme ou même avant, résultent non d'une intoxication par l'agent anesthésique mais d'un véritable réflexe d'inhibition. Or, l'état d'impressionnabilité extrême de certains sujets, notamment des cardiaques, lui paraît constituer une des conditions susceptibles de provoquer ce réflexe. Aussi sans renoncer à les opérer, si cela est nécessaire, est-il toujours indiqué de ne pas les brusquer, de les remettre en confiance, sinon on pourrait être exposé à de graves ennuis.

M. Delbet estime que l'on n'a de surprises qu'avec les malades inanitiés. Il se trouve bien de nourrir ses malades jusqu'au matin même de l'opération.

Rapport sur le traitement chimique des farines. — M. E. Marchoux. « Des expériences de MM. Arpin et Kohn-Abrest, des communications de MM. Bruère et Kling, de l'enquête que nous avons faite à la boulangerie de l'Assistance publique, il résulte que les produits chimiques dits améliorants ne confèrent aux farines aucune qualité que ne puisse donner avec avantage l'adjonction en faible proportion de farine de seigle, d'orge ou de blé à forte teneur en gluten. Ces produits peuvent, par un long usage, devenir offensifs et l'expérience, outre qu'elle serait trop longue à conduire jusqu'au bout, n'est pas bonne à faire sur les consommateurs français. D'autre part, en supposant que les personnes bien portantes n'en souffrent pas, il pourrait n'en être pas de même pour les malades. Le pain doit être fait exclusivement de farines de céréales, de levure et de sel. La Commission propose donc :

1° L'Académie, ne voyant aucune raison de modifier sa doctrine, condamne en bloc tous les traitements chimiques plus ou moins justifiés de la matière alimentaire.

2° Elle considère que l'expérience ne peut jamais être assez prolongée pour permettre de juger de l'innocuité qu'est susceptible de présenter l'emploi des substances dites améliorantes dans un aliment de consommation quotidienne tel que le pain. L'action nocive de ces produits peut se révéler tardivement quand les accidents dont ils sont responsables sont devenus irrémédiables. En conséquence, elle se prononce

nettement contre l'addition à la farine de substances destinées au blanchiment ou de produits dits améliorants. »

— La discussion du rapport est remise à quinzaine.

Rapport sur une proposition de loi de MM. Milan et Rio ayant pour objet de modifier la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. — M. G. Roussy. « La Commission nommée à l'effet d'étudier la proposition de loi de MM. Milan et Rio, ayant pour objet de modifier la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, était composée de : MM. Roger, président, Balthazard, Radais, Sébileau, Sieur et Roussy.

La Commission a pris connaissance du dossier relatif à la réforme de l'exercice de l'art dentaire; elle a entendu une délégation des divers groupements représentant les Ecoles dentaires et les chirurgiens-dentistes.

Après avoir entendu les réserves faites par M. Sébileau sur l'opportunité de la loi Milan et Rio, elle a chargé M. Roussy de présenter à notre Compagnie un rapport concluant à l'approbation de principe de cette loi, à laquelle elle propose toutefois d'apporter quelques modifications.

Ce rapport est divisé en deux parties :

Dans la première, sont brièvement rappelées les étapes par lesquelles a passé la question de la réforme de l'art dentaire, depuis 1892 jusqu'à ce jour, en même temps que sont exposées les deux tendances qui s'affrontent, depuis plusieurs années.

Dans la deuxième partie, sont développées les raisons qui ont motivé les conclusions que la Commission soumet aujourd'hui au vote de l'Académie.

I. *La loi qui régit l'exercice de l'art dentaire et les différents projets élaborés en vue de modifier cette loi.* — La loi du 30 novembre 1892 qui régit l'exercice de la médecine en France a réglé comme suit les conditions de l'exercice de la profession de dentiste :

Titre II, Art. 2. — « Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le Gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique et d'examens subis devant un établissement supérieur médical de l'Etat. »

Ainsi la spécialité dentaire est exercée par deux ordres de praticiens :

D'une part, par des médecins spécialisés ou stomatologistes qui suivent un enseignement spécial dans des Ecoles de stomatologie;

D'autre part, par des chirurgiens-dentistes, qui forment un corps autonome, instruit dans des Ecoles dentaires.

Cet état de chose n'a pas tardé à créer des rivalités entre ces deux catégories de praticiens, qui les uns et les autres, mais dans des directions différentes, ont demandé, à plusieurs reprises, des modifications ou des amendements à la loi de 1892.

Ainsi deux doctrines s'affrontent :

Celle des stomatologistes, qui considèrent que la lo de 1892 ne devait avoir dans l'esprit du législateur qu'une durée provisoire, et qu'elle était appelée à disparaître le jour où les docteurs en médecine seraient en nombre suffisant pour assurer l'exercice de l'art dentaire;

Celle des odontologistes qui estiment que les études dentaires doivent rester autonomes; que la suppression du corps des chirurgiens-dentistes amènerait une diminution du nombre des praticiens de l'art dentaire, et porterait un préjudice aux populations de nos campagnes.

Déjà à deux reprises, en 1921 comme en 1925, la question a fait l'objet d'études de la part de différentes Commissions, études qui n'ont abouti jusqu'ici à aucun résultat.

Plus récemment, le 6 décembre 1927, une proposition de loi ayant pour objet de modifier la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, a été déposée sur le bureau du Sénat.

Cette proposition de loi a été étudiée et adoptée par la Commission d'enseignement du Sénat; elle doit être rapportée incessamment devant la Haute-Assemblée.

Enfin, M. le Ministre de la Santé publique vient de consulter l'Académie sur l'opportunité de la proposition de loi de MM. Milan et Rio et c'est là ce qui fait l'objet de ce rapport.

II. *Les considérants qui militent en faveur de l'approbation de la loi.* — La Commission s'est efforcée d'apporter dans cette question un jugement strictement objectif, voulant ainsi se placer en dehors des questions d'intérêt particulier à tel ou tel groupement professionnel, et cherchant à se dégager de toute tendance ou de toute affinité pour l'une ou l'autre des thèses en présence. Il paraît, en effet, souhaitable qu'un accord puisse se faire dans une profession qui gagnerait à l'unité professionnelle.

La Commission a voulu s'inspirer avant tout de l'intérêt général et n'a eu en vue que la protection de la santé publique et l'amélioration de la loi qui régit, dans notre pays, l'exercice de la médecine.

Elle a tenu compte des progrès apportés dans les différentes spécialités de la profession médicale dont les techniques et les méthodes se perfectionnent sans cesse.

Ces différentes considérations l'ont amenée à penser que le moment était venu de faire rentrer l'exercice de l'art dentaire dans le cadre de la médecine.

Appréciant l'évolution de l'art dentaire et les progrès réalisés par celui-ci, et reconnaissant les services rendus depuis 1892 par les praticiens de l'art dentaire, la Commission estime que son incorporation dans la médecine doit être réalisée. Les problèmes de la pathologie buccale exigent actuellement des connaissances médicales étendues, anatomo-pathologiques, bactériologiques, etc... Ces problèmes peuvent nécessiter, d'autre part, de véritables interventions chirurgicales, aussi ne sauraient-ils rester plus longtemps en dehors du cadre de la pathologie médicale ou chirurgicale. Par ailleurs, les questions d'ordre technique ou manuel qui ont, dans l'art dentaire, une réelle importance, paraissent pouvoir être résolues, au même titre que pour d'autres spécialités médicales, comme la radiologie, par exemple.

La Commission pense donc que la transformation du régime des études dentaires et de l'exercice de cette profession s'impose, à condition que cette transformation soit faite dans des conditions de temps et de forme qui ménagent, dans toute la mesure du possible, les droits acquis.

Loin d'être considérée comme une mesure injuste, elle estime que telle réforme doit apparaître comme l'aboutissant logique d'une longue évolution vers le progrès tendant à élever la situation sociale du praticien de l'art dentaire pour le placer au niveau du médecin.

La Commission propose donc à l'Académie de donner un avis favorable au projet de loi de MM. Milan et Rio, mais en y apportant quelques modifications, conformément aux conclusions suivantes :

Conclusions. — La Commission des études dentaires propose d'adopter et de modifier les articles de la proposition de loi de MM. Milan et Rio, de la façon suivante :

Proposition de loi de MM. Milan et Rio.	*Modifications proposées par l'Académie.*
Art. 1.	
L'article 2 de la loi du 30 nov. 1892 est modifié ainsi qu'il suit : « Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ».	Pas de modifications.

ART. 2.

Il est ajouté à l'article 29 de la loi du 30 novembre 1892 l'alinéa suivant : « Les chirurgiens dentistes reçus antérieurement à l'application de la présente loi et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 ci-après auront le droit d'exercer l'art dentaire sur tout le territoire de la République, dans les conditions fixées par la loi du 30 novembre 1892. »

Les chirurgiens-dentistes reçus antérieurement à l'application de la présente loi auront le droit d'exercer l'art dentaire dans les conditions fixées par la loi du 30 novembre 1892.

ART. 3.

Il est ajouté à l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892 l'alinéa suivant : « Il en sera de même pour les étudiants qui, au moment de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste. »

« Les étudiants qui, au moment de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, jouiront, après leur réception, des prérogatives indiquées à l'article 2. »

ART. 4.

La présente loi ne sera exécutoire que *quatre ans* après la promulgation. Elle est applicable à l'Algérie et aux colonies.

La présente loi ne sera exécutoire que *cinq ans* après la promulgation. Elle est applicable à l'Algérie et aux colonies.

ART. 5.

Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un chirurgien-dentiste, reçu antérieurement à l'application de la présente loi, pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

Au texte de cet article, l'Académie propose de substituer le suivant :

« A titre transitoire, les chirurgiens-dentistes auront le droit, après avoir soutenu une thèse et dans les conditions d'un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique, d'obtenir le titre honorifique de docteur.

Ces mesures provisoires seront applicables pendant les cinq années qui suivront la date de promulgation de la loi. »

La discussion de ce rapport et de ses conclusions est renvoyée à quinzaine.

L'épidémie de poliomyélite en Alsace en 1930. — MM. ROHMER, MEYER, Mlle PHILIZOT, MM. TASSOVATCH, VALLETTE et WILLEMIN. M. le professeur Rohmer (de Strasbourg) apporte un très important travail au sujet de l'épidémie qui, du 1er mai au 1er octobre 1930, a atteint 405 enfants dans le Bas-Rhin; 186 enfants ont été admis à la clinique infantile de l'Université de Strasbourg. M. Rohmer relate un certain nombre d'observations qui lui ont permis de conclure :

« 1° Que le sérum d'anciens malades, et surtout celui de convalescents récents, a eu un effet curatif très considérable dans la forme envahissante grave de la maladie;

« 2° Que nous n'avons eu aucune preuve de l'action thérapeutique du sérum antipoliomyélitique de cheval préparé par le professeur Pettit;

« 3° Dans les futures épidémies, l'effort des médecins devra porter sur le diagnostic précoce de la maladie au moyen de la ponction lombaire et de l'étude du liquide céphalo-rachidien;

« 4° Il y aura intérêt à organiser systématiquement le traitement précoce au sérum d'anciens malades et mieux encore de convalescents récents. A leur défaut, on aura recours, dans une large mesure, au sang des personnes saines de l'entourage des malades. »

Discussion. — M. NETTER, très intéressé par ce que M. Rohmer a dit du sérum de convalescent, indique qu'il est plus facile qu'on ne le croit de se procurer de ce sérum et qu'on peut le conserver.

M. A. PETTIT constate que si M. Rohmer a soigné 186 enfants, ses conclusions, relativement au sérum de cheval, ne portent que sur 18 cas parmi lesquels 5 représentent « des formes hypertoxiques à évolution rapidement mortelle » (quatre jours) contre lesquelles le sérum de convalescent a été aussi impuissant que le sérum de cheval et 2 ont « reçu seulement à la dernière extrémité de petites doses de sérum ». Il pense en définitive que la supériorité thérapeutique du sérum d'anciens malades ne semble pas mise en évidence par cette note préliminaire.

Formation du beurre par butyrisation des glycérides dans la mamelle avant l'apparition des principaux produits caractéristiques de la sécrétion mammaire. — M. PIETTRE.

Election de deux correspondants nationaux dans la 2e division. — Classement des candidats :

En première ligne : MM. Costantini (d'Alger) et Le Roy des Barres (d'Hanoï); en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Abadie (d'Oran), Guillaume Louis (de Tours), Lafourcade (de Bayonne), Lecercle (de Damas).

MM. Costantini et Le Roy des Barres sont élus au premier tour de scrutin.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1931)

Recherches sur la diazoréaction limite. — MM. E. CHABROL, CHARONNAT et DANY ont observé qu'un certain nombre de diazoréactions directes qualifiées négatives lorsqu'on a recours à la méthode classique étaient en fait positives lorsqu'on prenait la précaution de ne point laisser diffuser la diazoréaction dans le sérum sanguin. On voit alors apparaître à la limite de séparation des deux liquides un ou plusieurs anneaux de coloration variable :

La diazoréaction indirecte peut bénéficier elle aussi de cette technique à la condition d'adjoindre à la solution A du réactif d'Hijmans van den Bergh du sulfate de magnésium à 40 p. 1000.

L'anneau mauve que l'on obtient alors sur le sérum préalablement traité par l'alcool se prête fort bien à des dosages comparatifs par réaction limite, ce qui permet à l'observateur de s'affranchir des causes d'erreur inhérentes à l'emploi des étalons colorimétriques.

Sur la dispersion des bacilles tuberculeux d'épreuve dans l'organisme des cobayes allergiques. — MM. A. BOQUET et J. VALTIS confirment les constatations d'A. Krause et de H. Willis sur la dispersion bacillaire et démontrent que, contrairement à ce que l'on observe chez les cobayes neufs, les bacilles tuberculeux virulents, inoculés à faible dose par la voie sous-cutanée, à des cobayes préalablement soumis à une injection massive de bacilles dépourvus de toute virulence, comme le B. C. G. de Calmette et Guérin, ou faiblement pathogènes, comme le bacille R¹ de Saranak, restent fixés, pendant six à neuf jours au minimum, au lieu même de l'inoculation.

Sur l'infection tuberculeuse paucibacillaire du cobaye. — MM. A. Boquet et J. Valtis. Lorsqu'ils sont inoculés à très faible dose, aussi bien dans la trachée que dans le tissu conjonctif dense de la région plantaire postérieure, les bacilles tuberculeux virulents, paraissent se disséminer tout d'abord par l'intermédiaire des lymphatiques exclusivement. Pendant toute cette phase, l'infection reste strictement limitée aux ganglions régionaux.

Fécondation des gamètes d'hémoprotozoaires. — MM. Marchoux et Chorine. Ni la température, ni la concentration ne jouent un rôle dans la fécondation des gamètes. Dans une nouvelle communication, les auteurs indiqueront quelle est, à leur sens, la véritable cause du phénomène.

Sérum antidiphtérique obtenu par l'injection au cheval de germes vivants récemment isolés chez des malades. Mode de préparation et étude expérimentale. — MM. R. Legroux, G. Ramon, Robert Debré et P. Thiroloix ont préparé un sérum antidiphtérique par l'injection au cheval de cultures fraîches de bacilles récemment isolés au cours de l'épidémie actuelle. Ils ont choisi les germes ayant un pouvoir pathogène essentiel élevé. Les inoculations ont été faites par voie sous-cutanée et intraveineuse dans de l'eau physiologique ou du bouillon additionné ou non de poudre de tapioca.

Ces sérums sont doués d'un pouvoir antitoxique relativement faible. La production d'antitoxine spécifique chez le cheval s'explique par ce fait que les germes inoculés cultivent dans l'organisme du cheval au point d'inoculation. Sur l'animal d'expérience ces sérums, préparés avec des germes vivants, ne se comportent pas autrement envers l'infection diphtérique que le sérum obtenu avec la toxine spécifique ou ses dérivés.

Précisions sur l'apnée chloralosane-morphine. — MM. L. Launoy et P. Nicolle ont montré que chez des animaux chloralosanés l'injection de très faibles doses de morphine, soit par exemple le centième de la dose de morphine normalement supportée, peut provoquer l'asphyxie mortelle par apnée. L'excitation du sinus carotidien peut déterminer, en certains cas, la reprise des mouvements respiratoires.

Éloge funèbre de M. G. Weiss. — M. Levaditi.

(Séance du 7 février 1931)

Propriétés de la trypaflavine irradiée et de quelques colorants irradiés. — MM. Dujarric de la Rivière, E. Roux, F. Cavallier ont étudié l'action des rayons ultraviolets sur la trypaflavine et sur quelques colorants, à l'aide d'un appareil qu'ils ont fait spécialement établir pour étudier l'action des rayons ultraviolets sur les microbes et les toxines. Avec la trypaflavine irradiée (qu'ils ont appelée par abréviation radiocridine) ils ont pratiqué des expériences *in vitro* et *in vivo*, les premières ont montré que l'on peut noter en faveur de la radiocridine un pouvoir antiseptique plus élevé en valeur absolue, un nombre moindre de colonies à partir du seuil, un retard dans l'apparition des colonies microbiennes. Les secondes faites sur les lapins ont montré une différence très nette entre l'action de la trypaflavine et celle de la radiocridine après inoculation de méningocoques.

Le rapport azotémique et l'amino-acidémie au cours des ictères. — MM. M. Labbé, H. Roubeau et F. Nepveux ont étudié le rapport azotémique du sérum d'un certain nombre de sujets atteints d'ictère. Dans neuf cas d'ictère catarrhal le rapport a varié de 9,4 p. 100 à 38 p. 100, moyenne 21,4 p. 100; dans un cas d'ictère toxique médicamenteux, il est de 18 p. 100; dans deux autres cas observés chez des cirrhotiques, il est de 20 p. 100 et 25,3 p. 100.

Au cours de l'ictère le taux des amino-acides du sang est augmenté, il oscille entre 0,075 et 0,158 p. 1000.

L'abaissement du rapport azotémique et l'élévation des amino-acides du sang montrent l'importance du trouble du métabolisme de l'azote au cours des ictères.

M. Fiessinger. Dans l'ictère catarrhal bénin, la galactosurie provoquée est très abondante, ce qui montre, conformément aux idées des auteurs, le rôle qu'y joue l'insuffisance hépatique.

Mesure de la glycorrachie par la liqueur de Fehling. — M. R. Tricoire présente une technique personnelle de dosage du glucose du liquide céphalo-rachidien par la liqueur de Fehling.

Pour les liquides clairs et dont l'albumine est inférieure ou égale à 2 grammes par litre, les résultats obtenus sont très sensiblement égaux à ceux obtenus par les méthodes classiques.

Pour les liquides purulents ou les liquides clairs renfermant plus de 2 grammes d'albumine par litre, les résultats obtenus sont trop bas.

Election. — M. Millot est nommé membre titulaire.

— Société de biologie de Lyon. (Séance du 19 janvier 1931) :

Sur l'auto-épuration colibacillaire des eaux fluviales. — MM. Fernand Arloing et A. Dufourt, continuant leurs études sur l'auto-épuration colibacillaire des eaux fluviales, envisagent dans cette nouvelle note l'influence de la concurrence vitale et l'appauvrissement du milieu nutritif de l'eau.

Il est évident que si un échantillon d'eau contenant par exemple 600.000 colibacilles au litre et de très nombreux germes variés s'épure spontanément en un mois en colibacilles, un échantillon contenant initialement 5.000 colibacilles au litre et très peu de germes associés ne perdra ses colibacilles du fait de la concurrence vitale qu'avec une plus grande lenteur relative.

Certaines espèces bactériennes (dans ces eaux un coccus très fin faisant fermenter les sucres, sauf le lactose, sans modifier le bouillon rouge neutre, etc.) peuvent exercer spécialement un pouvoir destructeur vis-à-vis du colibacille.

Enfin, la richesse de l'eau en matières nutritives plus ou moins abondantes est un facteur important de l'auto-épuration spontanée colibacillaire de certaines eaux fluviales.

En somme, le mécanisme d'épuration spontanée colibacillaire est très complexe et dépend d'un grand nombre de facteurs biologiques forcément variables suivant les eaux considérées.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(Séance du 16 décembre 1930)

Obturateurs palatins chez un mutilé de la face. — M. Ponroy.

Ostéomyélite guérie. Cas très intéressant d'ostéomyélite chronique à forme ambulatoire évoluant depuis quatre ans et terminé par guérison avec conservation des dents. — M. Rousseau-Decelle.

Deux observations de disjonction cranio-faciale. — MM. Ponroy et Dechaume.

Une observation de disjonction cranio-faciale. — MM. Bozo et Cabrol.

Deux observations de communications sinuso-buccales : I. Communication sinuso-buccale chez une hémogénique; II. Communication sinuso-buccale consécutive à une

gomme syphilitique du maxillaire supérieur gauche. — M. Croquefer.

Gingivite et épulie. — M. R. Fleury.

Election du bureau pour 1931. — M. Ponroy est élu président de la Société de stomatologie.

LIVRES NOUVEAUX

Pratique médico-chirurgicale (1) [troisième P. M. C.]. Troisième édition entièrement nouvelle, publiée sous la direction de MM. A. Couvelaire, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris; A. Lemierre, professeur de bactériologie à la Faculté de médecine de Paris; G. Lenormant, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. Secrétaire de la rédaction : M. André Ravina.

Conception de l'ouvrage. — La *Pratique médico-chirurgicale*, publiée sous la direction de Brissaud, Pinard et Reclus, a vu ses deux premières éditions mises en vente, l'une en 1907, l'autre en 1911, s'épuiser chacune en moins de deux ans. Avant 1914, 14.000 exemplaires de cet important ouvrage se trouvaient entre les mains des praticiens, tant en France qu'à l'étranger. De tous côtés, une édition entièrement à jour était réclamée aux éditeurs. C'est ce nouvel ouvrage qui paraît aujourd'hui.

La *Pratique médico-chirurgicale* fournit au praticien et à l'étudiant, classées dans l'ordre alphabétique, toutes les notions essentielles qui sont disséminées dans les traités de médecine et de thérapeutique, de chirurgie et de technique opératoire, d'obstétrique et des diverses spécialités. Cet ouvrage est orienté exclusivement vers la pratique, c'est-à-dire vers la clinique et la thérapeutique.

Plus encore que dans les premières P. M. C. on a rejeté tout ce qui n'est qu'historique, hypothèses et théories. Ce n'est pas ici un ouvrage didactique ayant la prétention d'être complet et de remplacer tous les traités et manuels classiques. C'est un guide où chacun doit trouver, immédiatement et avec tous les détails nécessaires, le conseil d'ordre pratique, le renseignement précis dont il a besoin.

A côté de la description méthodique des maladies, de leur diagnostic et de leur traitement, de nombreux articles ont été consacrés aux thérapeutiques nouvelles (bactériothé-

(1) Huit volumes grand in-8 (17 × 25), plus de 8.500 pages de texte comprenant une abondante illustration sous riche reliure de bibliothèque, tête dorée. — Paris, Masson et Cie.

Les Epices. Plantes condimentaires de France et des colonies. Leur histoire. Leurs usages alimentaires. Leurs vertus thérapeutiques, par le docteur H. Leclerc. Un vol. de 134 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Masson et Cie.

rapie et sérothérapie, traitements par les agents physiques, collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire, etc.) qui tiennent aujourd'hui une si grande place dans la pratique médicale, aux questions d'hygiène et de prophylaxie, à la médecine sociale (accidents du travail, lois d'assistance, assurances sociales). Une importance spéciale a été donnée à la pharmacologie et aux grandes médications qui constituent un tout particulièrement complet et homogène.

Direction et collaboration. — Publiée sous la direction des professeurs Couvelaire, Lemierre et Lenormant, avec le concours du docteur André Ravina comme secrétaire général et celui de 220 collaborateurs, la troisième P. M. C. est l'œuvre des nouvelles générations médicales.

Tous les articles ont été l'objet d'une mise au point rigoureuse; tous ont été écrits en s'inspirant des principes ci-dessus exposés, de façon à ne jamais déborder le cadre assigné à l'ouvrage.

La mission qui incombait aux directeurs n'a pas été celle de conseillers théoriques; ils ont apporté à la mise en œuvre leur concours effectif et en plein accord avec leurs collaborateurs, ils ont obtenu qu'aucun d'entre eux ne se laisse entraîner à « traiter la question » sans limite et perde de vue le caractère utilitaire de cet ouvrage.

La P. M. C. instrument de travail. — Par une répartition judicieuse des articles entre ses 220 collaborateurs, la P. M. C. a pu être réalisée entièrement (écrite et imprimée) en un an, fixant ainsi, dans le même temps, au même moment précis, dans un tableau complet, l'état d'une science dont l'évolution dans ce quart de siècle a été considérable.

Aussi, cette troisième *Pratique médico-chirurgicale* sera-t-elle accueillie du public médical avec le même intérêt que ses devancières; les directeurs et les éditeurs de ce grand ouvrage auront atteint leur but s'ils ont fourni un instrument de travail efficace au médecin dans sa tâche quotidienne, chaque jour plus complexe et plus difficile.

Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie, n° 1, janv. 1931. — Secrétaire général : João Coelho, librairie Masson.

Sommaire des travaux originaux :

Argentine. — R. A. Bullrich et M. Besimski : Considérations au sujet d'un cas de rythme nodal.

F. Puchulu : L'épreuve de la tuberculine dans le diagnostic des arthropathies tuberculeuses.

Brésil. — A. de Almeida Prado et João Montenegro : Appendicite chronique et méso-sigmoïdite d'origine tuberculeuse.

J. Souza Mendes : La laparotomie exploratrice minima.

Ricardo Palma : A propos du rhinophyma.

Uruguay. — Velarde Perez Fontana et J. Malet : Etude clinique et anatomo-pathologique sur deux cas de tumeur du ganglion carotidien.

Suivent de très nombreuses analyses et les sommaires des publications sud-américaines.

Tumeurs médullaires associées à un processus syringomyélique (1), par M. N. Jonesco-Sisesti. (Travail de la clinique neurologique de la Salpêtrière. Professeur : G. Guillain.)

Les tumeurs médullaires dont il est ici question offrent un intérêt particulier en raison de leur symptomatologie spéciale

(1) Paris, Masson et Cie, 1929.

et des problèmes qu'elle soulève en ce qui concerne leurs rapports avec la syringomyélie.

Elles donnent lieu à un syndrome de compression médullaire, à des troubles sensitifs de caractère syringomyélique et s'accompagnent de modifications du liquide céphalo-rachidien et de modifications de l'image radiologique.

L'intervention chirurgicale et les examens histologiques post mortem ont montré l'existence d'une tumeur intramédullaire accompagnée de gliomatose extrêmement étendue, dépassant par conséquent les ressources de la chirurgie.

C'est à l'étude de cette entité nosographique qu'est consacré le présent travail.

L'auteur résume ici une très abondante documentation bibliographique (plus de 300 numéros) et ajoute 5 nouvelles observations cliniques et anatomiques à celles jusqu'ici publiées par divers auteurs.

Il est donc à même d'en tirer d'importantes conclusions dans le domaine étiologique et pathogénique.

Les conséquences thérapeutiques sont plus importantes encore, et c'est ce qui donne tout son prix à cette importante étude : un diagnostic précoce et précis permet, en effet, sans exposer inutilement le malade aux risques de l'intervention, de recourir à la radiothérapie dont les effets semblent le plus souvent héroïques.

R. L.

CONGRÈS

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE DE BORDEAUX (du 30 mars au 2 avril 1931). — Programme des travaux, conférences, réceptions, visites et excursions :

Lundi 30 mars. — Matin : 9 h. Séance solennelle d'ouverture au grand amphithéâtre de l'Athénée Municipal, 53, rue des Trois-Conils, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique.

Question biologique. — Le problème de la bactériolys du bacille tuberculeux. Rapporteurs : professeur Bezançon, docteurs Philibert et Paraf (Paris).

Après-midi : A la Faculté de médecine, 14 h. 30. Discussion de la question biologique.

14 h. 15. Visite archéologique de Bordeaux, sous la direction de M. Loirette, archiviste de la Gironde.

Soir : 21 h. Réception des membres du Congrès aux foyers du Grand-Théâtre, par M. le président du Congrès et par la Fédération des œuvres antituberculeuses de la Gironde.

Mardi 31 mars. — Matin : 9 h. A la Faculté de médecine. — Question clinique. Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs : professeur Leuret et docteur Caussimon (Bordeaux).

Après-midi : 14 h. 30. Discussion de la question clinique.

16 h. Conférence sur l'*état actuel du traitement de la tuberculose pulmonaire,* par le docteur Burnand (de Lausanne).

14 h. 15. Visite de chais bordelais, du Port et de la Chambre de commerce.

Soir : 21 h. Soirée au Grand-Théâtre, offerte par la Municipalité.

Mercredi 1er avril. — Matin : 9 h. A la Faculté de médecine. — Question médico-sociale. Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax : à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire. Rapporteurs : docteur Küss (Paris), docteurs Secousse et Piéchaud (Bordeaux). Discussion de la question médico-sociale.

Après-midi : 14 h. — Question médico-militaire. Prophylaxie de la tuberculose dans l'armée. Rapporteurs : M. le médecin lieutenant-colonel Pilod et M. le médecin commandant Le Bourdellès (du Val-de-Grâce). Discussion de la question médico-militaire.

17 h. Séance de clôture du Congrès et Conférence sur *Les progrès de la phtisiologie et la pratique du dispensaire* par le professeur Sayé (Barcelone).

14 h. 15. Visite du Château Haut-Brion, du Sanatorium Arnozan, du Château Haut-Lévêque et du Repos maternel à Gradignan.

Soir : 20 h. Banquet par souscription dans les salons de l'Hôtel de Bordeaux.

Excursions et visites aux organismes antituberculeux de la Gironde et aux stations climatiques du Sud-Ouest :

Excursion d'une journée (*jeudi 2 avril*) : Excursion I : Bordeaux, Pauillac, Le Médoc, Bordeaux. — Excursion II : Bordeaux, Libourne, Saint-Emilion, Bordeaux. — Excursion III : Bordeaux, Arcachon, Bordeaux.

Excursion de deux journées ((*jeudi 2 avril* et *vendredi 3 avril*) : Excursion IV : Bordeaux, Cambo, Bayonne, Biarritz, Stations de la Côte basque, Hossegor. — Excursion V : Bordeaux, Pau, Lourdes, Gavarnie.

Excursion après le Congrès (du *vendredi 3 avril* au *mardi 7 avril*) : Excursion VI : voyage en Cerdagne au cours duquel seront visitées les stations climatiques des Escaldes, de Font-Romeu, de Superbagnères, Vernet-les-Bains, Amélie et Banyuls-sur-Mer.

N. B. — S'adresser, pour tous renseignements, au Secrétariat du Congrès, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe) et pour les adhésions à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), en joignant la cotisation de 50 fr. à la demande d'inscription.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 9 mars. — Jury : MM. Couvelaire, président; M. Labbé, Moreau et Portes. — M. Auclair. Les traitements de la septicémie puerpérale par l'immuno-transfusion. — M. Renault. La prohibition américaine.

Mardi 10 mars. — Jury : MM. Carnot, président; Claude, J. Faure et Heitz-Boyer. — M. Kanner. La virulence du tréponème de la paralysie générale. — M. Lacroix. Etude des phénomènes physiologiques concomitants de l'émotion. — M. Kotzareff. Traitement des cancers.

Jury : MM. Brindeau, président; Lenormant, Binet et Vaudescal. — M. Magnin. L'ostéochondrite disséquante de la hanche.

Mercredi 11 mars. — Jury : MM. Loeper, président; Strohl, Tanon et Verne. — M. Kalmanovitch. Résultats obtenus dans 155 cas de broncho-pneumonie infantile traitée par injections d'or colloïdal. — Mlle Duclaux. L'action des rayons ultraviolets sur les organismes. — M. Quétin. La lutte contre le péril vénérien en France par le service social. — M. Rosner. Etude de l'épidémiologie de la poliomyélite (épidémie de 1930).

Jury : MM. Legueu, président; Sebileau, d'Allaines et Leveuf. — M. Szekely. La pyéloscopie dans les pyélonéphrites. — M. Breton. Considérations sur les tumeurs de la loge hyo-thyro-épiglottique.

Vendredi 13 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Dechambre et Robin. — M. Cornec. Exportation du cheval breton.

Samedi 14 mars. — Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Lereboullet et Hutinel. — Mlle Colin-Letailleur. Le chancre cutané tuberculeux par primo-infection chez l'enfant. — M. Lecadre. Contribution à l'étude de l'anorexie du nourrisson. — M. Lemaitre. Etude de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon à propos de quelques résultats obtenus par la méthode de l'Ecole départementale de Vitry.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Desgrez, président; Maignon et Robin. — M. Chevillard. Action du gaz chloré asphyxiant chez le cheval.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 20. — MERCREDI 11 MARS 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 11 MARS 1931. — N° 20.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les lois de Poiseuille et l'artério-sclérose, par M. Gabriel PERRIN.
Perforations aiguës gastriques et duodénales, par M. R. DE BUTLER D'ORMOND.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de chirurgie.
Société de médecine d'Alger.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Respectons le secret médical.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Diagnostic des hémiplégies.

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — MM. les docteurs Ch. Achard et Le Mée (de Paris).

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR PUBLIC. — Sont nommés membres du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public :

Commission du droit et des sciences politiques et économiques. — MM. Beudant, conseiller à la Cour de cassation; Bodin, doyen de la Faculté de droit de l'Université de Rennes; Duez, doyen de la Faculté de droit de l'Université de Lille.

Commission des sciences médicales et de la pharmacie. — M. Imbert, doyen de la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille.

Commission des sciences. — MM. Léger, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Grenoble; Maige, doyen de la Faculté des sciences de l'Université de Lille; Bigot, professeur à la Faculté des sciences de Caen.

CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE. [BORDEAUX, 30 mars au 2 avril 1931.] (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 19, p. 374.) — Le ministre de la Guerre (7e direction) fait connaître que le VIIe Congrès national de la tuberculose organisé de concert par le Comité national de défense contre la tuberculose et par la Fédération girondine des œuvres antituberculeuses se tiendra à Bordeaux, du 30 mars au 2 avril 1931, et sera suivi de deux journées de visites aux principales institutions de lutte antituberculeuse du Sud-Ouest de la France.

Le ministre a décidé d'autoriser les médecins officiers de réserve de la métropole à assister à ce Congrès.

Leur participation à cette manifestation sera considérée comme période d'exercices de six jours et entrera en ligne de compte dans la durée totale des périodes fixées par la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée; toutefois, cette période ne sera pas comptée comme période exigée pour l'avancement.

Les médecins de réserve du Service de santé de la région militaire de Paris, désireux de prendre part à ce Congrès, devront adresser avant le 20 mars 1931 leur demande à la direction du Service de santé (Hôtel des Invalides) qui leur adressera une convocation.

Des programmes sont tenus à la disposition des intéressés à la direction du Service de santé de la région de Paris.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE. — La Société française d'ophtalmologie tiendra son XLIVe Congrès à la Faculté de médecine, le lundi 4 mai et jours suivants.

Le rapport d'usage sera présenté par le professeur van Duyse (de Gand) sur « L'hérédité dans les affections oculaires ».

Une visite de l'Exposition coloniale sera organisée le mardi 5 mai et suivie du banquet traditionnel.

Pendant la visite du Congrès, visites dans les hôpitaux et laboratoires et exposition d'instruments d'optique et de chirurgie oculaire et de produits thérapeutiques à la Faculté.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (VIIe).

ASSOCIATION AMICALE DES CHEFS DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE. (Hôtel-Dieu de Marseille, 10-20 avril 1931.) — PROGRAMME DU CYCLE DES CONFÉRENCES. — *Vendredi 10 avril.* — 10 h. 30 : M. Albert Rouslacroix. Anatomie et physiologie du système réticulo-endothélial; — 18 h. : M. André Tristant. La radiologie en chirurgie urinaire.

Samedi 11 avril. — 11 h. : M. Jean Olmer. Les anémies spléniques de l'adulte.

Lundi 13 avril. — 10 h. : MM. André Fournier et Marcel Bourret. Les Bordet-Wassermann irréductibles ; — 11 h. : M. Jean Paoli. Les fibromes saignants de la ménopause; — 18 h. : M. Albert Caire. Les états péritonéaux au cours des hernies.

Mardi 14 avril. — 10 h. : M. Paul Bonnet. Traitement chirurgical des goitres exophtalmiques; — 11 h. : M. Jean Turries. La question des dyspepsies nerveuses; — 18 h. : M. Félix Trabuc. Rhumatisme et hérédo-syphilis.

Mercredi 15 avril. — 10 h. : M. Jean Brahic. Les œdèmes des cirrhotiques; — 11 h. : M. Gabriel Avon. Etat actuel de nos connaissances au sujet des phlébo-scléroses artificielles; — 18 h. : M. Marcel Arnaud. Etude physiopathologique des hémorragies chirurgicales graves. Traitements actuels.

Jeudi 16 avril. — 11 h. : M. Raymond Imbert. Curiethérapie des cancers du col utérin; — 18 h. : M. Ch. Toinon. Les pleurésies du pneumothorax artificiel.

Vendredi 17 avril. — 10 h. : M. Léon Isemein. Traitement médical des suppurations pulmonaires fétides; — 11 h. : M. Jules Giraud. Notions sur l'appendicite pelvienne; — 18 h. : M. Georges Zuccoli. Les états thymo-lymphatiques chez l'enfant.

Samedi 18 avril. — 10 h. : M. Adrien Artaud. Procédés de dilatation du col utérin; — 11 h. : M. Robert Poinso. Les syndromes hémorragiques, leur diagnostic, leur interprétation.

Lundi 20 avril. — 11 h. : M. Georges Darcourt. Traitement des pieds bots chez l'enfant; — 18 h. : M. Roger Guilliny. Les dernières acquisitions en matière de fièvre jaune.

Mardi 21 avril. — 10 h. : M. Louis Artaud. Diagnostic et traitements des sténoses duodénales; — 11 h. : M. Gustave Cousin. Les métrorragies au cours des annexites; — 18 h. : M. Raymond Acquaviva. Les techniques modernes de la césarienne.

Mercredi 22 avril. — 10 h. : M. Louis Montagnier. A propos du pneumothorax bilatéral; — 11 h. : M. Charles Lahayville. Traitement de la tuberculose génitale chez l'homme; — 18 h. : M. Jean Chosson. La névralgie pelvienne.

Jeudi 23 avril. — 11 h. : M. Antoine Raybaud. Le syndrome d'imperméabilité pulmonaire; — 18 h. : M. Edouard Giraud-Costa. Les palpitations. Leur valeur psychologique et leur pronostic.

Vendredi 24 avril. — 10 h. : M. Jean Bouyala. Fractures de cuisse chez l'enfant; — 17 h. : M. Albert Crémieux. Manifestations nerveuses de l'insuffisance rénale.

Ces conférences auront lieu à l'Hôtel-Dieu, salle des concours.

Adresser la correspondance au docteur Jean Chosson, 4, rue Rouget-de-l'Isle, à Marseille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. — *Cours de chirurgie infantile* du professeur H.-L. Rocher, avec la collaboration de MM. les professeurs Dupérié, Réchou; le professeur agrégé Loubat; les docteurs Philip, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Pesme, ophtalmologiste des hôpitaux; Roques, directeur du service d'électroradiologie de l'hôpital des Enfants; Despin, stomatologiste des hôpitaux; R. Guérin, chef de clinique; G. Roudil, chef de clinique adjoint.

Ce cours aura lieu du lundi 1er juin au mardi 9 juin 1931.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 30 mai 1931.

Droit d'inscription : 200 fr.

LE BUREAU DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE. — Nous rappelons à nos lecteurs que le bureau parisien de la Presse médicale latine, 101, rue de Richelieu (angle du boulevard des Italiens), est ouvert, à titre entièrement gracieux, à tous les médecins et étudiants en médecine de toutes nationalités habitant Paris ou de passage dans cette ville, tous les jours non fériés, de 9 h. 1/2 à midi et de 15 à 18 h.

Ils peuvent y consulter les périodiques médicaux rédigés dans les cinq langues latines (espagnol, français, italien, portugais et roumain) ainsi qu'un grand nombre d'ouvrages scientifiques publiés dans les mêmes langues.

Ils y trouveront, en outre, des renseignements concernant les universités, cliniques, hôpitaux, etc., ainsi que certains avantages d'ordre matériel (réduction dans les hôtels, etc.).

Pour tous renseignements complémentaires, écrire au docteur L.-M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, 101, rue de Richelieu, Paris (IIe)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RESPECTONS LE SECRET MÉDICAL. — Sous ce titre, la Fédération des syndicats médicaux de la Seine nous communique avec prière d'insérer la réponse ci-dessous qu'elle conseille de faire à certains questionnaires émanant des Caisses d'assurances sociales ou de leurs médecins contrôleurs.

N'en donner aucune ou adresser celle-ci :

« Mon cher confrère,

Votre questionnaire ne tient pas compte de l'article 378 du Code pénal dont un récent arrêt du Conseil d'Etat (7 novembre 1928, affaire Bertrand) vient dans un cas analogue de consacrer une fois de plus l'obligation.

Pour le moment, je n'ai aucune autre réponse à faire.

Je vous prie d'agréer..... »

Le Syndicat des médecins de la Seine vient précisément d'éditer, se plaçant au point de vue le plus général, des papillons ainsi libellés et destinés à être collés sur tous certificats autres que ceux d'expertise.

> **Le secret médical ne doit être violé ni directement, ni indirectement.**
> **C'est la Loi.**
> **Et c'est la tradition originelle, la charte intangible du Corps médical.**

Edité par le Syndicat des Médecins de la Seine.

LES LOIS DE POISEUILLE ET L'ARTÉRIO-SCLÉROSE

Par le docteur GABRIEL PERRIN,
Professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand,
Docteur ès sciences,
Médecin consultant à Royat.

On sait que la vitesse d'écoulement d'un liquide dans un tube capillaire rigide, répond à la formule :

$$\frac{\pi D^4}{K n} \times \frac{P_0 - P_1}{L}$$

dans laquelle D est le diamètre du tube, P_0 la pression du liquide à une extrémité du tube, P_1 la pression à l'autre extrémité, L la longueur du tube, n le coefficient de viscosité du liquide et K un nombre constant.

De cette formule, on déduit les lois de Poiseuille qui peuvent se résumer ainsi :

1° La quantité de liquide écoulé par seconde dans un tube capillaire est proportionnelle à la différence de pression établie entre les deux extrémités du tube;

2° Pour des pressions constantes aux extrémités du tube, le débit est inversement proportionnel à la longueur du tube;

3° Pour un tube de longueur donnée et pour des pressions constantes aux extrémités de ce tube, le débit est proportionnel à la quatrième puissance du diamètre;

4° Le débit est inversement proportionnel au coefficient de viscosité du liquide.

Si, au lieu des tubes capillaires rigides, on prend des tubes élastiques comme les artères, on sait que la vitesse de débit est relativement plus grande, surtout lorsque la différence de pression aux deux extrémités est considérable. L'élasticité artérielle permet donc au sang une circulation plus facile et plus rapide.

Si d'ailleurs les artères avaient des parois rigides, la colonne sanguine qu'elles renferment, en vertu même de l'incompressibilité des liquides, devrait être ébranlée et refoulée tout d'une pièce comme un cylindre solide qu'on pousserait par une de ses extrémités et il ne pourrait entrer dans le vaisseau qu'une quantité de sang égale à celle qui s'écoulerait pendant le même temps par les capillaires. Bien mieux, le sang avancerait par saccades dans les artères et le ventricule gauche ne pourrait surmonter les résistances énormes, pour faire passer du repos au mouvement, la masse entière du sang à chacune de ses contractions.

Heureusement il n'en est pas ainsi grâce à l'élasticité artérielle. Le ventricule gauche ne dépense pas toute la force qu'il déploie à pousser la colonne sanguine dans les vaisseaux; une partie de cette force sert à dilater l'artère, à développer dans ses parois une force élastique, qui agissant comme un ressort toujours tendu, pressera sur le sang et le fera progresser même pendant le repos du cœur. Le mouvement du sang se transforme donc, dans son trajet du cœur aux extrémités, de l'intermittence franche de l'ondée sanguine au voisinage du cœur, en courant continu dans les régions capillaires.

Dès lors, un régime régulier s'établit; une différence constante de pression accusée par le manomètre existe entre les artères (pression artérielle) et les veines (pression veineuse) et c'est cette différence de pression qui est la cause du mouvement du sang des artères dans les veines en produisant un écoulement constant au travers des capillaires.

Mais pour cela, il faut les capillaires intacts. Si ceux-ci viennent à s'engorger ou à se scléroser, ils forment un barrage périphérique qui augmente la pression artérielle et demande un effort supplémentaire au ventricule gauche.

Si d'ailleurs cette sclérose gagne l'ensemble des artères, comme cela se produit vers la cinquantaine, l'élasticité des parois artérielles diminuant, nous nous rapprochons des tubes rigides et les lois de Poiseuille deviennent partiellement applicables, autant du moins que les principes physiques peuvent s'appliquer à la biologie.

La sclérose commençant généralement par les capillaires du rein, plus directement en contact avec les toxines du sang lorsqu'il y a eu des écarts de régime, il se forme un barrage rénal qui élève la pression artérielle et ne tarde pas, comme conséquence, à provoquer l'hypertrophie du cœur gauche. L'écoulement sanguin, dans les capillaires, étant en effet proportionnel à P_0-P_1, dans la formule indiquée en commençant, et P_1 augmentant, P_0 doit le faire dans les mêmes proportions si l'on veut avoir un débit à peu près constant, ce qui exige l'hypertrophie du myocarde.

D'ailleurs le calibre des artères diminuant par suite de la sclérose, d'après les lois de Poiseuille. c'est une raison nouvelle pour laquelle la vitesse d'écoulement doit diminuer également.

Mais le plus souvent, les causes qui produisent une sclérose artérielle anticipée sont pour la plupart les mêmes que celles qui augmentent la viscosité sanguine et cette hyperviscosité, toujours d'après les mêmes lois, vient encore gêner la vitesse d'écoulement du sang.

Si, comme le montre le docteur Scheffler, de Saint-Etienne, dans son excellent petit livre sur l'artériosclérose, l'hypertension artérielle est accompagnée d'hyperviscosité sanguine, il s'agit surtout de pléthoriques, de goutteux, de diabétiques, sujets atteints de présclérose dont l'état peut être facilement amélioré par un régime sévère et prolongé; c'est n dans la formule de Poiseuille qu'il faut surtout modifier. Si au contraire, une viscosité normale ou inférieure à la normale, accompagne l'hypertension, c'est le barrage rénal qui est en jeu, c'est P_1 qui augmente : il s'agit d'une affection cardio-rénale primitive beaucoup plus grave.

Dans ces cas, le malade est un intoxiqué, malgré une quantité d'urine plus abondante que la normale. Cette urine est en effet claire, limpide, d'une densité voisine de celle de l'eau, d'une concentration moléculaire faible (Δ varie de — 0,07 à — 0,15) et de tension superficielle comprise généralement entre 7,30 et 7,50.

Si l'on recherche la toxicité de cette urine par la

méthode des professeurs Billard et Perrin, on la trouve toujours de beaucoup inférieure à la normale. La valeur de l'urotoxie (nombre de centimètres cubes d'urine nécessaires pour tuer un lapin de 1 kilog) qui est le plus souvent comprise entre 40 et 50 dépasse dans ces cas 150. Les toxines non éliminées sont retenues dans l'organisme, l'urée sanguine s'élève au-dessus de 0,50 et la constante d'Ambard croit parallèlement : c'est l'auto-intoxication qui s'installe.

Par suite, si l'on s'en tient uniquement au volume de l'urine émise en vingt-quatre heures pour mesurer la perméabilité rénale qui permet aux médecins de villes d'eaux d'établir une cure de diurèse, on est le plus souvent induit en erreur. Martinet l'a si bien constaté, qu'il faisait intervenir la tension artérielle dans cette détermination. Il calculait d'abord avec un sphygmomanomètre Mx et Mn dont la différence donne P D, et connaissant le volume des urines de vingt-quatre heures, il divisait le débit urinaire évalué en litre, par P D évalué en centimètres de mercure. D'après lui, le quotient serait voisin de 0,25 si l'appareil rénal est normal : ce chiffre de 0,25 (quart de litre) représente le rendement quotidien moyen du rein par centimètre de pression différentielle. Dans le cas de barrage rénal par sclérose, ce débit est notoirement plus faible, toujours au-dessous de 0,20.

Sans doute il y a progrès avec cette méthode, mais malgré tout, à notre avis, la perméabilité rénale ne peut être évaluée ainsi avec assez d'approximation. Chez les hypertendus hypovisqueux, le volume des urines est souvent plus grand que chez les hypertendus hypervisqueux, avec même différentielle et cependant le rein est plus touché chez les premiers que chez les seconds. Dans la cure de diurèse il faudra limiter, chez les premiers, le volume de boissons à 1 litre et demi au maximum par vingt-quatre heures, tandis que chez les seconds on pourra monter sans inconvénients à 2 litres et demi.

D'où la nécessité de rechercher, en même temps que la tension artérielle la viscosité sanguine et la toxicité urinaire. Ces deux dernières recherches, malgré leur intérêt, sont encore loin d'être entrées dans la pratique courante. Et pourtant elles ne prennent guère plus de temps que la détermination de Mx et de Mn au sphygmomanomètre.

Nous ne reviendrons pas sur la recherche de la toxicité urinaire par la méthode des professeurs Billard et Perrin, communiquée à l'Académie de médecine par le professeur Achard, et décrite dans plusieurs journaux médicaux dont la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, du 15 décembre 1917.

La viscosité sanguine se calcule aussi facilement avec l'appareil de Walter-Hess, ou mieux, mais avec une approximation moindre, avec le viscosimètre simplex de Cogit. Normalement, la viscosité sanguine varie entre 3,89 et 4,91 suivant Walter-Hess; au-dessous de 3,89 il y a hypoviscosité, signe d'hydrémie par insuffisance rénale; au-dessus de 4,91 hyperviscosité, signe de pléthore et d'hyperglobulie.

Dans les cas d'hyperviscosité, il y a impossibilité de faire des saignées, le sang (sirop de groseille) ne pouvant s'écouler. On conçoit dans ces conditions que le cœur se fatigue à pousser un liquide qui, par suite de sa composition, refuse d'avancer.

Il y a donc intérêt à diminuer cette viscosité. C'est d'ailleurs ce que font naturellement les moustiques et les sangsues en injectant dans la plaie formée par piqûres ou morsures une substance hémolytique sécrétée par les glandes salivaires. C'est pourquoi nous recommandons dans les cas où les ventouses scarifiées ne donnent pas de sang, par suite d'hyperviscosité, de placer sur la région lombaire un certain nombre de sangsues et, dès qu'elles sont tombées, de continuer leur action par des ventouses placées au niveau des morsures.

On sait que le citrate de soude est un des corps les plus employés pour diminuer la viscosité sanguine, concurremment avec les eaux peu minéralisées, c'est-à-dire à absorption rapide, comme l'eau de la source Velleda, de Royat.

Au point de vue théorique, on peut encore citer les extraits de muscles d'écrevisse, de têtes de sangsues, de sérum d'anguilles, les diastases (pepsine, pancréatine, invertine) et les toxines microbiennes.

Or, dans tous ces cas, il y a abaissement de la tension superficielle du sérum et production d'un laquage partiel du sang. Quelle que soit la substance employée pour abaisser la tension du sérum, le laquage du sang coïncide toujours avec un abaissement de 2,5 à 3. La tension superficielle d'un liquide étant intimement liée à sa viscosité puisqu'elle est en raison inverse du nombre de gouttes données à la pipette Duclaux par 5 centimètres cubes, sa formule étant :

$$Ts = \frac{100 \alpha \times 7,5}{n}$$

il est évident que celle-ci baissant pour le sérum sanguin, la viscosité du sang diminue, d'abord parce que le sérum est plus fluide et ensuite parce qu'il y a laquage partiel du sang. Il n'y a pas qu'une action osmotique, puisqu'on ne peut en élevant celle-ci, supprimer l'action hémolytique des facteurs d'abaissement de tension.

Comme conclusion, s'il ne nous est guère possible d'empêcher la sclérose de s'installer sur nos organes avec l'âge, il est de notre devoir de retarder le plus possible cet envahissement qui se traduit le plus souvent par de l'hypertension artérielle et de l'hyperviscosité sanguine. Or, dans ce cas, les lois de Poiseuille deviennent partiellement applicables à l'écoulement sanguin à l'intérieur des ramifications artérielles; il est donc indispensable d'agir sur les deux facteurs qu'il est en notre pouvoir de modifier. P_1, c'est-à-dire barrage rénal, et n, c'est-à-dire coefficient de viscosité. Quant à L, la nature agit seule pour l'agrandir, puisque le signe de la temporale (sinuosité et dureté de l'artère temporale) est un des signes courants et bien connus d'artério-sclérose.

PERFORATIONS AIGUES GASTRIQUES ET DUODÉNALES

Par R. DE BUTLER D'ORMOND,
Professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

La perforation aiguë peut se produire sur un ulcère gastrique, mais surtout sur un ulcus duodénal. D'après notre expérience, l'ulcus duodénal est cinq fois plus fréquent que l'ulcère gastrique et se montre habituellement chez l'homme. *C'est un cas d'extrême urgence.* Le diagnostic doit être immédiat et l'intervention ultra-précoce. En principe, l'intervention faite au bout de quelques heures (moins de six heures) guérit régulièrement; passé vingt-quatre heures, elle est presque inutile.

En réalité, il y a des questions individuelles qui modifient ce pronostic : l'âge du malade, son degré d'embonpoint, le contenu de l'estomac, la largeur de la perforation, le milieu où on opère, l'éloignement du transport et... l'entraînement technique du chirurgien. Pour que le pronostic soit favorable, il faut un diagnostic immédiat, un transport rapide du malade dans une salle d'opération voisine (ambulance), l'absence de consultation qui fait perdre quelques heures.

La rachi-anesthésie transforme un ventre de bois en un ventre de caoutchouc et un cas pénible en un cas facile.

Traitement. — En cas de perforation duodénale, suture de la perforation. Gastro-entérostomie antérieure, drainage pelvien. Dans ces conditions, faite dans les six heures, par un chirurgien habitué, c'est neuf chances sur dix de guérison que le malade présente; c'est l'insuccès après vingt-quatre heures.

L'ulcus gastrique, plus rare, comporte la suture pure et simple et la retouche chirurgicale trois mois après la guérison opératoire (résection gastrique). Si l'ulcus s'accompagne de tumeur gastrique (ulcus calleux), il y a souvent nécessité à faire une gastrectomie d'emblée. La mortalité est plus élevée, parce qu'elle nécessite un chirurgien plus entraîné.

Début brutal, malade d'une trentaines d'années, paraissant être en « parfaite santé » (?) jusque-là, mais en réalité, atteint de crises gastro-duodénales intermittentes, séparées par des intervalles de santé « apparente ». Depuis vingt-quatre ou quarante-huit heures, avant la rupture, le malade souffre davantage, surtout quelques heures avant la perforation; un palper soigneux éveille de la contracture localisée. Il ne faut rien faire pour calmer cette contracture, mais se méfier. Expédier le malade avant même que la perforation se produise. S'il existe tant soit peu d'éveil musculaire, cette suture pré-perforative est une condition éminemment favorable. La guérison est plus sûre encore.

Aspect du malade « perforé ». — Début brutal, douleur atroce, en coup de couteau à l'épigastre. Le ventre est « en bois ». Le palper fait constater qu'il est dur, tétanisé. Le pouls et la température sont variables (37°5, 38, 39 degrés), le pouls est tantôt à 90, tantôt à 110, suivant le péritonisme qui accompagne le cas. La respiration est courte, la parole saccadée au bout de quelques heures. Il arrive souvent qu'il y ait pendant quelques instants, un amendement des symptômes. La contracture est moins violente. Le malade paraît moins choqué, moins angoissé par ses douleurs. Si le médecin est inexpérimenté, il pense qu'un amendement peut se produire et que le transport sera plus facile dans quelques heures. Cet optimisme médical et familial est une faute grave. Il ne faut pas retarder l'opération d'une minute, mais transporter immédiatement le malade à l'hôpital. Prévenir le chirurgien, car il faut opérer *de suite*. La douleur siège au niveau de l'estomac, ou dans la fosse iliaque droite; parfois le début s'accompagne d'un vomissement.

Rechercher la sonorité hépatique. — La matité hépatique disparaît par suite des gaz gastriques qui passent dans la cavité abdominale.

Le Shock existe une fois sur deux; le sujet est pâle, l'angoisse est douloureuse, le facies très pâle au début, plus coloré quelques heures après; le pouls rapide au début, au moment de la douleur brutale, redevient un peu mieux frappé et le facies un peu plus calme quelques heures plus tard. Ce calme temporaire cause souvent la mort par retard de quelques heures.

Diagnostic. — De quel accident peut-il s'agir?... Seul le médecin averti reconnaît immédiatement une perforation de l'estomac et du duodénum. S'il est moins compétent, il peut hésiter avec des coliqus de plomb, coliques hépatiques, néphrétiques, appendicite aiguë, volvulus, pancréatite, rupture d'une grossesse tubaire, torsion d'un kyste de l'ovaire. Dans tous les cas, c'est le transport immédiat à l'hôpital ou à la maison de santé. Au moment précis, le chirurgien, prévenu par téléphone, sera le premier à décider le diagnostic qu'il terminera vraisemblablement par une longue incision exploratrice médiane.

Antécédents du sujet. — Ils sont indiqués par lui et par l'entourage. Depuis quelques années, dyspepsie acidée, intermittente, séparée par des intervalles de calme, aussi bien dans l'ulcère gastrique que duodénal. Le clinicien conclut : ulcus latent, qui n'a pas été diagnostiqué avant la perforation. En pratique, c'est faux; ces malades ont toujours eu des crises de dyspepsie acide. « Le début brutal », depuis douze ou quarante-huit heures, est faux. En réalité, le sujet souffre depuis plus de temps que l'atroce douleur du début. Ce prodrome n'est presque jamais avoué par le médecin qui parle de « début brutal », instantané, sans prodrome, parce qu'il ne veut pas être accusé de n'avoir pas prévu le désastre et qu'il ne s'est décidé qu'au moment précis du début vrai.

Je résume : quand le médecin arrive, le malade accuse : douleur épigastrique médiane ou droite brutale, contracture violente, « ventre en bois »,

apparition de la sonorité hépatique, angoisse douloureuse terrible, plus que dans n'importe quelle maladie aiguë de l'abdomen. Si le médecin n'est appelé qu'au bout de deux ou trois heures, et si le malade paraît mieux, ne pas en tenir compte; c'est la partie la plus importante à jouer. Le patient sera immédiatement transporté en ambulance dans une maison de santé ou à l'hôpital, après avoir prévenu le chirurgien. Tout sera prêt dans la salle d'opération pour une opération immédiate, même si le chirurgien décide, en dernier ressort, de ne pas opérer.

Ne jamais faire venir en consultation, ni médecin ni chirurgien; cette formule de non-consultation, d'ailleurs, s'applique à tous les cas aigus de l'abdomen : appendicite, volvulus, grossesse tubaire, etc... Le diagnostic se fait dans la maison chirurgicale. Si le retard, en effet, n'est pas dangereux en cas d'appendicite, d'obstruction, de volvulus, etc..., il est extrêmement dangereux et conditionne le pronostic s'il s'agit d'une perforation gastro-duodénale.

Quelle anesthésie faut-il employer? La rachianesthésie, malgré les difficultés de la ponction (horizontale), car elle facilite considérablement l'intervention même. Elle diminue de moitié certainement les risques opératoires, par suite de l'extrême facilité due à la flaccidité des muscles. Cette rachi permet de faire l'exploration de tout l'abdomen sans difficulté, sans danger.

a. Chercher la perforation (généralement le duodénum). Appliquer quelques points de suture immédiate au catgut renforcé ou non par un tamponnement épiploïque.

b. Nettoyage de l'abdomen, soit à sec, soit avec de l'eau salée chaude. L'aspirateur est utile, bien vider le bassin avec le « tube pelvien ». Mettre un drain sus-pubien dans le Douglas, ou faire un tamponnement au Mikulicz.

c. La gastro-entérostomie est à conseiller en cas d'ulcère duodénal (pas en cas d'ulcère gastrique). En principe, la faire antérieure, précolique, avec jéjuno-jéjunostomie, pour diminuer les manœuvres dans l'arrière-cavité des épiploons. En cas de perforation gastrique, surveiller par la suite le malade de très près; la résection gastrique est à conseiller quelques semaines plus tard. En cas d'ulcus duodénal, avec une gastro-entérostomie et une oblitération duodénale, on fait courir au malade 60 p. 100 de chances d'être guéri définitivement. En cas d'ulcus gastrique, faire, trois mois après, la gastrectomie.

Sérum hypertonique intra-veineux, transfusion.

Le traitement médical sera toujours utile.

Un « perforé » gastrique ou duodénal n'est pas un malade guéri; il doit être surveillé, les retouches sont fréquentes et nécessitent souvent des opérations curatrices qui guérissent alors définitivement le sujet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1931)

Granulie cancéreuse des poumons secondaire à un cancer latent de l'estomac. — MM. Ch. Achard, M. Bariéty, G. Desbuquois et Sternfeld. Un homme de cinquante-trois ans présente le tableau habituel d'une granulie pulmonaire : dyspnée, cyanose, râles disséminés. La radiographie montre un semis de taches opaques dans les deux champs pulmonaires.

A l'autopsie on trouve : *a*. un cancer ulcéré de la petite courbure gastrique; *b*. un essaimage d'allure granulique dans les deux poumons. Histologiquement les auteurs soulignent : l'étendue de la réaction congestive pulmonaire; l'existence d'une alvéolite cancéreuse avec grosse atypie cellulaire; la prédominance des lésions dans les lymphatiques qui semblent constituer ici la voie métastatique de beaucoup la plus importante.

Fièvre exanthématique. — MM. Claude et Coste rapportent de nouveaux cas de fièvre exanthématique, et rappellent les analogies que présente cette affection avec la fièvre boutonneuse de Tunisie.

M. Coste signale les heureux effets obtenus par un nouveau procédé de pyrétothérapie : inoculation de produits de broyage de tique du chien chez quelques malades atteints de démence précoce.

Deux cas de syndrome de Chauffard-Still (rhumatisme chronique fibreux déformant progressif avec adénopathies et splénomégalie). — MM. Weissenbach, Françon, Gerbay et Robert rapportent deux observations de ce type clinique de rhumatisme chronique assez rarement rencontré.

Un cas de tumeur réticulaire particulièrement volumineuse. — M. Gallard-Monès (de Barcelone). Un homme de cinquante-sept ans vient consulter pour des douleurs de l'hypocondre droit. L'examen montre une tumeur très volumineuse occupant tout le flanc droit. Après un certain temps la tumeur devient fluctuante, et l'état général restant satisfaisant on décide d'intervenir. On trouve une énorme tumeur remplissant tout le côté droit de l'abdomen, la ponction ramène du liquide; on ouvre la poche et l'on constate l'existence d'une masse proliférante au fond de la cavité. Il s'agit d'une vésicule biliaire distendue à l'extrême avec, au fond, une néoplasie à l'intérieur de laquelle se trouve un calcul.

Tétrachlorure de carbone. Remède efficace contre les oxyures et certains ténias. — M. Akl-Mouktar (de Constantinople) insiste sur l'efficacité du tétrachlorure de carbone dans la lutte contre les oxyures et certains ténias.

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1931)

Considération sur l'éternuement. A propos d'un cas d'éternuement à type paroxystique. — MM. Canuyt et Vaucher. Jeune fille atteinte de crises d'éternuements paroxystiques datant de novembre 1926. Les éternuements survenus au cours d'un coryza en apparence banal, sont extrêmement fréquents (5 à 600 par jour). Des causes provocatrices très variées (poussière, fumée de tabac et de poêle, etc...), en augmentent la fréquence. Un traitement endo-nasal médical et chirurgical est suivi presque immédiatement d'une disparition complète pendant un mois. Ils redeviennent très fréquents, à la suite d'une violente émotion, pour disparaître de nouveau grâce à un traitement endo-

nasal associé à la diathermie, la guérison se maintient pendant huit mois. A la fin de 1928, les éternuements recommencent; on combine cette fois un traitement endo-nasal à un traitement général désensibilisateur. Une nouvelle guérison est obtenue et se maintient depuis dix-huit mois.

Nouveaux cas de bradycardie avec hypercholinémie au cours des ictères dissociés pigmentaires. — MM. Dimitresco, Mante, Dulugea et Tonescobraïova (de Bucarest).

Pouls veineux des saphènes. — MM. A. Clerc et E. Mourrut présentent un malade atteint de lésion mitrale ancienne avec arythmie complète, dilatation des jugulaires et du foie qui sont animés de battements systoliques; les mêmes battements se retrouvent, non moins intenses au niveau d'un paquet variqueux situé au niveau de la cuisse droite. Les auteurs insistent sur le rôle favorisant des varices, à la condition toutefois qu'il existe un pouls veineux généralisé, enregistrable déjà aux lieux d'élection.

Enorme anévrisme aortique simulant une néoplasie pulmonaire. — MM. A. Clerc, P.-N. Deschamps et R. Schwob apportent une nouvelle observation et les pièces d'un énorme anévrisme disséquant de l'aorte simulant le cancer du poumon.

Artérite pulmonairo probable sans cyanose. — MM. A. Clerc et E. Mourrut.

Les variations de l'urée sanguine au cours du coma diabétique. — MM. M. Labbé et R. Boulin montrent que l'azotémie n'est qu'une manifestation inconstante au cours du coma diabétique. Habituellement précoce, presque toujours modérée, elle coïncide avec un certain degré d'hypoazoturie, mais par contre, les autres caractéres cliniques et physicochimiques du coma ne sont pas modifiés. Elle constitue seulement un indice de gravité.

Syndrome du ganglion géniculé, paralysie faciale, et adénite pré-éruptive. — MM. Richon, Birard et Mlle Hennequin (de Nancy).

Polynévrite diphtérique myasthéniforme (syndrome de Negro. — M. G. Doré (de Brest).

Un cas d'hémogénie guéri pendant près de deux ans par la splénectomie. Récidive grave. Guérison par la suppression des règles. — M. P.-E. Weil rapporte un cas de grande hémogénie avec hémorragies multiples, guéri par la splénectomie. Celle-ci perdit bientôt toute action hémorragipare, de nouvelles hémorragies mirent l'existence en danger. L'arrêt de l'hémorragie première, les règles en l'espèce, par 31 séances de radiothérapie, mit définitivement fin aux hémorragies secondaires hémotrypsiques.

Diabète insipide syphilitique. Guérison par le traitement spécifique. — MM. Lebon, Loabryne et Becmeur (d'Ager).

Enchondromes multiples associés à des exostoses ostéogéniques chez un enfant ayant présenté une hypertrophie du thymus. — MM. E. Ledoux et P. Cottet (de Besançon).

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1931)

Un cas de pancréatite aiguë primitive à gros épanchement vraisemblablement d'origine rhumatismale. — MM. P. Brodin et J. Guyot présentent un malade de vingt-neuf ans atteint d'une péricardite primitive à gros épanchement avec état général grave et température très élevée. En raison de la disparition rapide des accidents sous l'influence du salicylate de soude et malgré l'absence de toute localisation articulaire ou endocarditique, ils pensent qu'il s'est agi d'une atteinte péricardique primitive rhumatismale.

Anévrisme de la crosse aortique ou tumeur du médiastin chez un enfant de quatorze ans. — MM. Weill-Hallé et Haïk relatent l'histoire d'un jeune garçon de quatorze ans, présentant des crises thoraciques douloureuses. L'exploration radiologique a montré l'apparence d'une tumeur anévrismale de la crosse aortique. Après un traitement radiothérapique dirigé vers une tumeur néoplasique, une série d'injections de cyanure a paru amener la sédation des douleurs. Mais l'aspect radiologique subsiste et une voussure nette de la paroi iaclinent le diagnostic en faveur de l'anévrisme, exceptionnel à cet âge.

A propos du diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. — MM. Guy Laroche, Brodin et Romeaux estiment que la constatation d'un point douloureux sur l'appendice quand il est visible, ou à défaut de cette visibilité, sur le bord interne du cæcum, reste le meilleur test de diagnostic de l'appendicite chronique. Le syndrome radiologique indirect de MM. Jacquet et Gally leur paraît donc inconstant.

Pour qu'il garde toute sa valeur, il est indispensable d'éliminer certaines causes d'erreur d'origine gastrique ou intestinale et de s'assurer par l'étude complète de la traversée digestive que le retard dans l'évacuation de l'iléon et le spasme du cæcum sont dus uniquement à une cause locale.

Deux cas de streptococcémie suraiguë mortelle. Particularités cliniques et considérations sur le traitement par la trypaflavine. — MM. G. Caussade, A. Medioni et P. Coupeau. Les auteurs dégagent de deux observations les particularités suivantes : 1° début par une angine érythémateuse suivie rapidement de douleurs articulaires; 2° malgré une très courte durée (six jours) sont survenus un placard érysipélatoïde et la suppuration d'arthrites qui contenaient le streptocoque hémolytique déjà décelé dans le sang; 3° une confusion mentale avec euphorie exagérée et rictus incessants; 4° une polypnée intense (70).

Les auteurs se sont demandé si l'infection ou une intoxication par l'azotémie pouvait être incriminée, et, dans ce dernier cas, si elle était due soit à une néphrite causée par la trypaflavine, soit à la septicémie elle-même, des travaux récents démontrant la possibilité de cette double éventualité (Brûlé et Lenègre).

En tout cas, l'étude des troubles des divers métabolismes et des modifications sanguines au cours des septicémies, doit être poursuivie, en vue d'une thérapeutique qui ne serait pas essentiellement antimicrobienne.

Diabète insipide d'origine syphilitique probable traité et guéri par le traitement spécifique. — M. Marcel Labbé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1931)

Adénopathie dans les séminomes. — M. Chevrier a constaté un cas d'envahissement des ganglions inguinaux au cours d'un séminome. Ceci n'est pas contraire aux données anatomiques et la possibilité d'anastomoses lymphatiques est possible.

M. Chevassu, sur plus de deux cents tumeurs du testicule, n'a vu qu'une fois l'envahissement lymphatique inguinal, dans un cas où la peau était envahie.

Hernie diaphragmatique. — M. Picot rapporte un travail de M. Jean Quénu. Il s'agit d'une hernie diaphragmatique congénitale qui, après un traumatisme à quarante-sept ans, présenta de nombreuses crises au moment des repas. Le diagnostic de hernie diaphragmatique fut finalement posé par l'examen radiologique. Thoraco-phréno-laparotomie.

Guérison. M. Picot rapporte également une observation personnelle.

M. SCHWARTZ remarque que M. Picot, essayant d'opérer par simple thoracotomie, a dû faire une thoraco-phréno-laparotomie.

Section du nerf sciatique. — M. SORREL rapporte ce travail de M. Paitre (armée). Le blessé avait eu quatorze ans avant une plaie associée de l'artère fémorale et du nerf sciatique. Il existe des ostéomes dans les masses musculaires et de la décalcification des deux fémurs. Ces masses osseuses sont des néoformations analogues à celles que Mme Déjerine et Seillé ont observées dans les paraplégies dues aux blessures de guerre.

Volvulus de la vésicule biliaire. — M. BROCQ a pu observer ce cas à différentes étapes, chez une femme de soixante-dix ans. La malade présentait des douleurs intermittentes, des vomissements. Il existait une masse sous-hépatique mobilisable transversalement et verticalement avec le foie. Pas de fièvre. Le lendemain l'état général s'aggrava et la contracture apparut. L'intervention, trente-trois heures après le début des accidents, permit d'extraire une énorme vésicule tordue autour du canal cystique. Cholécystectomie rétrograde. Guérison. M. Brocq montre des photographies en couleur de cette vésicule et une aquarelle. Il existe trente et une observations de cette lésion.

M. ROUHIER a opéré un cas analogue chez une malade de soixante-dix-huit ans.

M. LERICHE a également opéré une torsion de la vésicule; mais la torsion s'était opérée au niveau d'un rétrécissement en sablier de la vésicule, au point où s'arrêtait le mésocyste.

Présentation de malades :

Bactériophage. — M. SAUVÉ. Anthrax traité par le bactériophage.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux gauche. — M. PETIT-DUTAILLIS a opéré cette malade en utilisant l'incision en arbalète de Cushing. Durant la période postopératoire, fausse-couche avec infection. Hystérectomie abdominale totale quelque temps après.

Fracture de l'humérus gauche. — M. LABEY. Il s'agissait d'une fracture récidivante pour kyste de l'humérus, traitée par greffes.

Anévrisme artériel poplité. — M. LABEY a obtenu déjà une grande amélioration par ligature de la fémorale au Hunter.

Rupture de la rate. — M. SORREL présente cette pièce. La rupture est survenue après simple coup de poing.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1931)

Syndrome de compression probable du lobe frontal gauche. — MM. DUMOLARD, SARROUY et VIALLET. Présentation d'un malade de trente-cinq ans ayant depuis deux ans, par périodes espacées, des crises comitiales convulsives généralisées.

On constate en outre une paralysie faciale centrale droite, un léger strabisme divergent, des myoclonies fasciculaires des lèvres et du menton, des troubles dysarthriques; pas de troubles psychiques marqués, pas de stase papillaire.

Hypertension intracranienne, 45 au manomètre Claude en position couchée; liquide céphalo-rachidien normal. Notion d'un traumatisme cranien grave, six ans avant le début des accidents.

Les auteurs s'arrêtent au diagnostic de compression du lobe fronta gauche, et se proposent de confier leur malade au chirurgien.

De quelques complications rares au cours de la peste bubonique. — MM. G. LEMAIRE et BARDENAT. Des complications graves ont été observées chez des malades ayant reçu des doses considérables de sérum : 1° une nécrose massive du bubon et une atonie cicatricielle; 2° des complications pulmonaires qui ne sont pas toujours fatales; les crachats sont petits, collants, hémoptoïques, noirâtres; 3° des complications oculaires, chémosis, iritis, hypopion, coïncidant avec une réaction sérique formidable. Le bacille de Yersin a été isolé des milieux de l'œil. Le problème thérapeutique est délicat.

Les unes relèvent de la toxicité du sérum, les autres de la virulence du bacille qui est alors comparable à celle de la peste pulmonaire, et que le sérum est impuissant à prévenir.

Analyse physiologique des troubles cardio-vasculaires et respiratoires déterminés par l'injection intraveineuse de sulfate d'hordénine. — MM. A. TOURNADE, J. MALMEJAC et A. MORALI confirment les travaux de L. Camus et mettent en évidence le mécanisme de l'hypertension qu'engendre l'injection intraveineuse d'une dose moyenne de sulfate d'hordénine.

Par leur méthode de l'anastomose veineuse surrénalo-jugulaire, ils dénoncent la mise en jeu de l'adrénalino-sécrétion, que la glande soit intacte ou énervée. Par leur technique du rein irrigué, ils montrent que l'hordénine, indépendamment de son action périphérique facile à mettre en évidence sur un rein énervé chez un chien décapsulé, déclenche de la vaso-constriction par action directe sur les centres.

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostics urgents. Abdomen (1), par H. MONDOR, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Il n'est actuellement pas un médecin ni un chirurgien qui ne connaisse la *Chirurgie d'urgence* du professeur Lejars, dont le succès a été si considérable en France et à l'étranger.

L'ouvrage du docteur Mondor s'apparente à ces livres, aussi bien par sa clarté d'exposition, par son objectivité technique, par la personnalité de l'expression que par l'importance du sujet traité.

C'est un livre de technique, pas de technique opératoire, mais de technique diagnostique, consacré exclusivement aux affections aiguës de l'abdomen.

Que contient ce livre, à quel besoin répond-il, à qui s'adresse-t-il ?

« J'ai voulu, écrit le docteur Mondor, rassembler dans le même ouvrage, les unes près des autres, à la fois pour leurs oppositions et leurs apparentes similitudes, des affections abdominales qui, la plupart, faute d'une intervention chirurgicale, obtenue sans délai, font succomber les malades, en quelques heures ou en peu de jours.

On ne trouvera, dans ce livre, aucune question de pathogénie, aucun exposé des lésions, aucun débat de thérapeutique, mais seulement l'*étude des symptômes* et la recherche du diagnostic.

Ce livre, fait pour les médecins, sur qui pèsent, en même temps, dans les cas sévères que j'ai réunis, la plus lourde responsabilité et les exigences de l'analyse la plus difficile et la plus pressée, est un *recueil de clinique journalière*. Dans

(1) Un volume grand in-8 de 846 p., avec 245 fig., dont 30 pl. hors texte. — Prix : broché, 125 fr.; relié toile, 145 fr. — Paris, Masson et Cie.

la pratique médicale de nos jours, il n'y a pas en effet de plus dramatique situation que celle déclenchée par les affections chirurgicales aiguës de l'abdomen. Pour les autres problèmes, que de concours sont offerts : les radiographies répétées, les réponses du laboratoire, l'appel à une expérience plus assurée, le temps lui-même : examens multiples, éclosion ou découverte de nouveaux symptômes; mais, pour l' « abdomen aigu », le « drame abdominal », l'apparence clinique n'est pas, chaque fois, d'une gravité flagrante, et le praticien est seul pour un diagnostic qu'il faut si prompt.

Que les circonstances soient les plus difficiles : état poignant du malade, affolement, accablement ou insouciance de l'entourage, hâte pressante ou retard de l'appel, amas de questions pratiques à résoudre, préparatifs contrariés ou tumultueux, le médecin ne devra se soucier que d'une chose : elle est plus impérieuse que tout, elle domine tout : c'est l'heure de la détermination opératoire, l'heure chirurgicale.

Quelques heures de retard dans le diagnostic ou la décision, et l'on rejoint aujourd'hui l'ignorance de naguère et les statistiques d'il y a quarante ou cinquante ans, où les échelles de mortalité sont comme de sinistres défaites. Pour m'en tenir à peu d'exemples et à des chiffres très schématiques :

Neuf sur dix des grossesses extra-utérines faisaient mourir ;

Neuf sur dix des appendicites perforantes faisaient mourir;

Dix sur dix des ulcères perforés faisaient mourir.

Aujourd'hui, si l'éveil du médecin et les gestes du chirurgien ont été ce qu'ils doivent être, et en temps voulu :

Dix sur dix des grossesses extra-utérines guériront;

Neuf sur dix des appendicites perforantes guériront;

Huit ou neuf sur dix des ulcères perforés guériront.

Mais si le médecin a remis le débat concluant au lendemain, si son instruction et son inquiétude furent retardataires, l'invagination intestinale du beau nourrisson, l'ulcère perforé de l'homme vigoureux de trente ans, ne guériront pas. Si avant la vingtième heure, le chirurgien peut promettre huit ou neuf guérisons sur dix, après la vingtième heure, et pour ces deux affections spécialement, la mortalité redevient ce qu'elle était il y a quarante ans.

J'insisterai particulièrement sur cette question d'horaire, car chaque heure est essentielle : ces maladies ne laissent que des trêves très courtes. Entre l'heure de l'attaque de l'abdomen et l'heure de la mort, le temps est si court qu'on ne saurait compter sur une durée d'observation étendue. Il ne s'agit pas de malades à suivre chaque jour, mais de malades à suivre d'heure en heure.

Le médecin qui obtient à temps le concours du chirurgien sauve des vies humaines à peu près à coup sûr, là où la médecine d'il y a quarante ans était entièrement impuissante.

Avec quel fil conducteur se diriger? Fort de quelle connaissance se déterminer? » *Grâce à quelques bons signes cliniques bien contrôlés.* Ce n'est pas leur nombre qui importe, *c'est leur qualité.* « Il ne faut pas les compter, mais les peser. » La certitude que donne leur présence, sûrement vérifiée, voilà l'élan et la résolution.

Dans la carrière du médecin, les jours où sa conscience et son autorité sont le plus anxieusement sollicitées, c'est, toujours, d'une mémoire sagement approvisionnée et de la correcte exécution de *certains gestes simples de clinicien qu'il doit attendre le meilleur secours.*

Ordonner ces notions secourables non pas en une longue suite, mais dans leurs liaisons ordinaires et leurs écarts éventuels, m'a paru justifier l'effort de ce livre. »

L. G.

L'ultra-violet. La lumière solaire et artificielle. L'infra-rouge (1). Notions indispensables au médecin Techniques. Indications cliniques. Résultats thérapeutiques, par les docteurs J. AIMARD et H. DAUSSET.

L'accueil réservé par le Corps médical aux trois premières éditions de ce petit volume permet de conclure qu'il a nettement atteint son but; plus de 10.000 médecins en France et à l'étranger possèdent maintenant cet ouvrage, la 4e édition vient de paraître et déjà les demandes de souscription enregistrées avant sa parution ont épuisé la moitié du tirage.

Voilà un succès peu commun mais amplement justifié par la valeur de cet ouvrage écrit avec toute la compétence bien connue du docteur Dausset, chef du laboratoire de physiothérapie à l'Hôtel-Dieu de Paris, qui s'est adjoint, pour mener à bien cette tâche, le concours du docteur Aimard, spécialisé aussi dans toutes ces questions depuis bien longtemps.

Le travail des docteurs Aimard et Dausset est un formulaire beaucoup plus qu'un ouvrage purement scientifique; c'est une mise au point complète d'une question toujours en évolution, présentée sous une forme pratique et claire sans détails inutiles, avec le maximum de renseignements judicieusement classés. C'est là sans doute toute la raison du succès de ce petit volume où le praticien peut trouver rapidement, sans recherches fastidieuses, l'exposé méthodique et clair des techniques, des indications, des résultats d'une thérapeutique actuellement si répandue.

Cette 4e édition ne fera pas double emploi avec les précédentes, car les auteurs l'out complètement refondue, faisant ainsi bénéficier le lecteur de toutes les nouveautés acquises dans un domaine où des progrès sont sans cesse réalisés. De sérieux efforts ont été accomplis également pour améliorer très sensiblement la présentation du volume qui donnera satisfaction maintenant à coup sûr aux plus exigeants.

(1) 4e édition. Un vol. in-8 couronne de 250 p. avec 32 fig. hors texte. — Prix : 20 fr. Edition de l'Expansion scientifique française Paris, 23, rue du Cherche-Midi (VIe).

Annuaire médical des stations thermales et climatiques françaises. Sanatoriums. Maisons de santé.

L'édition de 1930 de ce volume, publiée par la Fédération thermale et climatique française avec le concours de l'Office national du Tourisme et de l'Institut d'hydrologie, offre au Corps médical français la documentation médicale la plus complète sur toutes nos stations de séjour thermales et climatiques et nos établissements médicaux.

Les grandes indications de toutes nos stations ainsi que leurs ressources thérapeutiques y sont méthodiquement et clairement exposées, ainsi que tous les renseignements d'ordre général qu'il est utile de connaître.

Cette édition de près de 800 pages, abondamment illustrée, représente un effort sérieux de propagande collective, réalisée entre les divers organismes intéressés à la diffusion de tout ce qui concerne nos stations de séjour.

Il est rappelé au Corps médical français que cet annuaire est destiné à être remis gracieusement entre ses mains. Tous ceux qui n'auraient encore reçu aucun exemplaire des éditions antérieures sont donc priés de vouloir bien réclamer un exemplaire de l'édition 1930 qui vient de paraître. Il leur sera envoyé par retour du courrier, par les soins de la Fédération thermale et climatique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES HÉMIPLÉGIES

Le diagnostic des hémiplégies parcourt trois étapes :

1° Il faut, tout d'abord, reconnaître l'hémiplégie, ce qui est relativement facile.

2° Plus difficile est souvent le diagnostic topographique. Il ne faut pas le négliger. Son intérêt n'est pas seulement d'ordre spéculatif, car il peut mettre sur la voie du diagnostic étiologique.

3° C'est ce dernier que l'on s'attachera surtout à résoudre car l'on conçoit son double intérêt thérapeutique et pronostique.

DIAGNOSTIC POSITIF

On examine un malade qui est, ou dans le coma ou conscient.

I. **Malade dans le coma.** — *A.* **Diagnostic facile.** — *a.* Parfois dès la simple inspection le diagnostic s'oriente vers une hémiplégie.

1. *Déviation conjuguée de la tête et des yeux.* — Dans le cas le plus fréquent de lésion hémisphérique avec hémiplégie flasque, le malade regarde sa lésion et par conséquent tourne la tête à ses membres paralysés.

2. *Paralysie faciale* qui frappe surtout le facial inférieur. L'une des joues est flasque, soulevée par la respiration; la bouche entr'ouverte laisse échapper un peu de salive, le sillon nasogénien est effacé, la commissure abaissée.

b. Du côté hémiplégié, les membres, surtout le bras, retombent plus lourdement.

c. L'examen des réflexes est capital du côté paralysé :

1° *Signe de Babinski* : c'est le plus précoce et le plus important des signes tirés de l'étude de la motilité réflexe.

2° *Réflexes tendineux : diminués.* Il en est de même des réflexes cutanés, du réflexe cornéen.

3° *Réflexes d'automatisme médullaire* : exagérés dès le début, surtout nets aux membres inférieurs et caractérisés par le *phénomène des raccourcisseurs.*

B. **Dans certains cas le diagnostic d'hémiplégie peut être plus difficile.** — Lorsque le coma est très profond, la résolution musculaire globale gêne pour apprécier l'atonie complète du côté paralysé. Il faudra savoir extérioriser les signes d'hémiplégie.

On recherchera la paralysie faciale par la *manœuvre de P. Marie et Foix* : pression bilatérale du sillon rétro-mandibulaire.

La flaccidité apparaîtra plus nette lorsqu'on la recherchera sur un segment de membre : *manœuvre de Raimiste.*

Importance de l'étude comparée des réflexes, de la recherche du signe de Babinski.

On sait toute la valeur diagnostique d'une lésion hémiplégique pour reconnaître la cause d'un coma.

C. Mais ce qu'il est important surtout d'établir, c'est :

1° Un diagnostic étiologique;

2° Un pronostic.

a. Diagnostic étiologique. — 1° *Interrogatoire de l'entourage* pour rechercher :

Les antécédents du malade;

Le mode de début de l'hémiplégie.

2° *Examen de l'appareil cardio-vasculaire* : cœur, artères, tension artérielle.

3° Recherche des signes de spécificité.

4° Faire une ponction lombaire.

b. Le pronostic. — La courbe de température;

— Les poumons;

— Les escarres;

— L'appareil urinaire : l'infection urinaire, l'urémie.

II. **Malade conscient.** — Malade demeuré conscient ou sorti du coma. L'hémiplégie va passer par deux phases :

— Une phase de flaccidité;

— Une phase de spasmodicité.

a. **Hémiplégie flasque.** — Nous avons vu déjà les signes de l'hémiplégie flasque, mais du fait de la conservation de la somnolence, de la motilité du côté sain, l'*hémiplégie apparaît plus évidente* et l'on peut se rendre compte des modalités de cette hémiplégie, de son association ou non à des troubles du langage, à des troubles sensitifs ou sensoriels qui permettront, dans certains cas, de faire un diagnostic topographique.

Après une période de flaccidité ordinairement de courte durée, une

b. **Hémiplégie spasmodique.** — Va se constituer, annoncée par l'hyperréflectivité tendineuse et l'apparition de syncinésies.

Quand la contracture est complète, elle est compatible avec un certain degré de motilité. Le malade marche *en fauchant.*

La contracture présente tous les caractères de la *contracture pyramidale.*

1. Topographie. — *Face* : peu marquée. Rarement la déviation change de sens.

Membre supérieur : type en flexion, main close, pouce en adduction et opposition, poignet hyperfléchi, avant-bras en flexion et pronation, bras en abduction légère.

Membre inférieur : type en extension.

Orteils légèrement fléchis sauf le gros, pied en extension avec rotation interne légère, jambe en extension sur la cuisse.

L'examen approfondi de cette contracture pyramidale montre qu'elle prédomine sur les groupes musculaires qui sont *le plus régis par la motilité volontaire* (Foix).

2. Cette contracture s'accompagne de paralysie. — Cette paralysie prédomine sur les extrémités distales, sur les raccourcisseurs aux membres inférieurs.

3. La contracture s'accompagne de :

— *Signe de Babinski*;

— *Signe de spasmodicité*, exagération des réflexes tendineux, clonus du pied et de la rotule;

— *Réflexes d'automatisme* ;

— *Absence de réflexes de posture.*

4. On recherchera les syncinésies. — Non pas syncinésies d'imitation et moins syncinésies de coordination (syncinésie de raccourcissement, phénomène des doigts de Souques) que *syncinésies globales* qui sont particulièrement caractéristiques de la contracture pyramidale (Foix).

A une période avancée de son évolution, l'hémiplégie peut s'accompagner de certains troubles trophiques (main succulente, arthropathies).

Formes cliniques. — 1. Mais l'hémiplégie n'a pas toujours cette physionomie caractéristique. Il existe des **hémiplégies frustes**, et faute de rechercher avec soin une diminution de la force segmentaire, une déviation légère des traits, un réflexe un peu vif, un signe de Babinski, l'on passe à côté d'une hémiparésie qui souvent, au point de vue neurologique (étude des T. C. par exemple), représente un signe de localisation de grande valeur; constitue un signe essentiel d'organicité.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

MÉMOIRES ORIGINAUX
Le rapport du périmètre thoracique à la taille des enfants et des jeunes gens de haute stature (fin), par M. le professeur P. Nobécourt.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de biologie.
Société de stomatologie de Paris.
Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
PRATIQUE MÉDICALE
L'adonis vernalis en thérapeutique, par M. R. Chausset.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES DE PRATIQUE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le mardi 2 juin 1931, à 9 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du mardi 5 mai au samedi 16 mai 1931 inclusivement.

— Un concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le mardi 9 juin 1931, à 16 h., dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du lundi 11 mai jusqu'au vendredi 22 mai 1931 inclusivement, de 14 à 17 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Strasbourg. — M. Ambard, professeur de pharmacologie et de médecine expérimentale à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé, à compter du 1er janvier 1931, professeur de clinique médicale à la même Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Jean Clenet, étudiant en médecine, est nommé pour un an préparateur de bactériologie et d'hygiène.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Baruk (Henri-Marc), reçu avec le nº 1 au concours des médecins chefs des Asiles d'aliénés pour 1930, est nommé médecin chef de l'Asile de Clermont (Oise).

GUERRE. — Mutations :

M. le médecin lieutenant-colonel Lecomte (de Sarrebourg) est nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte du Havre.

M. le médecin commandant Dreneau (de Nancy) est nommé médecin chef de l'hôpital de Sarrebourg.

M. le médecin commandant Dreyfus (Algérie) est affecté au 26e d'inf. à Nancy.

M. le médecin capitaine Koehren (Maroc) est affecté au 25e tirailleurs à Sarrebourg.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques. — *Cours de perfectionnement* (Pâques, 20 avril au 3 mai 1931), sous la direction de M. le professeur Maurice Villaret, médecin de l'hôpital Necker. — *La thérapeutique médicale et hydrologique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 20 avril 1931, à 9 h., à l'hôpital Necker (amphithéâtre Guyon et salle Delpech), avec la collaboration de MM. Henri Bénard, agrégé, médecin des hôpitaux; Henry Bith, ancien chef de clinique à la Faculté, assistant du service; François Moutier, Saint-Girons, chefs de laboratoire à la Faculté, et Justin-Besançon, chef de clinique et du laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques à la Faculté.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 h.; l'après-midi, à 14 h. 30 et 16 h.

Il comprendra 36 leçons, et sera complet en deux semaines.

Des examens au lit des malades et des démonstrations radiologiques, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faits après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 h., par le professeur

Maurice Villaret et le docteur Henry Bith, avec le concours du docteur Brunet, assistant radiologique du service.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude hydrologique sera organisé les 2, 3 et 4 mai, à Vichy. — Les élèves de ce cours et des autres cours de vacances de l'année, désireux d'y participer, sont priés de s'inscrire à l'avance au laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, à la Faculté de médecine, auprès de M. Roger Even, chef de laboratoire adjoint, qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours.

Le droit d'inscription à verser est de 300 fr.

Sont admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Chaque année aura lieu un cours semblable à la même époque. — Il sera complété ultérieurement par un autre enseignement de vacances, probablement au début de juillet, portant sur la thérapeutique médicale et hydrominérale des maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et des reins.

Pour tous renseignements : s'adresser au laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine de Paris (Ecole pratique).

— CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Clinique Parrot. Hospice des Enfants-Assistés.) — *Cours de Pâques 1931*, sous la direction de M. le professeur P. Lereboullet, avec le concours de M. Cathala, professeur agrégé, de M. Lelong, médecins des hôpitaux, des chefs de clinique et de laboratoire et des assistants du service.

Chaque leçon sera constituée par un exposé théorique aussi court que possible, complété par des présentations cliniques et des exercices individuels au lit du malade ou au laboratoire.

Ce cours aura lieu du jeudi 26 mars au vendredi 4 avril 1931.

S'inscrire à la Faculté. — Le droit à verser est de 250 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Conférence du docteur Paul Blum le jeudi 19 mars, à 10 h. du matin, à l'amphithéâtre de la Clinique de Saint-Louis sur le sujet suivant : « Le rein dans le traitement de la syphilis. »

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME [secrétariat-trésorerie : 51, rue Bonaparte, Paris (VIe)]. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE. — Cette assemblée aura lieu le jeudi 26 mars 1931, à 16 h., à l'hôtel de la Confédération des syndicats médicaux de France, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris, et comportera une séance administrative suivie à 16 h. 45 d'une séance scientifique à laquelle sont conviés tous les membres du Corps médical.

A l'occasion de l'assemblée générale aura lieu la IVe Conférence clinique de la Ligue qui se tiendra à l'hôpital Broca le jeudi 26 mars, à 10 h. du matin, et sera donnée par le docteur Weissenbach.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat-trésorerie, 51, rue Bonaparte, Paris (VIe).

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — L'assemblée générale aura lieu le mardi 17 mars, à 18 h. 30, au Cercle national des armées de terre et de mer, 2, avenue Portalis (salon 5).

Elle sera suivie d'un dîner qui sera présidé par M. Claude Farrère, président de l'Association des écrivains combattants.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Rémy-Néris, 74, rue du Rocher, Paris (VIIIe).

LA SOIRÉE DU « JEUNE MÉDECIN » A LA SORBONNE. — *Le Jeune médecin* organise pour le vendredi 27 mars, à 20 h. 45, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence d'honneur de M. Charléty, recteur de l'Académie, et en présence de nombreuses personnalités officielles, une manifestation de propagande coloniale sur « La vie du médecin aux colonies ».

PROGRAMME. — 1. *Conférences.* — M. Hardy, directeur de l'Ecole coloniale : Le rôle du médecin dans la colonisation.

M. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté : La situation matérielle du médecin.

2. *Films* documentaires sur les colonies, projetés pour la première fois à Paris et présentés par le docteur de Courtry, membre de la Commission de propagande de l'exposition.

3. *Partie artistique.* — Le Cercle musical universitaire.

Gaston Secrétan, le fameux chansonnier de la Lune Rousse.

Le quadrille créole exécuté par les quatre étoiles martiniquaises dans leur costume national.

Les portes seront ouvertes à 20 h., la soirée devant commencer à 20 h. 45 très précises. Il ne sera perçu à l'entrée que la somme de 2 fr. pour participation aux frais.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur André Sorel, électroradiologiste des hôpitaux, radiologiste de l'hôpital Saint-Michel à Paris. Nous adressons à Mme le docteur Germaine Sorel l'expression de notre respectueuse sympathie; — Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Remoussenard (de Levallois-Perret), Paul-Lucien Olivier (de Paris), Van Holsbeck (de Bruxelles) et Jacques Van Assche (de Hombeck); du professeur Maurice Mendelssohn (de Pétrograd), décédé à Paris, membre correspondant de l'Académie de médecine depuis 1900 dans la division des sciences biologiques; le professeur Mendelssohn était officier de la Légion d'honneur; du docteur Benjamin Dupont (de Buenos-Aires).

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE GASTRO-INTESTINALE

Sous cette dénomination est envisagé un état pathologique justiciable des médicaments utilisés contre l'artériosclérose. Chtchoukine n'a eu que des insuccès avec l'iode comme avec les iodures ainsi qu'avec la théobromine. Par contre, l'Adonis vernalis s'est montré efficace ; il attribue cette supériorité de l'adonis sur la théobromine à ce que celle-ci ne provoque qu'une dilatation des parois vasculaires, tandis que l'adonis exerce, en outre, une action stimulante de la circulation, d'où rétablissement d'un équilibre suffisant.

En conséquence, prescrire l'Adonis sous forme de Diurène, deux à trois cuillerées à café en y ajoutant quelques gouttes de teinture de condurango à titre de tonique gastro-intestinal.

LE RAPPORT DU PÉRIMÈTRE THORACIQUE

A LA TAILLE DES ENFANTS ET DES JEUNES GENS DE HAUTE STATURE (1)

Par P. NOBÉCOURT,

Professeur de Clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

II. Comparaison avec les rapports moyens des sujets de même taille.

Comparés avec les rapports moyens des sujets plus âgés de même taille, les rapports du périmètre thoracique à la taille des enfants et des jeunes gens de haute stature sont, les uns *conformes*, les autres *supérieurs*, les autres *inférieurs*.

Dans les tableaux suivants sont indiqués : le numéro de l'observation, l'âge, la taille, l'âge correspondant à la taille, le périmètre thoracique, le rapport du périmètre thoracique à la taille, l'écart vec le rapport moyen pour la taille, quand le rapport lui est conforme, l'excès ou la réduction sur le rapport moyen quand le rapport lui est supérieur ou inférieur.

Nous utilisons les mêmes classements que précédemment.

GARÇONS

Pour 103 mensurations de périmètres thoraciques faites chez des garçons, les rapports du périmètre thoracique à la taille sont :

60 fois *conformes* aux rapports moyens des sujets plus âgés de même taille : 58,2 p. 100;

3 fois *supérieurs* aux rapports moyens : 2,9 p. 100;

40 fois *inférieurs* aux rapports moyens : 38,8 p. 100.

1° Rapports conformes aux rapports des sujets plus âgés de même taille.

a. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST CONFORME AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 39 rapports.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	ÉCART avec $\frac{Pt}{T}$ de la taille
28.2879...	1 an 10 mois	86^{cm}	2 ans 8 mois	47^{cm}	0,546	— 0,014
28.2884...	1 an 11 mois	$86^{cm}5$	2 ans 8 mois	49^{cm}	0,566	+ 0,006
28.2887...	1 an 11 mois	97^{cm}	4 ans	47^{cm}	0,484	— 0,041
27.2512...	3 ans	101^{cm}	4 ans 8 mois	53^{cm}	0,524	+ 0,004
25.1897...	3 ans 1 mois	$96^{cm}5$	4 ans	$50^{cm}5$	0,523	— 0,002
	4 — 5 —	$107^{cm}5$	5 ans 11 mois	$53^{cm}5$	0,499	— 0,004
	5 — 1 —	113^{cm}	6 ans 10 mois	54^{cm}	0,477	— 0,008
20.305*....	6 ans 3 mois	$122^{cm}5$	8 ans 7 mois	55^{cm}	0,448	— 0,027
	6 — 7 —	125^{cm}	9 ans	$55^{cm}5$	0,444	— 0,028
	8 — 1 —	$134^{cm}5$	11 ans 5 mois	59^{cm}	0,438	— 0,028
	10 ans	$144^{cm}5$	12 ans 11 mois	61^{cm}	0,422	— 0,024
	10 ans 3 mois	145^{cm}	13 ans	$61^{cm}5$	0,424	— 0,031
	10 — 8 —	147^{cm}	13 ans 4 mois	63^{cm}	0,428	— 0,025
	11 — 3 —	$149^{cm}5$	13 — 9 —	$64^{cm}5$	0,431	— 0,019
	12 — 7 —	157^{cm}	15 ans	$66^{cm}5$	0,423	— 0,041
	12 — 8 —	158^{cm}	15 ans 3 mois	67^{cm}	0,424	— 0,043
27.2340...	6 ans 9 mois	$123^{cm}5$	8 ans 9 mois	58^{cm}	0,469	— 0,005
27.2533*...	8 ans 2 mois	$138^{cm}5$	11 ans 11 mois	$59^{cm}5$	0,429	— 0,038
21.559....	8 ans 2 mois	132^{cm}	10 ans 3 mois	$58^{cm}5$	0,443	— 0,025
	8 — 6 —	135^{cm}	11 ans	60^{cm}	0,444	— 0,022
	10 —	$142^{cm}5$	12 — 7 mois	62^{cm}	0,435	— 0,024
	10 ans 7 mois	146^{cm}	13 — 2 —	$61^{cm}5$	0,421	— 0,044
	11 — 7 —	$150^{cm}5$	13 — 11 —	$63^{cm}5$	0,429	— 0,033
	12 — 1 mois	$153^{cm}5$	14 — 8 —	65^{cm}	0,419	— 0,045
23.1078*...	8 ans 4 mois	133^{cm}	10 ans 6 mois	60^{cm}	0,451	— 0,014
	10 — 6 —	145^{cm}	13 ans	61^{cm}	0,413	— 0,042
29.3172...	8 ans 10 mois	130^{cm}	9 ans 10 mois	$62^{cm}5$	0,480	+ 0,014
D.5299....	9 ans 6 mois	140^{cm}	12 ans 2 mois	64^{cm}	0.471	+ 0,006
21.589....	10 ans 6 mois	142^{cm}	12 ans 6 mois	$66^{cm}5$	0,461	— 0,003
	12 —	$150^{cm}5$	13 — 11 mois	67^{cm}	0,445	— 0,017
28.2937...	11 ans 4 mois	148^{cm}	13 ans 6 mois	64^{cm}	0,432	— 0,027
	12 — 4 —	$152^{cm}5$	14 — 3 —	68^{cm}	0,445	— 0,018
19.133....	11 ans 8 mois	148^{cm}	13 ans 6 mois	$65^{cm}5$	0,442	— 0,017
	13 — 6 —	161^{cm}	15 — 10 —	$72^{cm}5$	0,450	— 0,023
29.3112...	12 ans 9 mois	$152^{cm}5$	14 ans 3 mois	$65^{cm}5$	0,429	— 0,034
19.216....	17 ans 4 mois	171^{cm}	adulte	83^{cm}	0,485	— 0,026
	18 — 11 —	174^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré (2).	82^{cm}	0,471	— 0,040
20.308....	18 ans 1 mois	174^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	$85^{cm}5$	0,491	— 0,020
27.2541...	20 ans	183^{cm}	adulte Hyp. st. 3e degré.	85^{cm}	0,464	— 0,047

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 19, p. 361.

* Ce signe indique que le sujet est cité dans une autre catégorie.

(2) Hyp. st. = hypertrophie staturale.

b. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST SUPÉRIEUR AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 21 rapports.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	ÉCART avec $\frac{Pt}{T}$ de la taille
27.2533*...	6 ans 2 mois	$125^{cm}5$	9 ans 1 mois	$59^{cm}5$	0,475	+ 0,002
30.3288....	6 ans 10 mois	134^{cm}	10 ans 9 mois	62^{cm}	0,462	— 0,003
28.28.0....	9 ans 4 mois	141^{cm}	12 ans 4 mois	$66^{cm}5$	0,471	+ 0,008
D.6802....	11 ans	$151^{cm}5$	14 ans 1 mois	73^{cm}	0,481	+ 0,018
25.1965....	11 ans 7 mois	158^{cm}	15 ans 3 mois	69^{cm}	0,436	— 0,025
	12 — 1 —	162^{cm}	16 ans	$74^{cm}5$	0,459	— 0,016
27.2519....	11 ans 8 mois	147^{cm}	13 ans 4 mois	$69^{cm}5$	0,472	+ 0,015
14.57*.....	11 ans 10 mois	157^{cm}	15 ans	70^{cm}	0,445	— 0,019
	12 — 6 —	161^{cm}	15 ans 10 mois	72^{cm}	0,447	— 0,026
23.1277....	12 ans	145^{cm}	13 ans	$72^{cm}5$	0,500	+ 0,045
25.1661....	12 ans 8 mois	161^{cm}	15 ans 10 mois	72^{cm}	0,447	— 0,026
22.777*....	12 ans 9 mois	153^{cm}	14 ans 4 mois	$70^{cm}5$	0,460	— 0,003
28.2770....	13 ans 3 mois	$161^{cm}5$	15 ans 11 mois	74^{cm}	0,458	— 0,016
29.3233....	13 ans 9 mois	$160^{cm}5$	15 ans 9 mois	76^{cm}	0,473	0
27.2577....	14 ans	162^{cm}	16 ans	$77^{cm}5$	0,478	+ 0,003
D.4749....	14 ans 6 mois	168^{cm}	adulte	$86^{cm}5$	0,513	+ 0,002
23.1147....	14 ans 10 mois	$178^{cm}5$	adulte Hyp. st. 2e degré.	90^{cm}	0,504	— 0,007
28.2946....	15 ans	165^{cm}	19 ans	$80^{cm}5$	0,487	— 0,013
20.308*....	15 ans 5 mois	174^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	$82^{cm}5$	0,474	— 0,037
27.2404....	15 ans 8 mois	170^{cm}	adulte	$87^{cm}5$	0,514	+ 0,003
19.213*....	16 ans 10 mois	179^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	84^{cm}	0,469	— 0,042

2° Rapports supérieurs aux rapports des sujets plus âgés de même taille.

On ne trouve que 3 cas appartenant à des sujets ayant des *périmètres thoraciques supérieurs aux périmètres moyens des garçons de leur âge.*

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	EXCÈS sur $\frac{Pt}{T}$ de la taille
26.2223.......	5 ans 6 mois	120^{cm}	8 ans 2 mois	64^{cm}	0,533	0,056
29.3022.......	12 ans 7 mois	150^{cm}	13 ans 10 mois	$79^{cm}5$	0,530	0,069
25.1680.......	12 ans 7 mois	$159^{cm}5$	15 ans 6 mois	80^{cm}	0,520	0,050

3° Rapports inférieurs aux rapports des sujets plus âgés de même taille.

a. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST CONFORME AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 32 rapports.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	RÉDUCTION sur $\frac{Pt}{T}$ de la taille
29.3021.......	12 ans 1 mois	152^{cm}	14 ans 2 mois	$61^{cm}5$	0,404	0,059
21.559........	12 ans	$153^{cm}5$	14 ans 5 mois	63^{cm}	0,410	0,053
	13 — 2 —	166^{cm}	20 ans	$70^{cm}5$	0,424	0,088
	13 — 6 —	$168^{cm}5$	adulte	71^{cm}	0,427	0,084
	13 — 11 —	170^{cm}	Id.	71^{cm}	0,417	0,094
	14 — 3 —	174^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	$74^{cm}5$	0,428	0,083
	14 — 10 —	175^{cm}	Id.	$75^{cm}5$	0,431	0,080
	15 —	$176^{cm}5$	Id.	75^{cm}	0,424	0,087
	15 ans 4 mois	177^{cm}	Id.	$75^{cm}5$	0,426	0,085
	15 — 6 —	179^{cm}	adulte Hyp. st. 2e degré.	76^{cm}	0,424	0,087
	15 — 9 —	179^{cm}	Id.	77^{cm}	0,430	0,081
	16 — 4 —	180^{cm}	Id.	77^{cm}	0,427	0,084
20.305........	13 ans 5 mois	166^{cm}	20 ans	71^{cm}	0,427	0,085
	14 — 2 — (1)	171^{cm}	adulte	$74^{cm}5$	0,435	0,076
22.777*.......	14 ans 6 mois	168^{cm}	adulte	74^{cm}	0,440	0,071
	14 — 10 —	170^{cm}	Id.	$75^{cm}5$	0,444	0,067
	15 — 9 —	175^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	$76^{cm}5$	0,437	0,074
	16 — 6 —	178^{cm}	adulte Hyp. st. 2e degré.	80^{cm}	0,449	0,062
	17 — 1 —	179^{cm}	Id.	82^{cm}	0,457	0,054

(1) A 14 ans 7 mois, la taille est de 174^{cm} (taille d'adulte ayant une hypertrophie staturale légère), le périmètre thoracique de 77^{cm} ; le rapport $\frac{Pt}{T}$ de 0,042 ; la réduction sur la moyenne de l'âge de 0,059.

No D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	Pt / T	RÉDUCTION sur Pt / T de la taille
D.6946........	14 ans 11 mois	169cm	adulte	73cm	0,432	0,079
19.213*.......	15 ans 1 mois	175cm	adulte	77cm5	0,447	0,064
			Hyp. st. 1er degré.			
24.1307.......	15 ans 2 mois	174cm5	Id.	69cm	0,395	0,116
28.2774.......	15 ans 3 mois	175cm	Id.	75cm	0,428	0,083
22.932........	15 ans 6 mois	171cm5	adulte	74cm	0,431	0,080
	16 — 2 —	175cm	adulte	77cm5	0,442	0,069
			Hyp st. 1er degré.			
22.974........	16 ans 8 mois	183cm	adulte	80cm5	0,434	0,077
			Hyp. st. 3e degré.			
	17 — 1 —	184cm	Id.	82cm	0,445	0,066
25.1715.......	16 ans 9 mois	172cm5	adulte	78cm	0,452	0,059
27.2541*......	17 ans 6 mois	181cm5	adulte	80cm	0,440	0,071
			Hyp. st. 2e degré.			
	17 — 9 —	182cm	Id.	81cm	0,445	0,066
	18 — 2 —	182cm	Id.	80cm5	0,443	0,068
	18 — 6 —	182cm5	Id.	83cm	0,453	0,058

b. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST SUPÉRIEUR AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 8 rapports.

No D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	Pt / T	RÉDUCTION sur Pt / T de la taille
22.936........	12 ans 11 mois	172cm	adulte	73cm	0,424	0,087
			Hyp. st. 1er degré.			
	13 — 2 —	174cm	Id.	74cm5	0,422	0,089
14.57*........	13 ans 6 mois	168cm5	adulte	76cm	0,451	0,060
	13 — 9 —	170cm5	Id.	76cm	0,445	0,066
20.305........	13 ans 7 mois	168cm	adulte	73cm	0,434	0,077
26.2023.......	14 ans 2 mois	171cm	adulte	75cm5	0,441	0,070
19.813*.......	15 ans 5 mois	175cm	adulte	80cm	0,459	0,052
			Hyp. st. 1er degré.			
	15 — 10 —	177cm	Id.	81cm5	0,460	0,051

FILLES

Pour 112 mensurations de périmètres thoraciques faites chez des filles, les rapports du périmètre thoracique à la taille sont :

42 fois *conformes* aux rapports moyens des sujets plus âgés de même taille : 37,5 p. 100 ;

70 fois *inférieurs* aux rapports moyens des sujets plus âgés de même taille : 62,5 p. 100.

Aucun n'est *supérieur* aux rapports moyens des sujets plus âgés de même taille.

1° Rapports conformes aux rapports des sujets plus âgés de même taille.

a. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST CONFORME AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 34 rapports.

No D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PERIMÈTRE thoracique	Pt / T	ÉCART avec Pt / T de la taille
27.2350....	2 ans 10 mois	94cm	4 ans 4 mois	48cm	0,510	— 0,044
29.3148....	3 ans 9 mois	106cm5	6 ans 5 mois	53cm	0,497	— 0,015
27.2349*...	4 ans 10 mois	118cm5	8 ans 7 mois	54cm	0,455	— 0,032
	5 — 6 —	124cm5	9 — 9 —	54cm5	0,437	— 0,041
29.3144....	5 ans 3 mois	110cm5	7 ans 1 mois	53cm5	0,484	— 0,016
29.2971....	7 ans 6 mois	127cm	10 ans 1 mois	60cm5	0,476	+ 0,002
	8 — 11 —	136cm	11 — 2 —	61cm	0,448	— 0,024
23.1188....	7 ans 10 mois	130cm5	10 ans 6 mois	59cm5	0,456	— 0,019
20.282.....	7 ans 10 mois	12[illegible]cm	9 ans 4 mois	5[illegible]cm5	0,471	— 0,010
	9 — 10 —	133cm5	10 ans 9 mois	59cm	0,441	— 0,034
26.2121*...	8 ans 1 mois	137cm	11 ans 4 mois	59cm	0,435	— 0,034
	8 — 7 —	140cm	11 — 9 —	61cm	0,435	— 0,029
	9 — 2 —	144cm	12 — 6 —	60cm	0,416	— 0,039
	9 — 8 —	147cm	13 — 3 —	61cm5	0,418	— 0,041
21.680.....	8 ans 3 mois	137cm	11 ans 4 mois	60cm5	0,441	— 0,028
	9 — 9 —	145cm	12 — 9 —	63cm5	0,437	— 0,017
21.679*....	8 ans 7 mois	129cm	10 ans 4 mois	56cm	0,434	— 0,041
20.266*....	9 ans 4 mois	129cm5	10 ans 5 mois	56cm	0,432	— 0,043
	10 ans	133cm	10 — 9 —	59cm5	0,447	— 0,028
	10 — 2 —	135cm	10 — 9 —	59cm	0,437	— 0,038
	10 — 6 —	137cm	11 — 4 —	59cm	0,430	— 0,039
28.2617....	9 ans 7 mois	143cm	12 ans 3 mois	61cm	0,426	— 0,030

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	ÉCART avec $\frac{Pt}{T}$ de la taille
24.1475*...	9 ans 8 mois	138^{cm}	11 ans 5 mois	$61^{cm}5$	0,447	— 0,020
28.2622*...	10 ans 2 mois	$139^{cm}5$	11 ans 8 mois	62^{cm}	0,444	— 0,019
23.1612....	11 ans	143^{cm}	12 ans 3 mois	63^{cm}	0,440	— 0,016
27.2594*...	11 ans 3 mois	$147^{cm}5$	12 ans 4 mois	$61^{cm}5$	0,416	— 0,040
28.2710....	11 ans 9 mois	147^{cm}	13 ans 3 mois	$64^{cm}5$	0,438	— 0,020
28.2621....	11 ans 10 mois	$150^{cm}5$	14 ans 3 mois	67^{cm}	0,442	— 0,044
B.2464.....	13 ans 4 mois	156^{cm}	20 ans	$72^{cm}5$	0,464	— 0,046
20.345*....	13 ans 6 mois	157^{cm}	adulte	$73^{cm}5$	0,468	— 0,044
	14 — 4 —	$158^{cm}5$	Id.	$75^{cm}5$	0,476	— 0,036
	15 — 3 —	159^{cm}	Id.	$75^{cm}5$	0,474	— 0,038
	15 — 10 —	159^{cm}	Id.	$78^{cm}5$	0,493	— 0,019
29.3114....	16 ans 8 mois	163^{cm}	adulte	76^{cm}	0,466	— 0,046
			Hyp. st. 1er degré.			

b. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST SUPÉRIEUR A LA MOYENNE DE L'AGE. — 7 rapports.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	ÉCART avec $\frac{Pt}{T}$ de la taille
29.2991....	9 ans 11 mois	147^{cm}	13 ans 3 mois	$66^{cm}5$	0,452	+ 0,006
23.1242....	10 ans 1 mois	136^{cm}	11 ans 2 mois	65^{cm}	0,477	+ 0,005
28.2870....	12 ans 2 mois	158^{cm}	adulte	74^{cm}	0,468	— 0,044
20.345.....	12 ans 10 mois	$156^{cm}5$	20 ans	$73^{cm}5$	0,469	— 0,043
	13 — 3 —	157^{cm}	adulte	74^{cm}	0,471	— 0,041
B.2189....	13 ans 2 mois	162^{cm}	adulte	$81^{cm}5$	0,503	— 0,009
	15 — 2 —	$162^{cm}5$	Id.	87^{cm}	0,535	+ 0,023

2° Rapports inférieurs aux rapports des sujets plus âgés de même taille.

a. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST CONFORME AU PÉRIMÈTRE MOYEN DE L'AGE. — 39 rapports.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	RÉDUCTION sur $\frac{Pt}{T}$ de la taille
27.2349*......	9 ans 7 mois	132^{cm}	10 ans 8 mois	$55^{cm}5$	0,420	0,055
27.2593.......	6 ans 11 mois	$123^{cm}5$	9 ans 7 mois	53^{cm}	0,429	0,050
	7 — 8 —	$128^{cm}5$	10 — 3 —	53^{cm}	0,412	0,064
26.2121*......	7 ans 10 mois	135^{cm}	11 ans	56^{cm}	0,414	0,060
29.3152.......	8 ans 7 mois	129^{cm}	10 ans 4 mois	$54^{cm}5$	0,422	0,054
27.2594*......	9 ans 5 mois	$134^{cm}5$	10 ans 11 mois	$56^{cm}5$	0,416	0,059
	9 — 7 —	137^{cm}	11 — 4 —	56^{cm}	0,408	0,061
	10 — 1 —	139^{cm}	11 — 7 —	56^{cm}	0,402	0,063
	10 — 2 —	140^{cm}	11 — 9 —	$56^{cm}5$	0,403	0,059
	10 — 4 —	$140^{cm}5$	11 — 10 —	57^{cm}	0,405	0,055
	10 — 7 —	142^{cm}	12 ans	60^{cm}	0,422	0,055
	11 — 8 —	$150^{cm}5$	14 — 3 —	$61^{cm}5$	0,408	0,079
29.3120.......	9 ans 6 mois	133^{cm}	10 ans 9 mois	$56^{cm}5$	0,424	0,051
21.558........	11 ans 2 mois	155^{cm}	18 ans	$65^{cm}5$	0,425	0,087
25.1720.......	12 ans	153^{cm}	16 ans	63^{cm}	0,411	0,102
24.1416.......	12 ans	$150^{cm}5$	14 ans 3 mois	$62^{cm}5$	0,415	0,072
	12 — 2 mois	152^{cm}	15 ans	62^{cm}	0,407	0,106
	12 — 5 —	154^{cm}	17 ans	$64^{cm}5$	0,418	0,095
	13 ans	157^{cm}	adulte	$66^{cm}5$	0,423	0,089
24.1311.......	12 ans 6 mois	$158^{cm}5$	adulte	67^{cm}	0,422	0,090
	12 — 11 —	$160^{cm}5$	Id.	$70^{cm}5$	0,427	0,085
	13 — 6 —	163^{cm}	adulte	$72^{cm}5$	0,444	0,068
			Hyp. st. 1er degré.			
29.3218.......	12 ans 7 mois	$152^{cm}5$	15 ans 6 mois	$67^{cm}5$	0,416	0,097
21.679*.......	12 ans 7 mois	$151^{cm}5$	14 ans 9 mois	$62^{cm}5$	0,411	0,093
28.2880.......	12 ans 8 mois	167^{cm}	adulte	$70^{cm}5$	0,422	0,089
			Hyp. st. 1er degré.			
	13 — 6 —	$169^{cm}5$	adulte	$71^{cm}5$	0,421	0,090
			Hyp. st. 2e degré.			
29.3030.......	12 ans 9 mois	161^{cm}	adulte	$67^{cm}5$	0,419	0,093
25.1936.......	12 ans 10 mois	154^{cm}	17 ans	$70^{cm}5$	0,457	0,055
	13 — 4 —	155^{cm}	19 ans 6 mois	$70^{cm}5$	0,453	0,059
29.3108.......	13 ans	155^{cm}	19 ans 6 mois	$69^{cm}5$	0,448	0,064
	13 — 9 mois	160^{cm}	adulte	73^{cm}	0,456	0,056
24.1480.......	13 ans 1 mois	$153^{cm}5$	16 ans 6 mois	$69^{cm}5$	0,451	0,062
22.762........	13 ans 9 mois	$162^{cm}5$	adulte	72^{cm}	0,443	0,069
			Hyp. st. 1er degré.			

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	RÉDUCTION sur $\frac{Pt}{T}$ de la taille
B.3021	13 ans 10 mois	161^{cm}	adulte	$73^{cm}5$	0,456	0,056
28.2809	14 ans 3 mois	163^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	$74^{cm}5$	0,457	0,055
B.2966	14 ans 4 mois	157^{cm}	adulte	71^{cm}	0,452	0,060
	14 — 7 —	158^{cm}	Id.	$71^{cm}5$	0,452	0,060
24.1475	14 ans 9 mois	166^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	$74^{cm}5$	0,448	0,064
21.694	15 ans 3 mois	167^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	$73^{cm}5$	0,440	0,071

b. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST SUPÉRIEUR A LA MOYENNE DE L'AGE. — **Aucun rapport ne rentre dans cette catégorie.**

c. LE PÉRIMÈTRE THORACIQUE EST INFÉRIEUR A LA MOYENNE DE L'AGE. — 31 rapports.

N° D'OBSERVATION	AGE	TAILLE	AGE correspondant à la taille	PÉRIMÈTRE thoracique	$\frac{Pt}{T}$	RÉDUCTION sur $\frac{Pt}{T}$ de la taille
27.2594*	9 ans 1 mois	134^{cm}	10 ans 11 mois	53^{cm}	0,395	0,078
25.1936	9 ans 8 mois	$134^{cm}5$	10 ans 11 mois	53^{cm}	0,394	0,071
20.137	12 ans 10 mois	$152^{cm}5$	15 ans 6 mois	$57^{cm}5$	0,377	0,136
	13 ans	$152^{cm}5$	15 — 6 —	60^{cm}	0,393	0,120
	14 ans	156^{cm}	20 ans	63^{cm}	0,403	0,109
	14 ans 10 mois	160^{cm}	adulte	$62^{cm}5$	0,390	0,122
	15 — 7 —	161^{cm}	Id.	$63^{cm}5$	0,394	0,118
	15 — 11 —	161^{cm}	Id.	$63^{cm}5$	0,394	0,118
	16 — 7 —	$161^{cm}5$	Id.	68^{cm}	0,421	0,091
30.3285	14 ans 4 mois	$162^{cm}5$	adulte Hyp. st. 1er degré.	68^{cm}	0,418	0,094
B.2910	14 ans 10 mois	159^{cm}	adulte	72^{cm}	0,453	0,059
23.1012*	14 ans 10 mois	167^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	68^{cm}	0,407	0,104
	15 ans	167^{cm}	Id.	70^{cm}	0,419	0,092
20.301	14 ans 11 mois	168^{cm}	adulte Hyp. st. 2e degré.	67^{cm}	0,398	0,113
	15 — 7 —	$168^{cm}5$	Id.	$70^{cm}5$	0,418	0,093
21.679*	15 ans 1 mois	$166^{cm}5$	adulte Hyp. st. 1er degré.	$72^{cm}5$	0,435	0,077
23.1242*	15 ans 2 mois	$159^{cm}5$	adulte	72^{cm}	0,451	0,062
30.3267	15 ans 6 mois	162^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	68^{cm}	0,413	0,099
	15 — 7 —	$162^{cm}5$	Id.	70^{cm}	0,430	0,082
20.346	15 ans 7 mois	161^{cm}	adulte	71^{cm}	0,441	0,071
28.2781	15 ans 7 mois	162^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	$64^{cm}5$	0,398	0,114
28.2738	15 ans 9 mois	166^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	$69^{cm}5$	0,418	0,094
	16 — 2 —	166^{cm}	Id.	72^{cm}	0,433	0,079
	16 — 5 —	$166^{cm}5$	Id.	72^{cm}	0,432	0,080
	16 — 9 —	$166^{cm}5$	Id.	72^{cm}	0,432	0,080
	17 — 4 —	167^{cm}	Id.	72^{cm}	0,431	0,080
24.1480*	15 ans 10 mois	$161^{cm}5$	adulte	$70^{cm}5$	0,436	0,076
	16 — 1 —	$161^{cm}5$	Id.	$72^{cm}5$	0,448	0,064
25.1924	16 ans 10 mois	$168^{cm}5$	adulte Hyp. st. 2e degré.	71^{cm}	0,421	0,090
25.1943	17 ans	162^{cm}	adulte Hyp. st. 1er degré.	69^{cm}	0,425	0,087
24.1603	17 ans 6 mois	178^{cm}	adulte Hyp. st. 2e degré.	74^{cm}	0,415	0,096

Des faits exposés ci-dessus se dégagent plusieurs notions :

1° Les rapports $\frac{Pt}{T}$ des enfants et des jeunes gens de haute stature peuvent être *conformes aux rapports moyens des sujets plus âgés de même taille.* Cette éventualité se rencontre dans plus de la moitié des cas (58,2 p. 100) chez les *garçons*, et seulement dans un peu plus du tiers des cas (37,5 p. 100) chez les *filles*.

2° Les rapports $\frac{Pt}{T}$ *supérieurs aux moyennes des sujets plus âgés de même taille* n'ont été rencontrés que chez des *garçons*, et ils sont d'ailleurs exceptionnels (2,9 p. 100).

Pour 3 garçons de ce groupe, l'excès sur la moyenne est de 0,050, 0,056, 0,069. Ce dernier existe chez un garçon de 12 ans 7 mois (29.3022) qui présente un excès statural de $7^{cm}5$ et une taille de 13 ans 10 mois.

3° Les rapports $\frac{Pt}{T}$ *inférieurs aux rapports moyens des sujets plus âgés de même taille* sont moins fréquents (38,8 p. 100) que les rapports conformes chez les *garçons*, plus fréquents (62,5 p. 100) chez les *filles*.

La réduction sur la moyenne est comprise entre 0,050 et 0,136.

Chez les *garçons*, la réduction la plus forte est de 0,116. Il s'agit d'un garçon de 15 ans 2 mois (24.1307) présentant un excès statural de 17cm, une taille d'adulte ayant une hypertrophie staturale du 1er degré.

Chez les *filles*, la réduction staturale la plus grande est de 0,136. Il s'agit d'une fille de 12 ans 10 mois (20.137) présentant un excès statural de 7cm, une taille de 15 ans 6 mois.

Au reste, plusieurs rapports considérés comme conformes aux moyennes sont, en réalité, à la limite inférieure de ces moyennes. On trouve, en effet, une réduction de 0,04 (considérée comme rentrant dans la moyenne) :

Chez les garçons : 7 fois sur 60 rapports conformes à la moyenne ;

Chez les filles : 14 fois sur 42 rapports conformes à la moyenne.

4° Les *périmètres thoraciques* donnent les rapports $\frac{Pt}{T}$ suivants :

a. *Pour 100 périmètres thoraciques conformes aux moyennes de l'âge*, on trouve :

Chez les garçons :

54,9 rapports $\frac{Pt}{T}$ conformes aux rapports moyens des sujets plus âgés de même taille,
45,1 — inférieurs — —

Chez les filles :

46,5 — conformes — —
53,4 — inférieurs — —

b. *Pour 100 périmètres thoraciques supérieurs aux moyennes de l'âge*, on trouve :

Chez les garçons :

65,6 rapports $\frac{Pt}{T}$ conformes aux rapports moyens des sujets plus âgés de même taille,
9,3 — supérieurs — —
25 — inférieurs — —

Chez les filles :

100 — conformes — —

c. *Pour 100 périmètres thoraciques inférieurs aux moyennes de l'âge*, rencontrés seulement chez des filles, on trouve :

3,1 rapports $\frac{Pt}{T}$ conformes aux rapports moyens des sujets plus âgés de même taille,
96,8 — inférieurs — —

*
* *

La comparaison des rapports du périmètre thoracique à la taille des enfants et des jeunes gens de haute stature avec les rapports moyens des sujets de même âge, d'une part, et des sujets plus âgés de même taille, d'autre part, permet de formuler plusieurs conclusions.

1° Le plus souvent (83,4 fois sur 100), chez les garçons, dans un peu moins de la moitié des cas (48,2 fois sur 100) chez les filles, les *rapports sont conformes aux rapports moyens des sujets de même âge*.

Comparés avec les rapports moyens des sujets plus âgés de même taille, ces rapports moyens pour l'âge sont le plus souvent conformes, plus rarement inférieurs, tout à fait exceptionnellement supérieurs.

Pour 100 rapports conformes à la moyenne de l'âge, on compte :

Chez les garçons :

63,9 rapports conformes à la moyenne de l'âge,
34,8 — inférieurs —
1,1 — supérieurs (1) —

Chez les filles :

53,7 — conformes —
46,2 — inférieurs —

2° Exceptionnellement, et en général chez les garçons (2,9 fois sur 100), *les rapports sont supérieurs aux rapports moyens de l'âge*.

Comparés avec les rapports moyens des sujets plus âgés de même taille, ces rapports supérieurs par l'âge sont, soit conformes (33,33 fois sur 100), soit supérieurs (66,66 fois sur 100).

3° Les *rapports inférieurs aux rapports moyens de l'âge* se rencontrent chez les filles dans un peu plus de la moitié des mensurations (51,7 fois sur 100), rarement (13,5 fois sur 100) chez les garçons.

Comparés avec les rapports moyens des sujets plus âgés de même taille, ils sont également inférieurs.

4° Les faits précédents sont, dans une certaine mesure, *sous la dépendance de l'âge*.

Chez les garçons, on trouve, pour 100 sujets de chaque âge :

$\frac{Pt}{T}$ COMPARÉS AVEC CEUX DE L'AGE

	Conformes.	Supérieurs.	Inférieurs.
De 1 à 4 ans..	83,33	0	16,66
— 5 à 9 —	93,33	0	6,65
— 10 à 14 —	86,53	5,76	7,69
— 15 à 19 —	75	0	25

$\frac{Pt}{T}$ COMPARÉS A CEUX DE LA TAILLE

	Conformes.	Supérieurs.	Inférieurs.
De 1 à 4 ans..	100	0	0
— 5 à 9 —	93,33	6,65	0
— 10 à 14 —	61,53	3,86	34,61
— 15 à 19 —	24,1	0	75

Chez les filles, on trouve, pour 100 sujets de même âge :

$\frac{Pt}{T}$ COMPARÉS AVEC CEUX DE L'AGE

	Conformes.	Supérieurs.	Inférieurs.
De 1 à 4 ans..	0	0	100
5 à 9 —	35,71	0	64,28
10 à 14 —	72,72	0	27,20
15 à 19 —	15,38	0	84,61

(1) Il s'agit d'un garçon de 5 ans 6 mois (26.2223) qui a une taille de 8 ans 2 mois.

$\frac{Pt}{T}$ COMPARÉS AVEC CEUX DE LA TAILLE

	Conformes.	Supérieurs.	Inférieurs.
De 1 à 4 ans..	100	0	0
5 à 9 —	64,28	0	35,71
10 à 14 —	29,62	0	70,37
15 à 19 —	15,39	0	84,61

Somme toute :

Chez les garçons de haute stature, la proportion des rapports du périmètre thoracique à la taille, conformes aux moyennes de l'âge, est élevée à tous les âges; elle a son maximum de 5 à 9 ans et son minimum de 15 à 19 ans. D'autre part, la proportion des rapports du périmètre thoracique à la taille, conformes aux moyennes de la taille, diminue de la naissance à 19 ans; elle atteint son minimum de 15 à 19 ans, tandis que la proportion des périmètres inférieurs atteint alors son maximum et est beaucoup plus forte.

Chez les filles de haute stature, la proportion des rapports conformes aux moyennes de l'âge est plus faible que chez les garçons, à tous les âges; elle a son maximum de 10 à 14 ans, son minimum de 15 à 19 ans. D'autre part, la proportion des rapports conformes aux moyennes de la taille diminue de la naissance à 19 ans; à partir de 10 ans, elle est plus faible que la proportion des rapports inférieurs; elle atteint son minimum de 15 à 19 ans.

Les mensurations des périmètres thoraciques relatées dans le mémoire précédent, l'étude des rapports du périmètre thoracique à la taille établissent que parmi les enfants et les jeunes gens de haute stature, les uns présentent un développement du thorax en conformité avec la taille, d'autres un développement thoracique supérieur à la moyenne des sujets de même taille, d'autres enfin un développement thoracique inférieur à cette moyenne.

Les thorax conformes sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles, à tous les âges.

Les thorax étroits se rencontrent avec une certaine fréquence chez les filles à partir de 5 ans, chez les garçons à partir de 10 ans; chez les filles de 10 à 19 ans, chez les garçons de 15 à 19 ans ils sont plus communs que les thorax conformes.

Il convient naturellement de n'accorder aux nombres qu'une valeur relative. Ils ne sont valables que pour la série des sujets que nous avons observés; ils pourraient être différents pour d'autres séries.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 MARS 1931)

Sur les variations du signe de la biréfringence dans les figures myéliniques et formations connexes. — M. J. Nageotte.

Sur l'action calcifiante et sur l'action toxique chez l'animal de hautes doses d'ergostérol irradié : tentative de séparation des deux actions. — MM. H. Simonnet et G. Tanret.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 MARS 1931)

A propos du procès-verbal :

Traitement sérothérapique de la poliomyélite. — M. Levaditi rappelle que, dès 1910, il a constaté, avec Landsteiner, l'action virulicide *in vitro* du sérum des singes guéris de poliomyélite à l'égard du virus de cette maladie. Le sérum de sujets humains convalescents a montré les mêmes propriétés (Netter et Levaditi). L'application du sérum de convalescents à la thérapeutique de la paralysie infantile a été réalisée en 1910 et 1911 par Netter et ses collaborateurs. En prévision d'une nouvelle épidémie de poliomyélite, il est donc évident que la préparation de sérum de poliomyélitiques convalescents ou d'anciens malades est nécessaire, même indispensable. Il paraît hors de doute que l'épidémie de poliomyélite ayant sévi de juillet à octobre dans certains départements de France, et en particulier dans le Bas-Rhin, réapparaîtra l'été prochain dans les contrées non encore éprouvées.

Il faudrait que, dès à présent, on pût préparer et stocker du sérum de convalescents et d'anciens poliomyélitiques, sérum dont la valeur curative se conserve pendant de longs mois. Or, une telle préparation n'est possible qu'à la faveur d'une organisation adéquate, à l'exemple de celle réalisée aux Etats-Unis (Leake et Clark). C'est la raison pour laquelle M. Levaditi demande à l'Académie la constitution d'une Commission, à laquelle sera confié le soin de préciser les moyens permettant de préparer et de mettre à la disposition des médecins des quantités suffisantes de sérum de convalescents et d'anciens malades poliomyélitiques.

— L'Académie nomme la Commission demandée par M. Levaditi.

Elle est composée de MM. Netter, Martin, Marfan, Nobécourt, Guillain, Pettit et Levaditi.

Prophylaxie de la poliomyélite dans l'armée au cours de l'épidémie de l'été 1930. — M. Dopter fait connaître dans le détail les mesures prophylactiques qu'il a été appelé à prendre dans l'armée pour éviter, d'une part la contamination de la population militaire surtout dans la région de l'Est où la population civile a été si éprouvée, d'autre part l'extension de la poliomyélite à la faveur des mouvements de troupes qui devaient participer aux grandes manœuvres de Lorraine; il fallait éviter enfin la diffusion du mal dans le reste du territoire par les réservistes qui devaient être convoqués à l'occasion de ces dernières; tout était à craindre à cet égard au moment de leur retour dans leurs régions d'origine. De même il fallait redouter l'éclosion de la poliomyélite dans les écoles d'enfants de troupe à la suite de la rentrée des écoliers qui avaient vécu, pendant la période de vacances, dans les régions contaminées.

La prophylaxie mise en œuvre dans les conditions qui se présentaient était difficile et délicate. Elle a été couronnée de succès puisque dans l'armée un seul cas a été constaté pendant les manœuvres, et on n'a eu connaissance d'aucune atteinte civile pouvant être attribuée au retour des réservistes dans leurs foyers d'origine. Ces heureux résultats sont encourageants pour les hygiénistes qui ont la lourde charge de préserver les agglomérations exposées à la contagion.

Discussion. — M. Netter regrette que l'Académie ne reçoive pas plus rapidement les renseignements recueillis par le Service de santé.

M. Dopter répond qu'il a donné des ordres en conséquence.

Action du foie sur quelques substances à action végétative. — MM. D. Danielopolu (de Bucarest), J. Marcu, G. G. Proca et Brauner. Les recherches ont été faites sur 35 chiens, les uns normaux, les autres après lésion expérimentale du foie par la toluylène-diamine, l'huile phosphorée ou après blocage du tissu réticulo-endothélial par le carmin. Les auteurs ont fait des injections comparatives avec l'adrénaline, l'acétylcholine, le chlorure de calcium ou de potassium dans la veine périphérique, l'artère périphérique, l'artère rénale, l'artère hépatique ou la veine porte. Ils ont constaté que le foie normal retient plus que les tissus périphériques ou la glande rénale l'adrénaline et l'acétylcholine lorsqu'elles sont injectées par la veine porte ou l'artère hépatique, tandis que pour le chlorure de calcium et de potassium cette action du foie n'est pas plus intense que celle de tout autre tissu. Le foie perd en partie la propriété de retenir la choline et l'adrénaline lorsqu'il est préalablement altéré par la toluylène-diamine ou l'huile phosphorée; il perd en partie cette propriété pour l'adrénaline, mais pas pour la choline après blocage du tissu réticulo-endothélial par le carmin.

Comme la choline et l'adrénaline se trouvent à l'état naturel dans les humeurs et qu'elles circulent par conséquent continuellement à travers le foie, les auteurs ne croient pas à une destruction de ces substances qui devraient dans ce cas disparaître des humeurs. Ils admettent un rôle d'emmagasinement dans le foie sous une forme quelconque de quelques-unes des substances à action végétative et de restitution à la circulation sous une forme à action végétative. Grâce en partie au foie, la teneur des humeurs en substances végétatives est constante.

Les modifications du tonus végétatif chez les hépatiques, comme par exemple la bradycardie ictérique, sont dues à une altération de cette fonction régulatrice du tonus végétatif que possède le foie.

Autres communications :

Un centre d'héliothérapie et d'adaptation au travail des tuberculeux chirurgicaux. — M. Rollier (de Leysin).

Sur les aberrances de réaction dans le diagnostic de la grossesse par inoculation d'urine à la souris mâle. — MM. Bauer et Borrier.

Rapports. — M. Morax lit son rapport sur l'**examen médical des chauffeurs** (voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, p. 189). Ses conclusions, conformes à celles proposées par MM. Cazeneuve et Tanon, sont adoptées.

M. Lesage lit son rapport sur l'**hygiène de l'enfance.** Ses conclusions sont adoptées.

Elections. — Il est procédé à l'élection des commissions de prix pour 1931.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 14 février 1931)

Influence du bacille de Preisz-Nocard sur le B. C. G. inoculé en série par la voie péritonéale. — M. A. Saenz. Le B. C. G., lorsqu'il est inoculé par la voie péritonéale, soit à des cobayes neufs, soit à des cobayes préalablement infectés par le bacille de Preisz-Nocard, ne détermine que des lésions transitoires, localisées à l'épiploon et, dans quelques cas, à la surface du péritoine, du foie et de la rate.

Réinoculées par la voie péritonéale, telles quelles ou associées au bacille de Preisz-Nocard, ces lésions ne provoquent aucune altération tuberculeuse et les bacilles acido-résistants qu'elles renferment disparaissent à bref délai. Dès le troisième passage, le bacille de Preisz-Nocard évolue seul.

Technique d'enregistrement des mouvements rythmiques de la vésicule biliaire isolée. — MM. M. Villaret, L. Justin-Besançon et A. Marcotte présentent une méthode simplification de la technique d'Ischiyama, qui permet d'enregistrer les mouvements rythmiques de la vésicule biliaire isolée. Cette technique permet d'inscrire les mouvements du cholécyste tout entier et non pas seulement de lambeaux détachés de la vésicule. Sur les tracés obtenus, on constate que la vésicule biliaire est animée de mouvements spontanés, rythmiques, de faible amplitude. A côté de ces contractions régulières, la technique proposée permet d'enregistrer les contractions en masse de la vésicule sous l'influence des agents pharmacodynamiques et de diverses eaux minérales.

Action du bactériophage sur le pouvoir indologène du colibacille. — MM. J. Fricker et J. Laurin. Sous l'influence du coliphage, certaines races de colibacilles subissent des variations de leur pouvoir indologène pouvant aller de la simple diminution à la suppression complète. Ces modifications, qui ne se fixent pas héréditairement, ont un intérêt non seulement au point de vue biologique, mais encore hygiénique en raison du rôle important joué par la recherche de l'indol dans les diverses techniques d'analyses bactériologiques des eaux.

Action de l'adrénaline sur l'immunisation locale par l'antivirus staphylococcique. — M. L. Poleff. L'antivirus staphylococcique injecté dans la conjonctive de lapin exerce une action immunisante spécifique envers l'infection staphylococcique. Cette immunité est renforcée par l'addition d'adrénaline.

Valeur comparée de la technique biomicroscopique et histologique dans le diagnostic des lésions de précarence A. — MM. G. Mouriquaud, J. Rollet et Mme Chaix apportent les résultats de leur étude biomicroscopique et histologique systématique de la cornée dans la phase de précarence A (phase qui précède l'apparition des signes cliniques classiques de xérophtalmie). A cette période, le microscope cornéen combiné à l'éclairage en fente de Gullstrand permet de dépister de sept à dix-neuf jours avant les signes classiques de la xérophtalmie, un trouble cornéen qui n'a pour témoin histologique qu'un épaississement œdémateux global de la cornée. Ainsi, le biomicroscope rend visible sur le vivant une altération cornéenne insoupçonnée dont on peut suivre évolution et modalité et se montre supérieur à la technique histologique. C'est cependant l'emploi combiné de ces deux méthodes qui permet de supposer que le stade initial de la xérophtalmie correspond à des troubles de l'hydratation des tissus.

Le tonus du vaisseau isolé en survie et l'action du chlorure de baryum. — MM. M. Loeper, A. Mougeot et André Lemaire. Le chlorure de baryum n'a montré sur les lambeaux de carotide bovine aucune propriété constrictive ou hypertonique, telle qu'on la connaît sur les autres muscles lisses. Mais il imprime au muscle vasculaire une plus grande sensibilité, un plus faible seuil, une plus forte réponse aux doses faibles de vaso-constricteurs. Il allonge énormément la durée de la contraction adrénalinique. Il n'agit que par le cation Ba et son action se retrouve sur le lambeau de jugulaire canine. De l'avis des auteurs, l'hypertension qui succède *in vivo* à l'injection intra-veineuse de $Ba\,Cl^2$ est due non pas à une action hypertensive propre à Ba, mais à la sensibilisation du système vasculaires aux hormones vaso-constrictives que charrie normalement le sang circulant.

Technique de préparation d'un savon-bouillon-vaccin. — MM. R. Lecoq, J.-P. Lamare et M. Larcet, désirant associer les effets détersifs, les propriétés antiseptiques et antitoxiques des savons à l'action propre des bouillons-vaccins, ont réussi à préparer selon une technique rigoureuse un savon-bouillon-vaccin en consistance de pâte molle, renfer-

mant deux tiers de bouillon-vaccin et un tiers de savon, composé en parties égales d'un savon stéarique ammoniacal et d'un savon potassique de beurre de coco purifié. Ce savon-bouillon-vaccin donne, en pansements, des résultats supérieurs aux pommades-vaccin et convient parfaitement à la désinfection biologique du vagin. Il favorise la pénétration dans les tissus du bouillon-vaccin employé.

Démonstration « in vivo » de l'ultravirus tuberculeux. — MM. SANARELLI et ALESSANDRINI (de Rome). L'ultravirus tuberculeux, qui a traversé *in vivo* (dans le péritoine des cobayes) les ultrafiltres de collodion, tue les animaux en donnant lieu à un processus morbide de nature inflammatoire intéressant principalement les séreuses et le système lymphatique sans formation de tubercules. Les tubercules et les bacilles caractéristiques apparaissent seulement à partir du deuxième ou troisième passage de l'ultravirus à travers l'organisme du cobaye.

Dans quelques cas, on peut obtenir des cultures tuberculeuses.

Action de la diélectrolyse trans-cérébrale de calcium dans l'hémiplégie. — M. G. BOURGUIGNON. La diélectrolyse (ou ionisation) trans-cérébrale de calcium chez les hémiplégiques augmente l'indice oscillométrique pendant la séance sans modifier la pression artérielle.

Action de la diélectrolyse trans-cérébrale des ions iode, calcium, magnésium, chlore et potassium sur la courbe oscillométrique chez les sujets normaux. — MM. G. BOURGUIGNON et S. ELIOPOULOS rapportent leurs expériences sur l'action de la diélectrolyse trans-cérébrale de différents ions chez les sujets normaux.

Les ions chlore et potassium n'ont aucune action.

Les ions iode, calcium et magnésium font varier l'indice oscillométrique.

L'ion magnésium agit, en outre, sur la pression artérielle.

Les courbes de variation de l'indice pendant le passage du courant montrent que chaque ion agit d'une manière qui lui est propre.

La réaction de floculation à la résorcine (réaction de Vernes) dans le rhumatisme subaigu ou chronique. — MM. F. COSTE, J. LACAPÈRE et N. RAPAPORT. La réaction à la résorcine donne, en général, dans les arthrites inflammatoires de cause connue ou inconnue des chiffres élevés. Alors que la moyenne chez les sujets normaux est de 17 (Jacquot et Uffoltz), elle monte dans ces cas à 44,3. Il faut, d'ailleurs, dans ce groupe, distinguer : 1° les formes à lésions objectives très discrètes (formes arthralgiques) où les chiffres restent normaux (17,5); 2° les monoarthrites inflammatoires, où ils sont modérément accrus (33,3); 3° les polyarthrites inflammatoires, où la moyenne atteint 53,8. Dans les ostéoarthropathies dégénératives ou dystrophiques (arthroses), la moyenne, calculée chez 54 malades, a été de 14,7.

Les résultats donnés par la réaction à la résorcine dans le rhumatisme chronique, peuvent, dans leur ligne générale, se comparer à ceux que fournit la sédimentation globulaire.

La calcémie selon les formes de rhumatisme. — MM. F. COSTE, J. LACAPÈRE et I. ORNSTEIN n'ont pas trouvé de différences dans le comportement respectif de la calcémie au cours de l'évolution des arthrites inflammatoires et des arthroses. Dans les cas étudiés par eux (à l'aide de la méthode de dosage de Grigant et Ornstein), ils l'ont toujours trouvée normale.

Nerfs vasosensibles et adrénalino-sécrétion. — MM. TOURNADE et MALMÉJAC utilisant la méthode d'anastomose surréno-jugulaire, montrent que les nerfs vasosensibles se révèlent comme des modificateurs par voie réflexe de l'adrénalino-sécrétion : (ceux de Cyon-Ludwig et de Hering), l'inhibent; les autres (ceux de Heger) l'accroissent faiblement mais indiscutablement.

Sur l'action centrale de l'adrénaline. — M. TOURNADE. Le rein d'un chien B, mis en dérivation sur la circulation carotido-jugulaire d'un chien A mais ayant conservé ses connexions nerveuses avec B, présente tantôt des phénomènes de vasoconstriction, tantôt de vasodilatation quand une solution d'adrénaline est injectée dans la circulation générale de B. En réalité, des artères minuscules peuvent exister dans le hile du rein qui permettent à l'adrénaline d'agir localement sur le rein irrigué par A. L'action directe de l'adrénaline sur le centre vasoconstricteur est à démontrer.

Sur la culture du virus herpétique « in vitro » et les modifications subies par ce virus. — MM. P. GASTINEL, V. STEFANESCO et J. REILLY. La culture *in vitro* du virus herpétique en symbiose avec du tissu d'embryon de poulet est possible.

Par première culture ils ont obtenu une encéphalite typique avec présence du virus décelée par passages au lapin. Par contre, à partir du quatrième repiquage, l'animal inoculé présente encore des symptômes nerveux, tantôt mortels, tantôt curables, mais l'infection ne détermine plus des lésions aiguës et diffuses et le virus ne peut plus être mis en évidence par passage intra-cérébral.

La méthode de culture des tissus, dans les conditions expérimentales réalisées confère donc au virus herpétique une aptitude nouvelle qui souligne toute la complexité de la biologie de cet ultra-virus.

M. BOREL demande si, dans le tissu embryonnaire de poulet, ce sont les cellules épithéliales ou les fibroblastes qui agissent. Pour M. Gastinel, c'est à ces derniers, qu'il faut attribuer le rôle prépondérant. M. LEVADITI rappelle que, dès 1913, il a montré, avec Harvier, la possibilité de favoriser la multiplication de certains virus filtrants grâce à l'emploi de cultures de tissus.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1931)

Installation du bureau pour 1931. — Discours du docteur Ponroy, président.

Rapport du docteur Croquefer, secrétaire général.

Rapport du docteur Raison, trésorier.

Présentation de malades :

MM. AUBIN et LEBOUR. Un cas d'ostéomyélite.

Présentation du buste de Capdepont offert à l'Ecole de stomatologie. — Allocution de M. Chompret.

Charles Capdepont. L'homme. L'œuvre. — M. FARGIN-FAYOLLE fait une émouvante description de la vie, des qualités exceptionnelles de son maître et un très intéressant tableau de toute son œuvre stomatologique.

Questions syndicales. Action intersyndicale et loi Milan Rio. — M. BÉLIARD.

Etude critique des adénites géniennes. — MM. DECHAUME et MALPLATE rattachent aux cellulites subaiguës et chroniques nombre d'accidents classés sous le nom d'adénites géniennes.

Du forage automatique des racines dans la prothèse fixe. Nouvelle fraise spéciale au forage. — M. DETHÈS.

Assemblée générale des membres titulaires.

Election du docteur Ch. Ruppe à la vice-présidence.

Election des membres titulaires.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1931)

Méningite aiguë lymphocytaire bénigne. — MM. VEDEL, VIDAL et ANSELME-MARTIN rapportent l'observation d'un malade qui, au cours d'un état fébrile prolongé (trois mois) et considéré comme l'expression d'une typho-bacillose, a présenté brusquement un syndrome méningé complet du point de vue clinique et humoral (tension du liquide céphalo-rachidien, 65; albumine, 0g90; chlorures, 6g70; glucose, 0g54; cytologie, 152 éléments).

En quarante-huit heures les symptômes s'atténuent et le quatrième jour le malade est guéri. Les auteurs discutent à propos de ce cas les diverses hypothèses pathogéniques qui peuvent être envisagées.

Forme douloureuse de la maladie de Hodgkin. — MM. DUCAMP et P. RIMBAUD. Dans le cas que présentent les auteurs, la maladie se manifeste pendant deux années par des douleurs extrêmement violentes, à type de névralgie intercostale droite, accompagnées parfois de vomissements bilieux. Pendant cette période il n'existait que de petits ganglions axillaires et inguinaux. Absence de prurit, de fièvre et d'éosinophilie sanguine.

La radioscopie révéla une adénopathie médiastinale volumineuse. L'examen histologique d'un ganglion permit de constater la présence de cellules de Sternberg.

La radiothérapie fit fondre les ganglions et amena la disparition des douleurs. Mais la fièvre et le prurit ont apparu par la suite.

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1931)

Tic de génuflexion chez une parkinsonienne postencéphalitique. — MM. BOUDET, BALMÉS et ANSELME-MARTIN. Mouvement de génuflexion apparu chez une parkinsonienne postencéphalitique absolument typique. Il apparaît rythmiquement tous les trois ou quatre pas. La malade garde cette attitude quelques secondes, se lève sans difficultés, fait trois ou quatre pas, et s'agenouille à nouveau.

Pas de fatigabilité avec parésie pouvant faire penser à une manifestation myasthénique. Rareté des tics des membres inférieurs, notamment le tic de génuflexion dont les auteurs n'ont trouvé qu'un seul cas rapporté par Oddo. La pathogénie reste à discuter. Peut-être y a-t-il libération du centre psychique inférieur de Grasset, siège de ces mouvements, par une lésion organique qui supprime le contrôle du centre O.

Tic d'aboiement et syndrome extrapyramidal. — MM. L. RIMBAUD, BALMÉS et ANSELME-MARTIN relatent l'observation d'un malade qui, à la suite d'un traumatisme de guerre, a présenté un tic d'aboiement qui persiste encore et qui a été considéré comme une manifestation pithiatique. La constatation du phénomène de la roue dentée et l'exagération d'un réflexe de posture font admettre aux auteurs l'existence d'un syndrome extrapyramidal auquel ils rattachent ce tic d'aboiement.

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1931)

Corps étrangers des bronches. — MM. TERRACOL, GALAVIELLE et SAGOLS.

Torsion du testicule gauche chez un adolescent de dix-neuf ans. — MM. E. TRUC et J. CADERAS.

Dilatation kystique bilatérale de l'extrémité inférieure de l'uretère avec hydronéphrose et calcul du rein droit. — MM. E. TRUC et J. CADERAS rapportent le cas d'une malade qui présentait une dilatation kystique bilatérale de l'extrémité inférieure de l'uretère.

La cause en était une sténose des méats urétéraux. Une

pyélographie permit de constater une hydronéphrose et un calcul du rein droit.

Les auteurs concluent à l'utilité de traiter toujours ces sténoses des méats urétéraux ou ces dilatations kystiques, soit par dilatation, soit par électrocoagulation dans le second cas et de toujours vérifier par pyélographie veineuse ou rétrograde s'il n'existe pas d'hydronéphrose ou de calcul.

Tumeurs du médiastin et radiothérapie. A propos de deux observations de tumeurs médiastinales lymphoïdes. — MM. P. Lamarque et J. Bert.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ADONIS VERNALIS EN THÉRAPEUTIQUE (1).

Par le docteur R. Chausset.

L'adoverne, étudié expérimentalement par MM. Mercier, Pouchet et Jung, et cliniquement par MM. Lutembacher, Fontenailles, Faguet, Chausset, Sassard, Perget, etc..., représente, comme on sait, les principes actifs cardiotoniques de l'adonis vernalis dans la proportion même où ils se trouvent dans la plante. Cette préparation est spécialisée sous formes de gouttes et de granules : xxx gouttes ou 4 granules possèdent l'activité thérapeutique de 5 milligrammes de glucosides adonidiques. Les résultats cliniques obtenus ont confirmé l'expérimentation pharmacologique et physiologique et ont montré qu'avec les doses généralement utilisées, il ne risquait de se produire aucune intoxication, ni même aucune intolérance.

Les indications de l'adoverne sont nombreuses; d'une façon générale, on peut l'employer avec de bons résultats dans tous les cas où la digitale est indiquée, c'est-à-dire quand il y a affaiblissement du cœur; mais son indication spéciale sera un affaiblissement moyen du muscle cardiaque, sur lequel on pourra agir d'une façon continue sans inconvénient. On emploiera également l'adoverne dans les cas assez nombreux où la digitale est mal tolérée, chez les vieillards, en particulier dans les cas où son action s'est épuisée (myocardites, ou crainte d'intoxication par accumulation de la digitale).

Grâce à son action diurétique sur le rein, l'adoverne est indiqué dans les cas de rétention hydrique, d'œdèmes, de stases viscérales où il se montre en général supérieur à la digitale.

Son action eupnéique et sédative est utilisée dans certains accidents aigus d'insuffisance ventriculaire gauche, asthme cardiaque, œdème pulmonaire, quand l'ouabaïne est mal tolérée.

L'adoverne, ne s'accumulant pas dans l'organisme, est parfait pour les traitements de longue durée, chez certains hypertendus, lorsque l'hypertension n'est pas considérable : si ces malades présentent des œdèmes, on voit la tension baisser progressivement sous l'influence du médicament.

Enfin l'adoverne doit être administré dans les maladies infectieuses où le cœur risque de faiblir, pneumonie, bronchopneumonie, lorsqu'une action aussi puissante que celle de la digitale n'est pas indispensable ou semble contre-indiquée.

(1) *Concours médical*, Paris, 18 mai 1930, n° 20.

LIVRES NOUVEAUX

Les régimes du nourrisson [Monographies de pédiatrie et de puériculture (1)], par les docteurs E. LESNÉ et R. CLÉMENT.

En quelques pages claires et substantielles les auteurs ont constitué pour le praticien et aussi pour la jeune maman un guide de l'alimentation du jeune enfant. L'étude du régime alimentaire de l'enfant normal, soit nourri au sein, soit nourri au biberon, du sevrage et des suppléances alimentaires de cette période qui achemineront l'enfant vers un régime varié plus proche de celui de l'adulte, les inconvénients des régimes carencés, l'étude enfin des tests de croissance staturale et pondérale qui sont les seuls témoins dignes de créance en la matière forment la première partie du volume. Un esprit neuf au point de vue culture médicale aussi bien que le médecin exerçant sa profession trouveront là les notions utiles ou le correctif approprié à des notions erronées.

Plus proprement destinée au médecin, la seconde partie traite des régimes du nourrisson malade, étudiant d'abord les divers aliments et régimes auxquels on peut faire appel, les régimes des prématurés, des hypotrophiques et des vomisseurs, des sujets au fonctionnement digestif imparfait, ceux des divers dyspeptiques, la diététique enfin des affections aiguës, des rachitiques, des anémiques, des « arthritiques ».

Toutes ces notions si diverses et si souvent embrouillées par les nécessités d'un exposé intégral, sont ici simplifiées par un travail de critique préalable qui n'en laisse subsister que la partie pratiquement utile, tout en permettant aux intelligences curieuses les recherches et considérations théoriques qui en constituent le fondement et l'explication.

R. L.

Les Fonctions hépato-biliaires. Physiologie. Exploration. Valeur et choix des tests de l'insuffisance hépatique (2), par MM. CHIRAY, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux, et F. THIÉBAUT, interne des hôpitaux de Paris.

La question des troubles hépato-biliaires intéresse le médecin qui veut faire le diagnostic et le pronostic d'une affection du foie. Elle intéresse tout autant le praticien anxieux de savoir comment son malade supportera une série de piqûres de novarsénobenzol ou une anesthésie générale. Si la grande insuffisance hépatique est facilement reconnue par ses seuls symptômes cliniques, il n'en va plus de même de la petite insuffisance, ni de l'insuffisance latente; des examens de laboratoire, en particulier des examens biochimiques, deviennent nécessaires pour dépister le dysfonctionnement du foie. Les progrès réalisés ces dernières années dans l'étude physiologique du foie et de la vésicule augmentent et précisent nos procédés d'exploration. Ces procédés actuellement extrêmement nombreux sont de valeur inégale. Il importe de faire un choix et de retenir les méthodes les plus dignes d'intérêt et les plus simples à mettre en œuvre. C'est pourquoi les auteurs de cet ouvrage ont résumé les notions essentielles concernant les fonctions du foie et de la vésicule. L'exposé de chaque fonction est suivi de l'étude de son exploration biochimique ainsi que des résultats obtenus à l'état normal et à l'état pathologique.

Ces connaissances n'ont pas seulement un intérêt théorique; elles ont encore un intérêt pratique de premier ordre.

L. G.

(1) Paris, 1930, Gauthier-Villars.
(2) In-8 de 170 pages. — Prix : 24 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'Auscultation dans le diagnostic de la tuberculose pleuro-pulmonaire (1), par René BURNAND, ancien médecin directeur du sanatorium populaire de Leysin et du sanatorium Fouad Ier à Hélouan. Préface du professeur F. BEZANÇON.

Ce livre est un ouvrage pratique qui s'adresse aux médecins, à tous les médecins sans exception, spécialisés ou non. Conçu sur un plan nouveau, il a été principalement écrit afin de permettre au médecin d'établir le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par l'examen stéthacoustique rajeuni, rénové, basé enfin sur les méthodes d'investigation les plus récentes et principalement sur la radiologie moderne.

C'est un véritable Traité de sémiologie comparée de radiologie et de stéthoscopie.

Loin d'opposer la méthode radiologique à la stéthacoustique, le docteur Burnand les harmonise et leur assigne à chacune leur place. On se rendra compte ainsi que, si grands que soient les services que rende la radiologie, ils ne doivent pas faire méconnaître ceux qu'on pourra tirer de l'auscultation.

L'auscultation nous renseigne mieux que les rayons X sur l'état évolutif et le dynamisme des lésions, sur leur degré d'humidité, ou de sécheresse, sur les réactions congestives ou pleurales, sur le retentissement de la maladie, sur la circulation sanguine intrapulmonaire, tous éléments essentiels dans la détermination du pronostic et le choix de la thérapeutique.

On se rendra compte que, si la radiologie a indiscutablement la priorité lorsqu'il s'agit de dépister des lésions profondes, des lésions parenchymateuses disséminées, des localisations scissurales, l'auscultation reprend, par contre, toute sa supériorité quand il s'agit de dépister des lésions bronchiques, de petits foyers de sclérose.

Telles sont les idées directrices qui ont présidé à la rédaction de ce livre.

L'ouvrage du docteur Burnand constitue, en outre, un véritable Traité de phtisiologie moderne, où de nombreux chapitres sont consacrés aux formes cliniques de la tuberculose pleuro-pulmonaire, où le lecteur trouvera non seulement une mise au point des travaux les plus récents sur le syndrome cavitaire, sur les syndromes granuliques et les syndromes pneumoniques et spléno-pneumoniques, mais aussi le fruit de la longue observation personnelle de l'auteur.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 17 mars. — Jury : MM. Bezançon, président; Gougerot, Gastinel et Philibert. — M. BERTRAND. Asthme et troubles vaso-moteurs. — M. GELBART. Etude du pansement gastrique. Emploi du charbon. — M. PANCRAZI. Les manifestations cutanées de la leucémie myéloïde. — Mlle GALDÈRE. Etude des accidents cutanés de l'aurothérapie en cas de kératodermie. — M. JOSSERAN. Les ulcérations chroniques de la vulve chez les prostituées. — M. PHALIPPOU. L'hémolysothérapie intradermique dans le traitement de quelques dermatoses.

(1) In-8 de 196 pages avec 51 figures hors texte. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ


Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme.
D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE AVANT LE REPAS
MÊME COMPOSITION
MÊMES INDICATIONS :
SIROP GIRARD
MÉDECINE INFANTILE
2 à 3 cuillérées à bouche selon l'âge.
GRANULÉ GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
2 à 4 cuillérées à café pour Enfants & Adultes
VIN GIRARD
A. GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50.** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : **Danton 48-31**

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Le cancer et les moyens de le combattre, par M. le Professeur Henri Hartmann.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Diagnostic des hémiplégies (suite).
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Dechaume.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. le professeur Dupérié a été proposé en première ligne pour la chaire de médecine expérimentale.

M. le professeur agrégé Creyx a été proposé en deuxième ligne.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Dreyfus (de Paris) et Riche (de Jeumont).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Baude (de Douai), Conquet (de Villefranche-de-Longchapt), Ferriol (de Settat, Maroc), Gauthier (d'Alger), Gezes (de Toulouse), Lambilliotte (de Douai), Lavezzari (de Paris), Mézie (de Fleury-les-Aubrais), Monnot (d'Alger), Raskine (de Mers-el-Kébir, Oran).

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE. (Pour les prix à décerner en 1931, voir *Gaz. des hôpit.*, 18 fév. 1931, n° 14; pour les prix à décerner en 1932, 25 fév. 1931, n° 16.) — Prix a décerner en 1933. — Prix Dubreuil, annuel (400 fr.). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Duval-Marjolin, annuel (300 fr.). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1933.

Prix Edouard Laborie, annuel (1.200 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Chupin, biennal (800 fr.). — Au meilleur mémoire inédit ou imprimé de pathologie chirurgicale portant plus particulièrement sur les affections ou blessures observées aux armées.

Prix Le Dentu, annuel. — A l'interne, médaille d'or de chirurgie en 1933.

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1933.

PRIX ERLICH. — La remise solennelle des prix de la fondation Paul Erlich a eu lieu samedi à Francfort. La plus haute distinction, une médaille d'or, a été remise au professeur Levaditi, de l'Institut Pasteur de Paris.

ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE. — Le prochain Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française se tiendra à Bordeaux les 1er, 2 et 3 octobre 1931.

Voici les questions à l'ordre du jour :

I. *Diagnostic radiologique en gynécologie.* — Rapporteurs : MM. Cotte (Lyon) et Heurotay (Anvers).

II. *Hémorragies tardives des suites de couches.* — Rapporteurs : MM. Andérodias et Pery (Bordeaux) et Couvelaire (Paris).

III. *Des moyens sociaux de dépister les cancers du col de l'utérus.* — Rapporteurs : MM. Hamant (Nancy) et Künig (Genève).

Pour tous renseignements s'adresser à M. Brindeau, secrétaire général, 71, rue de Grenelle, Paris ; à M. Balard, 9, rue Duffour-Dubergier, Bordeaux.

UNE SEMAINE SUR LA CÔTE D'AZUR. — Nous avons annoncé le Ve Voyage de Pâques de la Société médicale du Littoral méditerranéen (Voyage Rose) qui aura lieu du 29 mars au 5 avril avec le programme suivant :

Rassemblement le dimanche 29 mars (Rameaux) à Cannes. — Visite de l'Estérel et de la Corniche d'Or, de Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Le Trayas et retour à Cannes. — Visite de Super-Cannes, Le Cannet, Grasse, Le Golfe-Juan, Juan-les-Pins, Antibes, Vence, Nice. — A l'Est de Nice, le Voyage continuera par l'Observatoire, la Grande Corniche, la Turbie, Roquebrune, Le Cap Martin, Menton, le château de Grimaldi et le laboratoire du docteur Voronoff, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu et la Moyenne-Corniche. — Le Voyage se terminera à Nice le dimanche 5 avril (Pâques).

Cotisation : 1.275 fr., tout compris.

A la suite de ce Voyage, des excursions seront organisées pendant la semaine de Pâques, dans les Alpes (de Nice à Grenoble), en Corse (croisière de luxe sur le yacht « Ile de Beauté ») et dans la Haute Italie (San Remo, Gênes, Milan, le Lac de Come, la Chartreuse de Pavie, Turin).

Les voyageurs seront partout accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse qui sont de tradition dans les Voyages de la Société médicale du Littoral. — Des permis de parcours à demi-tarif sur les chemins de fer français et italiens, valables en 1re et 2e classes, pendant un mois, seront à la disposition des adhérents qui en feront la demande. Les étudiants en médecine sont admis ainsi que la famille des médecins. — On peut adhérer séparément aux excursions.

Pour les renseignements et les inscriptions, prière d'écrire dès à présent au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice. — Le secrétariat interviendra aussi en faveur des adhérents qui désireraient prolonger leur séjour sur la Côte d'Azur, à la suite du Voyage.

AVIS DE CONCOURS. — Des concours sur titres sont ouverts pour des postes d'inspecteur départemental d'hygiène de la Somme et de la Vendée. (*J. O.*, 15 mars 1931, p. 3015.)

— Un concours pour des postes de médecin directeur des sanatoriums publics de Liessies (Nord) et Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) s'ouvrira le 27 mars 1931.

S'inscrire avant le 26 mars 1931 au ministère de la Santé publique (direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. (Professeur : M. A. COUVELAIRE.) — *Cours de pratique obstétricale* (vacances de Pâques). — Cours d'une durée de deux semaines, du lundi 30 mars au samedi 11 avril, sous la direction de M. Lacomme, accoucheur des hôpitaux, et de M. Digonnet, chef de clinique, avec la collaboration de MM. Desnoyers, Ravina, accoucheurs des hôpitaux; de MM. Powilewicz, Seguy, Sureau, anciens chefs de clinique; Mlle Bach, chef de clinique; François, chef de clinique adjoint; M. Laennec, aide de clinique à la Maternité; M. Mayer, interne des hôpitaux.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 14 h. 1/2. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de Clinique, à la Clinique Baudelocque.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — *Cours de perfectionnement* du professeur Portmann. — Ce cours aura lieu du lundi 6 juillet au samedi 18 juillet 1931, avec la collaboration de MM. les professeurs Dupérié, Leuret, Petges, Réchou et Teulières; de MM. les professeurs agrégés Aubertin, Jeanneney et Papin; de MM. les docteurs Retrouvey et Despons, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, et de M. le docteur Berger, chef de clinique.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin, pendant l'exécution sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants : la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, à Bordeaux. — Droit d'inscription : 300 fr.

— *Cours de perfectionnement d'orthopédie* du professeur H.-L. Rocher, avec la collaboration de MM. les docteurs Charbonnel, Massé, chirurgiens des hôpitaux; Gourdon, chargé de cours; de MM. les docteurs E. Papin, Ch. Lasserre, P. Forton, anciens chefs de clinique; de MM. les docteurs Guérin, chef de clinique; G. Roudil, chef de clinique adjoint; de M. le docteur Dijonneau et M. Thibaudeau.

Le cours aura lieu du lundi 15 juin au samedi 20 juin 1931.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 1er juin 1931.

Droit d'inscription : 200 fr.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de *La Tribune universitaire*, journal de l'étudiant, hebdomadaire littéraire, artistique et scientifique, impartial et indépendant des étudiants et intellectuels de tous les pays. Le directeur est M. Georges Barthès, 21, rue de la Tombe-Issoire, Paris (XIVe).

Tous nos vœux à ce nouveau confrère.

LIVRES NOUVEAUX

Appareil respiratoire (1), par Pierre PRUVOST.

En médecine, ce qui importe le plus, c'est le diagnostic qui seul permet de fixer pronostic et traitement. Aussi convient-il, dans tous les cas, de faire un examen soigneux du malade, de peser la valeur de chaque symptôme, de préciser l'affection à laquelle on a affaire. Vrai en toutes circonstances, cet adage trouve surtout son application en pathologie respiratoire. N'arrive-t-il pas aux meilleurs de méconnaître une pneumonie ou une pleurésie, de mal interpréter les symptômes observés, ou inversement, en constatant tel ou tel signe de croire à une affection respiratoire qui n'existe pas? Après *les erreurs et les difficultés* du diagnostic, passons aux *symptômes* : dyspnée, expectoration, pleurodynie, toux, vomique. Que d'erreurs possibles à leur sujet. Voyons l'expectoration. Rappelez-vous qu'elle est parfois d'origine cardiaque ou rénale, qu'il ne faut pas toujours la combattre directement, qu'il ne faut agir sur elle que si elle est utile. Après les symptômes, l'étude des *maladies* : abcès du poumon, qu'il faut « respecter » le plus souvent possible, lorsqu'ils sont aigus; amibiase, méconnue bien à tort puisqu'elle est justiciable de thérapeutiques efficaces; asthme, avec ses modalités si fréquentes d'asthme prolongé; atélectasie, bronchites aiguës et chroniques, cancers pleuro-pulmonaires, beaucoup plus souvent reconnus que jadis grâce à la radiographie; emphysème pulmonaire, au traitement si complexe; gangrène pulmonaire, hémo et hydrothorax, insuffisance respiratoire, kyste hydatique, œdème aigu du poumon, pleurésies, pneumothorax, etc. Vient enfin la quatrième partie, consacrée aux *méthodes thérapeutiques* et à l'*instrumentation*, qui comporte un gros paragraphe relatif aux interventions. Petit livre très condensé, et pourtant très agréable à lire, et où l'auteur a su, sous une forme familière, exposer des notions qu'il connaît à merveille.

L. BABONNEIX.

Précis de pathologie interne. Maladies de l'appareil digestif, t. VII (2), par les docteurs E. CHABROL et M. BARIETY.

Faisant suite aux six fascicules déjà parus, cet important volume, de plus de 600 pages, avec de nombreuses et excellentes figures, traite des affections digestives. L'introduction consacrée aux tendances médicales en gastro-entérologie n'est pas le chapitre le moins intéressant tant au point de vue de la formation générale d'un esprit médical que pour l'étude plus spéciale d'affections touchant lesquelles les tendances les plus diverses ont eu depuis une génération l'occasion de se manifester. Malgré les corrections apportées, chacun des travaux successifs a laissé une trace durable.

Il n'était que plus nécessaire de classer nos richesses et d'éviter pour l'étudiant jusqu'à l'apparence du désordre et de la contradiction. C'est à cette tâche que se sont donnés les auteurs. Dans le présent fascicule sont étudiées successivement les affections des voies digestives supérieures, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin jusques et y compris l'anus; un exposé des modes d'examen et un tableau des grands syndromes préludent pour chaque système organique à l'étude des affections bien individualisées auxquelles sont réservés des chapitres en rapport avec leur fréquence et leur importance. Certaines affections que la pratique hospitalière ne permet guère à l'étudiant d'observer, sont l'objet d'études en rapport avec la place qu'elles tiennent dans la pratique en clientèle. La grande pathologie digestive, par contre, est synthétisée de façon à créer dans l'esprit l'image précise à laquelle ultérieurement les détails se rattacheront aisément. Enfin, le problème du traitement et surtout celui des indications chirurgicales donnent le bilan des recherches et du travail de critique de ces dernières années. Le praticien trouvera donc là un guide précieux.

R. L.

(1) « Les Consultations journalières ». In-18 de 610 pages. — Prix : 55 fr. — Paris, Doin et Cie.

(2) Paris, Baillère, 1930. (Bibliothèque du doctorat en médecine Carnot-Rathery).

Il dolore viscérale. [La douleur viscérale. Notes sur sa genèse et ses caractères propres] (1), par A. LUNEDEI et A. GIANNON.

Dans ce très important volume, les auteurs étudient les causes, le mécanisme et les caractères de la douleur en général, tels que les commandent le lieu d'origine, la voie de transmission et diverses conditions anatomiques du système nerveux.

La même étude est ensuite reprise par rapport aux diverses affections causales et par rapport aux organes intéressés.

Très nombreuses indications bibliographiques et nombreux schémas et planches anatomiques.

R. L.

Volume jubilaire pour la 25e année d'enseignement du professeur Domenico Lo Monaco, 1903-1928, *Arch. di form. experimentale*, vol. XLVIII-XLIX.

Réunion de 80 mémoires en diverses langues, à l'occasion du jubilé professoral de l'éminent professeur de chimie physiologique de l'Université de Rome. La science française a apporté sa contribution à cet hommage par la plume de MM. les professeurs Nobécourt, Gougerot et Goiffon.

R. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 18 mars. — Jury : MM. Couvelaire, président; M. Labbé, Lemierre et Loeper. — M. PIGEAUD. Etude de l'appendicite aiguë compliquant l'état puerpéral. — M. ROULIN. Etude sur les pleurésies tuberculeuses et leur traitement par les sels d'or. — M. FOURNAUD. Méningite aiguë lymphocytaire bénigne. — M. SOUILHÉ. Rapports entre la maladie de Basedow et les adénomes toxiques. Action de la médication iodée sur leur structure histologique.

Jeudi 19 mars. — Jury : MM. Sebileau, président; Lenormant, Brocq et Velter. — M. CADET. Etude de l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope. — M. COMTE. Etude des abcès chroniques et centraux des os. — M. DELMAS. Résultats éloignés de l'ostéosynthèse par bagues de Parham dans les fractures spiroïdes du tibia fermées ou récentes. — M. JUSSEAUME. De l'emploi du bactériophage de d'Hérelle comme traitement des otites moyennes suppurées.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Achard, président; Rathery, Tanon, Dechambre, Coquot, Lesbouyries, Robin et Vergé. — M. CONTI. Condition de l'élevage au Laos. — M. CORTAMBERT. Applications du sérum normal de cheval en médecine vétérinaire. — M. DESROZIERS. De la question laitière dans le Bassigui.

Samedi 21 mars. — Jury : MM. Achard, président; Desgrez, Rathery et Tanon. — M. FICONETTI. Asthme et syphilis. — M. BAKTRUG ZYGMUNT. Prophylaxie et traitement de la teigne tavique en Pologne. — M. LE PARQUIER. Etude des fumées et des gaz nocifs dans la région rouennaise. — M. LEBNOULD. Hygiène et lait. — M. OSTER. Injections pleuro-pulmonaires et tuberculose.

(1) Bologne, L. Cappelli, 1929.

LE CANCER
ET LES MOYENS DE LE COMBATTRE

Par le Professeur Henri HARTMANN
Membre de l'Académie de médecine.

La question du cancer est une de celles qui préoccupent actuellement l'opinion publique. Si le nombre des morts causées par la tuberculose est en voie de diminution, celui des morts par le *cancer est* au contraire *en voie d'augmentation, tout au moins si l'on s'en rapporte aux statistiques publiées.*

Un statisticien américain, Hoffmann, a publié, en 1915, un important ouvrage sur le cancer à travers le monde. Réunissant les statistiques de la Grande-Bretagne, de la Norvège, de la Hollande, de la Prusse, du pays de Bade, de la Suisse, de l'Autriche, des villes du Danemark, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, qui avaient ensemble une population de 98.380.000 âmes, il trouve, en 1881, 44,047 morts par cancer par 100.000 habitants. En 1891 cette mortalité était montée à 59,6, en 1901 à 76,3, en 1911 à 90,4. En 1912 l'ensemble de ces pays comptait une population de 136.892.000; 125.832 étaient morts de cancer, soit 90 p. 100.000. Si la proportion des morts dues au cancer avait été en 1881 ce qu'elle a été en 1912, on aurait eu 90.411 morts par cancer au lieu de 44 047. *La mortalité par cancer, d'après les statistiques, a donc plus que doublé en trente ans.*

En 1923, Hoffmann, se fondant toujours sur les statistiques publiées, a établi que le cancer devenait de plus en plus fréquent, l'augmentation étant d'environ deux et demi pour 100 chaque année.

Cette augmentation progressive de la mortalité cancéreuse est-elle réelle? Il est permis d'en douter.

Dans les pays, comme la Suisse, où, depuis un assez grand nombre d'années, on s'est efforcé de faire des statistiques exactes, on voit que le taux de la mortalité, qui en 1901 était plus considérable que dans les autres pays, n'a que faiblement augmenté depuis cette époque :

De 1901 à 1910 elle était de 124 p. 100.000 habitants
De 1911 à 1920 elle est de 128 p. 100.000 habitants.

L'augmentation constatée dans cette statistique n'est pas considérable; elle résulte de ce que *les cancers internes ne sont plus aussi souvent méconnus qu'autrefois.* Cela ressort nettement de l'analyse des faits. On voit que si les cancers viscéraux ont notablement augmenté de fréquence, 1820 cancers de l'estomac de 1901 à 1910, 4.875 de 1911 à 1920, 1970 pour la seule année 1920, le nombre des cancers externes visibles n'a en général que peu augmenté, certains même, ceux du corps thyroïde par exemple, ont notablement diminué, de 68 à 22 par an, ce qui tient au progrès de la thérapeutique.

Les relevés faits à l'Hôtel-Dieu de Marseille, de 1870 à 1925, par Imbert, nous conduisent aux mêmes conclusions. Le nombre des morts par cancer de l'utérus, du sein, de la langue, de la face n'a pas changé. L'augmentation ne porte que sur les cancers profonds qu'on méconnaissait autrefois.

Une cause intervient encore pour expliquer l'accroissement du nombre des cancers, c'est l'*augmentation de la durée de la vie*. Le cancer est une maladie qui ne se montre pas également à tous les âges. En nombre infime chez l'enfant, il augmente progressivement de fréquence à mesure que l'individu avance en âge.

En fait le cancer n'a peut-être pas augmenté de fréquence chez les individus de même âge. Ce qui semble le prouver, c'est qu'à un siècle de distance, relevant tous les cancers constatés au cours d'autopsies dans des hôpitaux d'adultes, Bayle à l'hôpital de la Charité, Ménétrier à l'hôpital Tenon, arrivent à des chiffres très voisins, 12 à 14 p. 100. C'est un chiffre presque identique que donne de Vriès qui, à Amsterdam, sur 8.500 autopsies faites de 1909 à 1926, trouve 1.249 cancers épithéliaux, soit 14,7 p. 100.

Un fait persiste, la mortalité cancéreuse chez l'adulte est considérable surtout après 40 ans. On est arrivé à diminuer dans des proportions considérables la mortalité infantile, on a fait reculer la tuberculose, on n'a jusqu'ici guère obtenu de résultats dans la lutte contre le cancer. Aux Etats-Unis, dans l'Illinois, alors qu'en 1918 on relevait sur 100.000 habitants 128,6 décès par tuberculose et 82.2 par cancer, en 1929 on ne trouve que 70,1 dus à la tuberculose alors qu'on en relève 108,9 dus au cancer.

A New-York la mortalité du cancer dépasse de même celle de la tuberculose. Mêmes constatations au Danemark où en 1924 Fibiger trouve sur 100.000 habitants 99,2 morts par tuberculose et 130,1 par cancer; mêmes constatations encore en Angleterre où Handley relève par 100.000 habitants en 1884, 257,4 morts par tuberculose, 56,3 par cancer et en 1925 103,8 par tuberculose, 133,6 par cancer.

Les chiffres de mortalité cancéreuse dans les statistiques des divers pays sont même certainement inférieurs à la réalité. Un certain nombre de malades d'âge avancé succombent à la suite d'une affection pulmonaire, rénale ou cardiaque, alors qu'ils étaient porteurs d'un cancer méconnu. Les autopsies le prouvent. Mon collègue Roussy, à l'hospice Paul Brousse, sur 1.000 vieillards, âgés de 65 ans au moins, trouve 77 cancers, dont 39 seulement avaient été diagnostiqués pendant la vie, dont 38 étaient des surprises d'autopsie.

La statistique municipale de la ville de Paris, bien qu'elle ne contienne pas les cas méconnus, nous montre un accroissement progressif des cancers reconnus sur le vivant.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte que le cancer, même si dans la réalité il n'a pas augmenté de fréquence, constitue une cause de mort des plus importantes. Aussi comprend-on que, dans ces 20 dernières années, on se soit beaucoup préoccupé de cette question dans les différents pays et que l'on ait entamé la lutte contre cette maladie qui constitue un véritable fléau social. Malheureusement la cause du cancer reste encore une énigme.

*
* *

Le cancer est une maladie caractérisée par le développement d'une tumeur qui envahit de proche en

proche l'organisme, finit par se généraliser mais qui, *dans ses phases initiales, est une maladie localisée, curable par conséquent*, point sur lequel je désire immédiatement fixer votre attention.

Le fait qu'elle débute en un point, puis s'étend de proche en proche suivant le plus souvent les voies lymphatiques, fait penser à une inoculation locale, à une maladie d'origine extérieure. Si cette conception de la nature du cancer satisfait au premier moment l'esprit, d'importantes raisons tendent cependant à la faire rejeter.

On voit bien au cours des maladies infectieuses et parasitaires actuellement connues, se développer parfois des tumeurs au sens vulgaire du mot, des grosseurs, mais lorsqu'on étudie la structure intime de ces pseudo-tumeurs, on voit qu'elles sont très différentes des tumeurs cancéreuses. Elles ne sont que le résultat de la défense de l'organisme contre les éléments étrangers qui l'envahissent; la tumeur est constituée par la multiplication des cellules des tissus au contact de l'agent infectieux ou parasitaire.

Dans le cancer, au contraire, quel que soit le nombre des tumeurs secondaires, quel que soit leur siège, *les tumeurs sont toujours constituées*, non par la prolifération des tissus envahis, *mais par la pullulation des éléments cellulaires du foyer initial* transportés à distance par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Ce n'est pas un microbe, un parasite qui se dissémine dans l'organisme et provoque autour de lui des réactions du tissu ambiant, c'est la cellule même du cancer initial qui, arrivée dans un organe, se multiplie, pousse comme une greffe et reproduit, dans le tissu où elle se trouve, non le type du cancer qui s'y développe primitivement, mais celui du cancer de l'organe où la première tumeur est apparue.

Aussi les opinions sur la nature intime du cancer et sur la *possibilité de sa contagion* sont-elles très différentes. D'une manière générale les théories infectieuses ou parasitaires sont rejetées, en particulier par les anatomo-pathologistes.

En dehors des différences anatomo-pathologiques existant entre les tumeurs cancéreuses et les tumeurs infectieuses ou parasitaires, les adversaires de la théorie infectieuse invoquent une série d'autres raisons : l'absence de faits établissant la contagion, la non-constatation de microbes ou de parasites dans les tumeurs cancéreuses, l'impossibilité où l'on est d'inoculer le cancer, etc. Ces arguments ne nous semblent toutefois pas suffire pour entraîner la conviction. Jusqu'aux travaux de Koch on n'avait pu établir l'existence du bacille tuberculeux; l'agent de la syphilis n'a été découvert qu'il y a peu d'années. Quant à la contagion il est extrêmement difficile de l'établir dans une maladie à évolution aussi lente que le cancer. Si dans des maladies à évolution rapide, à période d'incubation courte, comme la rougeole, la contagion crève immédiatement les yeux, il n'en est pas de même pour les maladies chroniques; la contagion de la tuberculose a été niée pendant des années. Combien plus difficile encore doit-il être d'établir la contagion du cancer dont l'évolution est encore plus lente. On a bien publié des récits d'épidémie locale de cancer, des histoires de maisons ou d'appartements à cancer, etc. Nous avons personnellement vu dans le même appartement une malade succomber à un cancer, le locataire suivant succomber de même à un cancer, puis la femme de ce locataire mourir à son tour de cancer. Dans une même maison nous avons vu une malade mourir d'un cancer du sein, le propriétaire suivant d'un cancer du rectum. Dans un troisième immeuble nous avons vu un malade atteint de cancer de l'intestin ; le concierge d'un cancer de l'estomac, nous avons opéré une autre locataire d'un cancer de la face et nous avons suivi jusqu'à sa mort le mari de cette dernière porteur d'un cancer abdominal, etc. Nous possédons un certain nombre d'observations de ménage, où successivement le mari et la femme ont été atteints de cancer. Mais le cancer est une maladie si fréquente qu'on doit par le seul fait des lois du hasard rencontrer, comme l'a fait observer Henriot, de pareilles coïncidences. D'après Lumière un mariage sur 225 doit se terminer par la cancérisation des deux conjoints, sans qu'on soit en droit d'invoquer la contagion. Des observations en petit nombre ne peuvent donc l'établir.

Quelques faits plaident cependant en faveur de la contagion. Il y a des années, Haviland en Angleterre, Kolb en Allemagne, Arnaudet, Guelliot, Fiessinger en France, ont relaté la fréquence de cancers chez des habitants au voisinage de cours d'eau ou de marécages.

Behla relève dans la partie haute de la ville de Lunkau, 15 cancers sur 3.000 habitants, dans la partie basse de la même ville, 73 cancers sur 1.000 habitants. Récemment Chaton, faisant une enquête sur le cancer en Franche-Comté, est frappé de sa fréquence le long des cours d'eau, de sa rareté dans les villages élevés.

Le docteur Martin, chirurgien de l'hôpital de Constantine, nous a déclaré que jusqu'à la guerre il ne voyait, chez les indigènes, pour ainsi dire jamais de cancer dans son service, qu'au contraire depuis le retour des troupes indigènes, il en voyait un certain nombre comme s'ils avaient contracté le germe pendant leur séjour en France. Casalis de Pury, chez les Bassoutos du Sud de l'Afrique, n'avait pas vu un seul cas de cancer au cours de trente années de pratique. Quand les exploitations minières se développèrent dans leur pays, y attirant une quantité d'étrangers, on vit les cas de cancer se multiplier comme en Europe.

Toutes ces constatations ont leur intérêt; elles ne permettent toutefois pas d'affirmer la contagiosité du cancer.

L'expérimentation permet-elle de trancher la question? On aurait pu le croire en 1891 lorsque Morau a établi qu'en plaçant sous la peau d'une souris un fragment de cancer prélevé sur une autre souris, on voit se développer sur la première une tumeur cancéreuse. Mais Jensen, Bashford, Murray et Cramer, constatant que seuls les éléments néoplasiques de la greffe continuaient leur développement dans le nouvel hôte, ne virent là qu'une survivance, un bouturage de la tumeur initiale. La tumeur pousse comme le bourgeon d'un végétal greffé sur la branche d'un autre végétal de même espèce. C'est la

cellule cancéreuse greffée qui pullule. Jusqu'ici on n'a pas réussi à obtenir un cancer en inoculant du suc de tumeur dépourvu de cellules par une filtration convenable.

Seule une variété de tumeur maligne, le sarcome de la poule de Peyton Rouse peut être inoculé; on peut le transmettre en broyant le tissu néoplasique dans la solution isotonique de Ringer et en injectant le liquide après l'avoir filtré à travers des bougies de Berkefeld, qui ne laissent pas passer des éléments cellulaires. Mais il s'agit d'une tumeur très spéciale.

Lecène et Lacassagne ont, il y a quelques années, publié une très intéressante observation, c'est celle d'un étudiant qui se blessa profondément dans la paume de la main gauche avec l'aiguille d'une seringue venant de ponctionner un épanchement de lymphe collecté sous la cicatrice opératoire d'une femme amputée quinze jours auparavant pour un cancer épithélial du sein. La femme meurt de généralisation quelques mois plus tard. Deux ans après l'étudiant voit se développer au niveau de la paume de la main une tumeur sarcomateuse qui, malgré des opérations successives, entraîne la mort par généralisation. Les adversaires de la théorie infectieuse du cancer attribuent le développement de la tumeur au traumatisme. Si au lieu d'un sarcome il s'était développé un épithélioma, il est probable qu'ils auraient dit qu'il s'agissait d'une greffe comparable à celles qu'on réalise expérimentalement chez la souris.

Borrel, au contraire, est un défenseur énergique de la théorie infectieuse; il a signalé des épidémies de tumeurs cancéreuses dans certains élevages de souris, leur absence dans d'autres, ce qui lui paraît établir la contagion, hypothèse cependant contestée par d'autres auteurs, comme Lumière, qui ne voient là que le résultat de la pullulation de parasites dans des cages mal tenues occasionnant des lésions cancérisables.

Un fait toutefois n'est plus contesté aujourd'hui, c'est que des parasites peuvent jouer un rôle dans la genèse du cancer. Dès 1906, Borrel a montré qu'une variété de tumeur maligne, le sarcome du foie du rat, contenait toujours, dans son centre, un cysticerque, ce que Bulloch et Curtis ont confirmé, que dans l'adéno-carcinome mammaire de la souris, on pouvait trouver une filaire microscopique, que la présence des démodex était habituelle dans les follicules pileux des malades atteints d'épithélioma de la face. Fibiger, en 1912, a, de son côté, étudié une forme de cancer de l'estomac du rat qui est de même en rapport avec la présence d'un parasite qu'il a dénommé ganglyonema néoplasticum. Ce parasite arrive dans l'estomac du rat par l'intermédiaire de la blatte dont le rat est très friand; les embryons du parasite se trouvent dans les muscles de la blatte; le rat mange la blatte, les larves dégluties se fixent dans la région cardiaque de l'estomac, un cancer s'y développe.

Tous ces faits sont vérifiés, contrôlés, indiscutables. Le parasite joue un rôle dans la genèse du cancer. Mais comment agit-il? Est-ce par l'intermédiaire d'une irritation biochimique par le gros parasite, comme l'admettent Fibiger, Bulloch et Curtis, etc.? Est-ce parce que le parasite est le vecteur du virus inconnu du cancer, donnant à la cellule normale le caractère d'une cellule cancéreuse, comme le dit Borrel? Rien actuellement n'est définitivement établi.

Arloing et Josserand, en faisant ingérer quotidiennement à des souris des fèces de malades ayant un cancer du tube digestif, ont déterminé la production chez elles de papillomes et de cancers; ils y ont trouvé des cysticerques et le spiroptère de Fibiger; il existerait donc un parasitisme de transit chez l'homme, transit qui n'est pas inoffensif et qui est peut-être capable d'entraîner les mêmes conséquences néoplasiques que chez la souris.

Des bactéries peuvent, tout comme de gros parasites, déterminer l'éclosion de cancers. Erwin F. Smith a pu sur des végétaux obtenir d'une manière à peu près constante des cancers par l'injection de cultures pures d'une bactérie, le bactérium tumefaciens. Blumenthal croit avoir trouvé dans les néoplasmes humains une bactérie, dite néoplastique, qui, inoculée aux animaux, est suivie du développement de cancer. Il n'en conclut toutefois pas que c'est un agent spécifique. Erwin Smith et lui pensent que l'action de ces microbes est indirecte et que ce qui détermine le cancer c'est l'irritation provoquée par la présence d'un agent chimique sécrété par le microbe. Même dans les cas où l'on serait le plus tenté de croire à une origine infectieuse, les anatomo-pathologistes ne voient que le résultat d'une irritation, celle-ci étant la cause de troubles de la croissance et du métabolisme fonctionnel, *le cancer restant une maladie cellulaire, non contagieuse par conséquent.*

Il est bien certain que les *irritations locales jouent un rôle dans la genèse du cancer.*

Une question, qui a été de même très discutée, est celle de l'*hérédité* du cancer. On trouve partout citée l'histoire de Napoléon Ier qui succomba à un cancer de l'estomac, comme son frère Lucien et ses sœurs Pauline et Caroline, celle d'une famille relatée par Paul Broca où en 4 générations, 16 membres sur 32 eurent un cancer. Je pourrais multiplier les exemples, chacun de nous en possède. L'hérédité du cancer n'est cependant nullement établie. Dans les statistiques un peu importantes on voit que 14 p. 100 des malades signalent des antécédents cancéreux. Or d'une statistique anglaise récente, publiée par Bell, il ressort qu'entre quarante et cinquante ans, 1 individu sur 6 meurt de cancer, soit 16 p. 100. Il y a donc, comme le fait observer Mad. Dobrovolskaia-Zavadskaya, au moins 14 p. 100 de chances pour qu'un cancéreux ait un père ou une mère morts de cancer, si ceux-ci ont atteint ou dépassé la quarantaine.

Il était dès lors intéressant d'étudier la question expérimentalement. C'est ce qu'a fait, à Chicago, Miss Maud Slye, qui a suivi dans ce but des élevages de souris, animal dont la vie est courte et les portées fréquentes. Par des croisements répétés, d'une part entre individus de souche cancéreuse, d'autre part entre individus de souche non cancéreuse, elle est parvenue à créer des races, dont les unes ne présentaient jamais de cancer, dont les

autres avaient très souvent des cancers, avec cette particularité que les cancers ne se présentaient pas indistinctement dans tous les endroits du corps, mais qu'ils se développaient, suivant l'élevage, dans un organe ou un tissu déterminé. Il y aurait donc une prédisposition au cancer dans certains organes. Etudiant la répartition du cancer dans les descendants elle a constaté que l'hérédité de cette prédisposition se présentait avec un caractère mendélien récessif.

D'après Cockaine ce qui serait héréditaire ce n'est pas le cancer, mais la malformation sur laquelle le cancer se développe plus ou moins souvent sous l'influence de causes encore inconnues. Cette conception se rapproche de celle de Letulle qui regardait la dysembryoplasie mammaire comme un facteur congénital des cancers du sein.

Il semble certain qu'on n'hérite pas d'un cancer, comme on hérite de la syphilis. Aussi comprend-on qu'à la conférence internationale du cancer, tenue à Mohonk en septembre 1926 on ait adopté la conclusion suivante : « Le cancer lui-même n'est pas héréditaire, quoiqu'une certaine prédisposition au cancer paraisse transmissible par hérédité. Cela ne signifie pas que, parce que l'un des parents, ou les deux parents d'une personne ont eu un cancer, le cancer apparaîtra nécessairement chez cette personne ou d'autres membres de la même génération ou des générations suivantes. »

Tout le monde a entendu parler des cancers de la paroi abdominale des indigènes du Kachmir qui portent sur le ventre une chaufferette, le Kangris, les cancers de la bouche chez les indigènes qui chiquent le bétel, les cancers de la peau chez les radiologues, le cancer du scrotum chez les ramoneurs, celui de la peau chez les ouvriers maniant les sous-produits de la houille.

Le cancer de la langue, exceptionnel chez la femme, s'observe surtout chez le syphilitique du sexe masculin où à l'existence de plaques leucoplasiques vient s'ajouter l'action irritante du tabac et souvent de dents mal entretenues.

Enfin on peut reproduire par des irritations répétées le cancer expérimentalement comme l'ont établi dès 1914 deux savants japonais Yamagiwa et Itchikawa qui, en badigeonnant avec du goudron l'oreille de lapins, ont obtenu des cancers expérimentaux. Tsutsin est arrivé au même résultat sur la souris. Leurs travaux ont été confirmés par les expérimentateurs dans tous les pays.

Mais l'irritation chronique est-elle la cause du cancer ou se borne-t-elle à créer un terrain favorable au développement de celui-ci qu'une cause actuellement inconnue fait éclore?...

Les deux opinions peuvent être soutenues :

L'alimentation a-t-elle un rôle dans le développement du cancer? Il semble qu'elle puisse modifier le terrain.

Maisin en soumettant les souris, chez lesquelles il cherchait à produire un cancer par des badigeonnages au goudron, au régime carné, a augmenté notablement le nombre des tumeurs. Dubar et Delbet, en France; Slosse et Reding, en Belgique, affirment que les préparations magnésiennes renforcent les processus de défense contre le cancer. Au dire de Robinet, le pourcentage des cancers en France est moindre dans les contrées où le terrain est magnésien que dans les autres, fait infirmé par les recherches de Jules Barte, en Suisse.

D'après Letulle et Vinay, une nourriture trop riche en potasse a un rôle nocif lorsqu'elle est absorbée dans l'alimentation et elle peut l'être, car les légumes des terres chargées d'engrais azotés et phosphatés en même temps que potassiques contiennent une quantité de potasse beaucoup plus considérable que ceux cultivés sur des terrains fertilisés par les vieux procédés.

***

Y a-t-il un *traitement prophylactique* du cancer? Frappés de l'importance du rôle irritatif des parasites animaux dans la genèse du cancer, les membres du Congrès du cancer, tenu à Strasbourg en 1913, ont clos le congrès par le vote du vœu suivant : « Le Congrès attire l'attention des Pouvoirs publics sur le danger que pourrait présenter, au point de vue du développement des cancers du tube digestif, la souillure par les eaux d'égout et par les fumiers des produits maraîchers qui sont consommés crus ». Il est douteux que le public s'abstienne de manger des fraises par crainte du cancer, et si l'on remplace partout les vieux engrais par les engrais chimiques, ne va-t-on pas augmenter la quantité de potasse ingérée, ce qui, pour quelques-uns, favoriserait le développement du cancer? Est-il de même possible de demander aux gens de cesser de fumer, parce que le tabac prédispose aux cancers de la langue? Tous ces moyens ne paraissent guère pratiques. Il est cependant certains cancers que l'on peut et que l'on doit éviter, ceux des radiologistes, par exemple. On devra aussi protéger les ouvriers qui travaillent dans les sous-produits de la houille. On devra enfin chercher à supprimer, dans la mesure du possible les lésions inflammatoires chroniques qui constituent de véritables états précancéreux et enlever les tumeurs épithéliales bénignes qui peuvent, à un certain âge, se transformer en cancers.

A part ces quelques cas particuliers, les moyens de prévenir le cancer sont bien minimes; notre lutte actuellement se borne à combattre le cancer confirmé.

Nombreux sont les *traitements médicaux* que des réclames habilement faites ont lancés dans le public; il est possible qu'un jour on trouve une substance qui agira sur les cancers comme le mercure, l'arsenic, le bismuth agissent sur les lésions syphilitiques, comme les préparations iodurées sur l'actinomycose.

Le cuivre, le sélénium, le magnésium, le plomb ont été préconisés; rien n'est établi. Comme l'écrit Regaud : « Aucun des médicaments jusqu'à présent préconisés ne paraît exercer sur les tissus et les processus cancéreux un effet spécifique, »

La *chimiothérapie* du cancer n'a jusqu'ici rien donné, en dehors de quelques améliorations temporaires dans quelques cas isolés.

Peut-on obtenir mieux de la *biothérapie*? Il est certain qu'un cancer peut régresser et même guérir à la suite d'un érysipèle. Nous avons eu l'occasion de le constater, l'an dernier, chez un malade porteur d'un épithélioma de la face ayant envahi la cavité nasale. Un érysipèle, survenu après un prélèvement pour biopsie, a été suivi de la disparition des ulcérations épithéliomateuses. C'est là un cas exceptionnel et l'inoculation de streptocoques à un cancéreux dans l'espoir problématique de le guérir, semble plus dangereuse qu'utile. Coley a eu l'idée de remplacer le microbe par sa toxine; il a, en injectant un mélange de toxines de streptocoques et de prodigiosus, obtenu des succès dans des cas de sarcomes, mais il s'agit là d'une variété de cancers différente du carcinome ordinaire qui est un épithélioma.

Tous les traitements, tant biothérapiques que chimiothérapiques, ne peuvent être actuellement considérés comme réellement utiles. Leur essai fait perdre un temps précieux. En présence d'un cancer, on doit recourir le plus rapidement possible à l'ablation ou à la destruction du mal, soit en détruisant en masse la région où se trouve le cancer, soit en détruisant électivement les cellules cancéreuses par les radiations.

Autrefois, on détruisait les tumeurs par des cautérisations, fer rouge ou caustiques chimiques. La transformation de la chirurgie, à la suite de l'entrée dans la pratique de l'anesthésie, de la forcipressure et de l'antisepsie ou de l'asepsie, a fait préférer à ces moyens, l'*exérèse sanglante*. Dans ces trois dernières années, l'électro-coagulation et l'exérèse diathermique ont toutefois enlevé au bistouri un certain nombre de cas.

Quel que soit le procédé auquel on a recours, le point capital est de supprimer la totalité des cellules cancéreuses. C'est dire qu'il faut inciser à distance du néoplasme. Le passage du bistouri à travers une région où se trouvent des cellules cancéreuses est plus dangereux qu'utile. On peut voir des cancers squirrheux du sein, à évolution torpide, prendre, à la suite de ces opérations incomplètes, une marche rapide et envahir une grande étendue de la paroi thoracique, constituant la terrible maladie, dite squirrhe en cuirasse. Les cellules cancéreuses, avant l'opération, se trouvaient incluses dans du tissu fibreux, ne se développaient que difficilement, lentement; le jour où elles se sont trouvées semées dans une plaie fraiche, elles ont pullulé d'une manière incroyable; l'intervention incomplète a aggravé, d'une manière manifeste, l'état du malade.

L'idéal est d'enlever en bloc toutes les parties susceptibles d'être envahies. D'une manière habituelle, dans la variété de cancer la plus fréquente, l'épithélioma, le système lymphatique de la région contient des cellules cancéreuses, soit que celles-ci aient été transportées jusqu'au premier relais ganglionnaire par le courant lymphatique, soit qu'elles aient pénétré dans les vaisseaux par suite de leur simple pullulation, sans action du courant lymphatique, ce qu'on trouve décrit dans un certain nombre d'ouvrages français sous un nom un peu mystérieux de perméation, mot anglais voulant simplement dire en français, pénétration. Ce sur quoi a insisté Handley, auteur de cette mystérieuse perméation des auteurs français, c'est, qu'à côté du processus embolique, cellules cancéreuses entraînées par le courant de la lymphe, il y a lieu de tenir compte de leur pénétration dans le système lymphatique par simple prolifération cellulaire, cette pénétration pouvant se faire même en sens inverse du courant de la lymphe.

Le chirurgien ne doit donc pas se borner à l'ablation de la tumeur, il doit enlever dans une certaine étendue l'ensemble des lymphatiques l'entourant et même, car dans ce sens le transport à distance des cellules cancéreuses se fait assez loin, les ganglions correspondant dans lesquels les cellules arrivées par embolie sont souvent arrêtées. Toutes les fois que c'est possible, il doit enlever ces parties en bloc, de manière à être sûr de ne pas semer dans la plaie de cellules cancéreuses. Lorsqu'on opère en prenant ces précautions, on a actuellement une moyenne de 30 p. 100 de malades restant guéris après une observation de plus de trois ans. C'est le chiffre que nous avons relevé en suivant 100 de nos opérés de cancer de l'estomac; dans le cancer du rectum, nous avons même obtenu des résultats supérieurs, plus de 35 p. 100 de guérisons. On peut et l'on doit obtenir mieux. Si les résultats éloignés des interventions ne sont pas meilleurs, c'est qu'on a laissé s'étendre l'envahissement cancéreux. Walther, dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1921, l'a bien montré pour le cancer du sein :

74 p. 100 de guérisons chez les femmes opérées alors qu'il n'y a pas de ganglions appréciables dans l'aisselle.

25,5 p. 100 quand il y a des ganglions dans l'aisselle.

0 p. 100 quand il y a des ganglions dans le creux sus-claviculaire.

C'est dire que seule l'opération précoce, lorsque le cancer est encore bien localisé, peut donner couramment la guérison, point sur lequel nous aurons à revenir.

A côté des traitements chirurgicaux, prend place le *traitement du cancer par les radiations*. D'abord limité à des cancers superficiels du tégument et aux cancers inopérables, le traitement par les radiations a pris, dans ces dernières années, une place beaucoup plus considérable à la suite de la découverte du radium et des améliorations apportées aux ampoules génératrices de rayons X qui aujourd'hui marchent sous une puissance de 200.000 volts. Au début, on ne s'était attaqué qu'à des lésions superficielles, aujourd'hui on détruit avec les rayons des cancers situés dans la profondeur des tissus. Ce qui a permis de tuer les cellules cancéreuses tout en ménageant celles des tissus normaux au milieu desquels elles se trouvent, c'est que les cellules ne présentent pas toutes la même résistance à l'action des rayons. Alors que les tissus conjonctifs, musculaires, nerveux, vasculaires sont, comme l'on dit, radio-résistants ; d'autres, comme le testicule, l'ovaire sont très radiosensibles. Les cellules cancé-

reuses se rapprochent, au point de vue de la radiosensibilité, des cellules de ces derniers organes. Il existe même, entre les tumeurs malignes des différences, comme l'a établi, dès 1900, Dominici qui a montré qu'elles sont d'autant plus sensibles que leur structure se rapproche davantage de l'état embryonnaire, état caractérisé par le défaut de différenciation des cellules et la prédominance de la masse des noyaux sur celle du protoplasma, ce qui correspond à la loi générale de Bergonié et Tribondeau : « L'action des radiations est d'autant plus intense que les cellules ont une activité reproductrice plus grande, un devenir caryokinétique plus long, une morphologie et des fonctions moins définitivement fixées. »

Enfin Régaud, dans le même ordre d'idées, a montré que dans la vie d'une même cellule, il y a des moments où elle est plus sensible, ceux où elle se divise par exemple.

Comme les cellules cancéreuses ont un pouvoir de croissance illimité, on comprend qu'elles soient parmi les plus vulnérables. Il y a toutefois entre elles, nous le répétons, de grandes différences. Les épithéliomas pavimenteux sont bien plus sensibles que les cylindriques. Aussi les premiers sont-ils plus justiciables que les seconds d'un traitement par les radiations.

Pratiquement il faut administrer une quantité de rayons suffisante pour tuer les cellules cancéreuses et inférieure à la dose mortelle pour les tissus normaux. Il est nécessaire de connaître les doses suffisantes pour mener à bien le traitement. Un médecin, qui penserait que pour guérir un cancer il suffit de louer à une banque un tube de radium et de l'appliquer sur la partie malade, a de grandes chances de nuire à son patient. S'il laisse le radium en place trop longtemps, il s'expose à causer des brûlures ; s'il le laisse trop peu de temps, bien loin de détruire les cellules cancéreuses, il les excite, aggrave les lésions et de plus rend les cellules plus radio-résistantes, ce qui fait qu'un traitement ultérieur, même bien dirigé, ne donnera souvent aucun résultat ; une application insuffisante a rendu le malade incurable.

Les rayons émis par une ampoule de Röntgen, tout comme ceux émanés d'un tube de radium, sont de nature différente ; il y en a qui ont un grand pouvoir de pénétration, beaucoup plus grand que d'autres. Ce sont les premiers seuls qu'il faut employer, faute de quoi les parties profondes de la tumeur ne recevraient qu'une quantité minime de rayons, alors que les parties superficielles en recevraient une quantité considérable.

Dans ce but, on filtre les rayons, en plaçant sur leur trajet des plaques métalliques qui en arrêtent la plus grande partie et ne laissent passer, comme disait Dominici, qui a eu le premier l'idée de ces filtrages, que les rayons ultra-pénétrants.

Un autre point encore important à connaître, c'est la nécessité d'irradier également toutes les parties de la tumeur. L'intensité des radiations varie en raison inverse du carré des distances. De là la nécessité d'avoir des foyers multiples, à des distances égales, résultat qu'on obtient par la radiumpuncture qui permet au moyen d'aiguilles de porter le radium dans la profondeur des tissus et de multiplier les centres d'irradiation.

Dans ces dernières années, on a eu recours, pour certains cancers, à une combinaison de la chirurgie et du radium, créant chirurgicalement des voies d'accès, rendant accessibles des cancers, au niveau desquels on peut alors faire des applications correctes de radium.

Je pourrais m'étendre longuement sur ces traitements par les radiations qui, contrairement à ce qu'on croyait au début, sont complexes et nécessitent des connaissances étendues. Je ne veux pas abuser de votre attention et prolonger cette conférence déjà trop longue.

Qu'il me suffise de vous dire qu'actuellement, pour certains cancers, les traitements par les radiations doivent prendre la place des exérèses chirurgicales. Tel le cancer du col de l'utérus ; au début je ne recourais au traitement curiethérapique que dans les cas inopérables, aujourd'hui je n'opère plus le cancer du col, je les traite tous par la curiethérapie. Dans le cancer de la langue, si j'enlève encore chirurgicalement les adénopathies cervicales néoplasiques, je traite par l'acupuncture radifère la lésion linguale initiale, etc.

De grands progrès ont été faits, d'autres sont encore à faire. Mais comme les traitements purement chirurgicaux, les radiations ne donneront de résultats que si elles sont employées précocement,

*
* *

Le nombre des guérisons ira progressivement croissant si l'on traite les cancers de bonne heure. A ce point de vue les *ligues anticancéreuses*, créées aujourd'hui dans presque tous les pays, ont déjà rendu de grands services. Il faut, au lieu de cacher les cancers, parler de cette terrible maladie, il faut faire ce qui a été fait pour la tuberculose, reconnaître de bonne heure la maladie et la traiter immédiatement, sans s'attarder à des applications de pommades, à des traitements médicaux illusoires, qui font perdre un temps précieux.

Deux raisons font qu'actuellement encore les cancers sont en général trop tardivement traités, l'une c'est que le cancer au début est indolent, l'autre, c'est la crainte de l'opération. Bien des femmes s'inquiètent lorsqu'elles ressentent des douleurs dans le sein, alors qu'elles n'ont qu'un peu de mammite chronique sans gravité ; elles négligent au contraire un noyau induré mais indolent qui souvent correspond à un cancer au début.

En présence d'une tumeur qui ne le fait pas souffrir le malade se dit qu'il peut attendre, qu'il se décidera dès que la situation deviendra plus sérieuse. Et pendant ce temps le cancer gagne de proche en proche.

Il faut que les idées changent, il faut que les malades sachent que le cancer est guérissable, mais que pour être guéri, il doit être traité à temps.

A cet égard des affiches, comme celles qu'a fait faire la Ligue française contre le cancer, des tracts mentionnant sous une forme claire les signes de

début des principaux cancers, doivent être répandus dans le public non médical.

Malades, méfiez-vous des indurations indolores du sein, de tout suintement et de toute perte de sang anormale, des ulcérations persistantes de la langue ou des lèvres, des petites tumeurs cutanées qui augmentent ou s'ulcèrent, des troubles digestifs persistants surtout quand ils s'accompagnent d'amaigrissement, de l'apparition, après quarante ans, d'une constipation quand les gardes-robes étaient auparavant normales.

Dans tous ces cas faites-vous examiner.

Cette campagne ne produira toutefois des résultats que si les médecins s'y associent. Il serait même utile que les dentistes, les sages-femmes, les infirmières, les surveillantes d'usine soient au courant des signes de début des divers cancers et conseillent aux malades de consulter immédiatement leur médecin dès que ces signes apparaissent.

Il serait bon aussi que, dans l'enseignement médical, au lieu de s'attarder longuement, comme on le fait généralement dans les traités de pathologie, sur les signes du cancer confirmé, sur les complications qui peuvent survenir, on insiste sur les signes de début. C'est ce qui a été fait dans une petite brochure de propagande, due à la collaboration d'une série d'auteurs spécialement qualifiés et que nous avons publiée sous le titre de « Diagnostic des principaux cancers. »

Avec l'aide des ligues, du corps médical et des membres des professions para-médicales, on arrivera à dépister de bonne heure les cancers et l'on augmentera le nombre des guérisons, le cancer étant, nous le répétons une fois de plus, une maladie locale au début et par conséquent curable.

Il suffira dès lors d'avoir pour le traiter des centres bien outillés en matériel et en personnel. C'est ce qu'a réalisé en France un ministre très au courant des questions sociales, M. Strauss qui, à l'instigation de son ami, le très regretté professeur Bergonié, a institué des centres anticancéreux. Ces centres doivent posséder des appareils de radiothérapie profonde fonctionnant à 200.000 volts et une dotation de 500 milligrammes de radium au minimum.

Ce matériel est nécessaire, mais il n'est pas suffisant. Il faut pour que le centre constitué ait un rendement utile, que les hommes qui le dirigent aient la compétence nécessaire. Un homme unique ne suffit pas. Clinicien, chirurgien, anatomo-pathologiste, spécialiste de la radiothérapie et de la curiethérapie doivent être associés et travailler en équipe. Il est même bon que de temps en temps on puisse faire appel à un physicien. Le directeur du centre peut, suivant les cas, être l'un ou l'autre des spécialistes appartenant au centre. Ce qui est capital, « c'est, comme l'a fort bien dit Bergonié, qu'il y ait une bonne entente entre tous, une symbiose étroite, pour que les malades du centre bénéficient le mieux des moyens que l'on aura rassemblés pour eux ». Afin d'assurer cette réunion de plusieurs spécialistes, les centres anticancéreux ont été en France créés presque tous dans des villes de Faculté, quelques-uns dans des villes où se trouvaient des Ecoles de Médecine, seuls endroits où l'on peut trouver associées et travaillant de concert les compétences nécessaires.

En entrant dans cette voie, avec l'aide des ligues actuellement constituées, on peut espérer abaisser la mortalité et arriver pour le cancer, comme on est arrivé pour la tuberculose, à guérir un très grand nombre de malades qui actuellement succombent parce que le mal a été reconnu trop tard et qu'on n'a pas fait le traitement approprié.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1931)

Diabète insipide, syphilis et allassothérapie. — MM. Sézary, Lichtwitz et Benoist rapportent une observation de diabète insipide chez une femme syphilitique, au cours duquel la polyurie disparut successivement sous l'influence d'injections d'extrait hypophysaire, d'extrait [illegible], de lait, de cocaïne, de bismuth. Chacun de ces traitements n'eut qu'une action transitoire. Il semble bien qu'ils ont tous agi par un changement des conditions biologiques générales de l'organisme selon un processus thérapeutique qu'on peut retrouver au cours du traitement de nombreuses maladies et auquel M. Sézary a donné en 1927 le nom d'allassothérapie.

Sur l'importance de l'intoxication mercurielle chronique chez les employés des tirs forains. — MM. R. Garcin, J. Christophe, A. Bocage et Hélion, à l'occasion de plusieurs malades atteints de formes sérieuses de tremblement mercuriel, insistent sur cette étiologie très spéciale qu'il leur a été donné d'observer. Ces auteurs insistent sur les autres stigmates de l'intoxication mercurielle chez les employés des tirs forains (gingivite, diarrhée dysentériforme, rhinite congestive), de même que sur le dédorage des alliances, des colliers, autant de signes qui leur ont ici permis de dépister la nature exacte des accidents.

Ils croient faire œuvre utile en signalant à nouveau cette cause d'intoxication car les séquelles nerveuses ont un pronostic sérieux. Une meilleure ventilation des stands s'impose pour diminuer les sources d'intoxication.

Essai de pathogénie de l'hydrémie insulinique. — M. G.-R. Doré (de Brest) a suivi sept mois et demi un diabétique acidosique et traité par 30 unités seulement d'insuline. Il insiste sur la discordance entre la stabilité du taux urinaire et les œdèmes dus ou non à l'insuline.

Pleurésie purulente à pasteurella. — MM. Rimbaud et Lisbonne (de Montpellier).

Poussées leucocytaires chez un radiologue. — M. Aubertin. A propos de l'observation d'un manipulateur de radiologie qui présenta plusieurs poussées leucocytaires, l'auteur rappelle la relative fréquence de la leucémie chez les radiologues. Le fait rapporté est le premier qui puisse faire penser à un état de leucocytose chronique par hyperfonctionnement médullaire.

Réticulo-endothélio-sarcomes secondaires à une plaie infectée. — MM. Coste, Ehrenschmitt et Foulon rapportent l'observation d'un homme de cinquante-sept ans chez lequel apparurent, successivement, deux tuméfactions déve-

loppées sur le trajet lymphatique d'une plaie infectée du médius gauche. On pratiqua l'ablation d'abord de la tumeur sus-épitrochléenne, puis de la tumeur axillaire. Dans l'intervalle qui sépara les deux interventions apparut un vitiligo généralisé.

L'examen histologique des pièces montra qu'il s'agissait de réticulo-endothélio-sarcomes. Ils invoquent, pour expliquer l'apparition du vitiligo, des troubles sympathiques qui pourraient être en relation avec une excitation du plexus solaire par une tumeur du côlon qu'un examen radiologique récent permit de déceler chez leur malade.

Traitement de l'asthme par l'anesthésie générale. — MM. Jean Troisier et Yves Boquien proposent de traiter les asthmatiques graves, rebelles à la thérapeutique courante, par l'anesthésie générale au mélange de Schleich. L'état de mal asthmatique disparut immédiatement, et le malade est resté guéri pendant plusieurs mois.

Grand éthylisme, cirrhose du foie, lithiase vésiculaire. — M. Dufour, après avoir procédé à de nombreuses autopsies de cirrhose éthylique, a eu l'attention attirée sur l'absence de calculs biliaires dans les vésicules des cirrhotiques, de même que sur l'absence de coliques hépatiques lithiasiques chez ces malades grands éthyliques.

L'auteur pense que l'alcool étant un solvant de la cholestérine, celle-ci éprouve une difficulté plus grande à constituer des calculs chez les grands éthyliques que chez les sujets.

(Séance du 27 février 1931)

Erythromélie de Pick-Herxheimer et paraspasme facial bilatéral. — MM. F. Rathery et J. Sigwald présentent une malade atteinte de deux affections chroniques dissemblables, mais rares l'une et l'autre. Ils ont fait chez elle diverses recherches pour en élucider la pathogénie. L'augmentation des chronaxies dans les muscles qui correspondent à la distribution des lésions cutanées est pour eux un argument important en faveur de l'origine sympathique de cette affection.

Amélioration d'un cas d'érythromélie par la diélectrolyse (ou ionisation) transcérébrale de magnésium (malade présentée par MM. Rathery et Sigwald). — MM. Bourguignon et Eliopoulos.

Evolution de la chronaxie. Action générale de la diélectrolyse transcérébrale sur la courbe oscillométrique. — MM. Bourguignon et Eliopoulos.

Œdème angioneurotique et crises solaires. Etude de la circulation artério-capillaire. — M. Laubry, Mlle Brosse et M. van Bogaert.

Un nouveau cas d'encéphalite varicelleuse. — M. Gautier (de Genève). Rapporteur : M. Debré.

Tremblement mercuriel chez une tenancière de tir. — M. Paraf, à propos de la récente communication de M. Garcin, rappelle qu'il lui a été donné d'observer avec Sicard une malade, tenancière d'un tir, présentant un tremblement généralisé, surtout marqué aux lèvres et à la langue, simulant la paralysie générale. Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien infirmèrent ce diagnostic. Après deux mois d'hospitalisation, le tremblement disparut pour réapparaître quelque temps après accompagné d'une stomatite mercurielle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1931)

Maladie d'Oppenheim : constatations anatomo-pathologiques. — MM. DEHERRIPON et DELATTRE. Enfant de onze mois et demi, envoyée avec diagnostic de rachitisme. Intégrité du squelette, mais flaccidité des membres, laxité articulaire, absence de réflexes, pas de réaction de dégénérescence.

Mort quatre mois plus tard, par broncho-pneumonie intercurrente. Autopsie, examen histologique : sclérose musculaire; altération profonde des glandes endocrines, notamment du corps thyroïde; modifications cérébrales.

Les auteurs insistent sur la rareté des observations cliniques et surtout des constatations histologiques.

Absence congénitale du péroné (avec présentation de photographies et de radiographies). M. BILLET a eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'absence congénitale du péroné, malformation qui n'est pas absolument exceptionnelle et qui s'accompagne, par ailleurs, très souvent, d'autres difformités des pieds et des mains. Le sujet, qu'il présente, est un enfant de quatre ans, qu'il a suivi et traité depuis sa naissance.

Par des manœuvres de massage et de redressement d'abord par une arthrodèse modelante de l'articulation tibio-tarsienne suivie d'une immobilisation de quelques mois, l'enfant est actuellement pratiquement guéri. Il marche très correctement avec un appareil orthopédique destiné surtout à compenser le raccourcissement congénital des membres et accessoirement à maintenir le pied dans son axe normal.

Un curieux cas d'usure du cuir chevelu du fœtus au cours d'un travail long. — MM. FAVREAU, KLEIN et LE DOURNEUF. Un enfant extrait par césarienne basse suprasymphysaire à la suite d'un travail de trente heures dont quinze après la rupture des membres, présente au niveau du pariétal postérieur une solution de continuité de 2 centimètres due aux pressions subies par le cuir chevelu entre le pariétal et le promontoire maternel.

Il est naturel de supposer qu'une pareille solution de continuité s'est produite au niveau du S. I. de l'utérus.

Ces lésions expliquent le mécanisme des ruptures utérines ultérieures : la contraction quelquefois violente, un obstacle (le bassin) et un segment inférieur usé.

Aux grossesses suivantes, la femme devra être césarisée dès le début du travail.

Abcès du foie d'origine appendiculaire. — MM. CAMELOT, COURTY et Mlle SENELARD. Femme de dix-neuf ans, entrée à l'hôpital en pleine péritonite appendiculaire : intervention, guérison des accidents menaçants. Mais, trois semaines plus tard, fièvre à grandes oscillations, amaigrissement, subictère, douleur dans l'hypochondre droit, polynucléose. On pense à une hépatite suppurée : pronostic grave. A l'autopsie, abcès unique du foie, gros comme le poing, au niveau de la face convexe.

Les auteurs insistent sur la rareté de l'abcès solitaire, sur les éléments du diagnostic et sur la gravité du pronostic.

Radiologie de l'estomac et du duodénum, par F. RAMOND et C. JACQUELIN. Deuxième édition. In-8 de 210 pages et 167 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, N. Maloine.

La Science et le bonheur (longévité et immortalité par les vibrations), par G. LAKHOVSKY. In-16 grand jésus de x-276 pages avec 36 figures dans le texte. — Prix : 25 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES HÉMIPLÉGIES[1]

2. **Hémiplégie infantile.** — Atrophie, raccourcissement.

Fréquence des mouvements anormaux : hémichorée, hémiathétose.

Intelligence souvent déficiente.

3. **Syndrome pseudo-bulbaire.** — Ictus successifs,
— Démarche à petits pas,
— Facies inexpressif,
— Rire et pleurer spasmodiques.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Est ordinairement facile.

1° **A la période de coma.** — Il faut, au cours d'un coma profond entraînant une flaccidité musculaire très marquée, savoir extérioriser les signes d'hémiplégie et éliminer les comas toxiques du diabétique, de l'urémique, tout en sachant que l'hémiplégie est possible chez de tels malades. Il ne faut pas non plus conclure à un coma toxique, sous prétexte que l'on trouve un louche d'albumine ou du sucre, ce qui est fréquent dans toutes les apoplexies.

2° **Hémiplégie constituée.** — *a.* **Hémiplégie hystérique.** — C'est généralement à propos de l'hémiplégie flasque que se pose la question de l'*hémiplégie hystérique*. En dehors de la notion d'un terrain particulier et du facteur psychique causal, il faudra surtout s'appuyer sur :

1. *Le caractère passif* des troubles moteurs et sensitifs; l'absence habituelle de paralysie faciale.

2. *L'absence de signes d'organicité* :
— Cutanés plantaires en flexion,
— Réflexes tendineux normaux,
— Signe du peaucier absent.

3. L'*hémiplégie hystérique* peut être reproduite par la volonté.

Evolution capricieuse. Guérison brusque.

Mais possibilité de *formes hystéro-organiques*.

b. **Hémi-Parkinson.** — Un examen vraiment superficiel risque, dans quelques cas, de faire porter le diagnostic d'hémiplégie par lésion pyramidale dans le cas de contracture extrapyramidale de forme hémiplégique (hémi Parkinson). Cette contracture a des caractères bien différents :

1° Sa plasticité bien particulière avec ses réflexes de posture;

2° L'absence d'exagération des réflexes tendineux et du signe de Babinski.

De même un syndrome pseudo-bulbaire peut être lié à des lésions extrapyramidales.

Mais dans la plupart des cas le diagnostic d'hémiplégie reste facile et les difficultés commencent quand il s'agit de situer la lésion et d'établir un diagnostic causal.

DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

Peut aider beaucoup le diagnostic étiologique.

A. **Lésions hémisphériques.** — Sont les plus fréquentes et il faut différencier l'hémiplégie corticale de l'hémiplégie capsulaire.

1. **Hémiplégie corticale** ou mieux cortico-sous-corticale.

Hémiplégie non proportionnelle prédominant le plus souvent sur le membre supérieur.

Troubles sensitifs fréquents.

Parfois crises d'épilepsie jacksonienne.

Peut s'associer à des phénomènes d'apraxie ou d'hémianopsie.

Quand la lésion *siège à gauche*, l'aphasie est de règle, mais elle a toujours un caractère prédominant d'*aphasie sensorielle*.

A cette hémiplégie corticale, il faut opposer :

2° **L'hémiplégie capsulaire.** — 1. Elle est proportionnelle : l'atteinte du membre inférieur y est aussi marquée que celle du membre supérieur.

2. Elle est pure : les phénomènes d'hémianesthésie, d'hémianopsie manquent généralement.

3. Quand il existe des troubles aphasiques, ils prennent l'aspect, soit de l'anarthrie, soit de l'aphasie de Broca à prédominance d'anarthrie.

3° Parmi les lésions intéressant la région des noyaux gris centraux, nous nous bornerons à signaler le syndrome thalamique.

Ici, contrairement aux types précédents :

a. L'HÉMIPLÉGIE EST FRUSTE;

b. Ce qui domine, ce sont :

1° *Les troubles sensitifs* :

Troubles subjectifs : douleurs.

Troubles objectifs : hémianesthésie, surtout hémiastéréognosie.

2° *Hémi-ataxie.*

3° *Hémichoréoathétose.*

B. **Lésions de l'axe bulbo-pédonculo-protubérantiel.** — Caractérisées par :

1° La possibilité dans certaines localisations des troubles cérébelleux;

2° Mais surtout la symptomatologie s'enrichit de paralysies directes de nerfs craniens alors que l'hémiplégie est croisée, d'où *syndromes alternes* de grosse valeur localisatrice.

a. SYNDROMES PÉDONCULAIRES. — a. *Syndrome de Veber* le plus typique.

Paralysie directe du III, hémiplégie croisée complète, intéressant le facial dans les mêmes proportions que dans l'hémiplégie cérébrale.

b. *Syndrome de Foville supérieur.* — Paralysie croisée de latéralité du regard par atteinte des fibres oculo et céphalogyres.

c. *Syndrome de la calotte pédonculaire.* — Les lésions de la calotte associées ou isolées peuvent réaliser avec l'atteinte directe du III :
— Une hémiplégie sensitive croisée;
— Une hémiplégie cérébelleuse croisée.

b. SYNDROMES PROTUBÉRANTIELS. — 1° *Syndrome de Millard-Gübler* :

Le plus caractéristique;

Paralysie faciale périphérique;

Paralysie croisée des membres.

2° Mais l'atteinte du VII peut être remplacée par une lésion plus haute du V ou du VI.

3° Il peut s'y ajouter un syndrome de *Foville protubérantiel.*

4° Quand à ces lésions s'ajoutent :

— Un hémisyndrome cérébelleux direct (syndrome de Bénédickt inférieur).

— Une hémianesthésie du côté de la paralysie des membres ou, à un tableau complexe, le *syndrome de Raymond Cestan.*

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 20, p. 390.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les thromboses cardiaques, par M. Pierre Dupire
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
NÉCROLOGIE
Albert Widiez (1898-1931), par M. L. Babonneix.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Vacances de Pâques*, — Du dimanche 29 mars au dimanche 12 avril inclus.

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 13 avril.

Bibliothèque : la bibliothèque sera fermée pendant les vacances.

Secrétariat : le secrétariat sera fermé du samedi 4 avril inclus au mardi 7 avril. En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les jours, aux heures habituelles.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Tours. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de la chaire de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira, le vendredi 23 octobre 1931, devant la Faculte de pharmacie de l'Université de Paris.

L'arrêté du 25 février 1931, fixant ledit concours devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est rapporté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Enquête sur le B. C. G. — La Commission du B. C. G. prie instamment les médecins, les sages-femmes et les vétérinaires qui ont pratiqué la vaccination par le B. C. G. de vouloir bien lui faire connaître, *s'ils sont encore inédits*, les faits *favorables* ou *défavorables* à la méthode qu'ils ont observés et demande que ces documents soient aussi complets et explicites que possible.

Prière de les envoyer au Secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte, avant le 30 avril.

UNIVERSITÉ DE LIÉGE. — M. le professeur François Henrijean, le très éminent professeur à la Faculté de médecine de Liége, vient d'être, sur sa demande, déclaré émérite. Il continuera son enseignement jusqu'à la fin de l'année scolaire, puis se consacrera aux travaux de laboratoire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Notre éminent confrère M. Cortezo, ancien président de l'Académie Royale de médecine d'Espagne, président du Conseil d'Etat, et ancien ministre, vient de recevoir de S. M. le roi d'Espagne, l'ordre de la Toison d'or.

C'est la première fois, croyons-nous, que cette très haute distinction est conférée à un médecin, et nous nous réjouissons de pouvoir adresser nos félicitations à M. Cortezo qui dirige avec tant d'autorité le grand périodique médical espagnol *El Siglo Medico*, et qui est président d'honneur de la Fédération de la presse médicale latine.

XXIVe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES. — Le conseil de direction des V. E. M. s'est réuni à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la présidence du professeur Desgrez.

Le Conseil s'est ému du nombre croissant de voyages médico-touristiques suscités par le grand succès des V. E. M., et de l'inquiétude qu'il provoque de la part des stations, en raison du dérangement et des frais occasionnés.

Aussi a-t-il été décidé de prévenir les stations que le grand V. E. M. (créé par Landouzy et Carron de la Carrière, repris depuis la guerre par les professeurs Carnot, Rathery et Villaret, et qui est actuellement organisé chaque année par les professeurs d'hydrologie des régions visitées) ne saurait avoir lieu que si d'autres voyages, visitant les mêmes stations, ne risquaient pas d'en compromettre l'effet moral.

Sur ces bases d'exclusivité régionale, le XXIVe V. E. M. est prévu dans le Sud-Ouest, de Royan à Capvern, aux stations de la côte et des Pyrénées Occidentales, du 28 août au 11 septembre.

Il sera dirigé par les professeurs Carnot et Villaret, et organisé par les professeurs Sellier (de Bordeaux) et Serr (de Toulouse), chacun pour leur région universitaire.

Le programme détaillé et les conditions du voyage seront publiés dans les journaux médicaux aux environs de Pâques.

FÉDÉRATION RÉGIONALISTE FRANÇAISE [54, rue de Seine, Paris (VIe)]. — La Journée d'études de la Fédération

régionaliste française sera consacrée le samedi 21 mars, à 16 h. 30 et à 20 h. 30, 54, rue de Seine (VIe), à la question suivante : Pathologie régionale (maladies spéciales des gens, des animaux et des végétaux suivant les régions), sous la présidence de M. du Maroussem, président du Comité de la F. R. F.

Rapporteur général : docteur Foveau de Courmelles.

Rapporteurs particuliers :

Docteur R. Charpentier : Physiologie et pathologie régionales. — Docteur Pierre Caillard : Le goitre endémique. — Docteur Jules Regnault : Influence du sol, magnétisme et radiations. — M. Charles Cadeat, médecin vétérinaire : Le sol et les animaux. — Docteur Jean Séval : L'alimentation. — M. Th. Stéphanopoli, chef de laboratoire clinique : la croissance du cancer, des conditions de milieu. — Docteur Lakhovski, etc.

LE BANQUET DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — Le banquet annuel de la Société des chirurgiens de Paris a eu lieu le mardi 10 mars 1931, au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique.

Parmi les notabilités qui y assistaient nous citerons : MM. Séguy, directeur de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, remplaçant le Préfet de la Seine, empêché; le médecin général inspecteur Cadiot, directeur du Service de santé du G. M. P.; le médecin général Oudard, directeur du Service de santé de la marine; le médecin général Rouvillois, directeur du Val-de-Grâce ; le professeur Lenormant, président de la Société nationale de chirurgie; le docteur Briquet, député de l'Eure; le docteur Lobligeois, président de la Société de médecine de Paris, conseiller municipal de Paris; Féret du Longbois, chef du cabinet du ministre de la Santé publique; les docteurs Doin, Coelho, Vaccaro; de nombreuses personnalités des grands laboratoires de produits pharmaceutiques, etc.

Des discours ont été prononcés par le docteur Barbarin, président de la Société des chirurgiens de Paris ; par le docteur Charles Buizard, secrétaire général, qui a montré que la Société des chirurgiens de Paris conserve les traditions léguées par l'ancien collège des chirurgiens de Paris et par l'Académie royale de chirurgie; et par M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique, qui a dit, avec éloquence, toute l'importance du rôle des chirurgiens et en particulier a montré l'intérêt qu'il attachait à l'œuvre d'expansion scientifique que poursuit à l'étranger la Société des chirurgiens de Paris.

RÉUNION D'ORTHOPÉDIE ET DE CHIRURGIE DE L'APPAREIL MOTEUR DE BORDEAUX. — La prochaine séance de la Réunion d'orthopédie et de l'appareil moteur de Bordeaux aura lieu le jeudi 26 mars, à 17 h., à la maison Demons.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres, pour les fonctions de médecin inspecteur départemental d'hygiène adjoint, chargé spécialement des dispensaires d'hygiène sociale, section tuberculose, aura lieu à Paris, au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, dans la deuxième quinzaine d'avril.

Prière de s'inscrire à la préfecture de la Seine-Inférieure, inspection des services d'hygiène, avant le 10 avril.

— Un concours sur titres et sur épreuves, pour la nomination de deux médecins inspecteurs d'hygiène du département de l'Hérault, sera ouvert à la Préfecture de l'Hérault du 7 au 9 mai 1931 inclus.

Pour tous renseignements concernant la composition du dossier réglementaire et les épreuves, s'adresser à M. le Préfet de l'Hérault (Cabinet).

AVIS DE VACANCE. — Le poste de directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège) est vacant, par suite du départ de M. le docteur Carbillet, appelé à un autre poste.

— Le poste de médecin chef de service de l'asile privé faisant fonctions d'asile public de Pontorson (Manche) est vacant, par suite du départ de M. le docteur Dupont appelé à un autre poste.

Albert WIDIEZ

(1898-1931)

> Le jeune homme s'en est allé, mais non sans avoir aimé quelques âmes... J'ai été du nombre, et je m'en souviendrai toujours.
>
> LAMARTINE. Préface des *Recueillements*.

J'avais eu le bonheur, en 1928, de l'avoir comme interne. L'année terminée, il m'annonçait son intention de s'installer en province. De tout cœur, je le félicitais. Aussi bien étais-je sans crainte à son sujet. Instruit, d'une remarquable maturité d'esprit, d'une parfaite douceur, fin psychologue, ne possédait-il pas toutes les qualités qui assurent le succès?

Et voilà que brutalement, à la veille de quitter Paris, il tombe malade. Adieu, les projets d'avenir! Il ne faut plus songer qu'à se soigner. Alors commence pour lui un long calvaire. Vainement, se berce-t-il de l'espérance qu'il pourra, plus tard, mener une vie au ralenti. Vainement, s'arme-t-il de patience. L'une à l'autre s'enchaînent les désillusions. Malgré le repos, malgré les meilleurs soins, malgré les interventions les plus pénibles, son état s'aggrave progressivement. Le 12 mars, il succombait dans sa trente-troisième année.

Que de regrets ne laisse-t-il pas à ceux qui l'ont connu! Discret, courtois, affable, il ne pouvait passer en quelque endroit sans éveiller les sympathies. Et comment ne seraient-elles pas allées, d'emblée, à ce grand silencieux, « plus habile à faire qu'à parler », à ce collaborateur délicieux, à ce modèle de conscience professionnelle? Comment, lorsqu'il était arrivé à vaincre sa timidité, et qu'on l'entendait parler avec autant de bonheur de littérature que de médecine, ne l'aurait-on pas, lui aussi, défini « une de ces « natures studieuses, sérieuses, recueillies en elles-mêmes, « qui ne montrent rien au dehors, qui se contentent, comme « l'écrin, de contenir des choses exquises, et qui ne se révè- « lent ce qu'elles sont qu'involontairement et par hasard? »

Des regrets, mais aussi un enseignement. Albert Widiez a beaucoup souffert. Il a fait couler les larmes des siens. Il est mort dans la fleur de l'âge. Heureux ceux qui aspirent à l'honneur de souffrir! Leur épreuve n'aura qu'un temps. Heureux ceux qui pleurent, parce qu'ils seront consolés! Heureuses, les âmes prédestinées auxquelles, avant le soir, le divin Maître a dit : « Et, maintenant, passons sur l'autre rive! »

L. BABONNEIX.

LIVRES NOUVEAUX

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1), par le professeur P. Carnot.

Le professeur P. Carnot, maître à la science souriante, a eu la bonne idée de rassembler en un beau volume, publié chez Baillière, quelques unes de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu. Nous les avions lues dans les journaux, mais notre plaisir n'a pas été moindre de les retrouver groupées et de les savourer à Paris. Voici sa leçon inaugurale sur la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Sous nos yeux défilent Trousseau, Grisolle, Béhier, G. Sée, Dieulafoy, et, surtout, Gilbert. Singulière destinée, à y bien penser, que celle de cet homme auquel la nature avait refusé les moyens physiques, qui n'avait ni la taille avantageuse, ni la voix grandiloquente de tel de ses prédécesseurs, qui, tel Villemain, « se faisait entendre à force de se faire écouter », dont la santé a toujours été médiocre, et dont, pourtant, l'intelligence exerça, sur la médecine de son temps, une si prestigieuse influence, contribua tant au rayonnement de la science française! Viennent ensuite diverses cliniques, consacrées pour la plupart aux affections des voies digestives : cancer de l'œsophage, sténoses médio-gastriques, lésions de l'estomac, sténoses lentes de l'intestin grêle, appendicite, etc., quelques-unes aux affections du système nerveux, basedowisme, méningite cérébro-spinale, acromégalie, tuberculome thalamique. Un exposé précis, une discussion serrée de toutes les données du problème, qu'elles soient empruntées au laboratoire ou à la clinique, conduisent le lecteur, par des sentiers fleuris, au diagnostic et au traitement. Méthodes essentiellement « gilbertiennes » et dont on voit les heureux résultats en méditant, une à une, les très intéressantes leçons du professeur Carnot. L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 343 p. — Prix : 64 fr. — Paris 1930, J.-B. Baillière.

Les affections des voies digestives dans la première enfance (1), par A.-B. Marfan.

Parue en août 1922, la première édition de ce classique ouvrage a été rapidement épuisée, et il a fallu songer à une seconde. L'auteur allait-il se contenter de reproduire son texte sans changement important? Ce serait bien mal le connaître. Avec son habituelle conscience, avec sa puissance de travail, avec cette fougue juvénile que nous apprécions tant, à la Société de pédiatrie, toutes les fois que l'on vient à discuter une question qui l'intéresse, il se remet à la tâche. Comme un néophyte, il se plonge dans l'étude de la chimie biologique, cette science de plus en plus complexe, mais de plus en plus indispensable au médecin d'enfants. Il lit tout ce qui paraît. Ainsi il a pu nous donner un ouvrage où se marient harmonieusement bibliographie et expérience personnelle. Et quelle expérience! Ne porte-t-elle pas sur quarante ans de pratique hospitalière? *Grande mortalis ævi spatium.* Ne lui donne-t-elle pas le droit de dire : « J'ai observé sans parti pris »? Ne nous autorise-t-elle pas à féliciter respectueusement cet aîné qui, par son culte désintéressé de la science, son enthousiasme pour l'étude, son admirable conscience, donne à ses cadets un si grand exemple? L. BABONNEIX.

(1) Deuxième édition, Paris 1930, in-8 de 735 p.

Les cures thermales et climatiques chez les enfants [Bibliothèque de pathologie infantile (1)], par les docteurs Maurice VILLARET et F. SAINT-GIRONS.

Dans ce bref volume les auteurs ont rassemblé les notions, partout éparses et difficiles à réunir, qui gouvernent dans le domaine de la pédiatrie les traitements hydrominéraux et climatiques. Les auteurs se sont volontairement bornés aux stations françaises; la matière n'en est d'ailleurs pas moins riche tant notre territoire est favorisé au point de vue thermal et riche en climats différents. C'est à l'analyse de toutes ces ressources et à l'exposé des diverses méthodes qu'est consacrée la première partie de l'ouvrage; la seconde en étudie les indications et les conditions d'application par rapport au passé pathologique des malades ou à leurs caractéristiques physiologiques. Le tout se trouve enfin condensé dans un lexique formulaire alphabétique des nombreuses stations étudiées, index précieux au praticien que viennent consulter sur l'emploi de leur été et le choix d'une villégiature des parents prévoyants et qui pardonneraient difficilement par la suite une réponse évasive ou une directive erronée.

L. B.

La réflexothérapie scientifique endonasale et la méthode d'Asuero (2), par le docteur A. LEPRINCE.

Le praticien trouvera dans ce volume l'exposé d'une méthode scientifique dont le docteur Asuero de San-Sébastien s'est fait le protagoniste. Elle n'est pas sans offrir quelque ressemblance avec la méthode préconisée dès avant-guerre par Bonnier et les autres méthodes basées sur l'utilisation de réflexes à distance. C'est dire que les polémiques qu'a fait naître, paraît-il, en Espagne la méthode d'Asuero ne sont pas pour surprendre. Quel que soit le mécanisme invoqué pour expliquer l'efficacité de cette thérapeutique, ce sont surtout les résultats qu'il faut attendre pour discriminer dans ce domaine la part de la réalité et celle de l'illusion.

R. L.

(1) Paris, 1930, L'Expansion scientifique française.
(2) Editions médicales. — Paris 1931, N. Maloine.

Les infantilismes [*La Pratique médicale illustrée* (1)], par E. APERT.

Peu de questions qui aient autant évolué que celle de l'infantilisme, depuis l'époque déjà lointaine où Lasègue et Lorain décrivaient sous ce nom l'habitus spécial qu'offrent certains sujets entachés d'hérédité tuberculeuse ou atteints avant l'âge adulte de tuberculose à évolution lente. Arrivés à l'âge d'homme, ces sujets surtout malingres, ont la tête petite, le thorax étroit, les membres grêles, les traits féminins, la peau fine, les cils longs, la voix aiguë, les organes génitaux peu développés. Ne savons-nous pas, aujourd'hui, qu'il n'est pas un, mais des infantilismes, qu'ils soient dysthyroïdiens (Brissaud), hypophysaires (Babinski, Souques et Chauvet), rénal, hépato-splénique réversif, etc. Nul n'était mieux qualifié pour les décrire que M. le docteur Apert. L'érudit médecin des Enfants-Malades ne leur a-t-il pas consacré d'importants travaux! Si l'on commence à voir clair dans cette question, jadis si confuse, n'est-ce pas à ses patients et heureux efforts qu'on le doit? Son nom ne fait-il pas autorité dans ce sujet, comme dans celui des malformations congénitales?

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 69 p. (avec 18 fig. et 2 pl. hors texte). — Paris 1930, G. Doin et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LES THROMBOSES CARDIAQUES

Par M. Pierre DUPIRE,

Ancien interne des hôpitaux de Lille.

Introduction. — Il est fréquent de trouver, au cours des autopsies, des caillots plus ou moins volumineux dans les cavités cardiaques. Ils se présentent généralement sous forme de masses rubanées, disposées dans le sens du courant sanguin, variables par conséquent suivant l'endroit considéré. C'est ainsi que l'on peut voir les orifices auriculo-ventriculaires envahis par des formations qui gagnent ensuite la pointe des ventricules, où elles s'enchevêtrent dans le réseau caverneux des colonnes charnues, pouvant de là se prolonger vers les origines de l'aorte ou de l'artère pulmonaire. Toutes ces formations, d'aspect jaunâtre, striées de rouge, sont facilement détachables; parfois, le lavage des cavités cardiaques à l'eau courante suffit à rompre leurs attaches pariétales; si, après détersion, elles restent en place, elles apparaissent comme des ponts jetés entre deux ou plusieurs replis endocardiques, sur lesquels elles sont fixées par ramifications successives. Détachés du cœur, ces caillots sont extrêmement mous, friables, et s'écrasent sous le doigt. On admet qu'ils sont formés par la coagulation des éléments du plasma, amorcée à la faveur du ralentissement circulatoire et des modifications de l'équilibre humoral qui précèdent la mort, et complétée post-mortem par le simple jeu des phénomènes habituels de la coagulation.

Mais, à côté de ces faits d'observation banale, il en est d'autres, beaucoup plus rares, où la structure morphologique et histologique de certains caillots rencontrés à l'autopsie, empêche de considérer ceux-ci comme de simples formations agoniques ou cadavériques, sans signification pathologique. Les cas ainsi définis rentrent dans le cadre de la thrombose cardiaque.

Par thrombose cardiaque, en effet, on entend la présence dans les cavités du cœur, de caillots plus ou moins volumineux, *développés pendant la vie*.

Un simple aperçu jeté sur la mécanique cardio-vasculaire fait comprendre l'importance de ces formations dont la rareté et la gravité s'opposent à l'extrême fréquence et à l'absence de signification des caillots envisagés précédemment.

Avant d'aller plus loin, il importe de remarquer que le terme de thrombose cardiaque a connu des fortunes diverses. Si, en effet, la thrombose cardiaque est décrite comme une entité, sinon clinique, du moins anatomique dans les anciens traités (Cf. Bergé, in Enriquez, t. III, 1909), elle est citée à titre épisodique par Vaquez (*Traité des maladies du cœur*, 1921) et le récent traité de Laubry (1930) n'en fait pas mention. Nous voyons, pour notre part, dans ces faits, la traduction de l'évolution des conceptions pathogéniques sur les processus thrombosants, en général, et la thrombose cardiaque, en particulier. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces idées en étudiant l'étiologie.

Anatomie pathologique. — Il convient d'envisager le contenant et le contenu, les cavités cardiaques et le caillot.

Lorsque l'un des ventricules est le siège d'un caillot de thrombose, il est rare d'observer extérieurement des modifications caractéristiques de ce processus. Le ventricule, en effet, organe musculaire réagit de deux façons aux excitations dont il est l'objet : l'hypertrophie, la dilatation; ces phénomènes n'ont dans la thrombose cardiaque aucun caractère spécial.

Cependant, lorsque le ventricule est le siège d'un anévrisme pariétal, on pourra observer une déformation extérieure; mais dans ce cas, la thrombose n'est qu'un élément parmi des désordres anatomiques plus importants.

Au contraire, lorsque l'une des oreillettes est le siège de coagulations, il est souvent possible dès l'abord, de faire le diagnostic, surtout par comparaison des deux oreillettes entre elles. Pourvu que le caillot ait atteint un certain volume, l'oreillette semble épouser la forme de celui-ci; on conçoit, en effet, qu'il en soit ainsi, l'oreillette, organe élastique, s'adaptant à son contenu, et en modelant les contours. Les descriptions relatées dans les observations publiées, se retrouvent toujours identiques: « L'oreillette (gauche ou droite) frappe par son volume... sa consistance est dure... l'auricule est distendue, dure, et comme *injectée au suif* » (Lutembacher).

Quant à la fréquence relative de la localisation sur l'une ou l'autre des cavités cardiaques, elle est assez difficile à déterminer, car les observations publiées, de thrombose cardiaque, ne répondent pas à des faits identiques. Il importe, en effet, de distinguer les petites thromboses dans lesquelles le « thrombus » garde un petit volume, et ne se révèle le plus souvent que par des accidents emboliques (*thromboses embolisantes* de Aubertin et Rimé); et d'autre part, les grandes thromboses qui, par le volume même du thrombus, constituent un obstacle mécanique in situ (*thromboses oblitérantes*). En faisant cette distinction, il semble que les oreillettes soient le siège le plus fréquent des thromboses oblitérantes, surtout l'oreillette gauche; au contraire, les petites thromboses à embolies multiples, telles qu'on les rencontre par exemple au cours de la diphtérie maligne, seraient plutôt des thromboses ventriculaires, apexiennes (Deguy et Weill, Chalier et Bouysset).

Quant aux caillots, ils peuvent être de différents types, et leur situation, par rapport aux formations de la paroi interne du cœur, variable. Ils ne sauraient être l'objet d'une description univoque. C'est ainsi que les petites thromboses apexiennes de la diphtérie, enserrées dans les mailles des cordages tendineux et des piliers (Marfan) ne sauraient être décrites au même titre que les énormes thromboses oblitérantes des oreillettes. Ces caillots oblitérants, véritables corps étrangers du cœur, comprennent :

1° **Les thrombus pariétaux**, tapissant la paroi interne du cœur, à laquelle ils sont étroitement attachés ; cette adhérence à la paroi est un caractère fondamental qui « exprime la relation pathogénique essentielle de la thrombose » (Melnotte, *Th. Lyon*, 1914). Ce caractère n'a pourtant rien d'absolu (voir thrombus libres), mais n'en a pas moins une grande valeur. Par apports successifs, les thrombus pariétaux augmentent progressivement d'épaisseur, en même temps que, par leurs bords, ils tendent à progresser excentriquement et à déborder de leur siège initial.

2° **Les thrombus polypeux** (polypes du cœur des anciens auteurs), masses arrondies ou piriformes, sessiles ou pédiculées.

3° **Les thrombus libres** (thrombus en boule, en grelot; ball-trombi) surtout fréquents au niveau de l'oreillette gauche. Ils se présentent sous l'aspect de masses sphériques ou ovoïdes, de la grosseur d'un œuf à celle d'une mandarine, absolument libres dans la cavité cardiaque. Leur surface est en général lisse et polie, leur consistance dure (boule de billard, balle de golf). L'existence de ces thrombus libres pose le problème de leur origine pariétale possible; cependant, si on rencontre parfois sur l'endocarde, une zone dépolie pouvant être interprétée comme la cicatrice de l'insertion du thrombus, il est exceptionnel de retrouver l'équivalent sur le thrombus lui-même.

Enfin, ces différentes formations, pariétales ou libres à l'intérieur de la cavité cardiaque, peuvent être à leur tour le point de départ de coagulations cruoriques, dont le volume l'emportera sur celui du thrombus initial, et qui détermineront pour leur propre compte des accidents mécaniques ou emboliques (Lutembacher).

Lorsque les caillots ont été débarrassés des coagulations cruoriques, vitales ou agoniques, qui les recouvrent souvent, ils apparaissent de coloration gris-jaunâtre ; à la coupe, ils sont formés de stratifications fibrino-hématiques concentriques dues aux apports successifs ; quand ils sont volumineux, leur centre peut être le siège d'une dégénérescence qui transforme le thrombus en un véritable kyste à contenu puriforme (abcès enkystés du cœur des anciens auteurs).

Au point de vue histologique, les recherches de Vaquez et de Lutembacher ont bien mis en évidence le processus infectieux que l'on observe, tant à l'intérieur du caillot qu'au niveau de son attache pariétale (voir *Etiologie*). Il faut distinguer à ce propos l'âge du caillot. Les zones les plus récentes présentent à considérer plusieurs couches : une couche superficielle, fibrino-leucocytaire ; une couche moyenne de polynucléaires intacts; une couche profonde formée d'assises lamellaires de fibrine. Cette zone profonde est le siège d'un processus d'organisation conjonctivo-vasculaire, avec phénomènes de nécrose et de macrophagie pigmentaire, mais on n'y trouve pas de microbes.

Au contraire, dans les zones superficielles, plus particulièrement dans la couche comprise entre les lamelles de fibrine et les polynucléaires, on peut trouver de véritables « nids microbiens » constitués d'éléments variables suivant les cas.

Pathogénie. — Nous allons envisager dans ce chapitre les différentes causes que l'on a invoquées pour expliquer les coagulations sanguines *in vivo*, et voir dans quelles mesures les théories s'appliquent à la thrombose cardiaque. Nous laisserons de côté les théories anciennes, telle celle de Kreysig (1815) qui considérait les « polypes du cœur » comme le résultat d'une endocardite « polypeuse »; ou les théories inflammatoires qui voyaient dans les thrombus en voie de dégénérescence puriforme, des kystes purulents.

L'endocardite subaiguë (infectieuse maligne) « renferme presque toute l'histoire de la thrombose cardiaque, dernier vestige de cette thrombose marastique des anciens auteurs, qui a été définitivement rayée du cadre nosologique... » (Vaquez, *Traité des maladies du cœur*). Thrombose marastique d'une part, endocardite d'autre part, tel est le chemin parcouru par la thrombose cardiaque. Entre ces deux termes extrêmes, est-il place pour d'autres théories? C'est la question que nous allons envisager.

Comme pour les thromboses veineuses, trois causes principales peuvent être retenues dans la pathogénie de la thrombose cardiaque :

1° **Le ralentissement du courant circulatoire.** — Il nous faut remonter à Virchow (1856) pour retrouver l'origine de la thrombose marastique. Dans cette théorie, c'est le ralentissement du sang, la stase, qui détermine la formation du thrombus; ce dernier étant à son tour capable de provoquer des lésions irritatives des parois. Mais à celle-ci s'opposent les expériences classiques de Vaquez (1890) qui montra que le sang peut rester liquide à l'intérieur des vaisseaux, entre deux ligatures, même en milieu septique, pourvu qu'il n'existe pas d'altération vasculaire. Toutefois, cette théorie continua à être appliquée aux coagulations intracardiaques, jusqu'au jour où de nouvelles recherches de Vaquez et de ses élèves montrèrent que le cœur ne faisait pas exception à la théorie infectieuse de la thrombose. (Voir plus loin.) Cependant, à l'heure actuelle, on peut encore admettre le rôle au moins prédisposant du ralentissement circulatoire. Ducuing, dans un livre récent (1), l'admet en ce qui concerne les phlébites post-opératoires : « Nous considérons que les troubles circulatoires jouent un rôle considérable dans le mécanisme des phlébites post-opératoires... »; Buhler, dans sa thèse (2) fait remarquer avec raison que le rétrécissement mitral coexiste deux fois sur trois avec la thrombose oblitérante de l'oreillette gauche, et que, dans le tiers restant, il existe souvent une dilatation de l'oreillette gauche, facteur de ralentissement circulatoire, de stase. Il faut remarquer en outre qu'il existe des points d'élection pour

(1) Ducuing. *Phlébites, thromboses et embolies post-opératoires*, Masson, Paris 1929.

(2) Buhler. Les thromboses oblitérantes de l'oreillette gauche, *Th. de Paris*, 1925, n° 219.

le développement des thrombus (auricules, limbe de Vieussens) et il semble que ces points correspondent justement à des niveaux du cœur où la vitesse du courant sanguin est minima.

2° **Les modifications du sang.** — On a invoqué une augmentation de la coagulabilité sanguine à l'origine de toute thrombose pathologique, mais on ne possède absolument rien de net à ce sujet. Il semble plutôt (Ducing, *loc. cit.*) « qu'il suffit que le sang conserve la faculté de se coaguler, et qu'un facteur quelconque déclanche cette propriété normale ». On a fait également intervenir les modifications physico-chimiques d'origine infectieuse, que l'infection agisse en libérant des protéines exogènes, ou par l'intermédiaire de troubles de l'équilibre acide-base. Il faut en rapprocher les expériences de Vanzetti, rapportées par Mencarelli (1), qui aurait obtenu la formation de thrombus par injection d'extraits de tissus frais de veau et de lapin, en s'aidant d'une irritation mécanique locale sur l'endocarde.

3° **Les modifications de la paroi.** — En réalité « l'intégrité de l'endothélium semble être le facteur principal et de beaucoup le plus important du maintien du sang à l'état de fluidité » (Ducing, *loc. cit.*). Le thrombus est secondaire à la lésion endothéliale.

Rôle de l'endocardite. — C'est ici qu'apparaît le rôle prépondérant de l'infection. Ce rôle est mis en évidence : *a.* par les manifestations infectieuses observées pendant la vie, évoluant seules ou accompagnant les accidents mécaniques de la thrombose (asystolie fébrile); *b.* par les constatations anatomo-pathologiques de Lutembacher, qui a pu mettre en évidence, au niveau des zones fibrino-leucocytaires décrites précédemment, des enclavements microbiens. Mais cette infection doit être atténuée. Une endocardite aiguë donnera de grosses lésions destructives des valvules; seule, une infection légère et prolongée peut entraîner la formation d'un thrombus; c'est, en outre, une endocardite pariétale.

Rôle des modifications pariétales d'origine dystrophique. — Nous faisons allusion, sous ce titre, aux états décrits par P.-E. Weil sous le nom de dystrophie endothéliale, et auxquels cet auteur rattache certains faits de thromboses vasculaires et cardiaques (2). L'association des modifications sanguines (caillot irrétractile, diminution des hématoblastes, signe du lacet) et des thromboses, s'expliquerait par un état d' « insuffisance vasculo-plasmatique ».

Conclusion. — De l'ensemble des notions que nous venons de rappeler, sur la pathogénie des coagulations intracardiaques, il résulte que deux facteurs sont à retenir : l'infection et la stase. Sans doute, le mécanisme de toutes les thromboses n'est pas univoque; certains cas semblent même échapper à tout contrôle; mais, dans la majorité des cas, infection et stase rendent compte des faits observés.

(1) Mencarelli. *Arch. per le scienze med.*, juin 1927, p. 341.
(2) P.-E. Weil et Bloch. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 nov. 1920. — P.-E. Weil et Isch-Wall. *Id.*, 1922, p. 748.

Étiologie. — A la lueur des données précédentes, voyons dans quels cas s'observent les thromboses cardiaques. Ce sont ceux qui sont capables de réaliser l'une ou l'autre des conditions envisagées plus haut, ou les deux à la fois : infection et stase.

1° **Infections et intoxications.** — Les toxi-infections cachectisantes, telles que les suppurations chroniques, la tuberculose pulmonaire, entraînent souvent la formation de caillots pendant la vie. La thrombose s'opère dans ces cas par le mécanisme de l'infection lente et prolongée : les germes pathogènes sont des microbes d'infection secondaire, ayant envahi le torrent circulatoire au niveau des foyers suppurants; leur fixation au niveau de l'endocarde et leur développement ultérieur étant rendus possibles par les mauvaises conditions de résistance de l'organisme. Quant à la formation consécutive d'un thrombus, on peut en trouver l'explication dans l'immobilisation prolongée des malades cachectisés.

La diphtérie, dans sa forme maligne, est à l'origine de nombreuses thromboses cardiaques. C'est là une complication connue de longue date, dont on trouvera l'historique dans la thèse de Leblond (Paris, 1907), et que les travaux de Marfan ont rendue classique. On y retrouve la notion de l'endocardite comme point de départ du processus : foyers d'endocardite apexienne, au niveau desquels Deguy et Weill ont pu mettre en évidence un diplocoque qu'ils ont individualisé. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de la fréquence de cette complication de la diphtérie maligne.

2° **Affections cardio-valvulaires.** — Elles représentent la cause la plus importante de la thrombose cardiaque, tant par l'élément infectieux que par la stase sanguine qu'elles provoquent.

Les facteurs de stase le plus habituellement rencontrés sont le rétrécissement mitral (thrombose de l'oreillette gauche), l'arythmie complète, enfin les myocardites; mais déjà, avec les myocardites, nous touchons au deuxième facteur, l'infection : La cause capitale de la thrombose des cardiaques, c'est en effet, l'*endocardite infectieuse maligne à marche subaiguë*; que celle-ci soit spécifique (streptococcus viridans), ou qu'elle résulte d'infection secondaire à germes divers (pneumocoque, staphylocoque). Cette endocardite subaiguë, isolée par Vaquez et Lutembacher du groupe des endocardites infectieuses secondaires des cardiaques (type Jaccoud-Osler), constitue pour les sujets atteints de lésions orificielles, une véritable « façon de mourir » (Vaquez).

3° **Endocardite primitive.** — Enfin, lorsque l'endocardite, au lieu de se développer chez un sujet déjà porteur de lésions valvulaires chroniques, survient chez un sujet normal, elle est dite primitive.

C'est une éventualité rare, mais certaine, dont Chambon a fait une étude d'ensemble dans une thèse récente (1).

(1) Chambon. L'endocardite maligne primitive à évolution lente, *Th. de Paris*, 1928.

Physiologie pathologique. — Il nous reste maintenant à considérer comment, les conditions précédentes étant remplies, un caillot va se développer, et quels désordres il va produire dans la mécanique cardio-vasculaire.

Pour cela, établissons un parallèle entre la thrombose cardiaque et la thrombo-phlébite oblitérante. Dans celle-ci, il est classique de distinguer un « caillot adhérent », blanchâtre, et un « caillot prolongé », cruorique, en « tête de serpent » suivant l'expression consacrée par l'usage : le premier est responsable de l'oblitération veineuse progressive; le second, libre dans la lumière vasculaire, sans cesse battu par le courant sanguin, est susceptible de se détacher et d'être entraîné dans le torrent circulatoire : son arrêt en un point quelconque du système vasculaire constitue l'embolie.

Au niveau du cœur, les choses ne se passent pas différemment. Nous avons établi dans un paragraphe précédent la distinction entre le caillot fibrino-hématique, adhérent ou libre à l'intérieur des cavités cardiaques; et d'autre part, les caillots cruoriques, caillots « de battage » (Lutembacher). Et, tandis que le premier sera avant tout responsable des accidents mécaniques d'obstruction, il faudra surtout incriminer les seconds dans l'étiologie des accidents emboliques.

1° Les embolies. — Elles ont dans la thrombose cardiaque deux caractères principaux, dont l'un tient au siège du caillot dans l'une des quatre cavités cardiaques, l'autre à son état bactériologique. Du siège du « thrombus », en effet, dépend la localisation de « l'embolus ». Au cœur droit correspondent les embolies de la circulation pulmonaire; au cœur gauche, celles de la grande circulation. Celles-ci sont généralement peu septiques. Nous avons vu que lorsqu'il existait des germes microbiens, ceux-ci étaient localisés sous forme d'amas, de « nids », en une zone déterminée. On comprend, dans ces conditions, que la nature bactériologique de l'embolus soit essentiellement variable d'un cas à un autre.

2° Les accidents mécaniques « in situ ». — Ils sont faciles à déduire de la situation du caillot envisagée par rapport au sens du courant sanguin, tant dans le cœur droit que dans le cœur gauche. Ils se résument en l'oblitération.

Buhler, dans sa thèse, a étudié le mécanisme de l'obstruction auriculo-ventriculaire dans les thromboses oblitérantes de l'oreillette gauche. Il a montré que cette obstruction peut être réalisée de différentes manières, suivant la forme anatomique du thrombus. Dans ce cas particulier, l'oblitération est conditionnée par le volume du caillot et le sens du courant sanguin; celui-ci tendant à appliquer celui-là sur l'orifice valvulaire à la façon d'un clapet. Il faut retenir également le rôle des coagulations cruoriques, susceptibles d'évoluer indépendamment du thrombus fibrineux qui leur a donné naissance.

Inversement, du côté de la circulation de retour, on assistera parfois à des phénomènes de stase, par un processus analogue d'oblitération progressive.

Etude clinique. — Il est malaisé de faire une étude clinique de la thrombose cardiaque qui ne comprenne que les symptômes propres à la présence du caillot considéré comme corps étranger intra-cardiaque. Nous avons vu, en effet, dans quelles conditions étiologiques se développe celui-ci; ces conditions, dominées par les notions d'infection endocardique et de stase sanguine, permettent de nous demander quelles sont les parts respectives de l'une et de l'autre dans la genèse des symptômes observés. Cependant, les notions de physiologie pathologique développées dans le chapitre précédent nous ont amené à considérer deux sortes de symptômes appartenant en propre à la thrombose cardiaque : les embolies, les accidents mécaniques d'obstruction. Sans doute, cette distinction est-elle un peu arbitraire; nous y sommes amené pour la plus grande compréhension du sujet.

1° Les embolies. — Elles sont la signature de la thrombose cardiaque, en même temps que le symptôme le plus fréquemment rencontré. Leurs manifestations cliniques sont extrêmement variées et nous ne pouvons en entreprendre l'étude détaillée sous peine de passer en revue toute la pathologie, générale et régionale. Nous distinguerons cependant :

a. *Les embolies de la circulation pulmonaire*, susceptibles de réaliser les tableaux cliniques les plus variés, depuis la grosse embolie mortelle jusqu'à l'infarctus hémoptoïque de Laennec, avec son point de côté brutal, son expectoration caractéristique, évoluant le plus souvent vers la résolution spontanée. Il ne faut pas perdre de vue cependant, que c'est la nature bactériologique de l'embolus qui règle l'évolution ultérieure de l'infarctus; suivant que le fragment détaché du caillot principal est septique ou non, l'infarctus évoluera vers la suppuration ou la résorption.

b. *Les embolies de la grande circulation*, embolies du cœur gauche. Elles peuvent se produire :

Dans une artère périphérique, réalisant l'oblitération partielle ou totale du vaisseau. Cette oblitération se manifeste habituellement de façon brutale, sous forme d'une douleur « en coup de fouet », intéressant la totalité du membre; plus rarement, l'ischémie s'installe progressivement, en plusieurs jours (thrombose ascendante). L'impotence fonctionnelle, la pâleur et le refroidissement du membre sont le prélude de la gangrène qui suivra les progrès de l'ischémie, à moins qu'une solution heureuse (fragmentation du caillot, circulation collatérale) n'intervienne favorablement. Il faut tenir compte, dans le pronostic, de l'état général du malade, souvent déficient, et du caractère septique de l'embolus.

Dans une artère viscérale, donnant le tableau de :

L'embolie cérébrale (hémiplégie droite, aphasie, ramollissement ultérieur);

L'embolie mésentérique (syndrome douloureux abdominal aigu);

L'embolie de l'artère centrale de la rétine (amaurose brutale);

Les embolies hépatique et splénique (point de côté, augmentation de volume de l'organe);

L'embolie rénale (albuminurie, hématurie) dont on verra l'importance pour le diagnostic ;

L'embolie coronaire, d'ailleurs extrêmement rare, réalisant le syndrome de l'obstruction coronarienne aiguë qui a fait l'objet de nombreux travaux ces deux dernières années et est actuellement bien connu dans ses manifestations cliniques. Rappelons-en les quatre signes fondamentaux : la douleur, la fièvre, le collapsus circulatoire, le frottement péricardique; auxquels peuvent s'ajouter d'autres symptômes secondaires (troubles cardiaques, respiratoires, gastro-intestinaux), ainsi que des modifications du complexe ventriculaire électrique. Anatomiquement, c'est l'artère coronaire gauche (antérieure) qui est intéressée dans les cas rapportés.

Enfin, des cas d'embolies de l'aorte abdominale ont été publiés. Citons ceux de Barié, au nombre de trois; celui de Charrier et Apert; celui de Marfan, au cours d'une diphtérie, d'ailleurs récusé par Chalier et Bouysset. Le tableau est celui d'une paraplégie flasque aiguë.

Avant de clore ce paragraphe des embolies dans la thrombose cardiaque, deux remarques s'imposent :

Les embolies sont en général le fait des thromboses de petite et de moyenne importance, comme le prouve l'examen des observations publiées. Buhler (loc. cit.) fait remarquer qu'elles ne coexistent avec les accidents d'oblitération que dans un tiers des cas. Aubertin et Rimé (1) établissent une distinction entre les thromboses embolisantes (petites thromboses) et les thromboses oblitérantes (grandes thromboses); sans qu'il y ait là une règle absolue, le fait mérite d'être noté.

D'autre part, après Hertz (2) et Aubertin (Thèse Buhler), Merklen et Wolff (3) ont soutenu que la plupart des syndromes d'oblitération artérielle observés au cours des endocardites lentes n'étaient pas dus à des embolies, mais bien à des thromboses artérielles, évoluant en même temps que la thrombose cardiaque. Tout se passe comme s'il s'agissait d'un processus infectieux généralisé à tous les endothéliums cardio-vasculaires, d'une endothélite. En faveur de cette hypothèse plaident certaines anomalies cliniques (fréquence des oblitérations artérielles des membres par rapport à l'embolie cérébrale, oblitérations bilatérales, incomplètes ou transitoires), mais aussi des constatations anatomopathologiques.

2° **Les accidents mécaniques d'obstruction.** — Ils peuvent être envisagés, soit au niveau du cœur lui-même, soit en aval ou en amont.

a. *Au niveau du cœur.* — On conçoit que la présence d'un corps étranger plus ou moins volumineux soit susceptible de provoquer des symptômes fonctionnels ou physiques. Les signes fonctionnels (douleurs, palpitations) sont rarement notés dans les observations; lorsqu'ils existent, ils n'ont pas de caractères particuliers. Ce n'est que dans le cas d'embolie coronaire que la douleur prendra le caractère angineux, d'une violence extrême, à irradiations multiples, caractères qui, associés aux autres symptômes, feront le diagnostic de l'infarctus du myocarde.

L'arythmie, en particulier l'arythmie complète, a été considérée comme un signe de thrombose cardiaque. Nous avons vu, au chapitre de l'étiologie, qu'on l'avait invoquée comme facteur de stase sanguine; il semble donc qu'il s'agisse là de cas particuliers, et que l'arythmie ne soit pas un symptôme fondamental de thrombose cardiaque.

Quant aux signes physiques, modifications des bruits du cœur à l'auscultation, ils exigent, pour se produire, des conditions rarement réalisées, parce que peu compatibles avec l'existence. C'est ainsi que l'oblitération de l'orifice mitral ou tricuspidien, par pénétration du thrombus, peut expliquer la disparition du premier bruit notée dans l'observation II de la thèse de Buhler.

b. *En amont.* — La thrombose cardiaque est susceptible, par l'obstacle apporté à la circulation de retour (cave ou pulmonaire) de déterminer des accidents de stase, que Lutembacher a identifiés sous le nom de *thrombostase* : « J'ai choisi le terme de thrombostase pour distinguer ces phénomènes de stase par obstacle mécanique, de ceux qui résultent de l'asystolie ». Deux types peuvent être individualisés : le type gauche répond à la stase dans le territoire dont la circulation de retour est tributaire du cœur gauche; le type droit, au cœur droit. On aura donc affaire à des tableaux différents : pléthore pulmonaire dans le premier, encombrement de la grande circulation dans le second. Au premier appartient l'asphyxie irréductible par congestion œdémateuse des poumons ; au second, appartiennent les œdèmes périphériques, le gros foie douloureux, l'ascite.

Mais les caractères précédents ne suffisent pas à donner aux tableaux cliniques une individualité. L'insuffisance cardiaque, pourvu qu'elle prédomine sur l'une des cavités, est, en effet, susceptible de les réaliser. Cependant, dans ce cas, il est exceptionnel que les signes de méiopragie cardiaque soient aussi nettement localisés : l'insuffisance ventriculaire, arrivée à ce stade, ne reste pas aussi exclusive et c'est là un élément de diagnostic différentiel. Mais ce qui différencie encore plus nettement le syndrome de stase par thrombose de l'asystolie banale, c'est l'épreuve thérapeutique, qui n'amène aucune amélioration dans la thrombose, mais peut, en revanche, précipiter l'évolution fatale en provoquant la migration intempestive d'un caillot volumineux.

c. *En aval.* — A l'inverse de ce qui se passe pour la circulation veineuse, et par un mécanisme analogue, ce sont des phénomènes d'insuffisance circulatoire que l'on observera dans le territoire artériel.

(1) Aubertin et Rimé. Les thromboses de l'oreillette gauche, *Monde méd.*, 15 juillet 1929.

(2) Hertz. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1885, p. 74.

(3) Merklen et Wolff. Participation des endothéliums artério-capillaires au syndrome de l'endocardite maligne lente, *Presse méd.*, 1928, n° 7.

Ces faits ont été étudiés par Buhler dans sa thèse, dans le cas particulier de la thrombose auriculaire gauche; ils se résument en la faiblesse de l'ondée sanguine en aval de l'obstacle intra-cardiaque. Elle se traduit avant tout par l'extrême petitesse du pouls mise en évidence par la palpation des artères périphériques, non seulement radiales, mais pédieuse ou même fémorale; rendue plus apparente dans les cas douteux par l'examen oscillométrique à l'aide de l'oscillomètre de Pachon. Il existe « un contraste très net entre les bruits du cœur, forts et retentissants... et le pouls radial, misérable à l'extrême, à peine perceptible » (Osler, cité par Aubertin). Ce contraste entre l'impulsion de la pointe et les pulsations radiales est considéré par l'auteur comme un bon signe de thrombose oblitérante.

Le même mécanisme peut être invoqué pour les lipothymies, que l'on peut interpréter comme résultant de l'ischémie cérébrale, et que l'on peut différencier des simples « éclipses » des cardiaques par leur caractère brutal, l'angoisse précordiale et la stase pulmonaire qui l'accompagnent.

A un degré au-dessus, on observera des modifications dans l'aspect extérieur du territoire atteint, véritables « syncopes » locales (asphyxie blanche des anciens auteurs) caractérisées par la décoloration des extrémités, l'hypothermie, donnant au toucher la sensation de froid.

Plus souvent, ces syncopes locales alternent avec des phénomènes d'asphyxie se traduisant par l'acrocyanose, de signification pronostique grave, ainsi qu'en témoignent les cas relatés. La cyanose, en effet, suit souvent une marche ascendante vers la racine du membre, et est un premier symptôme précurseur de la gangrène. Celle-ci, que nous avons déjà signalée en traitant des embolies, peut aussi être envisagée comme le résultat de thromboses artérielles, comme nous l'avons vu. Les mêmes réserves sont à faire en ce qui concerne le purpura, considéré comme le résultat de thromboses ou d'embolies capillaires.

Evolution et pronostic. — La thrombose cardiaque n'étant elle-même qu'une complication d'une maladie antérieure, son évolution et son pronostic ne peuvent être établis qu'en fonction de l'affection causale, et doivent être traités séparément pour chaque cas envisagé.

Prise en elle-même, cette complication est évidemment de la plus haute gravité; si le pronostic peut être discutable en ce qui concerne les petites thromboses embolisantes, l'issue fatale de la thrombose oblitérante semble évidente; qu'elle soit le fait d'embolies multiples, d'insuffisance cardiaque progressive, ou qu'elle survienne brutalement par syncope.

De même, la durée de l'affection ne peut être fixée, celle-ci dépendant du moment où a été posé le diagnostic, lorsqu'il a été fait du vivant du malade : en pratique, le diagnostic de thrombose cardiaque équivaut à un arrêt de mort.

Formes cliniques. — Formes symptomatiques. — Nous rappellerons pour mémoire les formes *embolisante* et *oblitérante*, cette distinction n'ayant rien d'absolu. A celle-ci, nous ajouterons une forme *latente* dont la description se confond avec celle de la thrombose primitive que nous envisagerons plus loin.

Formes anatomiques. — S'il existe à ce point de vue quatre types de thromboses cardiaques, leurs manifestations cliniques ne sauraient être aussi nettement différenciées.

On peut individualiser un type droit et un type gauche, en se basant sur la localisation différente des embolies dans les deux cas : que le caillot vienne de l'oreillette ou du ventricule, sa migration se fait dans le même territoire artériel.

Quant à la distinction entre les thromboses auriculaires et ventriculaires, elle semble assez subtile cliniquement. On peut admettre que les thromboses ventriculaires évoluent insidieusement sans déterminer, comme les thromboses auriculaires, d'accidents mécaniques (Melnotte); mais, en réalité, seule intervient la question de volume du caillot. En fait, seule, la thrombose de l'oreillette gauche a été jusqu'à présent assez nettement individualisée, bien que, pour notre part, cette individualité tienne moins aux caractères mêmes des symptômes qu'à la notion du rétrécissement mitral originel (dans les deux tiers des cas, d'après Buhler).

Formes d'après l'âge. — Bien que cette distinction ne soit pas nettement spécifiée par les auteurs qui se sont occupés de la question, il semble que l'on n'ait jusqu'à présent considéré la thrombose cardiaque de l'enfant que comme complication de la diphtérie maligne. Cependant, des observations, rares, il est vrai, prouvent qu'elle peut s'observer en dehors de cette affection.

Nous avons pu retrouver dans la littérature médicale, un cas de thrombose cardiaque *chez un enfant* de huit ans (1). Cette observation se rapporte à un garçon de huit ans, chez qui étaient apparus, à la suite d'une scarlatine, datant de trois ans, des phénomènes d'insuffisance cardio-rénale qui, après des périodes d'améliorations, se terminèrent par la mort subite du malade. L'autopsie montra des lésions macroscopiques associées du cœur, du foie, de la rate et des reins, réalisant le tableau classique de la néphrite chronique décompensée. En outre, il existait une thrombose de l'oreillette droite, formée de trois caillots pédiculés, ayant respectivement le volume d'une noix, d'une noisette et d'un pois. Pas de lésions valvulaires. Les signes cliniques dominants étaient les œdèmes, l'ascite, le gros foie dur, la cyanose. La fièvre n'est pas notée dans l'observation. On voit que le tableau répond assez aux accidents de stase que nous avons décrits plus haut (type droit) et il est facile de se rendre compte, par l'examen de la pièce, jointe à l'observation, des troubles circulatoires pouvant résulter des lésions.

Enfin, deux cas de thrombose cardiaque *chez le*

(1) PARKINSON. *Rep. Soc. study of dis. in children*, 1902, vol. II, p. 244.

nourrisson, dont un personnel (1), ont été publiés. Il s'agit, dans les deux cas, de thromboses absolument latentes, ayant évolué sous le couvert d'un état infectieux, dont la preuve ne put être faite, ni par l'hémoculture, ni par l'examen nécropsique.

Ces trois observations, réalisant deux types cliniques différents montrent que la thrombose cardiaque de l'enfant n'est pas différente de celle de l'adulte, et ne permettent pas d'envisager pour elle une forme spéciale.

Formes étiologiques. — **1° La thrombose cardiaque dans la diphtérie.** — S'il est une notion solidement établie en pathologie infantile, c'est bien celle des complications cardiaques de la diphtérie (Marfan) et de l'endocardite apexienne (Deguy et Weill), génératrice de thrombose. On lit en effet, dans le *Nouveau traité de pathologie interne* (1926, t. I, 2e partie) : « La thrombose cardiaque peut être le point de départ d'embolies... Elles apparaissent au cours de la deuxième ou troisième semaine, surtout chez des sujets présentant des signes du syndrome secondaire malin ». (Enriquez et Gutmann.)

Donc, classiquement, la thrombose cardiaque est une complication grave de la diphtérie, d'une exceptionnelle fréquence : Marfan l'aurait relevée en moyenne huit fois sur dix, en cas de lésions de myocardite; c'est essentiellement une complication de la diphtérie grave, puisqu'elle nécessite pour se produire des lésions toxi-infectieuses du myocarde et de l'endocarde. Anatomiquement, il s'agit de lésions apexiennes, et en particulier du ventricule droit, se traduisant cliniquement, outre les signes de myocardite, par des accidents emboliques. Rappelons que Deguy et Weill ont même isolé des lésions un « diplococcus hémophilus perlucidus ».

Chalier et Bouysset (2) ont repris récemment l'étude de cette question, et leurs conclusions s'opposent formellement aux données classiques : « L'atteinte du cœur est bien moins fréquente qu'il n'est classique de l'admettre. Elle existe pourtant et peut s'accompagner de thrombose cardiaque. » Mais c'est là une complication exceptionnelle, puisque les auteurs n'ont observé qu'un seul cas d'embolie sur plus de 4.000 diphtéries. Pour eux, il faut chercher l'explication de ces faits contradictoires dans l'interprétation erronée des constatations nécropsiques, les caillots trouvés n'étant le plus souvent que des coagulations agoniques ou cadavériques. Ils rapportent l'observation d'un enfant de sept ans qui présenta au cours d'une angine diphtérique maligne, outre une paralysie du voile, une hémiplégie gauche à début brutal, et un syndrome d'oblitération de la fémorale droite; l'enfant guérit, conservant une hémiparésie gauche. Ils interprètent ces symptômes comme résultant d'embolies consécutives à une thrombose cardiaque.

On peut opposer à cette observation celle que rapportent Maurice Lévy et Leloürdy (1); il s'agit d'une hémiplégie droite avec aphasie, survenue chez une fillette de sept ans, convalescente de diphtérie bénigne sans aucune atteinte cardiaque. Début par crise d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne. Evolution vers la monoplégie brachiale en contracture. Les auteurs rapportent ces manifestations à un ramollissement par artérite.

On voit que le problème de la thrombose cardiaque dans la diphtérie est remis en question.

2° La thrombose cardiaque dans la tuberculose pulmonaire chronique. — Elle a fait l'objet d'une étude d'ensemble de Barie (*Journ. des prat.*, 1904); depuis lors, à notre connaissance, aucun travail nouveau n'a apporté de modifications aux idées de cet auteur. La thrombose du cœur s'observerait chez les tuberculeux cachectisés et confinés au lit par la maladie. Anatomiquement, il s'agirait d'une thrombose ventriculaire, dont les manifestations cliniques se perdent au milieu du tableau général de l'évolution de la bacillose, et ne sont généralement pas rapportées à leur véritable cause.

3° La thrombose des cardiaques. — Nous touchons ici au point capital de la question. Si, en effet, on peut discuter sur la nature véritable des caillots rencontrés chez les sujets décédés de diphtérie ou de tuberculose pulmonaire, et sur la fréquence de la thrombose cardiaque dans ces affections; le doute n'est pas possible lorsque, chez des sujets dont l'affection cardiaque a constitué toute la maladie, on trouve à l'autopsie de volumineux caillots fibrineux dont la formation, visible sur les coupes sous la forme de strates concentriques, a nécessité une évolution se chiffrant par années. Il est même possible, pour la clarté du sujet, de superposer aux facteurs pathogéniques, deux types cliniques extrêmes dominés respectivement par les éléments : stase et infection. Si nous voulions schématiser les formes que nous envisageons, nous les présenterions de la façon suivante :

Un sujet atteint de rétrécissement mitral, jusque-là bien supporté, présente brusquement des signes graves de défaillance cardiaque. Ce sera par exemple, une crise de dyspnée aiguë, avec cyanose de la face, turgescence des jugulaires; la toux apparaît d'abord sèche, puis quinteuse, avec expectoration fluide, aérée, mousseuse; le pouls est rapide, irrégulier, hypotendu; à l'auscultation du cœur, les bruits sont submergés par une pluie de râles humides de différents calibres, gros râles bronchiques, râles plus fins de congestion œdémateuse. L'état du malade est alarmant; cependant, en général, cette première crise ne le tue pas; mais, malgré un traitement approprié, la guérison ne survient pas : *le sujet entre d'emblée dans l'asystolie.*

Ou bien, chez un malade porteur d'une lésion orificielle bien compensée, avec un début presque aussi brutal, les symptômes d'insuffisance cardiaque sont localisés au cœur droit, et on a alors le tableau

---

(1) MENCARELLI. *Arch. per le scienze med.*, juin 1927, p. 341. — LE MARC'HADOUR et DUPIRE. *Réunion méd.-chir. des hôpit. de Lille*, juillet 1930.

(2) CHALIER et BOUYSSET. La thrombose cardiaque dans la diphtérie, *Journ. de méd. de Lyon*, 5 juin 1930.

(1) Maurice LÉVY et LELOURDY. Hémiplégie diphtérique, *Soc. de pédiatrie*, 28 nov. 1930.

de l'asystolie hépatique ou rénale, expressions un peu vieillies, mais assez significatives.

Quelle que soit la forme envisagée, le caractère général de ces insuffisances cardiaques est d'être d'emblée irréductibles, c'est-à-dire de n'être pas influencées par la médication toni-cardiaque habituelle : repos au lit, réduction des liquides, digitaline-ouabaïne : *c'est là le premier type.*

Chez un sujet atteint de maladie de Corrigan, dont la lésion aortique se sera secondairement « mitralisée », on voit apparaître à la suite d'une infection locale (buccale, génitale, pulmonaire) ou spontanément, un tableau clinique formé par l'association de trois syndromes : infectieux, cardiaque, embolique :

a. Le syndrome infectieux est net : fièvre, prostration, arthralgies; objectivement, gros foie douloureux avec subictère, grosse rate avec anémie, éruptions cutanées. Parfois, cependant, la fièvre sera le seul symptôme de l'infection dont il faudra chercher la signification au niveau du cœur;

b. Les signes cardiaques objectifs sont ceux de la lésion préexistante; parfois variables avec l'évolution de cette lésion, le plus souvent fixes. Il faut y ajouter les signes de défaillance cardiaque (tachycardie, arythmie, chute de la tension artérielle) qui font de cette affection le type de l' « asystolie inflammatoire »;

c. Nous ne reviendrons pas sur les embolies qui sont la signature de la thrombose cardiaque.

L'évolution irréductible et fatale de l'affection, tant dans son élément infectieux que dans son élément cardiaque, est la caractéristique de cette thrombose par endocardite maligne secondaire : *c'est là le deuxième type.*

4° **La thrombose primitive.** — Au point de vue étiologique, la thrombose primitive du cœur peut être considérée comme un cas particulier de la forme précédente; la seule différence qui existe entre elles, est que l'endocardite initiale survient chez des sujets indemnes de lésion orificielle antérieure. Les signes cliniques sont ceux de l'endocardite secondaire des cardiaques, avec sa triade symptomatique; mais ici, les signes cardio-vasculaires sont au deuxième plan.

Peu ou pas de signes d'auscultation, signes en tout cas insuffisants pour attirer l'attention du côté du cœur. Lemierre et Deschamps (1) distinguent :

a. Des signes de probabilité qui sont la fièvre, l'anémie, la splénomégalie, les arthralgies;

b. Des signes de certitude qui sont les embolies; parmi celles-ci, il faut faire une place spéciale aux embolies miliaires, à manifestations cutanées (purpura) ou rénales (hématuries microscopiques).

Si, du tableau clinique, nous ne retenons que le syndrome infectieux, nous aurons affaire à une *forme absolument latente*, impossible à diagnostiquer avec certitude. Pas d'embolies, pas de signes d'obstacle mécanique au cours du sang; la thrombose se traduit par un seul symptôme : la fièvre. Le début de cette fièvre est imprécis; elle se poursuit pendant des mois, et cependant, l'examen le plus minutieux ne permet de localiser aucun foyer infectieux. Elle s'accompagne généralement d'une anémie extrême, et parfois de subictère. Le diagnostic ne s'impose donc pas. Et cependant, comme le dit Vaquez dans son Traité des maladies du cœur, et comme l'ont répété après lui tous ceux qui se sont occupés de la question : « A voir s'étaler sur une table la longue courbe de température qui s'étend par delà les semaines et les mois, à considérer son allure mal réglée..., il ne peut s'agir que d'une endocardite maligne à forme prolongée. » Il ne faudra pas compter sur l'hémoculture pour préciser le diagnostic; car l'endocardite n'est pas une septicémie (Lutembacher) tout au plus est-elle une bactériémie intermittente, s'effectuant par l'intermédiaire des décharges emboliques, lorsque celles-ci sont septiques. L'évolution en est donc longue, mais non moins fatale que celle de la forme précédente.

Diagnostic et traitement. — On peut reprendre à propos du diagnostic des thromboses adhérentes, ce que le professeur Josserand disait de la symphyse du péricarde : « Il y a deux sortes de thromboses cardiaques : celles qu'on a diagnostiquées et qu'on ne trouve pas à l'autopsie ; celles qu'on trouve à l'autopsie et qu'on n'a pas diagnostiquées. » (Melnotte, loc. cit.)

Après l'exposé que nous venons de faire, et sans vouloir faire preuve d'un scepticisme décourageant, nous sommes assez porté à nous rallier à l'opinion précédente. Poser un diagnostic de thrombose cardiaque en face d'un malade chez qui la thérapeutique n'a pu enrayer l'évolution fatale d'une cardiopathie, voilà qui satisfait assez l'esprit; mais que ce diagnostic soit vérifié par des constatations anatomiques, c'est une éventualité moins fréquente. Il faut faire une exception pour les thromboses oblitérantes de l'oreillette gauche, dont le diagnostic peut être porté avec quelque vraisemblance, lorsque le tableau clinique est complet.

Néanmoins, le diagnostic de thrombose cardiaque peut être envisagé de la façon suivante : *a.* Dans toutes les toxi-infections prolongées, il faudra y penser chaque fois que des signes fonctionnels ou physiques, inexplicables du seul fait de l'affection causale, attireront l'attention du côté de l'appareil circulatoire; *b.* dans les lésions valvulaires du cœur, lorsque l'évolution se trouve modifiée par l'apparition d'un syndrome infectieux, ou par des phénomènes d'insuffisance cardiaque à allure aiguë ; *c.* enfin, dans certaines infections chroniques qui ne font pas leurs preuves, on pensera, par éliminations successives, à la thrombose cardiaque latente, que nous avons envisagée en dernier lieu.

Nous avons dit précédemment que le diagnostic de thrombose cardiaque équivalait à un arrêt de mort. Il peut donc sembler superflu d'envisager un chapitre de thérapeutique, d'autant que le diagnostic est lui-même basé sur l'inefficacité du traitement. On peut même se demander si une thérapeutique intempestive n'est pas capable de déclancher des accidents graves, et de hâter une évolution par ailleurs fatale ; on conçoit que les toni-cardiaques

(1) Lemierre et Deschamps. Les endocardites infectieuses, in *Pratique médicale illustrée*, Doin, 1930.

actifs, à action rapide, tels que l'ouabaïne intraveineuse puissent déclancher des contractions violentes du muscle cardiaque, capables de rompre les attaches d'un caillot pariétal et de déterminer une embolie ou des accidents d'obstruction. On mettra donc en œuvre un traitement symptomatique, seule satisfaction que puisse espérer le thérapeute en pareil cas.

Conclusion. — Au terme de cette étude, deux remarques s'imposent : d'une part, on englobe sous le nom de thrombose cardiaque des faits très différents et de valeur très inégale; d'autre part, tant que les notions pathogéniques ne seront pas précisées davantage, la thrombose cardiaque, lésion anatomique, se prêtera mal à une étude clinique. Ce sont les raisons pour lesquelles, après avoir schématisé les symptômes, nous avons multiplié les formes cliniques, telles que nous les envisageons d'après nos lectures et nos observations.

BIBLIOGRAPHIE

Principales Thèses et Revues générales :

1872. — ROBINSON BEVERLEY. De la thrombose cardiaque dans la diphtérie, *Th. de Paris*, n° 298.

1898. — ALLAIS. Contribution à l'étude de la thrombose cardiaque, *Th. de Paris*, n° 449.

1902. — DEGUY et WEILL. Sur la thrombose cardiaque avec embolies dans la diphtérie, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, p. 427.

1909. — BERGÉ. In ENRIQUEZ, t. III, p. 326.

1914. — MELNOTTE. Les thromboses intracardiaques chez l'adulte, *Th. de Lyon*, n° 48.

1918. — LUTEMBACHER. Thromboses cardiaques, *Monde méd.*, déc.

1923. — A. ANGAMMARE. La thrombostase cardiaque, *Th. de Paris*, n° 79.

1925. — BUHLER. Les thromboses oblitérantes de l'oreillette gauche, *Th. de Paris*, n° 219.

DOUMER. La thrombose cardiaque, *Echo méd. du Nord*, 3 janv.

LUTEMBACHER. Endocardites subaiguës. Thrombose cardiaque, *Bull. méd.*, 13 juin.

1926. — AUBERTIN et RIMÉ. Le diagnostic de la thrombose oblitérante de l'oreillette gauche, *Presse méd.*, n° 97.

1929. — AUBERTIN et RIMÉ. Les thromboses de l'oreillette gauche, *Monde méd.*, 15 juillet.

1930. — CHALIER et BOUYSSET. La thrombose cardiaque dans la diphtérie, *Journ. de méd. de Lyon*, 5 juin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 MARS 1931)

La répartition de l'azote urinaire dans le métabolisme azoté endogène spécifique au cours de la croissance. — M. Emile-F. TERROINE, Mlles Germaine BOY, Marguerite CHAMPAGNE et Gilberte MOUROT.

Sur le sort ultérieur des greffes de tumeurs épithéliales bloquées. — MM. F. VLÈS et A. DE COULON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 MARS 1931)

Le traitement chimique des farines. — Discussion du rapport de M. Marchoux. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, p. 366.)

M. DESGREZ, se basant sur des expériences personnelles, estime qu'il serait prématuré de condamner sans appel les substances améliorantes et notamment le persulfate d'ammonium.

Il pense que l'Académie devrait se documenter encore.

M. Léon BERNARD rappelle que le Conseil supérieur d'hygiène est en contradiction avec M. Desgrez. Sans s'arrêter aux conditions économiques, le Conseil d'hygiène s'est placé uniquement sur le terrain de la santé publique.

Les expériences faites dans les pays étrangers, petits consommateurs de pain, ne sont pas applicables à la France où la consommation du pain est considérable. D'autre part, les expériences de M. Desgrez portent sur une période de temps trop courte.

A l'heure actuelle nous sommes dans une ignorance totale des conséquences de l'emploi des améliorants. C'est pour cette raison que le Conseil supérieur d'hygiène, tout en demandant de poursuivre les expériences, a formulé un avis défavorable.

M. DELBET. Le blé de France est plus difficilement panifiable qu'autrefois en raison des grands rendements recherchés. C'est pour cette raison que les améliorants ont été employés. La solution serait dans un meilleur rendement non en poids, mais en qualité, du blé français. M. Delbet pense en définitive que seules des expériences de longue durée pourront fixer sur la valeur des améliorants au point de vue de l'hygiène. En Amérique où depuis longtemps on les utilise, on observe plus qu'ailleurs des caries dentaires, des goitres exophtalmiques, des ulcères de l'estomac. On peut se demander s'il n'y a pas de relation entre la fréquence de ces maladies et une mauvaise alimentation.

M. LAPICQUE propose cette définition du bon pain : « C'est celui que nous avons été habitués à manger. »

M. Lapicque constate que les consommateurs attachent une importance très grande à l'aspect du pain. C'est profondément absurde. On ne peut pas mettre en balance l'aspect du pain et les dangers éventuels que peuvent causer les améliorants. La solution serait de ne plus prendre de blés étrangers. La France doit faire son blé de manière à se suffire à elle-même. La France le peut, c'est une affaire d'organisation. Il n'y a que les meuniers qui nous affirment le contraire.

M. MARCHOUX, *rapporteur*, pense également que la France peut se suffire, même en ajoutant à son blé du seigle et de l'orge.

Un amendement d'ajournement déposé par M. Desgrez n'est pas adopté.

L'Académie vote les conclusions de la Commission :

« 1° L'Académie, ne voyant aucune raison de modifier sa doctrine, condamne en bloc tous les traitements chimiques plus ou moins justifiés de la matière alimentaire.

2° Elle considère que l'expérience ne peut jamais être assez prolongée pour permettre de juger de l'innocuité qu'est susceptible de présenter l'emploi des substances dites améliorantes dans un aliment de consommation quotidienne tel que le pain. L'action nocive de ces produits peut se révéler tardivement quand les accidents dont ils sont responsables sont devenus irrémédiables. En conséquence, elle se prononce nettement contre l'addition à la farine de substances destinées au blanchiment ou de produits dits améliorants. »

Sur les études dentaires. — Discussion du rapport de M. Roussy sur la proposition de loi Milan-Rio. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, p. 367.)

La discussion a été seulement amorcée :

M. Hayem déclare avec énergie qu'il n'est pas partisan de la loi Milan-Rio.

Il étudie les conséquences pratiques de la suppression des chirurgiens dentistes. Il lui apparaît surtout que les docteurs stomatologistes étant en nombre insuffisant, il n'y a pas lieu d'entraver la profession de chirurgien dentiste. En revanche M. Hayem estime qu'il faut réformer les études dentaires.

M. Hartmann constate qu'il n'y a pas plus de docteurs stomatologistes en 1931 qu'il n'y en avait en 1892. Comment en serait-il autrement? Où les étudiants en médecine apprendraient-ils l'art dentaire? Aucun des manuels mis entre leurs mains ne contient les maladies des dents.

M. Hartmann concède que des docteurs fréquentent l'école de stomatologie, ils sont rares. M. Hartmann pense qu'avec l'adoption de la loi Milan-Rio, le nombre des dentistes deviendrait vite insuffisant. Il demande à l'Académie de ne pas se prononcer à la légère.

La discussion se poursuivra la semaine prochaine.

De l'emploi des injections de glycérine dans le traitement des varices par la méthode sclérosante. — MM. F. Maignon, Ch. Grandclaude et M. Lambret. MM. Maignon et Grandclaude avaient déjà montré (Acad. des sciences, 7 avril 1930) les effets sclérosants des injections intraveineuses de glycérine à la dose de 3 à 5 centicubes chez le chien. La première injection est généralement peu efficace, mais elle produit une véritable sensibilisation des parois veineuses vis-à-vis d'une seconde qui entraîne (sept fois sur sept) la sclérose avec oblitération complète lorsqu'elle est effectuée six à huit jours après la première. Les injections sont d'autre part parfaitement tolérées, elles sont indolores et n'entraînent aucun trouble fonctionnel. Les auteurs ont eu l'idée de substituer la glycérine aux substances actuellement employées (quinine, uréthane, salicylate de soude, etc.) dans le traitement des varices par la méthode sclérosante.

Les essais tentés sur l'homme ont confirmé en tous points les résultats obtenus sur le chien.

Des expériences comparatives sur le chien ont montré que la glycérine est plus sclérosante que le mélange quinine uréthane tout en n'étant pas toxique. Les injections de quinine uréthane, au contraire, ont été fréquemment suivies chez le chien de troubles nerveux, ataxie, titubation, et quelquefois de vomissement. Rien de pareil avec la glycérine qui est un principe nutritif et qui ne doit son action qu'à sa concentration. Aussitôt diluée dans le sang, elle devient tout à fait inoffensive.

L'infestation prénatale dans l'ascaridiase des carnivores. — M. Henry fait connaître que l'infestation des jeunes carnivores par les ascarides, se fait surtout par l'utérus de la mère et qu'elle peut être une cause de mortalité à la naissance.

— Autres communications :

De la nécessité d'ajouter « la Brucellose bovine » aux maladies des animaux domestiques réputées légalement contagieuses. — MM. Ch. Dubois et N. Sollier. (Présentation faite par M. Barrier).

Contribution à l'étude de la mesure des valeurs antimicrobiennes des substances chimiques. — M. J. Regnier et Mlle Lambin.

Phénomènes apportés par l'irradiation sur le tissu cutané et la glande génitale mâle du lapin en fonction de l'état biologique de l'animal. — MM. A. et R. Sartory et J. Meyer.

Election de deux correspondants nationaux dans la quatrième division.

Classement des candidats : en première ligne, M. Tournade (d'Alger) et Cluzet (de Lyon; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Argaud (de Toulouse), Grynfeltt (de Montpellier), Morel (de Lyon), Schoeffer (de Strasbourg). — MM. les professeurs Tournade (d'Alger) et Cluzet (de Lyon) sont élus.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 23 mars. — Jury : MM. Balthazard, président; Ménétrier, Strohl et Sergent. — M. Astier. Essai de mise au point du pouvoir toxique de l'hydrogène sulfuré. — Mlle Makower. Les tumeurs spontanées chez les oiseaux. — Mme Barthel. Etude du traitement préventif et curatif par l'allergine des épanchements pleuraux. — M. Segresiaa. Etude de la dystrophie pseudo-mongolienne. — M. Mait. Poliomyélite antérieure aiguë et traitement de Bordier. — M. Olagnon. Traitement de la lithiase rénale par les courants de haute fréquence.

Mardi 24 mars. — Jury : MM. Duval, président; Cunéo, J. Faure et Terrien. — Mlle Gaston. De l'opération de Wladimiroff-Mikulicz à propos d'un cas de cancer cutané du talon. — Mlle Lecocq. Contribution à l'étude de l'hydrorrhée. — M. Bruneau. Des procédés actuels d'amélioration de la prothèse oculaire. — M. Dupuy-Dutemps. Sur le strabisme alternant.

Jury : MM. Carnot, président; Rathery, Harvier et Giroud. — M. Berton. Essai de diététique pratique du nourrisson.

Mercredi 25 mars. — Jury : MM. Loeper, président; Tanon, Olivier et Vallery-Radot. — M. Jauron. Action du camphre sur les diarrhées. — M. Augeix. Hypothèse au sujet de la dernière maladie de Blaise Pascal. — M. Ballard. Les injections sclérosantes en rhinologie. — M. Tulpault. Etude des cures hydrominérales, spécialement celle de Luxeuil dans les inflammations péri-utéro-annexielles chroniques. — M. Maleplate. Etude critique des adénites géniennes d'origine dentaire.

Jury : MM. Legueu, président; Gosset, Ombrédanne et Cadenat. — M. Lamiaud. Le lipiodol en urologie. — M. Fournier. La transfusion sanguine pour hémorragie. Importance de son organisation. — M. Mikovitch. Les hématomes extraduraux à symptomatologie anormale. — M. Guran-Nac-Barlen. Etude de l'ostéite fibro-géodique localisée dite maladie de Mickulicz.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Sebileau, Vergé, Nicolas, Lesbouyries et Panisset. — M. Jessner. Recherches sur l'élimination du bacille du Bang par le lait.

Jeudi 26 mars. — Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Claude et Roussy. — M. Klotz. Etude du traitement de la pyélonéphrite chronique rebelle par la néphrostomie. — M. Segall. Etude des syndromes psycho-anémiques et leur traitement. — M. Tyrode. Sur la posologie en vaccinothérapie. — M. Krieger-Parent. Complications nerveuses au cours des leucémies aiguës. — M. Mattei. Etude de l'antivirusthérapie. Expérimentation clinique d'un stock antivirus polyvalent. — M. Testu. Essai psycho-pathologique sur Villiers de l'Isle-Adam. — M. Adèle. Des processus simultanés de tuberculose et de gangrène pulmonaire.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Guillain, président; Tanon, Vergé, Henry, Nicolas, Dechambre, Lesbouyries et Robin. — M. Vanlerberghe. Considérations sur l'utilisation rationnelle des pulpes de betterave.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION	PRIX DE L'ABONNEMENT :	LES BUREAUX
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e	FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — **1 an** : **45 fr.** POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS **Prix du Numéro : 50 c.**	**sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE
La thrombo-phlébite par effort, par M. le Professeur Henri Hartmann.
TRAVAUX ORIGINAUX
Nouvelles conceptions sur le mécanisme d'action de la bactériothérapeutique lactique, par M. G. Ninni.
ACTUALITÉS
L'immuno-transfusion, par M. R. Levent.
PRATIQUE MÉDICALE
Les insomnies par surexcitation fonctionnelle du système nerveux. Leur traitement, par M. Valory.
SOCIÉTÉS SAVANTES
JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION
Le tétanos. L'injection préventive de sérum antitétanique. La responsabilité médicale.
NÉCROLOGIE
Vittorio Ascoli, par M. F. L. S.
NOTES POUR L'INTERNAT
Diagnostic des hémiplégies (fin).
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (admissibilité). — Classement des douze candidats admissibles :

1. MM. Bourgeois, 68; 2. Hillemand, 64; 3. Marie, 63,5; 4. Azerad, 63; 5. Bariéty, 62,5; 6. Rachet, 61; 7. Peron, 61; 8. Kaplan, 61; 9. Lambling, 60; 10. Lamy, 60; 11. Blondel, 60; 12. Chabrun, 59.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Laurent (Jean-François).

PRIX INTERNATIONAL DU TRACHOME. — Le ministre royal hongrois de la Prévoyance sociale fonde un prix de 2.000 fr. suisses pour récompenser un travail original trai-

tant de l'étiologie du trachome. Le travail devra marquer un progrès important sur ce sujet.

Les travaux destinés au concours devront être envoyés à la Clinique ophtalmologique n° 1 de l'Université royale hongroise Pierre Pazmany, à Budapest, VIII, Mariautca 39, jusqu'au 30 juin 1931.

Le jury fut formé en janvier 1931 par le ministre royal hongrois de la Prévoyance sociale.

La décision du jury qui comprend MM. Arthur Ferguson Mac Callan, M. D. London W/; Victor Morax, Paris; professeur L. Maggiore, Bari; professeur Carl Prausnilz, Breslau, sera publiée au plus tard le 31 décembre 1931.

Les travaux imprimés peuvent aussi prendre part au concours. Le jury pourra même tenir compte des ouvrages qui n'auront pas été présentés au concours, mais qui auront été publiés entre le 1er juillet 1929 et le 30 juin 1931. Les ouvrages présentés peuvent être rédigés en allemand, en français, en italien ou en hongrois.

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE (1931). — Le 26 mai 1931 s'ouvrira à Berck, sous le haut patronage de M. le Président de la République, le VIe Congrès international de thalassothérapie.

Il sera présidé par M. le docteur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Question à l'ordre du jour : *Le traitement de la coxalgie et de ses séquelles.*

Rapporteurs. — Pour la France : les docteurs Delahaye et Galland.

Pour l'Argentine : les docteurs Luis A. Tamini et Carlos E. Mosoteguy, Rodolfo Rivarola et Ricardo d'Etchessary, Rodolfo Pas.

Pour l'Italie : les professeurs Delitala, de Francesco, Ceresole.

Pour la Roumanie : les professeurs Balacesco, Jocobovici.

Pour la Yougoslavie : les docteurs Yovtchitch et Gradoyevitch.

Communications. — Des communications pourront être faites en dehors des rapports, après avoir été préalablement acceptées par le bureau (art. 6 des statuts).

Communications annoncées et acceptées. — Le docteur M. Terwagne (Belgique) : « Les eaux artésiennes d'Ostende et le nouveau palais thermal. »

Le docteur Nedelcoff (Bulgarie) : « La tuberculose du péritoine et le traitement hélio-marin en sanatorium maritime pour enfants, près de Varna, Bulgarie. »

Les docteurs Climesco et Saint-Ianas (Roumanie) : « Le traitement de la coxalgie au sanatorium C T C Carmen Sylva, près Constantza. »

PROGRAMME DU CONGRÈS. — Le Congrès s'ouvrira le mardi 26 mai, à Berck-Plage. Les séances scientifiques auront lieu à l'Hôpital Maritime. Des réceptions seront offertes, au cours du Congrès, par les municipalités de Berck et du Touquet Paris-Plage. Fin du Congrès le jeudi 28 mai.

Dans les jours qui suivront, des excursions seront organisées dans la région; le programme en sera publié ultérieurement.

Droit d'admission. — Le droit d'admission est fixé à 60 fr. français pour les membres effectifs et à 30 fr. pour les membres associés, ainsi que pour les étudiants en médecine. Tout membre faisant partie de l'Association de thalassothérapie et ayant acquitté sa cotisation annuelle de 10 fr. ne devra verser que 50 fr. pour être admis au Congrès comme membre effectif; les membres effectifs seuls auront droit au volume des comptes rendus.

Adresser les adhésions au docteur Parin, trésorier du Comité, Hôpital Maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais), chèque postal CC, Paris, 1412.

L'agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris, se charge d'organiser et d'indiquer les conditions de séjour aux congressistes.

Ve CONGRÈS DES SOCIÉTÉS FRANÇAISES D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE. (PARIS, 18-21 juin 1931.) — Le Ve Congrès des sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie se tiendra à Paris les 18, 19, 20 et 21 juin 1931.

I. Le Comité d'organisation est composé comme il suit :

1° Présidents d'honneur : les professeurs Barré (Strasbourg), H. Roger (Marseille), Portmann (Bordeaux), H. Coppez (Bruxelles).

2° Président : le professeur agrégé Velter (Paris).

3° Vice-présidents : les professeurs Ayala (Rome), Danis (Bruxelles), Collet (Lyon), les docteurs André Thomas et Baldenweck (Paris).

4° Secrétaire général : le docteur A. Tournay, 81, rue Saint-Lazare, Paris (IXe). Tél. Central 03-16; secrétaire général adjoint : docteur Renard, 15, rue Vavin, Paris (VIe). Tél. Danton 63-21.

5° Trésorier : le docteur Cousin, 2, rue Chaptal, Paris (IXe). Tél. Trinité 66-97.

II. Des rapports seront présentés sur *Les séquelles oto-neuro-ophtalmologiques de l'encéphalite épidémique*, par MM. Portmann (Bordeaux), Riser et Mériel (Toulouse), Teulières et Beauvieux (Bordeaux).

Les communications et présentations de malades, de documents ou de pièces anatomiques porteront uniquement sur les questions touchant au sujet des rapports.

III. Le programme provisoire est ainsi établi :

1° Ouverture et première séance du Congrès le jeudi 18 juin, à 15 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu de Paris. Présentation des rapports.

2° Vendredi 19 et samedi 20 : séances de discussion des rapports et de communications.

3° Samedi, à 20 h. : banquet du Congrès.

4° Dimanche 21 juin : excursion par voie ferrée et bateau; Rouen, visite de la ville, descente de la Seine maritime de Rouen au Havre, retour à Paris.

IV. Des démarches sont faites auprès des grands réseaux de chemins de fer français en vue d'obtenir pour les congressistes une réduction sur les prix de transport. Un avis ultérieur fera connaître si cette réduction peut être obtenue.

V. La participation au Congrès ne comporte aucune cotisation.

Pour le banquet et l'excursion les conditions seront fixées ultérieurement.

VI. Pour permettre au Comité d'organisation d'établir en temps voulu le programme détaillé des travaux du Congrès, de fixer toutes les dispositions relatives au banquet et à l'excursion et d'obtenir des compagnies de chemins de fer les autorisations nécessaires pour l'obtention des bons de réduction, les adhésions au Congrès, ainsi que les titres des communications et présentations devront être adressés au secrétaire général, docteur A. Tournay, 81, rue Saint-Lazare, Paris (IXe), tél. Central 03-16, avant le 15 mai 1931, dernier délai de rigueur.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LUMIÈRE. (COPENHAGUE, 15-18 août 1932.) — Les questions suivantes seront mises à l'ordre du jour :

1. *Le rôle du pigment dans la biologie de la lumière et dans l'effet thérapeutique des bains de lumière.* — Rapporteurs : MM. Brody (France) et Miescher (Suisse).

2. *Comment l'effet des bains de lumière dans la tuberculose peut-il s'expliquer?* — Rapporteurs : sir Henry Gauvain (Angleterre) et Jesionek (Allemagne).

3. *Bases et organisation des recherches hélio-climatiques en relation avec les mesures d'hygiène publique.* — Rapporteurs : MM. W. Hausmann (Autriche) et A. Rollier (Suisse).

4. *Compte rendu du Comité international de fixation d'une*

unité de mesure pour les rayons ultraviolets. — Présenté par M. Saidman (France).

Secrétaire général : docteur A. Kissmeyer, Finsen institutet, Strandboulevarden, Copenhague.

RÉUNION DU COMITÉ MÉDICAL CONSULTATIF DE VILLARD-DE-LANS. — On sait que la station de Villard-de-Lans, la seule en Europe dans ce genre, s'est organisée pour exclure tout tuberculeux et se consacrer aux enfants délicats et convalescents. Les grandes lignes d'une organisation de ce genre ont été tracées, et elles sont surveillées dans leur exécution par un Comité médical consultatif présidé par le professeur Nobécourt et dont font partie les principaux pédiatres de nos différentes villes de facultés de médecine.

Le Comité s'est réuni le 2 mars 1931 sous la présidence du professeur Nobécourt, assisté de M. Pierre Chabert, le grand animateur de la station. Etaient présents en plus à cette réunion : les professeurs Lereboullet, Carrière (de Lille), Rohmer (de Strasbourg) et MM. les docteurs Babonneix, Tixier, Armand Delille, Huber, Terrien, Jules Renault, Debré, Lesné, Gardette et Pierret.

Il a formulé, entre autres, les vœux importants suivants :

1° *Organisation d'un service d'héliothérapie méthodique ;*

2° *Création d'un service d'infirmerie et radiologie cantonal ;*

3° *Création d'une école de plein air ;*

4° *Création d'un hôpital climatique d'enfants.*

SECOURS SUR ROUTE. — Nos routes se garnissent de plus en plus de postes de secours, grâce à l'activité de « l'Union nationale des associations de tourisme » (U. N. A. T.), et surtout de sa Commission de protection aux blessés de la route dont le président est le docteur Béhague.

Envisageant le problème dans son ensemble, l'U. N. A. T. a signé un contrat avec la Confédération des syndicats médicaux français. Ce contrat doit assurer l'appui médical au fonctionnement des postes, et en échange assure aux médecins une rémunération légitime.

Dès cette année, cette organisation va fonctionner dans le département de Seine-et-Oise et sera étendue ultérieurement aux autres départements.

Le contrat entre l'U. N. A. T. et la Confédération des syndicats médicaux français a été publié dans le *Médecin de France* du 1er février 1931.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le professeur Piltz, l'éminent neuro-psychiatre polonais, doyen de la Faculté de médecine de Cracovie ; MM. les docteurs Davoigneau (de Paris), Henri Friolet (de Fribourg), Alexandrowicz (d'Alès), Duboé (de Bazet), Pichenot (de Buxy), de Torrès (de Paris), de Grissac (d'Argenteuil).

Vittorio ASCOLI

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort, à l'âge de 68 ans, du professeur Vittorio Ascoli, professeur de clinique médicale à l'Université de Rome.

En dehors de sa carrière universitaire qui fut particulièrement remplie, V. Ascoli occupait une place considérable dans la presse médicale européenne. Il était rédacteur en chef de la section pratique du grand périodique médical *Il Policlinico*, directeur de *Cuore e Circolazione* et de *Malattie del Ricambio*. Récemment encore il présidait la section médicale de l'Association italienne de la presse scientifique, et il occupait une vice-présidence de la Fédération de la presse médicale latine.

L'éminent clinicien avait en France de nombreux admirateurs, il y comptait aussi des amis dévoués qui savaient avec quelle ardeur il travaillait à fortifier l'union des deux nations sœurs.

C'est avec une profonde tristesse que nous adressons à nos excellents confrères de *Il Policlinico* l'expression de notre sympathie la plus émue. F. L. S.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LE TÉTANOS
L'INJECTION PRÉVENTIVE DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE
LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE

On sait que l'Académie de médecine, sur la proposition de M. Hartmann, a nommé une commission pour étudier et préciser les cas dans lesquels s'impose l'injection de sérum antitétanique.

La proposition de M. Hartmann a été motivée par un récent jugement dont voici le texte d'après le *Bulletin chirurgical des accidents du travail* (1).

« Attendu qu'il convient de rappeler que, s'il ne faut pas que l'exercice d'une profession quelconque jouisse, quoi qu'il arrive, du privilège de la non-responsabilité, il ne faut pas oublier non plus que l'extension de la responsabilité serait de nature à gêner considérablement, au grand péril de l'humanité, l'exercice libre, consciencieux et progressif de l'art de guérir et à en rendre la pratique impossible.

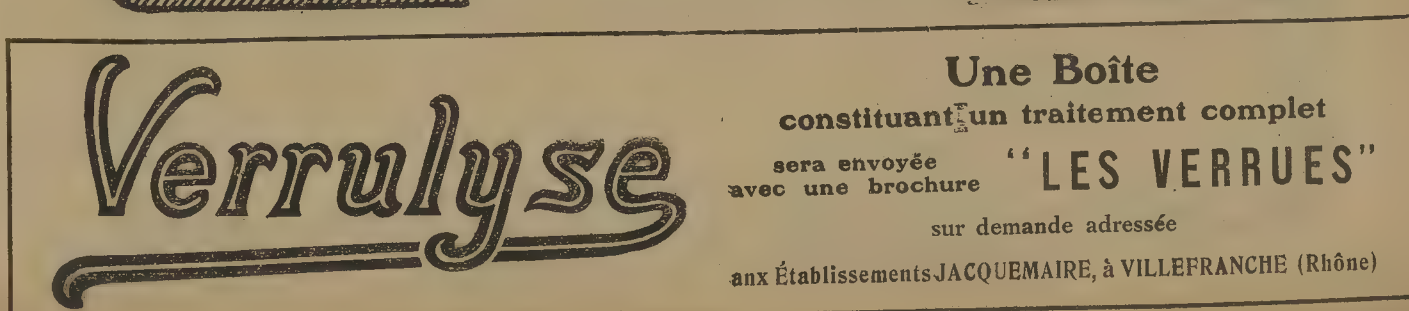
Attendu que c'est dans ces conditions qu'il est de principe qu'un Tribunal qui est saisi d'une action en responsabilité contre un médecin, à l'occasion d'une faute lourde à lui imputée dans l'exercice de sa profession, se refuse à la discussion de théories médicales et s'en remette, pour l'appréciation des faits considérés comme une faute lourde, à l'avis d'experts versés dans la science médicale et chargés de rechercher si le médecin s'est écarté des règles de bon sens et de prudence auxquelles est soumise la profession médicale.

Que c'est pour obéir à ce principe, que le Tribunal civil de ce siège a, par jugement avant faire droit en date du 25 juillet 1928, commis M. le professeur Balthazard, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, M. Chicandard, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Paris, et M. Paul, président du Syndicat des médecins légistes

(1) Dans le numéro 45, mars 1931, du *Bulletin chirurgical des accidents du travail*, notre collègue Fauquez a réuni tous les éléments du procès : les faits, le jugement, les rapports des experts.

Ces documents, extrêmement importants, montrent combien est difficile la tâche de l'Académie et combien les questions qui lui sont posées sont graves pour l'exercice de la profession.


la seconde maman
pour les enfants en bas âge
premier aliment après le lait
Blédine
JACQUEMAIRE
prépare et facilite le sevrage
Après le lait maternel
ou à défaut du lait maternel
mais toujours avec du lait,
sauf quand il n'est pas toléré,
veuillez penser à
la Blédine
JACQUEMAIRE
aliment biologiquement complet
d'une digestibilité parfaite
pour compléter le lait de vache,
pour le rendre plus digestible,
pour favoriser la croissance
et préparer le sevrage progressif
Dans les cas les plus difficiles
c'est aussi votre aliment de secours
car son emploi facultatif
au lait frais, au lait condensé,
au lait sec, au bouillon maigre
de légumes, ou même à l'eau,
vous donne toutes les facilités
pour suspendre l'allaitement
et y revenir progressivement.
Demandez une boîte-échantillon gratuite
aux Établissements JACQUEMAIRE
VILLEFRANCHE (Rhône)


Verrulyse
Une Boîte
constituant un traitement complet
sera envoyée
avec une brochure
"LES VERRUES"
sur demande adressée
aux Établissements JACQUEMAIRE, à VILLEFRANCHE (Rhône)

français, à Paris, avec mission reprise audit jugement, de dire notamment, étant donné la forme, la grandeur, la nature et l'importance des blessures, l'état organique de Monier, si le traitement antitétanique était utile ou non en l'espèce, de dire en outre si, en conduisant le traitement comme il l'a fait, le docteur P. n'a pas commis une légèreté, une imprudence, une négligence, une impéritie, une imprévoyance, une faute au point de vue médical.

Attendu que les experts, après avoir pris connaissance des documents de la cause et spécialement d'un rapport de M. le docteur de Lauwereyns, médecin légiste à Valenciennes, commis par ordonnance de référé, ont procédé à leurs opérations et clôturé leur rapport à la date du 10 octobre 1930.

Qu'ils estiment que la valeur préventive du sérum antitétanique est à l'heure actuelle universellement admise et que le sérum possède d'ailleurs une action d'autant plus efficace qu'il est injecté à une époque plus rapprochée de la blessure.

Qu'ils en concluent que, lorsqu'un médecin se trouve en présence d'une plaie étendue, profonde, anfractueuse, ayant ouvert les gaines tendineuses, lorsque la plaie est souillée de corps étrangers, de cambouis par exemple, lorsqu'il est absolument impossible de la nettoyer, l'injection préventive de sérum s'impose; que, de l'avis de tous les médecins sensés, c'est une faute que d'omettre l'injection préventive en pareil cas.

Attendu que la responsabilité médicale, sous le rapport civil comme sous le rapport pénal du reste, a été reconnue et consacrée par la doctrine et la jurisprudence qu'il serait superflu de reproduire ici. Que le principe de cette responsabilité découle des articles 1382 et 1383 du Code civil, suivant lesquels tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige l'auteur de ce fait à une réparation.

Attendu qu'il est dès lors de toute évidence que l'attention et la conduite du médecin, dans un cas comme celui qui fait l'objet du présent litige, doivent être particulièrement attirées sur la catégorie de traumatisme où l'infection a plus de chance de se développer, telles que les plaies par écrasement, broiement, les plaies contuses irrégulières, anfractueuses, souillées de fumier, de terre, de cambouis, etc..., que son rôle consiste à rechercher quel moyen préventif il doit employer.

Attendu que, dans des cas semblables, s'il ne prévient pas ou n'essaie pas de prévenir, suivant les circonstances, l'éventualité rare mais possible d'une complication tétanique, il engage nettement sa responsabilité dans le sens des articles 1382 et 1383 du Code civil.

Attendu qu'il suffit, pour s'en convaincre dans l'espèce présente, de se reporter au rapport des experts où ils relatent que, chez le jeune Monier, toutes les indications étaient réalisées qui imposaient l'injection préventive de sérum antitétanique, état de la plaie souillée de cambouis et de poussières, et que de plus, en raison de la faiblesse du blessé le docteur P. s'est cru dans l'obligation de renoncer à toute tentative de nettoyage de la plaie qui eût nécessité une anesthésie générale.

Attendu que, pour en arriver à sa mise hors de cause, P. soutient qu'il s'est abstenu délibérément de faire l'injection, estimant que le risque des accidents sériques était plus grave et en s'appuyant d'autre part sur l'extrême rareté des cas de tétanos dans l'industrie métallurgique du Nord.

Attendu, en ce qui concerne les dangers de l'injection de sérum, que les experts répondent eux-mêmes à l'objection de P. en déclarant que, chez le jeune Monier, le tétanos est survenu dans les délais normaux, sept jours après la blessure; qu'on est en droit de dire que, selon toute vraisemblance, l'injection préventive de sérum eût empêché l'éclosion du tétanos; que, si ce n'est cependant pas une certitude, car il aurait pu également s'agir d'une inoculation massive de bacilles et la dose habituelle de sérum aurait pu se montrer insuffisante, en tout cas, il est certain que l'injection préventive eût retardé cette éclosion et rendu son évolution moins rapide et probablement moins grave.

Attendu qu'ils signalent qu'on observe parfois, à la suite des injections, des accidents sériques en général légers, que plus exceptionnellement, ils sont graves, avec quelques accidents mortels, mais que, pour réels qu'ils soient, il n'en faut pas exagérer l'importance, ni la fréquence, et qu'ils ne sauraient être opposés aux immenses services qu'a rendus l'injection de sérum antitétanique. Que jamais la crainte des accidents sériques ne peut constituer une contre-indication préventive lorsque celle-ci est justifiée. Que d'ailleurs le jeune Monier ne semblait pas avoir reçu, antérieurement à sa blessure, d'injection de sérum, soit pour diphtérie, soit pour une autre blessure; qu'il n'existait donc aucune raison personnelle pour redouter l'apparition des accidents sériques.

Attendu que, si les cas de tétanos traumatique sont relativement peu nombreux dans l'industrie métallurgique de la région du Nord, il n'en est pas moins constant, d'une façon générale, qu'en raison de la gravité de l'affection et de la facilité avec laquelle elle peut être prévenue, certains médecins ont, contrairement à l'opinion du défendeur, érigé en principe la nécessité absolue de pratiquer l'injection préventive à l'occasion de toute blessure si minime soit-elle.

Attendu que, devant une situation dont le dénouement a été si grave, la rareté des cas observés ne saurait dégager totalement la responsabilité de P.

Attendu, en effet, sur ce point, que les experts, qui ont eu en mains toute une série de justifications et de statistiques médicales tendant à établir la réelle rareté des cas de tétanos observés chez les ouvriers d'usine de la région, concluent que la faute du docteur P. dans le cas du jeune Monier s'atténue de ce fait, mais que cette considération, pas plus que la crainte des accidents sériques, ne supprime complètement la faute commise.

Attendu que le Tribunal estime que le rapport sus-analysé fait une juste appréciation des circonstances de la cause et que, pour les raisons indiquées par lesdits experts, la responsabilité de P. doit être réduite de moitié.

Attendu que les consorts Monier réclament aujourd'hui une somme de deux cent deux mille cent quatre-vingt-dix-sept francs à titre de dommages-intérêts en raison du préjudice tant matériel que moral par eux subi. Que c'est à tort que P. soutient que le préjudice matériel n'existe pas puisque que la loi de 1898 n'aurait rien accordé aux parents.

Attendu que le jugement avant faire droit a écarté cette discussion, que le caractère forfaitaire de ladite loi ne peut être invoqué en l'espèce.

Attendu que le Tribunal, connaissance prise de la situation sociale et de fortune des demandeurs et des dépenses occasionnées par la mort de Monier, faisant état du préjudice moral et matériel subi, a les éléments suffisants pour fixer à cent cinquante mille francs l'indemnité qui devrait revenir à la mort de celui-ci.

Attendu que P. sera tenu, en raison de la responsabilité réduite de moitié qui lui incombe, de verser aux consorts Monier pour la réparation une somme de soixante-quinze mille francs.

Par ces motifs :

Entérine purement et simplement le rapport des experts.

En conséquence condamne ledit défendeur à payer aux demandeurs une somme de soixante-quinze mille francs à titre de dommages-intérêts pour le préjudice par eux subi. Le condamne aux intérêts judiciaires et aux dépens.

Ainsi jugé et prononcé à l'audience publique de la première chambre du Tribunal de première instance de Valenciennes, le trente et un décembre mil neuf cent trente. »

LA THROMBO-PHLÉBITE PAR EFFORT

Par le Professeur Henri HARTMANN,
Membre de l'Académie de médecine.

Le malade, que je vous présente aujourd'hui, est atteint d'une lésion que je ne crois pas avoir encore rencontrée. Il s'agit donc d'une lésion assez rare, ce qui m'engage à vous exposer son histoire avec quelques détails.

Agé de trente-neuf ans, il n'a jamais souffert du membre supérieur; employé de l'hôpital, il poussait, le 27 février, un lit devant lui avec les deux bras tendus en avant. Par suite de l'existence d'un trou dans le plancher, le lit, qu'il faisait glisser sur celui-ci, fut brusquement bloqué. Le malade ressentit une légère douleur dans le bras droit, douleur qui, sur le moment, ne l'arrêta pas dans son travail. Le lendemain le membre se tuméfia légèrement, la douleur plus marquée, d'abord au voisinage du coude, s'étendait un peu à l'avant-bras et remontait plus vive, le long du bord interne du bras et dans l'aisselle. Le 1er mars, il devait cesser son travail et se présentait à la consultation de l'hôpital où on lui conseillait de prendre des bains locaux chauds et d'envelopper le membre dans un pansement humide. Les jours suivants la situation s'aggrave, le malade ne peut plus remuer le bras: il souffre d'élancements au point de ne plus dormir. Aussi entre-t-il à l'hôpital le 6 mars, une semaine après le début des accidents.

Nous l'examinons à ce moment. Le membre supérieur droit est tuméfié dans son ensemble et présente une teinte d'un rose légèrement bleuté. La tuméfaction, surtout marquée au niveau du bras, est moindre sur l'avant-bras mais remonte sur le moignon de l'épaule et s'étend à la région clavi-pectorale. Le réseau veineux sous-cutané est beaucoup plus apparent que celui du côté opposé.

A la palpation, le gonflement est mou; la pression est un peu douloureuse sur la face antéro-interne du bras et dans le creux axillaire. On sent à ce niveau un cordon assez dur qu'on perd en haut, dans la partie supérieure de l'aisselle, en bas au niveau du pli du coude.

Le malade ne peut faire que des mouvements limités et encore à la condition de ne les exécuter que lentement.

Il existe un très léger mouvement fébrile, 38 degrés.

En présence de ces symptômes, quel diagnostic devions-nous porter? La tuméfaction du membre, la teinte rose-violacée un peu cyanique des téguments, l'exagération de la circulation veineuse sous-cutanée, l'existence d'un cordon dur et sensible, le long de la veine humérale et dans l'aisselle, constituaient un ensemble de symptômes faisant penser à une thrombophlébite de la veine axillaire. L'affection avait débuté à la suite d'un effort, nous pouvions faire le diagnostic de *thrombophlébite par effort*.

Cette maladie a, tout d'abord, été décrite en Allemagne. En 1912, Lenormant, s'appuyant sur 8 cas publiés, la faisait connaître dans un article de la *Presse médicale.* Peu de temps après, paraissait à Paris la thèse de Pellet (1912) où l'on trouve 3 observations nouvelles, 1 de Rochard, 2 de Mouchet. En 1919, Lenormant en apporte 3 observations à la Société de chirurgie; en 1923, Guyot et Jeanneney; en 1924, Grimault et Dantlo en présentent de nouvelles. Entre temps, en 1920, Cadenat avait publié, dans le *Paris médical,* un court mémoire sur cette question, qu'étudie enfin Ambroisine dans sa thèse de Lyon de 1926.

Comme dans la plupart des observations publiées, la maladie s'est développée chez un individu d'âge moyen, et est apparue sur le membre supérieur droit. Ce siège à droite est habituel; sur les 25 observations réunies par Ambroisine, on trouve 18 cas à droite, 7 seulement à gauche. 2 fois seulement (observations de Mocquot) on voit la maladie siéger sur le membre inférieur et dans les 2 cas, contrairement à ce qui arrive pour le membre supérieur, c'est le côté gauche qui a été atteint.

Au point de vue du sexe, il y a prédominance manifeste dans le sexe masculin; sur les 25 observations d'Ambroisine, 22 hommes et 3 femmes.

A ce point de vue, notre malade rentre encore dans la règle.

Un point reste obscur, le mode d'action de l'effort dans la genèse de ces thrombophlébites, Lenormant, développant une idée de Rosenthal, avait primitivement émis l'hypothèse que l'origine de la coagulation était dans une lésion minime de la tunique interne du vaisseau, éraillure ou arrachement d'une veinule collatérale à son embouchure, produite par le traumatisme ou par la simple contraction musculaire. Mouchet, Delbet, Gautier ont incriminé la syphilis. L'existence d'une lésion préalable de la veine semble établie dans quelques observations (Grimault et Dantlo) où après résection veineuse, on a constaté, au microscope, l'existence d'une sclérose de la paroi veineuse, le traumatisme souvent incriminé, ne faisant que révéler une thrombophlébite latente. Cadenat qui, deux fois, a vu l'affection succéder à un traumatisme thoracique, voit dans une lésion inflammatoire pleurale, le point de départ de l'inflammation. D'autres ont parlé d'origine infectieuse ou diathésique, la goutte, par exemple. En fait, si manifestement l'effort précède souvent le développement de ces thrombophlébites, rien n'est encore définitivement établi au point de vue de leur pathogénie.

En présence d'une pareille lésion, y a-t-il lieu d'intervenir chirurgicalement? Schapelmann, Delbet, A. Broca, Guyot et Jeanneney, Grimault et Dantlo, sont intervenus, le premier incisant la veine et enlevant le thrombus; les autres réséquant entre deux ligatures le segment veineux thrombosé. Nous rappelant les autres observations publiées, escomptant une guérison spontanée, nous nous contenterons de laisser le malade au repos.

(Cette guérison spontanée a été obtenue en trois semaines environ et le malade, revu six mois après, avait repris son travail et ne se ressentait de rien).

**

NOUVELLES CONCEPTIONS
SUR LE
Mécanisme d'action de la bactério-thérapeutique LACTIQUE

Par G. NINNI,
Agrégé de bactériologie à la Faculté de Naples.

Le premier à conseiller l'adoption des ferments lactiques fut Tissier, en 1905, puis l'année suivante Cohendy, sous la direction de Metchnikoff.

Mais le mérite de toutes les études et applications pratiques qui ont été faites depuis dans cette branche importante de la thérapeutique générale et intestinale, revient plus particulièrement à Metchnikoff.

Si l'efficacité des ferments lactiques du type Bulgare est indiscutable, le mécanisme de l'action de ces ferments ne semble pas encore bien connu.

La thèse de Metchnikoff sur l'acclimatation, la multiplication et l'antagonisme des microbes dans le gros intestin, ne paraît plus être d'accord avec les données scientifiques pour les raisons suivantes :

1° On sait que pour obtenir les meilleurs effets par les ferments lactiques, il est nécessaire d'absorber de grandes quantités de substances sucrées. On pense en effet que les liquides sucrés favorisent la multiplication des bacilles bulgares dans le gros intestin et aident à la formation d'acide lactique.

Or, c'est une notion élémentaire de physiologie, confirmée par Berthelot, que l'absorption des sucres est commencée dans l'estomac, puis continuée dans la première partie de l'intestin grêle et qu'elle est terminée avant l'arrivée des sucres dans le gros intestin.

Donc, les bacilles bulgares ne trouvent pas dans le gros intestin de sucres fermentescibles ou du moins les trouvent-ils en quantité négligeable, insuffisante pour former l'acide lactique et les produits d'échange nécessaires à l'antagonisme microbien.

Wolmann, il est vrai, a démontré que les *glycobacter peptoliticus et proteclyticus* sont capables de transformer l'amidon en sucre, et, par conséquent, l'amidon arrivé dans le gros intestin produirait du sucre attaquable par le bulgaricus. Mais la quantité d'amidon qui échappe à l'hydrolyse et à l'absorption dans l'intestin grêle est toujours petite dans les conditions normales. Dans les conditions pathologiques, on ne donne généralement pas d'amidon aux malades.

Toutefois, la bactério-thérapeutique lactique a une action aussi grande malgré l'absence d'amidon.

2° Le bacille bulgare, au contraire de l'acidophile, est tué par les produits aromatiques qui se forment toujours dans les selles, même lorsque l'usage des ferments lactiques est poursuivi pendant très longtemps.

C'est pour cette raison que les auteurs américains, partisans de la conception de Metchnikoff sur l'antagonisme et la multiplication microbienne, ont conseillé l'usage du bacille acidophile (Kendall, Cheplin, Gompertz, Eggston, Normann, Bass, etc.), qui résiste et se multiplie en présence d'indol et phénol tout au moins « in vitro » (Walter Kulp) et qui n'est pas tué, au contraire du bacille bulgare, par le suc gastrique.

En effet, les expériences faites « in vitro » avec le suc gastrique filtré, ont démontré que le bacille acidophilus résiste à une acidité totale, exprimée en HCl : à 2,49, alors que le B. bulgaricus résiste seulement à une acidité maxima : à 2,04.

De plus, au contraire du B. bulgaricus, l'acidophilus n'est plus atténué par le suc duodénal (Sagastum et Solari, Pergher).

Donc, l'acidophilus possède « in vitro » ces propriétés qui, suivant les conceptions de Metchnikoff admises par les auteurs américains, devraient le faire préférer au bulgaricus puisque celui-ci, pour les raisons énoncées plus haut, n'arrive pas avec son entière activité, dans le milieu où l'on présume que devrait se faire sa multiplication.

Mais au contraire, dans la pratique courante, nous voyons que les meilleurs effets reconnus par tout le monde, dans les maladies intestinales, sont sans discussion plus rapides et plus évidents avec le B. bulgaricus. On ne peut même attribuer la moindre efficacité de l'acidophilus seulement à la grande quantité d'acide acétique qu'il produit et qui n'est certainement pas aussi inoffensif que l'acide lactique.

3° Puisque le B. bulgaricus produit ses effets antagonistes avec les produits de son métabolisme, non encore identifiés et surtout par l'action lactique, le contenu du gros intestin des sujets qui l'emploient devrait être très acide, ce qui n'a jamais été constaté.

Nous savons que les fonctions du gros intestin sont toujours modifiées par une réaction anormale qui se révèle tout de suite parmi les évacuations diarrhéiques. En d'autres termes, l'organisme sain a tendance à maintenir constant son équilibre acido-basique, non seulement dans le sang et les tissus. mais même dans l'intestin, et pour cela, neutralise l'acide au fur et à mesure de sa production. Cette opinion est partagée même par Klotz. Une preuve en est donnée par le fait que l'usage des ferments lactiques produit tout d'abord des évacuations plus fréquentes car on introduit dans l'organisme, en même temps que les ferments, une quantité notable d'acide lactique que l'organisme n'a pas encore préparé, ne peut soudainement tout neutraliser.

C'est en second temps que l'organisme devient plus apte à neutraliser l'acide lactique introduit et par suite les évacuations sont seulement facilitées.

En dernier temps enfin, il se produit de la constipation, parce que l'organisme est devenu capable de neutraliser tout l'acide lactique introduit.

4° Si le B. bulgaricus ou les autres ferments s'acclimataient dans l'intestin, il n'y aurait pas lieu d'en continuer l'usage pendant des mois et même des années dans certaines formes intestinales chroniques, puisque avec le traitement diététique, les ferments lactiques devraient, après leur multiplication, rester la flore prépondérante, non seulement dans le cæcum mais même dans les selles.

Mais au contraire, bien que quelques savants comme Cohendy et Belonowski aient retrouvé les bacilles lactiques dans les selles de sujets alimentés avec le B. bulgaricus, le plus grand nombre des auteurs ne retrouvent pas de germes dans les selles des hommes, des singes et des souris alimentés même copieusement avec les ferments (Luersen et Kühn, Oehler).

Or, Pergher a démontré que les bacilles lactiques retrouvés dans les selles des cobayes alimentés expressément avec le B. bulgaricus n'étaient pas les bacilles bulgariques administrés mais des espèces particulières de bacilles lactiques naturels dans les selles des cobayes. Ces bacilles diffèrent du véritable B. bulgaricus en ce qu'ils sont cultivables sur le lait-bile et à 37 degrés.

Dans tous les cas, même en laissant de côté cette étude de Pergher, on peut déduire des études ci-dessus, qu'il n'y a pas de multiplication et encore moins d'adaptation du B. bulgaricus, dans l'organime humain. Le petit nombre de bacilles trouvés dans les selles n'est pas une conséquence de l'adaptation, comme c'est le cas pour le B. bifidus, qui constitue 95 à 99 p. 100 de la flore microbienne des enfants en parfaite santé, nourris au sein, car ce germe s'est adapté à l'intestin du nourrisson.

Or, si le nourrisson a des troubles digestifs, par une alimentation non adaptée, soit naturelle, soit artificielle, le pourcentage des B. bifidus diminue beaucoup jusqu'à se réduire à des chiffres négligeables. Mais si l'on corrige ces troubles digestifs par une alimentation adaptée ou par l'usage des ferments lactiques, le B. bifidus, c'est-à-dire le germe qui avait été dominé par les autres espèces microbiennes, redevient rapidement le représentant principal de presque toute la flore intestinale.

Lorsque les troubles digestifs du nourrisson ont été corrigés par les ferments lactiques, régulièrement c'est le B. bulgaricus et non le B. bifidus, qui devrait représenter, tout au moins au début, la totalité de la flore microbienne, et ceci d'autant plus que toutes les conditions idéales pour l'adaptation et la multiplication du B. bulgarique ont été réalisées.

5° Si les avantages de la bactério-thérapeutique lactique étaient la conséquence de la multiplication et de l'antagonisme microbien comme cela se passe « in vitro », leur action se réduirait à une efficacité curative plus ou moins tardive et seulement dans les affections du gros intestin (inflammations, mouvement anormal du bol fécal).

Nous observons, au contraire, qu'elle a une action bienfaisante plus spécialement dans les localisations inflammatoires de l'intestin grêle et dans les troubles de l'assimilation qui, comme on le sait, se produisent dans l'intestin grêle; dans les troubles de la sécrétion gastrique et intestinale; dans une forme morbide surtout nerveuse; l'entérite muco-membraneuse, dans laquelle la flore microbienne anormale est la conséquence et non la cause de la maladie; dans plusieurs psychopathies dans lesquelles le fait primitif est un état labil du système nerveux qui a une répercussion sur le mécanisme chimique, sur l'assimilation et sur le tonus gastro-intestinal en y produisant des troubles relatifs.

Dans tous ces cas, les ferments lactiques ne devraient manifester aucune action favorable, puisque l'acclimatation se fait seulement dans le gros intestin et qu'ils traversent rapidement l'intestin grêle, comme était déjà connu et a été soigneusement démontré par les études de Pergher.

*
* *

Donc, à présent, il faut retenir que l'action des ferments lactiques dans l'organisme n'est pas directe comme dans le tube de laboratoire, mais au contraire indirecte.

Le lieu où s'effectue cette action indirecte me semble être l'intestin grêle, pour les raisons suivantes :

Le parfait fonctionnement de l'organisme dépend de la bonne sécrétion et de la bonne assimilation gastro-intestinale.

Si la sécrétion qui est maxima dans la portion estomac-duodénum va en décroissant vers le gros intestin où elle se réduit plutôt à une sécrétion muqueuse qui facilite le passage du bol fécal, l'assimilation au contraire est maxima dans le jéjunum et va en décroissant vers le bas, c'est-à-dire dans l'iléum et au-dessus du jéjunum, jusqu'à se réduire à l'assimilation des cristalloïdes et particulièrement de l'alcool et des sucres bien hydrolysés dans l'estomac.

La fonction assimilatrice du gros intestin, dans tous les cas insignifiante, est réduite à l'eau et peut-être aux cristalloïdes; elle est douteuse pour les colloïdes, tout au moins pour ceux qui ont le noyau chimique du benzol.

Pour que les deux fonctions, sécrétion et assimilation, se produisent régulièrement, il faut une parfaite santé, non seulement de la région où se produisent ces fonctions, mais de tout l'organisme. La première condition est l'absence de microbes dans la partie où se produisent la sécrétion et l'assimilation.

Les recherches de Sanarelli et de Ninni sur les animaux ont démontré que dans les conditions de santé, l'estomac et le jéjunum et surtout le duodénum sont pratiquement privés de microbes parce qu'il y a seulement quelques spores des germes sporogènes.

Les microbes comme le B. coli commencent à apparaître dans l'iléon et augmentent dans la dernière portion de l'iléon sans jamais rejoindre la quantité qui se trouve dans le gros intestin (Ninni).

Cette condition indispensable au bon fonctionnement de la nutrition, qui se trouve vérifiée chez les animaux, est constatée avec autant d'évidence chez l'homme. C'est la principale raison pour laquelle les blessures pénétrant la cavité péritonéale et qui lèsent l'intestin grêle ont d'autant plus de probabilité de guérison que la portion lésée de l'intestin grêle est plus haute.

Au contraire, il est bien connu en chirurgie que les blessures du gros intestin sont toujours mortelles à cause de l'infection consécutive qui dérive des microbes qui en sont les hôtes.

Mais l'amicrobicité presque absolue de l'estomac, du duodénum et du jéjunum et l'amicrobicité rela-

tive de l'iléon sont remplacées par un microbisme non négligeable dans un grand nombre de conditions pathologiques locales ou générales.

Sans tenir compte des maladies infectieuses générales dans lesquelles l'intestin grêle contient des microbes relatifs pour sa fonction d'émonctoire (Sanarelli) et des maladies locales intestinales dans lesquelles le microbe pathogène se multiplie, il est désormais démontré par les recherches de Ninni que dans une condition morbide quelconque, c'est-à-dire à localisation non intestinale, les microbes habituels du gros intestin se trouvent non seulement dans le jéjunum et dans l'estomac mais aussi dans le duodénum.

De même dans la convalescence prolongée des maladies générales qui n'ont rien à voir avec l'appareil gastro-intestinal (tétanos), Ninni a trouvé expérimentalement le bacille coli et d'autres microbes dans l'estomac et dans le duodénum.

C'est pour cela qu'on doit penser que la perte de santé déprime ou annule le pouvoir bactéricide des sucs intestinaux; ce pouvoir bactéricide n'est pas lié seulement à l'acidité ou à l'alcalinité de telle ou telle sécrétion, car *in vitro* l'action bactéricide a quelquefois fait défaut.

Donc, ou bien les microbes montent du gros intestin à l'intestin grêle et là ils se multiplient, ou bien ils descendent de l'estomac dans lequel la sécrétion n'est pas suffisamment bactéricide.

La présence de microbes, pathogènes ou non, dans l'intestin grêle est la cause des troubles locaux d'assimilation et de sécrétion et des troubles généraux qui en dérivent, et surtout de la méiopragie du foie qui est la première station que rencontrent les poisons aromatiques, ptomaïniques et spécifiques colloïdaux absorbés.

Il faut seulement expulser ces microbes anormalement placés dans l'intestin grêle pour voir disparaître le syndrome morbide.

C'est cet effet que l'on cherche à obtenir dans la thérapeutique galénique avec des purgatifs huileux; ils ne réussissent qu'en partie parce que non seulement ils produisent une irritation mais ils ne peuvent pas être répétés.

Au contraire, on obtient cet effet avec les ferments lactiques en vertu d'un mécanisme physico-physiologique dont les principes peuvent se réduire aux données suivantes :

Action antagoniste. — S'il est vrai que l'estomac, dans les conditions normales, produit une sécrétion bactéricide à laquelle les petites quantités de B. bulgarique ne résistent pas (Pergher), il est également vrai que dans les conditions anormales (qui, d'après ce que nous avons dit plus haut, sont très fréquentes lorsque l'organisme n'est pas en bonne santé, et sont la règle dans les maladies aiguës et chroniques de l'intestin dans lesquelles les ferments lactiques sont conseillés) le pouvoir bactéricide du suc gastrique est sûrement complètement insuffisant pour tuer ou atténuer les petites aussi bien que les grandes quantités de bacilles bulgariques.

Donc, ces ferments agissent dans ce cas, comme dans le tube du laboratoire, en antagonisme avec les autres microbes qu'ils trouvent sur leur chemin jusqu'au gros intestin et pendant le temps nécessaire à traverser la portion estomac-valvule iléocæcale.

Malgré cela, nous ne voulons pas nier une certaine action antagoniste et peut-être une multiplication temporaire négligeable même dans le gros intestin.

Dans l'intestin grêle il est vrai que l'action bactéricide des ferments n'agit que pour peu de temps, mais elle a une efficacité sûre parce que là, même dans les conditions pathologiques, il n'y a pas la grande quantité de microbes qui se trouvent à l'état normal dans le gros intestin, et les bacilles et l'acide lactique ont toujours leur pleine activité.

Au contraire, dans le gros intestin, l'efficacité, si le temps d'activité est illimité, est négligeable parce que, d'une part les ferments lactiques tendent continuellement à s'atténuer jusqu'à mourir, et l'acide lactique à se neutraliser; et, d'autre part, il y a dans le gros intestin un très grand nombre de microbes qui finissent par prévaloir puisqu'ils constituent la flore naturelle nécessaire.

Action mécanique. — L'action antagoniste des ferments lactiques dans l'intestin grêle en l'état de santé est donc de durée relativement courte. Dans les conditions pathologiques, leur durée ne change vraisemblablement pas beaucoup parce que les ferments représentent toujours une stimulation anormale qui excite le fonctionnement moteur de l'intestin grêle et par conséquent ils passent tout de suite dans le gros intestin.

Mais cette condition d'hypercinesis gastro-intestinal, qu'ils provoquent surtout par l'action de l'acide lactique, est profitable à l'organisme parce que dans cette façon les scories toxiques et les microbes qui se trouvent anormalement dans l'intestin grêle sont éliminés.

On peut expliquer de cette manière que l'action mécanique de lavage de l'intestin grêle réussit d'autant mieux qu'elle est pratiquée plus copieusement et plus réitérativement.

Ce mécanisme explique la nécessité d'absorber sous forme de liquide de grandes quantités et de répéter les doses.

En effet, tout le monde sait que les petites quantités n'exercent aucune influence dans les maladies intestinales, quelle que soit leur nature et que, au contraire, il n'y a que de grandes quantités qui soient profitables. Aussi, seules les grandes quantités sont conseillées par tous les expérimentateurs (Cohendy, Belonowski, Beguet, Pergher, etc.).

Beguet. dans les entérites estivales des nourrissons, dans les entérites des adultes, dans les syndromes putrides compliquant les infections intestinales, conseille les ferments jusqu'à la dose journalière de 1/5 du volume total des aliments dans les cas bénins. Jusqu'à 500 centimètres cubes pour les nourrissons et 1.000 pour les adultes dans les cas de moyenne gravité; jusqu'à 800 centimètres cubes pour les nourrissons dans les cas graves en les faisant précéder dans ce cas par un purgatif.

Avec ces doses auxquelles on arrive dans la deuxième ou dans la troisième journée de thérapeutique, Beguet sur 350 nourrissons (parmi lesquels 280 au biberon et 50 dans un état très grave), a obtenu la disparition de la fétidité des selles en deux à trois jours et de tous les symptômes toxiques en une semaine.

De même, sur 160 adultes, Beguet a obtenu 122 fois une notable amélioration en moins de huit jours.

Les résultats obtenues par Beguet sont intéressants pour la démonstration de notre thèse, c'est-à-dire que les cas les moins bien influencés ont été les syndromes dysentériques puriformes ou non, même si les selles n'étaient pas fétides.

Ce sont ces formes qui, selon les principes de la bactériothérapeutique lactique exposés par Metchnikoff et admis par tout le monde, devraient être les plus avantagées, puisque la localisation primaire est dans le gros intestin où les B. lactiques devraient s'acclimater, se multiplier et agir par antagonisme. Au contraire, cet absence de bénéfice est en parfait accord avec l'action mécanique de lavage qui s'exerce dans l'intestin grêle.

Il est bien évident que les doses doivent être fractionnées pendant toute la journée et répétées pendant plusieurs jours consécutifs jusqu'à une guérison stable, car, si les premières doses chassent la majorité des microbes et en tuent une grande portion, de nouveaux lavages sont nécessaires pour ne laisser aucune trace des microbes étrangers dans le duodénum et surtout dans le jéjunum.

L'administration des ferments sous forme liquide et toujours éloignée des repas et mieux l'administration associée à une diète liquide sont des corollaires nécessaires de notre thèse qui ne peuvent que nous donner raison. C'est pourquoi le Yoghourt ou autres préparations de lait fermenté, bien que riches en germes lactiques vivants et très aptes dans leur milieu ambiant, et les préparations commerciales de bacilles lactiques sèches bien que de récente préparation et par conséquent vivants, n'ont qu'une efficacité petite ou nulle, surtout si elles ne sont pas accompagnées par la diète hydrique.

Action régulatrice sur les fonctions gastro-intestinales (sécrétrice, absorbante, bactéricide). — L'action mécanique principale et l'action antagoniste secondaire seraient nulles si les ferments lactiques ne régularisaient pas simultanément les fonctions sécrétrice et absorbante de l'intestin grêle et par suite ne rétablissaient pas le pouvoir bactéricide normal.

Cette action complexe des cultures liquides des bacilles lactiques, concomitante mais subordonnée à l'action mécanique des fortes doses, est due surtout aux produits culturels.

Si nous analysons l'action de chacun des produits qui existent dans les cultures de B. lactiques, nous trouvons que l'acide lactique exerce une influence par son action sécrétrice; la peptone, par son action sécrétrice et modératrice des stimulations irritatives; les produits de la pepto- et protéolisis et les traces de sucre non fermenté, parce qu'ils favorisent la sécrétion et l'absorption.

L'excès de l'un quelconque de ces produits peut détruire complètement ou partiellement les bénéfices que produisent les cultures des ferments lactiques; par exemple, l'excès d'acide lactique ou de peptone est irritant; les produits de la peptolysis en excès, ou très dégradés, sont non seulement irritants mais ils obligent le foie à un travail plus grand de synthèse et de désintoxication.

D'autre part, l'action des produits contenus dans les cultures de ferments lactiques n'est pas seulement le résultat du bon effet produit sur la sécrétion et sur l'assimilation intestinale, par chacun des composants, en justes proportions, mais est aussi la conséquence de l'ensemble des produits agissant comme un produit unique par un mécanisme qui nous échappe.

En effet, les doses convenables d'acide lactique, de peptone ou de peptides dilués, n'ont pas le même bon effet. Au fur et à mesure que la fonction sécrétrice redevient normale, son pouvoir bactéricide se manifeste et les microbes résiduels, anormalement placés dans le duodénum et dans le jéjunum et qui n'ont pas été chassés par l'action mécanique de lavage, sont non seulement inhibés dans leur multiplication mais sont également tués.

La fétidité excessive des selles qui s'observe dans toutes les maladies intestinales et dans les maladies infectieuses graves, n'est pas due à l'excès de multiplication des microbes du gros intestin sur les résidus alimentaires normaux qui y arrivent, car en supprimant l'alimentation et par suite les residus alimentaires non digérés (ce qui se passe plus ou moins naturellement dans toutes les maladies intestinales) la fétidité devrait disparaître.

Mais la fétidité est produite par les protéines qui passent de l'organisme dans l'intestin grêle et après dans le gros intestin et qui forment un coagulum favorable pour les microbes protéolitiques, en augmentant excessivement la fétidité des selles.

Si à l'état normal, les protéines qui passent dans l'intestin grêle sont seulement celles qui servent pour les sécrétions et sont en grande partie, assimilées et métabolisées, dans les conditions pathologiques il y a une stimulation irritative anormale et par suite une très grande quantité de protéines passe dans l'intestin grêle.

Ces protéines sont plus ou moins rapidement altérées par les microbes qui se trouvent dans l'intestin grêle et deviennent à leur tour la cause de nouvelles irritations locales et par suite d'un hypercinesis qui fait passer rapidement le contenu de l'intestin grêle dans le gros intestin.

De même dans les maladies graves de tout l'organisme, les protéines des tissus et des humeurs, plus ou moins modifiées, passent dans l'intestin grêle et ensuite dans le gros intestin, parce que l'intestin grêle est le plus important émonctoire de l'organisme.

De ce que nous venons d'exposer, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Les bons effets de la bactério-thérapeutique lactique ne sont pas la conséquence de la multiplication

des B. lactiques dans le gros intestin et de l'antagonisme microbien relatif.

Leur action favorable s'exerce presque entièrement dans l'intestin grêle, qui dans les conditions pathologiques locales ou générales devient le siège de microbes qui affaiblissent et altèrent ses fonctions normales sécrétrice, absorbante et bactéricide.

Le bénéfice est dû seulement en partie à l'action directe, c'est-à-dire à l'antagonisme sur les microbes qui se trouvent anormalement dans l'intestin grêle. Cette action directe est la conséquence des produits antiseptiques et bactéricides contenus dans les cultures liquides de B. lactiques et pour cette raison on peut l'obtenir même avec des cultures liquides tuées. Il n'est pas dû à la présence des B. lactiques vivants, parce que leur multiplication dans l'intestin est douteuse et dans tous les cas négligeable.

Ce bénéfice est dû pour la plus grande partie à une action indirecte qui s'explique par le double mécanisme suivant :

a. Action exportatrice, effectuée par les fortes doses de ferments lactiques liquides, des produits irritatifs et des microbes pathologiquement présents dans l'intestin grêle;

b. Rétablissement des fonctions normales sécrétrice, absorbante et bactéricide de l'intestin grêle.

BIBLIOGRAPHIE

Beguet (M.). *Arch. de l'Inst. Pasteur d'Alger*, 1925, vol. III, p. 299.

Ninni (C.). *Pathologica*, août 1920.

Pergher. *Ann. d'igiene*, 1927, vol. XXXVII, p. 729 (il y a ici une riche bibliographie).

Sanarelli (G.). *Nuove vedute sulle infezioni dell'apparato dirigente*, case edit. Pozzi, Rome 1925; — Paris, Masson et Cie.

Walter L. Kulp. *Journ. of Bakt.*, 1929, vol. XVII, p. 355.

ACTUALITÉS

L'IMMUNO-TRANSFUSION

La pratique chirurgicale de guerre a donné ample faculté d'étudier la transfusion sanguine dont la technique était jusque-là assez flottante et n'était guère mise en œuvre que dans les laboratoires de physiologie. A l'encontre de ce qui se produit pour les méthodes nouvelles, l'étude approfondie a eu pour effet un élargissement notable des indications, Les etats infectieux en particulier ont cessé de constituer une contre-indication à la transfusion sanguine. Vis-à-vis de ces états cependant, la transfusion n'est pas devenue de pratique courante. Néanmoins, en ces dernières années, la transfusion de sang ordinaire a rendu des services, notamment à des typhiques entre les mains de divers auteurs (Flandin et Tzanck, Audibert, Avierinos et Raybaud) renouvelant sans le savoir ce qu'avait en 1881 fait Gibert (du Havre).

Pendant la guerre également, A. E. Wright et ses collaborateurs Colebrook et Storer s'attachèrent à l'étude de la vaccinothérapie dans le but, en particulier, de déterminer quels facteurs entravaient ou supprimaient son efficacité; dès 1919, ils faisaient connaître les « leçons de la guerre » dans ce domaine (1).

Ce qu'il faut pour que la vaccinothérapie soit efficace, c'est que les pouvoirs de défense ne soient pas continuellement contrebalancés par des foyers infectieux tels qu'une collection ou une plaie remplie de débris sphacéliques, points de départ d'une continuelle réinoculation ou réintoxication. C'est dans les leucocytes qu'il faut voir les principaux agents de défense de l'organisme : ils agissent en milieu sanguin et opèrent par phagocytose. Néanmoins, par des procédés expérimentaux ingénieux, Wright a pu reconnaître qu'ils pouvaient agir aussi en dehors du milieu sanguin; dans ce cas, les leucocytes n'agissent plus par phagocytose mais par destruction à distance. De son côté, le sérum sanguin lui aussi peut être capable de détruire les microbes dans certaines conditions, mais ce pouvoir bactéricide semble non spécifique; il disparaît entièrement chez les sujets atteints d'infection septique.

Les recherches de Wright et de ses collaborateurs lui permirent d'évaluer le pouvoir bactéricide d'un sujet infecté et de reconnaître si, en présence d'un microbe, le sang donnait ou non une « réponse immunisante ». Si la réponse est obtenue, on peut tenter la vaccinothérapie avec succès; il est inutile de l'essayer dans le cas contraire.

L'injection à l'animal sain de microbes virulents suivie de l'injection de vaccins montra à Wright que le sang acquérait ainsi un pouvoir bactéricide qui était présent aussi bien dans le sang en libre circulation que dans du sang isolé à l'intérieur d'un vaisseau lié ou pincé. Cette propriété bactéricide se conservait quarante-huit heures environ et semblait non spécifique.

Il fut constaté aussi que ce pouvoir bactéricide apparaissait aussi bien si au lieu d'opérer *in vivo* on opérait *in vitro* en mélangeant dans un récipient le sang d'un sujet sain avec un vaccin et en laissant le tout à l'étuve un temps convenable. Dans ce cas, comme dans le précédent, le plasma sanguin devenait bactéricide mais également sans spécificité.

Il devenait donc logique, dans les cas où la vaccinothérapie était impuissante, d'essayer une sorte de vaccinothérapie par procuration en transfusant au sujet malade le sang d'un individu sain préalablement préparé par l'injection d'une substance vaccinante. C'est à ce procédé qui participe à la fois de la vaccinothérapie et de la sérothérapie qu'on a donné le nom d'*immuno-transfusion*.

* *

Technique. — La transfusion dans sa technique immédiate ne présente pas ici de caractère bien particulier, au moins telle qu'on la pratique actuellement. Au début, Wright pratiquait l'immunisation *in vitro* du sang prélevé qu'il réinjectait après une heure environ de séjour à l'étuve. Ce temps était

(1) Cf. notamment *Presse médicale*, 14 août 1919 et *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1923.

suffisant pour provoquer dans le sang la formation de substances bactéricides non spécifiques. Mais on se rendit compte bientôt que l'immunisation se faisait avec plus de puissance et de régularité dans l'organisme même en vaccinant le donneur.

Le sang prélevé n'est pas additionné de citrate ni d'autre anticoagulant comme dans les transfusions ordinaires; la quantité de sang nécessaire comporterait l'adjonction d'une dose non inoffensive de produit protecteur et le pouvoir bactéricide du sang serait en même temps amoindri du fait d'altérations leucocytaires. On se contente donc de *défibriner* le sang ce que l'on fait aisément en peu de temps sans diminuer le pouvoir protecteur du sang, que l'on peut, selon le cas, réinjecter immédiatement ou réinjecter seulement au bout de quelque temps; les propriétés nouvelles du sang persistent, en effet, plusieurs heures.

Il est nécessaire que les *transfusions soient assez abondantes* : 1/2 litre environ à la fois injecté en vingt minutes. Cette transfusion peut être renouvelée les jours suivants; la lecture des observations publiées montre l'importance qu'il peut y avoir dans certains cas à faire des transfusions assez larges pour apporter au malade assez d'anticorps et assez répétées pour venir à bout de l'infection.

Il est certain que c'est là un des points faibles de cette méthode en l'état actuel des choses.

Préparation du donneur. — Elle est pour une partie ce qu'elle doit être pour toute transfusion : examen médical complet du donneur à moins qu'il n'ait été pratiqué tout récemment; recherche de la réaction de Wassermann; détermination des groupes sanguins du donneur — et du receveur.

Si possible, on devra aussi mesurer le pouvoir bactéricide spontané du donneur par le procédé qu'a indiqué Wright; il est important, si on a le choix, de prendre pour donneur un sujet dont le pouvoir bactéricide spontané est aussi élevé que possible.

C'est alors qu'on procède à la vaccination qui se fait actuellement de préférence *in vivo* comme nous le disions plus haut.

On peut selon les cas préparer le donneur au moyen d'un vaccin fabriqué avec le germe même du malade ou employer un vaccin bactériologiquement différent puisque tout n'est pas spécificité dans le mode d'action de l'immuno-transfusion.

C'est ainsi qu'on a le plus souvent employé un vaccin antistaphylococcique (1 milliard de corps microbiens). On s'est adressé aussi au vaccin antistreptococcique au vaccin antityphique (100 millions de germes) mais ce dernier présente l'inconvénient de donner parfois une forte réaction fébrile. Pour des buts particuliers, on a même employé l'anatoxine diphtérique.

L'injection intraveineuse est choquante et ne présente aucune supériorité pratique sur la voie sous-cutanée actuellement préférée par tous les auteurs.

Dans les cas d'immunisation extemporanée, qui semblent jusqu'ici avoir été le plus souvent pratiqués, le sang du donneur peut être employé dès les heures qui suivent sa vaccination ; les propriétés immunisantes semblent se conserver quarante-huit heures environ.

Le délai minimum d'attente, avant transfusion, a été dans l'observation de Bass, Gay-Bonnet et Lévy-Weissmann de quatre heures, donc assez analogue aux cinq heures demandées par Colebrook et Storer. Tzanck et Weissmann-Netter ont obtenu des succès après attente de quatorze et de vingt-quatre heures.

D'autres auteurs ont employé des variantes de cette méthode en prenant pour donneur soit un sujet guéri — technique qui se rapproche de l'emploi des sérums de convalescents — soit un sujet ayant antérieurement subi une vaccination complète par anatoxine, par lysat ou par tout autre agent vaccinant. Dans ces cas la question du délai d'attente n'a plus à être envisagée, non plus que celle de la disparition du pouvoir bactéricide.

Préparation du receveur. — Elle tient entièrement dans le *traitement chirurgical* préalable : incisions, drainages, etc... La présence de foyers infectés permanents rend inutile et inefficace toute immuno-transfusion.

*
* *

Indications. — Indications étiologiques. — C'est surtout dans les *affections à streptocoques* qu'on a jusqu'ici appliqué l'immuno-transfusion. Peut-être son intérêt plus grand dans ces cas provient-il de la malignité de semblables affections qui, trop souvent, dépassent les ressources de la médecine. Il semble que le grand nombre de variétés de streptocoques et la faiblesse habituelle du pouvoir antigénique de ce germe puissent être mis en cause.

Colebrook et Storer ont les premiers essayé cette méthode; bien d'autres les ont suivis dans cette voie (Hebert, Levy-Solal, Tzanck, Weissmann-Netter, Manoussakis, etc.).

Un très grand nombre de *septicémies à streptocoques* ont été traitées et souvent avec succès : septicémies après brûlures étendues, septicémies avec suppurations et abcès multiples, otites avec mastoïdites et même parfois d'autres complications succédant à cette première : pleurésies, arthrites suppurées, phlébites des sinus, ostéomyélites. On a obtenu aussi des succès dans des cellulites pelviennes, dans des septicémies puerpérales, compliquées ou non. Parmi les affections médicales on a traité des grippes graves compliquées de pneumonie, bronchopneumonie double, endocardite même, où le streptocoque hémolytique était en cause. On a traité aussi des érysipèles, des méningites, ces dernières d'ailleurs sans succès.

Little a obtenu des succès dans des cas de grippe compliquée de manifestations pulmonaires et de suppurations disséminées à staphylocoques.

L'autre indication étiologique importante semble être la *fièvre typhoïde* : la fièvre typhoïde grave *avec hémorragies* quel que soit le moment où elles surviennent (Trémolières et Tzanck, Rouillard); en plus de l'effet hémostatique et tonique que l'on constate également dans les transfusions ordinaires il semble

qu'il y ait ici des effets particulièrement intéressants sur l'évolution générale ultérieure de la maladie.

Ces effets Trémolières et Tzanck les ont retrouvés dans des *fièvres typhoïdes graves ataxoadynamiques sans hémorragies* où la maladie paraît tourner court et où le pronostic s'améliore subitement. De même dans des *fièvres typhoïdes graves de type anémique*.

Clemens a tiré les mêmes conclusions de sa pratique de l'immuno-transfusion dans la fièvre typhoïde. Cet auteur, qui semble d'ailleurs avoir transfusé non le sang de sujets extemporanément vaccinés, mais le sang total de convalescents, a essayé aussi cette méthode dans les affections les plus variées : scarlatine, tétanos, pneumonie, cancer même, avec des résultats qu'il est difficile de juger, ne fût-ce qu'en raison du petit nombre de cas, mais dont on ne sait vraiment si plus nombreux ils deviendront encourageants. D'autres auteurs, comme Clemens d'ailleurs, ont essayé l'immuno-transfusion dans les diphtéries graves et ne semblent pas avoir obtenu de résultats bien probants.

Indications biologiques. — La première semble résider dans l'allure clinique de la maladie. Pour diverses raisons (technique, rareté des donneurs immuns), l'immuno-transfusion doit être réservée aux cas où tous les autres traitements, chirurgicaux, médicaux, abcès de fixation et en particulier vaccinothérapie, ont échoué.

Il faut de plus rechercher quel pouvoir d'immunisation spontanée possède encore le malade, en titrant la valeur opsonique de son sérum. Si les leucocytes du sang étudié présentent encore *in vitro* quelque valeur, on doit conclure qu'il en est de même *in vivo* et recourir à la vaccinothérapie. Si la « réponse immunisante » est nulle, les leucocytes du malade trop altérés ont perdu tout pouvoir défensif, le recours à l'immuno-transfusion est indiqué. On peut également opérer comme Tzanck et Jaubert en recherchant la floculation des filtrats microbiens en présence de sérums immuns.

Ces recherches préciseront le moment le plus propice à l'immuno-transfusion plus que ne saurait faire la clinique à elle seule. Il est bon toutefois, en ce qui concerne la fièvre typhoïde, de remarquer que les cliniciens ont toujours considéré que le stade amphibole, correspondant à une immunité commençante, était le moment de choix pour intervenir. Ceci contredirait la manière de voir de Wright et impliquerait que l'immunité due à une transfusion spécifique, ne serait pas seulement passive, mais dans une certaine mesure, réactivante.

Quoi qu'il en soit et quelles que soient les circonstances d'application, il faut ne considérer l'immuno-transfusion que comme ultima ratio. La rareté des donneurs ne permet et ne permettra peut-être jamais d'en faire une opération courante. C'est le seul moyen peut-être, de négliger aisément des risques que les conditions d'emploi n'ont guère jusqu'ici permis de reconnaître de façon précise, mais dont le bon sens nous commande de supposer l'existence.

⁂

Effets de l'immuno-transfusion. — On sait en effet déjà que certains sujets, quel que doive être leur avenir, accusent durement l'irruption du sang étranger. On n'a pas, semble-t-il, constaté de choc grave, mais la réaction thermique, des frissons prolongés ne sont pas chose exceptionnelle; on a même observé des bouffées délirantes passagères. On doit reconnaître cependant que ces accidents sont moins accentués avec le sang défibriné qu'avec le sang total ou le sang citraté.

Sans en avoir la preuve absolue, certains cliniciens sont aussi enclins à penser que la transfusion n'est pas sans léser, et peut-être de façon grave, le rein déjà fragile du receveur.

Enfin, inconvénient moindre, l'immuno-transfusion peut provoquer des réactions locales : apparition rapide d'abcès autour de lésions infectieuses non suppurées, réveil d'un abcès de fixation jusqu'alors infructueux, érythème à l'emplacement des immuno-transfusions précédentes.

Ce sont des phénomènes dont il faut tenir compte, mais dont on ne doit pas exagérer l'importance en présence d'un péril pressant, indication majeure actuellement de l'immuno-transfusion.

Celle-ci paraît d'ailleurs procurer, dans les cas de succès, une transformation rapide. En vingt-quatre à quarante-huit heures, on voit en effet la température s'abaisser, les symptômes locaux s'amender et surtout l'état général se transformer. En sorte qu'en quelques heures les perspectives d'avenir peuvent se trouver inversées.

Mais une seule transfusion peut ne pas suffire dans tous les cas; elle est, en tout cas, dans les cas de fièvre typhoïde, insuffisante à prémunir contre des rechutes qui semblent d'ailleurs beaucoup plus bénignes que la première atteinte.

Dans les cas de streptococcie l'amélioration peut n'être que transitoire, de même dans la dothiénentérie. Il convient dans ces cas de répéter les transfusions sans ménager si possible les doses de sang. Certains auteurs en effet (Audibert, Gay-Bonnet, Tzanck) ont dû faire jusqu'à trois et quatre transfusions, à intervalles de deux à cinq jours, pour assurer définitivement le succès.

⁂

Il est donc difficile d'envisager pour un avenir prochain, une thérapeutique immunisante couramment basée sur des transfusions spécifiques. A ce point de vue la sérothérapie qui transfère de l'animal porteur d'immunité active un sérum actif s'adapte mieux à de grandes collectivités. Mais pour les cas où elle est impuissante pour un motif quelconque et en raison des difficultés, peut-être impossibles à jamais éluder, pour l'emploi étendu d'un sérum de convalescent, on peut espérer trouver dans l'immuno-transfusion la médication héroïque bien que peut-être aventureuse qui permettra de parer à un danger menaçant par une mesure exceptionnelle.

R. LEVENT.

PRATIQUE MÉDICALE

LES INSOMNIES PAR SUREXCITATION FONCTIONNELLE DU SYSTÈME NERVEUX. LEUR TRAITEMENT

Par le docteur VALORY.

Les insomnies par surexcitation fonctionnelle du système nerveux sont de plus en plus fréquentes et les insomnies dues aux psychonévroses sont de beaucoup les plus nombreuses.

Les psychonévrotiques peuvent être divisés en grands et petits malades. Les grands malades sont les excités mentaux, les maniaques, les hystériques, les neurasthéniques, les obsédés, les phobiques, les anxieux, etc. Ils relèvent plutôt de la maison de santé. Le traitement de leur insomnie ne nous arrêtera pas. Par contre, nous nous intéresserons aux petits psychonévrotiques malades de cabinet, de plus en plus fréquents à notre époque de vie trépidante, de « struggle for life » de plus en plus âpre. Leur insomnie est sous la dépendance des préoccupations, du surmenage, de l'hyperidéation. Voyons de près comment nous pouvons leur procurer le sommeil, car, comme dit Martinet, « un malade qui dort est à moitié guéri ».

Il faut d'abord conseiller une vie réglée. On permettra des occupations modérées. Ce serait une erreur de mettre ces malades à cause de leur asthénie au repos absolu; celui-ci leur permettrait de repasser tous leurs maux le long des journées. On recommandera un repas du soir léger, sans viande, suivi de l'absorption d'une infusion calmante (tilleul, verveine, etc.). On ne permettra les excitants, café, thé, tabac, qu'en quantités très modérées et jamais le soir. Il va sans dire que si l'intoxication par l'un d'entre eux est la cause de l'insomnie, il sera supprimé complètement. La pratique modérée de la culture physique sera utile. Le malade se trouvera bien d'un bain tiède, de quinze ou vingt minutes, pris le soir. La psychothérapie sera essayée avec des résultats variables, chez ces sujets éminemment suggestionnables, aussi bien dans un sens défavorable que favorable. La plupart du temps ces moyens hygiéno-diététiques sont insuffisants et il est nécessaire de s'adresser à un agent médicamenteux que le plus souvent le malade réclame de lui-même. Quel hypnotique conseiller?

Notons tout d'abord que l'opium et la morphine sont à rejeter. Ils provoquent, tout au moins dans un premier stade, des phénomènes d'excitation cérébrale et risquent d'aggraver ces insomnies liées à une hypersthénie neuro-vasculaire. Il faut compter aussi avec les dangers de toxicomanie ultérieure.

L'hypnotique de choix a été longtemps le chloral. Dans ces dernières années, les dérivés barbituriques ont pris une extension considérable; ces produits ont des inconvénients communs. Par leur impression intense sur la cellule nerveuse, ils ont une action dépressive, qui peut aller jusqu'à un véritable enchaînement de toutes les fonctions nerveuses. « Le sommeil qu'ils provoquent est toujours suivi d'affaissement cérébral, de céphalalgie, d'embarras gastrique, plus ou moins accentué, d'un état de torpeur plus ou moins intense qui persiste jusqu'à ce que l'élimination du médicament soit complète » (Pouchet). D'autre part, l'impressionnabilité du neurone pour la détermination de l'hypnose s'émousse rapidement; ce fait nécessite une augmentation progressive des doses, qui peut aboutir à des accidents plus ou moins graves d'intoxication. Il était donc indiqué de chercher un médicament à propriétés inverses, c'est-à-dire à action douce et dont l'élimination rapide entraînerait l'absence d'effets secondaires. Les corps de la série des uréides présentent à ces points de vue une supériorité marquée sur les barbituriques et, parmi eux un nouveau corps synthétique, l'allylisopropylacétylcarbamide, est particulièrement intéressant.

Ce produit se présente sous la forme d'une poudre cristalline blanche fondant à 194 degrés et peu soluble dans l'eau. Expérimenté chez l'animal, la dose toxique s'est montrée au moins trois fois supérieure à la dose hypnogène. Son absorption n'a entraîné aucune modification organique. De nombreuses observations cliniques ont confirmé ces résultats expérimentaux (professeur Pouchet, docteurs Bénech, Chausset, Darré, Tibi, Quénée, Bapt, Perget, etc.). Présenté en comprimés dosés à 0g25, ce corps est spécialisé sous le nom de sédormid. Chez l'adulte, on a pu faire absorber régulièrement jusqu'à 1 gramme de ce médicament par doses fractionnées. Même à ces doses, il n'a provoqué de troubles d'aucune sorte, pas plus gastro-intestinaux que rénaux, respiratoires, cardiaques ou cutanés. On peut donc l'employer en toute sécurité aux doses courantes de 0g25 ou 0g50, soit un ou deux comprimés.

Nous avons l'habitude de conseiller un comprimé d'emblée, une demi-heure environ avant le moment où l'on désire obtenir le sommeil. Si au bout d'une heure le résultat désiré n'est pas obtenu, on en reprend un second.

Dès le lendemain, l'insomniaque essaiera de diminuer sa dose pour la réduire le plus possible les jours suivants. Il tâchera même de supprimer le sédormid et de ne plus l'utiliser en quelque sorte que comme médicament de secours. La diminution fractionnée exacte est facilitée par la présence d'une rainure au milieu du comprimé. En cas d'insomnies persistantes où la suppression ne peut être atteinte, il n'y aurait aucun inconvénient, grâce à sa rapidité d'élimination, à faire usage quelque peu prolongé du sédormid. Néanmoins appliquant à ce cas particulier une règle de thérapeutique, nous préférons alors l'alterner avec un autre hypnotique : le somnifène.

De cette étude, il ressort que les insomnies dues aux psychonévroses sont de plus en plus fréquentes. Elles constituent un symptôme très pénible contre lequel il faut tout mettre en jeu. Outre les moyens hygiéno-diététiques, il est nécessaire le plus souvent d'employer des hypnotiques. Parmi eux, le sédormid se recommande plus particulièrement par son absence totale d'effets secondaires et sa rapidité d'élimination.

C'est donc un médicament aussi efficace qu'inoffensif, susceptible de rendre les plus grands services dans la pratique courante.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 MARS 1931)

Les fausses hypertensions diastoliques des obèses. — M. Ed. DOUMER (de Lille). Il n'est pas rare de noter chez les obèses une minima élevée et une formule convergente sans qu'on trouve à l'examen clinique et radioscopique des raisons de douter de son intégrité fonctionnelle. Il existe donc chez eux de fausses hypertensions diastoliques qui feraient douter à tort de l'intégrité de l'énergie de contraction du myocarde si l'on continuait à croire qu'une formule convergente est une preuve suffisante de sa défaillance.

Fièvre paratyphique B avec cystite hémorragique et azotémie. — M. ROCH (de Genève).

Poussée Basedowienne aiguë et transitoire consécutive à la grippe. — MM. Paul JACQUET et Roger EVEN présentent un cas de maladie de Basedow, apparu en quelques jours à la suite d'une angine grippale.

Ils insistent sur l'intensité considérable et la rapidité de l'amaigrissement, qui dominait le tableau clinique, bien que

l'exophtalmie, le tremblement, la tachycardie et l'élévation du métabolisme basal fussent manifestes.

Ce cas mérite d'être retenu par sa rareté, d'une part, et d'autre part, par l'évolution favorable, contrairement à la plupart des cas antérieurement signalés.

Sur les modifications circulatoires périphériques au cours de l'accès d'asthme. — MM. J. Tinel et André Jacquelin ont pu établir l'existence, au moment des accès dyspnéiques :

1° D'une dépression inspiratoire du pouls réalisant l'anomalie connue sous le nom de « pouls paradoxal »; 2° d'une chute de la tension artérielle maxima atteignant 2 à 3 centimètres de Hg; 3° d'une élévation de la tension minima; 4° d'une réduction très sensible de l'amplitude oscillométrique; 5° d'une accélération du pouls.

Ces dernières modifications témoignent d'un obstacle à la circulation pulmonaire, réduisant le débit sanguin de la circulation artérielle.

Les auteurs concluent que ce phénomène ne peut s'expliquer par l'obstacle apporté à la ventilation des voies aériennes par la crise d'asthme, mais y traduit une perturbation vasomotrice intrapulmonaire.

Sur le traitement de la syphilis par l'halarsol. — MM. Levaditi, M. Pinard, R. Even.

La réanimation du cœur. (Étude expérimentale sur helix pomatia). — MM. Léon Binet, J. Gibert et I. Queratto.

Les accidents de l'acridinothérapie. Innocuité des doses usuelles. — MM. Jausin Pecker et Medioni.

« Ulcère duodénal » ou « ulcère duodéno-pylorique ». — M. René A. Gutmann. Pratiquement il est capital de distinguer l'ulcère du bulbe duodénal, qu'il soit près ou loin du pylore, d'avec l'ulcère juxtapylorique de l'estomac.

Ces deux maladies diffèrent à tous points de vue : pronostic, complications, rapports éventuels avec le cancer, décisions opératoires à discuter. Elles sont faciles à distinguer si l'on étudie de bonnes radiographies en série.

L'ulcère doit donc être diagnostiqué, soit duodénal, soit gastrique juxtapylorique et toute autre dénomination ne sert qu'à perpétuer une confusion gênante en pratique.

Un cas d'abcès putride du poumon secondaire à l'inhalation d'un corps étranger. — M. Rist.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 18 février 1931)

Rupture de la rate. — M. Proust rapporte les travaux de MM. Maurer et Laffaille, Henri Dubroucher, Bergouignan, Picard et Olry, Soupault. Ces ruptures de la rate, tantôt n'ont donné aucune contracture, tantôt une défense légère, tantôt une contracture véritable. Cette contracture ne doit pas être attendue pour opérer.

Réaction péritonéale au cours du rhumatisme articulaire aigu. — M. Maisonnet rapporte cette observation de M. Daudet (Armée). On a opéré ce malade avant l'apparition des signes articulaires qui ne sont apparus que le lendemain.

Rupture du ligament rotulien. — M. Maisonnet rapporte cette observation de M. Ferron (Armée). Il s'agit d'une rupture traumatique du ligament rotulien qui fut traitée par suture. Fracture de la rotule quatre mois après avec processus d'ostéoporose. Celle-ci s'explique par la vaso-dilatation d'origine traumatique.

Pathogénie des phlébites. — M. Picot pense que l'état du sang s'associe au traumatisme opératoire dans la pathogénie des phlébites. Avec Jacques-Charles Bloch il recherche la coagulation sanguine avant l'opération. La coagulation normale oscille entre sept et huit minutes. Il faudra traiter les coagulations anormales durant toute la durée de la convalescence car les thérapeutiques ne donnent que des résultats passagers. Les coagulations sont souvent trop rapides, et donc dangereuses chez les femmes qui ont beaucoup saigné. Des malades qui coagulaient trop lentement ont également eu des embolies. Donc il faut ramener la coagulation à la normale. Le citrate acide de soude agit sur les coagulations trop lentes. M. Picot donne des résultats statistiques intéressants.

M. Hartmann demande si les temps de coagulation sont très anormaux dans les fibromes. M. Picot considère ce fait comme incontestable.

Maladie de Basedow. — M. Pierre Duval rapporte 45 cas de son service, dont 37 opérés par M. Welti. La mortalité est de 2,8 p. 100 sur le nombre de malades, et de 0,80 p. 100 sur le nombre d'opérations. Le métabolisme basal n'a qu'une valeur pratique très relative, et peut-être vaut-il mieux se baser sur l'examen des variations du poids des malades. Ce métabolisme a un gros intérêt pour prévoir l'influence de la thyroïdectomie sur la tachycardie. Les indications opératoires reposent donc avant tout sur un ensemble de signes cliniques. Le traitement iodé est capital, mais en quelques cas rares, nuisible, et il ne peut constituer qu'un traitement palliatif. Vingt malades ont été suivis : un seul échec avec exophtalmie persistante, 2 guérisons incomplètes et 17 guérisons complètes (85 p. 100). Les interventions ont été faites soit à l'anesthésie à l'éther, soit à la locale. Pierre Duval a tendance actuellement à opérer en un seul temps et taille un coin à arête postérieure, ce qui permettra la réunion, tandis que Welti fait parfois des ligatures d'abord et une sorte de thyroïdectomie en surface.

M. Hartmann a eu 30 cas opérés dans son service, avec 33 opérations et deux morts (6 p. 100). Ces deux morts sont le résultat d'erreurs opératoires : l'une est morte avant l'intervention de syncope chloroformique, l'autre d'hémorragie. Des élévations thermiques ont été vues après ligatures simples comme après thyroïdectomie. Les résultats paraissent bons. Les simples extirpations de noyaux ont donné de bons résultats.

M. Lapointe a opéré une malade à 66 p. 100 de métabolisme basal. Tout s'est parfaitement bien passé.

M. Cunéo a eu, à propos du traitement iodé, l'impression que la période d'amélioration est courte. Les plus gros accidents d'intoxication post-opératoires lui paraissent plus fréquents après les goitres simples qu'après le Basedow.

M. Lenormant estime que les malades atteints de Basedow sont parfois confiés un peu tard au chirurgien.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 21 février 1931)

Extraction de l'anatoxine diphtérique du floculat spécifique. Conséquences. — MM. G. Ramon, R. Legroux et M. Schoen. En mettant en solution dans l'eau distillée le floculat issu du mélange anatoxine + sérum antidiphtérique et en traitant cette solution par la chaleur à 82 degrés on dissocie le complexe anatoxine-antitoxine et l'anatoxine récupère son activité et ses propriétés : pouvoir saturant, floculant, dissociant, immunisant; les expériences des auteurs prouvent en outre : 1° que le complexe anatoxine-antitoxine est comme le complexe toxine-antitoxine facilement dissociable;

2° que le floculat issu du mélange anatoxine + sérum antidiphtérique renferme l'élément anatoxine et l'élément antitoxine; 3° que la floculation résulte bien de l'interaction de ces deux éléments; 4° enfin que l'anatoxine possède un ensemble de qualités qui lui sont propres et qui font d'elle un corps nouveau.

La polyglobulie au cours de certains syndromes hypophysaires et hypophyso-tubériens. — MM. G. GUILLAIN, P. LÉCHELLE et R. GARCIN ont observé une polyglobulie nette chez cinq malades atteints de polyurie, de syndrome adiposo-génital, d'acromégalie et de tumeur de la poche de Rathke. Dans deux cas, elle s'accompagnait d'érythrose des téguments.

Envisageant les hypothèses pathogéniques soulevées par cette polyglobulie qui n'avait pas encore été signalée, les auteurs s'arrêtent à celle d'un centre possible de l'érythropoièse à la base du cerveau. Ce que l'on sait par ailleurs de la multitude de ces centres régulateurs dans la région infundibulo-tubérienne pour certaines fonctions comme la fonction hypnique et le métabolisme de l'eau, des graisses, et des hydrates de carbone, est en faveur de cette hypothèse.

Syncope hordénino-chloroformique. — MM. A. TOURNADE, J. MALMEJAC et A. MORALI montrent que l'hordénine — à l'exemple de la nicotine et de la lobeline — détermine la mort brusque par fibrillation ventriculaire lorsqu'on l'injecte à faible dose dans les veines d'un chien chloroformé.

Cette syncope se ramène très vraisemblablement à la syncope adrénalino-chloroformique.

Vaccine antivariolique sensibilisée. — M. PICADO prépare son vaccin antivariolique de la façon suivante : le mélange, à parties égales de lymphe vaccinale et de sérum spécifique, est porté pendant dix minutes à l'étuve à 37 degrés. Ce mélange est employé aussitôt.

Les vaccinations à des enfants de trois à huit ans (en une seule strie de 5 millimètres) ont donné des vésicules de quelques millimètres avec très peu d'inflammation, fièvre légère ou nulle; chute des croûtes au bout de dix-huit-vingt jours et cicatrices punctiformes.

La vaccination a donné des résultats encore plus intéressants. Les enfants injectés dans le derme n'ont présenté qu'une petite rougeur au niveau de l'injection et un peu de fièvre, mais pas de vésicule, des enfants témoins ayant reçu dans le derme de la lymphe vaccinale ont présenté une pustule.

Les enfants vaccinés avec le vaccin sensibilisé sont réfractaires à l'inoculation de lymphe vaccinale.

Avec le vaccin sensibilisé, on réduit et on fait même disparaître les infections locales; les réactions générales sont amoindries. On évite aussi la suppuration, les pansements et divers soins locaux.

Action de la diélectrolyse d'iode, de calcium et de magnésium sur la courbe oscillométrique chez les hémiplégiques. — MM. BOURGUIGNON et ELIOPOULOS ont répété chez des hémiplégiques les expériences publiées à la dernière séance sur l'action de la diélectrolyse transcérébrale d'iode, de calcium et de magnésium chez les sujets normaux. Les effets sont les mêmes, mais plus intenses en général, chez les hémiplégiques.

D'autre part il y a, chez les hémiplégiques, une augmentation de l'indice initial d'une séance à l'autre pendant dix ou onze séances. Ensuite l'effet cesse par accoutumance, mais se retrouve après un repos de quelques semaines.

Action de l'ingestion de solutions de sels d'iode, de calcium et de magnésium, suivie du passage d'un courant transcérébral sur la courbe oscillométrique. — MM. BOURGUIGNON et ELIOPOULOS montrent que l'ingestion de solution d'iodure de potassium, de chlorure de calcium et de chlorure de magnésium n'a aucune action sur la courbe oscillométrique chez les sujets normaux et chez les hémiplégiques. Si on fait suivre l'ingestion du passage d'un courant transcérébral avec électrodes mouillées d'eau distillée, on observe les mêmes effets, mais plus intenses sur la courbe oscillométrique que dans la diélectrolyse.

Ces expériences confirment la théorie de G. Bourguignon sur le mécanisme d'action de la diélectrolyse et permettent d'envisager une technique nouvelle plus puissante de l'ionothérapie électrique.

Sur quelques propriétés pharmacodynamiques de la r. noréphédrine. Mécanisme de son action cardiovasculaire. — Mlle Jeanne LÉVY montre que la noréphédrine racémique produit chez le chien des effets hypertenseurs comparables à ceux de l'éphédrine et, comme ceux-ci, non inversés par la yohimbine, quoique plus affaiblis. La noréphédrine serait donc comme l'éphédrine à la fois musculotrope et sympathicotrope, mais en différerait par la prédominance de l'action sympatho-mimétique. Sur le cœur, sur les bronches et sur le péristaltisme intestinal l'action de la noréphédrine se rapproche également de celle de l'éphédrine.

— Société de biologie de Lyon. (Séance du 16 février 1931) :

M. A. ROCHAIX et Mlle A. URTINETTE. Il existe un antagonisme entre les *bactéries putrides*, productrices d'hydrogène sulfuré et le colibacille dans l'eau. Dans 80 p. 100 des cas observés, où les *bactéries putrides* se trouvent dans l'eau, le colibacille est absent ou ne se trouve qu'en proportion insignifiante. Le mécanisme est difficile à préciser, l'action bactéricide de l'hydrogène sulfuré sur le colibacille ne paraissant pas pouvoir être invoquée. Mais on devine l'importance de ce fait dans la détection des contaminations fécales dans l'eau potable, ces *bactéries putrides* provenant dans la majorité des cas de l'intestin de l'homme et des animaux. Leur recherche dans l'eau apparaît d'une importance de premier ordre.

Sur la répartition du P lipidique dans les glandes surrénales de quelques mammifères. — MM. A. LEULIER et L. REVOL ont rencontré des quantités importantes de P lipidique dans les deux zones de la surrénale. La corticale apparaît sans doute la plus riche, mais la médullaire en renferme des quantités qui sont loin d'être négligeables : le rapport des contenus des deux zones est voisin de 4/3.

Chacune des zones présente, quelle que soit l'espèce étudiée, un chiffre de P lipidique constant qui paraît être un indice caractéristique de cette zone.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1931)

Goitre exophtalmique chez un enfant de quatre ans et demi. — M. MARQUEZY et Mlle JAMMET présentent un enfant de quatre ans et demi atteint d'un syndrome Basedowien typique avec goitre, exophtalmie, tachycardie, bouffées de chaleur, émotivité. Mais le métabolisme basal étant normal, les auteurs discutent la nature exacte de ce syndrome, hypersympaticotonie ou maladie de Basedow. Ils croient pouvoir conclure à la dysthyroïdie en raison de l'heureuse influence de la radiothérapie sur l'ensemble des symptômes.

Un cas de maladie de Meleda. — MM. HUTINEL et DIRIART présentent un cas de kératose palmo-plantaire héréditaire chez le père et l'enfant. Ils ont observé chez ce dernier une amélioration très marquée sous l'influence du traitement thyroïdien.

Hémihypertonie infantile. — MM. BABONNEIX et MIGET présentent une fillette de huit ans qui, sans phénomènes

encéphalitiques préalables, a été prise progressivement d'une hémihypertonie affectant le côté droit du corps. Cette hémihypertonie, que n'accompagne aucun signe de la série pyramidale ou cérébelleuse, se manifeste surtout dans la station debout, et rentre, par conséquent, dans les dystonies d'attitude.

Maladie de Little compliquée de poliomyélite. — MM. Apert, Duhem et Baillet présentent un enfant de dix ans atteint de maladie de Little, laquelle s'est compliquée, en novembre dernier, d'une paralysie infantile portant surtout sur les quadriceps et partiellement sur les fessiers et les extenseurs des jambes. L'extension de celles-ci étant devenue incomplète, l'enfant ne peut plus marcher ni se tenir debout. Mais grâce aux muscles conservés totalement ou partiellement, il se tient en selle sur un tricycle et peut, grâce à ce moyen de locomotion, faire d'assez longs trajets.

Enorme dilatation cryptogénétique chez un nourrisson. — M. Apert, Mme Besson et M. Baillet présentent un cœur d'enfant de quatorze mois à la fois dilaté et hypertrophié, pesant 200 grammes, ce qui est le poids normal d'un cœur de quinze ans. La seule manifestation clinique fut une dyspnée progressivement croissante, ayant abouti à la mort en six semaines sans aucun autre signe d'insuffisance cardiaque.

A l'autopsie, on put constater l'intégrité de tous les organes et le cœur lui-même ne présentait aucune lésion valvulaire ou péricardique aussi bien à l'examen macroscopique que sur les coupes histologiques. Ce cas peut être rapproché des faits de défaillance du myocarde décrits chez l'adulte par M. Laubry sous le nom de myocardie et il est particulièrement remarquable par l'absence de toute cause pathogène.

Lobite avec caverne chez un enfant de six mois. Action favorable du pneumothorax artificiel. — MM. G. Blechmann, Léon Kindberg et P. Cottenot présentent un enfant âgé de seize mois mois et demi qui fut examiné à l'âge de quatre mois et demi pour un stridor nettement expiratoire ayant apparu vers l'âge de trois mois.

L'enfant ne fut revu que trois semaines après, avec de la fièvre depuis quinze jours, de l'amaigrissement, un cornage expiratoire très marqué, une toux bitonale et légèrement coqueluchoïde.

L'enquête apprend qu'une domestique, en contact pendant deux mois avec l'enfant, vient de mourir de tuberculose pulmonaire.

La cuti-réaction, pratiquée chez l'enfant, est positive et la radiographie montre une lobite du lobe moyen droit avec excavation. On pratique un pneumothorax quelques jours après ; rapidement la toux et le cornage s'atténuent et l'appétit revient. Du 3 avril au 21 juin, 12 insufflations furent pratiquées, interrompues pendant près d'un mois à la neuvième par un épanchement pleurétique.

L'enfant reçut en même temps des injections d'huile éthérée, suivant la méthode de Marfan, ainsi que de l'irrastérine.

Au dernier examen (13 fév. 1931), l'enfant pèse 10kg500 et présente un excellent aspect et une bonne nutrition. On constate une très légère contraction du thorax droit et les signes d'auscultation sont réduits au minimum. La radiographie montre que l'ombre cardio-vasculaire est fortement attirée vers la droite et que le champ sous-claviculaire est un peu moins transparent qu'à gauche avec une base grise. Il n'existe plus de trace de la spélonque constatée dix mois auparavant. Cette observation de pneumothorax représente le plus jeune cas de ceux publiés en France jusqu'à ce jour.

Lymphosarcome du médiastin à forme suffocante chez un enfant de six ans. (*Présentation de pièce*). — MM. Marquezy, Héraux et Mlle Wilm.

A propos d'un cas d'hérédité d'une mutilation acquise. — M. Georges Schreiber revenant sur la communication présentée par M. Cathala, tendant à établir la possibilité de l'hérédité d'une mutilation acquise, estime qu'avant d'admettre la réalité d'une pareille interprétation d'un fait très intéressant par lui-même, il convient d'en discuter soigneusement les éléments.

Il pense que les commémoratifs relatés par M. Cathala ne permettent pas d'exclure d'une façon certaine l'existence d'une mutilation congénitale chez la mère. D'autre part, certaines malformations des extrémités héréditaires et familiales, peuvent donner chez l'ascendant et les descendants un aspect de la main absolument semblable, comme le prouve l'observation familiale publiée dans l' « Eugenic News. »

Fausse image radiologique d'hypertrophie du thymus. — MM. Lesné et Lièvre ont eu la surprise de constater sur une radiographie faite pour localiser un corps étranger du tube digestif une ombre médiastinale donnant l'impression d'une hypertrophie du thymus. L'enfant étant mort quelques jours plus tard, ils ont pu faire l'autopsie et constater que le thymus ne pesait que 2g60. Par ailleurs, de nouvelles radiographies des viscères extraits de la cage thoracique n'ont pas montré à nouveau cet aspect.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 11 février 1931)

Une nouvelle méthode thérapeutique : la mycothérapie. — M. G. Lemoine (de Lille) expose les recherches qui l'ont conduit à extraire de levures sélectionnées, au moyen de l'éther, une substance douée de propriétés antitoxiques polyvalentes remarquables.

Il a été amené à penser que les levures pouvaient contenir une telle substance par suite de l'analogie de leur composition chimique avec celle des bactéries. En effet, dans les levures comme dans les bactéries, on trouve des phosphatides, des acides aminés, de l'adénine, du tryptophane, de la tyrosine, etc., et surtout de l'ergostérine. Cette similitude de composition est surtout remarquable quand on compare les extraits obtenus avec des cultures de streptocoques et les extraits obtenus avec les levures. D'autre part, par suite de la vie intensive des levures, à volume égal, une culture de levures est infiniment plus riche en tous ces principes qu'une culture microbienne.

L'auteur a expérimenté la mycotoxine, ainsi obtenue des levures, principalement dans les maladies dues au streptocoque. Les résultats qu'il a constatés par ces essais ont été des plus concluants dans l'érysipèle, la fièvre puerpérale, les phlébites, les angines et dans certaines affections chirurgicales et cutanées; il a vu la maladie tourner court, bien souvent dès la deuxième injection. Dans la scarlatine, dont l'origine streptococcique paraît être aujourd'hui démontrée, les mêmes effets ont été obtenus à condition de faire la première injection dès le début de la maladie. Dans d'autres affections dont l'agent causal est encore inconnu, des résultats thérapeutiques tout aussi impressionnants ont été notés. C'est ainsi que la rougeole voit la durée de son évolution considérablement diminuée et ses complications écartées quand l'injection peut être faite dès le début de l'éruption. Au cours des oreillons la même chose a été observée et des orchites ont été jugulées en moins de quarante-huit heures. Dans la fièvre typhoïde, dans certains cas de septicémies et même dans la fièvre de Malte, l'évolution a été très écourtée.

Ces faits donnent l'espoir, dit l'auteur, que la mycothérapie, c'est-à-dire une thérapeutique basée sur l'utilisation d'extraits fournis par des levures, constituera une méthode nouvelle qui viendra se placer à côté de la vaccinothérapie sans nuire à celle-ci, car elle paraît s'adresser surtout à des affections contre lesquelles aucun vaccin n'est encore connu.

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet. Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,
4, Place des Vosges, PARIS

AMIDAL
GÉNATROPINE

Echantillons médicaux sur demande.

Chlorate de potasse et angines. — MM. A. BRISSEMORET et A. CHALLAMEL concluent d'une série d'observations recueillies pendant trois ans que le chlorate de potasse, médicament interne, est le spécifique des angines (staphylo, pneumo, etc.). Le sel de Berthollet guérit aussi l'angine à bacille de Loeffler, maladie locale, et la guérit vite, si son intervention est précoce et s'il est donné à dose suffisante. Il ne guérit pas la diphtérie généralisée, mais il peut la prévenir.

Les auteurs ont aussi recherché si le chlorate de potasse ingéré était bactérifuge, c'est-à-dire pouvait éliminer le bacille du naso-pharynx des angineux guéris cliniquement, mais qui restent porteurs de germes. Les résultats qu'ils ont enregistrés jusqu'à présent sont très satisfaisants.

Ils préconisent enfin le chlorate de potasse, médicament interne, comme préventif de la poliomyélite quand elle débute par une angine.

Six cas de guérison d'infections streptococciques et staphylococciques par les immuno-transfusions. — M. SÉJOURNÉ. L'immuno-transfusion n'est complète que si les futurs donneurs de sang sont effectivement soumis à une double préparation :

La première, de longue durée, est une véritable vaccination, utilisant comme antigène un mélange de corps microbiens et de toxine formolée.

La seconde partie de la préparation consiste, suivant la technique de Wright, à injecter au donneur par voie intramusculaire, cinq à dix heures avant la transfusion, une émulsion de corps microbiens tués par la chaleur. Cette deuxième partie de la préparation des futurs donneurs est uniquement une excitation de l'activité phagocytaire.

Dans les septicémies et la plupart des infections streptococciques et staphylococciques, l'immuno-transfusion est la thérapeutique qui a donné à l'auteur le plus de guérisons. Par contre, l'échec fut complet dans plusieurs cas d'endocardite streptococcique à forme lente ou lorsque l'infection se complique d'azotémie.

Traitement thermal des réactions vaso-motrices du foie. — M. Roger GLÉNARD rappelle que plusieurs stations hydrominérales, et Vichy en particulier, ont une grande efficacité sur les réactions vaso-motrices du foie, principalement représentées par les poussées de congestion active, la rétraction du foie et l'hépatoptose.

Cette action, elles la doivent à leur double propriété d'être favorables au bon fonctionnement hépatique, et à celui du système neuro-végétatif.

Ce dernier point est prouvé par bien des constatations cliniques : sensibilisation de certains malades à telle ou telle source, activité des petites doses, poussées congestives au cours du traitement, crises thermales et post-thermales; caractère cyclique de quelques phénomènes observés; action régulatrice de l'eau minérale sur le fonctionnement du foie.

Le mode d'action de l'eau de Vichy à cet égard serait plus spécialement dû, soit aux fines particules métalliques qu'elle présente à l'ultramicroscope, soit à l'action directe de ses colloïdes catalysateurs sur les terminaisons nerveuses intragastriques dont l'ébranlement salutaire retentirait sans tarder sur le foie.

Thérapeutique actuelle de la maladie de Parkinson et des syndromes parkinsoniens. — M. MACÉ DE LÉPINAY rappelle tout d'abord les médicaments qui donnent les meilleurs résultats dans le traitement de cette pénible infirmité : scopolamine, hyoscine, hyosciamine, duboisine, cicutine, datura; cacodylate et salicylate de soude en injections intraveineuses; arnica luminal ou gardénal. Il insiste sur l'utilité des agents physiques : électricité, kinésithérapie, massage et rééducation; ceux-ci associés à la crénothérapie : des cures prolongées et répétées à Néris ou à Lamalou améliorent de façon notable les parkinsoniens classiques, et surtout les parkinsoniens post-encéphalitiques.

L'épidémie de poliomyélite de 1930 en Grèce. Action du sang citraté des convalescents dans deux cas. Sérothérapie antipoliomyélitique tardive avec le sérum de Pettit. — M. PETZETAKIS (d'Athènes), fait connaître qu'une épidémie de poliomyélite a été observée en Grèce; 300 cas environ, dont 70 à Athènes, le maximum des cas a été observé aux mois de juin et juillet.

Il étudie l'action du sang citraté des convalescents dans deux cas. Dans le premier cas la guérison fut complète, alors que dans le deuxième cas, forme suraiguë (avec polynucléose du liquide céphalo-rachidien et 120 éléments par millimètre cube), le résultat a été moins favorable et il en est resté une paraplégie des membres inférieurs en voie d'amélioration. A remarquer que dans ce dernier cas, l'auteur, vu la persistance de la fièvre, institua un traitement tardif avec le sérum de Pettit le quinzième jour de la maladie. Après 100 centimètres cubes l'apyrexie survint et une euphorie générale. Cette action tardive du sérum de Pettit est intéressante à signaler.

LIVRES NOUVEAUX

Lacordaire, observation pathologique d'un grand homme (1), par Pierre PAULUS.

Pour le « Français moyen », qu'est-ce que Lacordaire? Un prédicateur éloquent, qui s'est fait longtemps entendre à Notre-Dame. Un homme d'action, qui a parfois dépassé le but. Un religieux qui a rénové, en France, l'ordre des Dominicains. Un directeur de conscience très averti. Quel était, au vrai, son caractère? Aucun médecin ne s'était, jusqu'à présent, soucié de l'étudier. Sur notre conseil, M. Paulus lui a consacré sa thèse inaugurale, qu'on ne saurait trop louer et ce, pour plusieurs raisons. Il l'a travaillée longtemps. Il a tout lu, tout approfondi, tout médité. Il a abordé le sujet sans idée préconçue. Il n'a pas voulu à toute force faire rentrer son héros dans un des groupes conventionnels admis par la psychiatrie contemporaine. Aussi a-t-il tracé de son héros un portrait vivant, qui ne semble fait que de contrastes. Comme on comprend, après l'avoir étudié en détail, les mots d'*énigme*, de *problème inexplicable* employés par les parents ou par les camarades de Lacordaire et comme on conçoit que celui-ci ait écrit : « Où est l'âme qui comprendra la mienne? » Il est doux, mais il déclare à Mme Swetchine qu'il est peu tendre dans l'expression de ses sentiments. Il est charitable, mais il lui arrive d'écrire à ses inférieurs des lettres cinglantes. Et aussi à ses supérieurs. Ce prêtre très déférent, qui va rompre pour toujours avec son ami Lamennais, à la suite de la publication de la Bulle : *Mirari vos*, ne craint point d'écrire à son archevêque : « Je demande à l'Eglise, dans la personne de mon évêque, qu'elle m'accorde confiance, qu'elle rende honneur à mon sacerdoce. Si elle ne le veut pas, j'aurai à me consulter... » Il est patient, mais, au cours d'un voyage en Suisse, il se brouille avec ses amis à propos d'une vétille et les plante là. Il écrit, aux parents qui viennent de perdre un fils unique, des lettres touchantes, mais il reconnaît qu'il est de glace, qu'il éprouve une « horreur invincible » à se communiquer. Peu de chances pour que, selon le jargon psychiatrique en honneur, il se dissolve dans son milieu... Il est enthousiaste et timide, hardi et craintif. Cet énergique, ce passionné, cet organisateur, a ses heures de désespoir. Il se complait dans cette mélancolie dont il écrit qu'elle est « la grande raison de ceux qui sentent vivement ». Recherchant la compagnie

(1) In-18 de 66 p. — Paris, 1930, Jouve, édit.

de ses semblables, il a toujours eu besoin de solitude. Il est émotif, et cependant, « le Sénat romain ne serait pas capable de l'effrayer... » Au demeurant, prêtre irréprochable, éducateur pénétré de ses devoirs, et qui, mourant, peut dire à ses élèves de Sorrèze : « Cette épée, c'est à votre service « qu'elle s'est rouillée, Messieurs ». Grand esprit et noble cœur! Caractère infiniment séduisant. N'insistons pas sur le mépris que lui inspirent médecine et médecins, ni sur les « Consultations » qu'il lui est arrivé de donner, ni sur son enfance délicate, ni sur les petites indispositions de son âge mûr, et finissons en donnant quelques indications sur sa dernière maladie et sur sa mort. Passionnant problème pour celui qui cherche à déterminer l'affection à laquelle a succombé le grand homme! Anémie pernicieuse, néphrite chronique à forme azotémique, cancer des voies digestives? En l'absence de tout document probant, la question ne peut qu'être posée. L. BABONNEIX.

Le Dosage des sels biliaires dans la bile et le liquide duodénal (1), par Louis CUNY, docteur en pharmacie, ancien interne des hôpitaux de Paris, licencié ès sciences. Préface du docteur CHIRAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.

A l'occasion d'études de pathologie hépatique, l'auteur a rassemblé dans cet ouvrage les documents recueillis sur le dosage des sels biliaires dans la bile et le liquide duodénal, ainsi que les résultats de ses propres expériences sur ce sujet.

Dans une première partie, sont considérées quelques questions qui se posaient dès l'abord, à savoir la chimie des acides biliaires, d'après les très importants travaux parus dans ces dernières années, la composition générale de la bile et enfin les modes d'isolement des composés définis nécessaires à de tels essais.

La seconde partie est consacrée aux méthodes elles-mêmes, réparties en six chapitres suivant le principe qui leur sert de base.

Quoiqu'on se soit surtout attaché à l'examen des techniques utilisant l'hydrolyse alcaline des sels biliaires ou la production de réactions colorées, ce qui a conduit à établir de nouveaux modes opératoires, tous les autres procédés connus ont été rappelés et le plus souvent décrits avec quelque détail; leur valeur respective a été finalement appréciée. Une abondante bibliographie termine l'ouvrage.

C'est la première fois que cette question, actuellement à l'ordre du jour, est traitée avec une telle ampleur du point de vue de la biochimie médicale. Comme le souligne M. Chiray, ce travail facilitera grandement les recherches physiologiques sur le métabolisme des sels biliaires, ainsi que les investigations cliniques sur ses perturbations pathologiques.

L. G.

L'hérédo-syphilis mentale (2), par les docteurs P.-L. DROUET, médecin des hôpitaux de Nancy et J. HAMEL, médecin-chef de service à l'asile de Maréville (Nancy).

Le but de cet ouvrage est de préciser le rôle du tréponème dans la genèse des affections mentales de la jeunesse à l'âge adulte, de montrer une fois de plus le grand danger que peut faire courir à l'homme l'infection syphilitique et le rôle social de la lutte antivénérienne dans notre pays.

Les docteurs Drouet et Hamel exposent les résultats de leurs travaux portant sur un grand nombre de cas et démontrent que la syphilis héréditaire dystrophique est beaucoup plus fréquente qu'on ne se l'imagine et que les innombrables dystrophies peuvent en être la conséquence, et peuvent être identifiées dans la plupart des cas avec les stigmates dits de dégénérescence.

(1) Un volume de 324 pages. Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un volume de 206 pages. Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les auteurs ne se sont pas limités à l'étude des faits cliniques; ils ont fait intervenir les recherches biologiques.

La syphilis agit de bien des manières : par altération tératologique du système nerveux, par lésion spécifique du cerveau ou de ses enveloppes, par lésion des glandes à sécrétion interne, peut-être par déséquilibre humoral. Et lorsque les lésions sont ainsi constituées, on constate l'arriération ou le déséquilibre mental, on voit survenir la paralysie générale juvénile, les tics, la démence précoce, la mélancolie anxieuse, peut-être même l'épilepsie.

La dystrophie se modifie difficilement par la médication antisyphilitique, mais la prophylaxie légitime tous les espoirs. Si la lutte systématique contre l'hérédo-syphilis avant la conception et pendant la grossesse a fait diminuer rapidement les avortements et la mortalité infantile, elle ne tardera pas à entraîner chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte une diminution des psychopathies dues au tréponème. Elle aurait enfin, comme le montrent les auteurs de ce livre, sa répercussion sur la criminalité juvénile très souvent conditionnée par l'hérédo-syphilis. L'enfant délinquant sera surtout considéré comme un malade. Son redressement sera beaucoup plus confié au médecin qu'au juge. L'action judiciaire devra donc désormais s'adjoindre l'action médicale.

On peut ainsi juger de l'importance des problèmes soulevés dans cet ouvrage. « Ce remarquable plaidoyer, écrit le professeur Spillmann dans sa préface, est un nouveau cri d'alarme : Il faut combattre plus que jamais le péril syphilitique; ce sera le meilleur moyen de diminuer le nombre des anormaux mentaux et criminels. »

La Vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. Expérimentation et pratique (1), par le docteur Roland CHAUSSINAND. Préface du professeur A. CALMETTE.

Voici un livre qui ne peut manquer d'être accueilli avec faveur, car, jusqu'à présent, ce vaste sujet n'avait jamais été traité d'une manière aussi claire et aussi complète.

Cet ouvrage comprend trois parties.

Dans la première, l'auteur analyse toutes les recherches expérimentales pratiquées sur le B. C. G. Il discute, en outre, la question de l'allergie à la tuberculine et celle de la stabilité du bacille atténué de Calmette.

Dans la deuxième partie, l'auteur expose les observations cliniques publiées jusqu'à présent dans les différents pays et indique les données qui permettent de réaliser une vaccination correcte et efficace. En outre, il apporte personnellement de très convaincantes démonstrations de la complète innocuité du B. C. G. chez l'enfant et des perfectionnements notables dans la technique des vaccinations par les voies sous-cutanée et intramusculaire.

La troisième partie, enfin, groupe la bibliographie complète des travaux parus sur le B. C. G. et sur les sujets connexes.

L. G.

Leçons de médecine biologique (2), dictées par la *Rinascenza Medica* et réunies par C. MARTELLI.

Soixante-six leçons portant sur les sujets les plus divers tant de la médecine que de la chirurgie, générales ou spéciales, ont été ici réunies, extraits de la *Rinascenza* de ces dernières années. Ils sont l'œuvre des savants les plus qualifiés de divers pays. La médecine française y est représentée par MM. Jeanselme, J.-L. Faure, Legueu, Marcel Labbé et d'autres encore dont les mises au point sur des sujets où ils sont particulièrement qualifiés sont un témoignage flatteur de la place que tient la science française dans la médecine des pays latins.

R. L.

(1) In-8 de 196 pages. — Prix : 38 fr. — Paris, Doin et Cie.
(2) Editions Rinascenza Medica. — Naples 1930.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES HÉMIPLÉGIES [1]

c. SYNDROMES BULBAIRES. — 1° L'hémiplégie croisée peut se compliquer des *paralysies unilatérales directes suivantes* :

a. *Syndrome d'Avellis* : voile du palais et corde vocale.

b. *Syndrome de Schmidt* : le précédent, plus paralysie du sterno-trapèze.

c. *Syndrome de Jackson* : le précédent, plus paralysie de la moitié de la langue.

2° *Syndrome de Babinski-Nageotte.* — Signes cérébelleux unilatéraux directs et atteinte du centre cilio-spinal, joints à l'hémiplégie et à l'hémianesthésie croisées.

d. On fait rentrer dans l'étude de l'hémiplégie également le *syndrome de Brown-Séquard* par atteinte unilatérale de la partie supérieure de la moelle cervicale :

Signes pyramidaux et troubles de la sensibilité profonde sont directs.

L'anesthésie superficielle est croisée.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

A. **Nous ne ferons que signaler les causes évidentes.** — Traumatisme.

Infections : l'hémiplégie a été signalée au cours de la pneumonie, de la typhoïde, de la diphtérie.

B. **Dans la plupart des cas le diagnostic causal se discute.** — I. En présence d'une hémorragie il faut penser surtout à deux choses :

L'hémorragie cérébrale;

Le ramollissement, qu'il soit d'origine thrombosique ou embolique.

C'est dire toute l'importance d'un examen cardio-vasculaire complet, de la recherche des signes de syphilis, d'une ponction lombaire.

Le diagnostic étiologique se discute différemment suivant l'âge :

a. **Chez un malade ayant dépassé la cinquantaine**, à l'âge de l'hypertension et des polyscléroses, il faut surtout envisager deux processus :

— L'hémorragie cérébrale,

— Le ramollissement par thrombose athéromateuse.

1° HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE. — L'on y pensera surtout devant un coma profond, survenu brusquement, sans autres signes prémonitoires que l'*hypertension artérielle* que présente le malade et qui constitue un élément capital de diagnostic.

Le pronostic est basé en grande partie sur les signes de retentissement bulbaire : valeur pronostique fâcheuse d'une température qui s'élève trop vite, d'une albuminurie, d'une glycosurie survenues brusquement, d'un pouls qui se ralentit, d'un rythme de Cheyne Stokes. Presque toujours la mort survient, soit dans le coma, soit après une réapparition partielle de la conscience. Si le malade survit l'on constate tous les signes de l'hémorragie vasculaire décrite.

La ponction lombaire montre dans l'hémorragie cérébrale un liquide souvent légèrement xanthochronique, sauf dans les cas d'*hémorragie cérébro-méningée* où l'on recueille un liquide sanglant. Mais déjà cliniquement l'on a presque fait le diagnostic par la constatation des contractures, des convulsions, d'une forte élévation de température. Sauf le cas d'hémorragie cérébro-méningée, il est très difficile de distinguer une hémorragie cérébrale d'un ramollissement par thrombose athéromateuse.

2° RAMOLLISSEMENT PAR THROMBOSE ATHÉROMATEUSE. — Le terrain est le même : terrain de sclérose vasculaire avec ses diverses étiologies mais dans le ramollissement.

— *Divers signes prémonitoires*, petits ictus successifs, signes traduisant déjà l'ischémie cérébrale ont pu précéder l'apparition de l'hémorragie qui souvent s'installe progressivement,

— Le coma, quand il existe, est généralement moins profond,

— L'hypertension n'est pas nécessairement présente,

— L'évolution est moins grave. L'on constate en général les caractères de l'hémorragie corticale.

Répétons que l'hémorragie corticale et le ramollissement thrombosique sont difficiles à distinguer l'un de l'autre et pourtant l'on vient de voir l'intérêt pronostique de cette distinction.

Chez un hypertendu brightique azotémique, il existe encore des causes d'hémorragie cette fois transitoire :

Hémorragie par spasme vasculaire, chez un hypertendu,

Hémorragie purement toxique attribuable *à l'urémie*, mais l'on admet actuellement que, le plus souvent, une lésion minime se trouve *extériorisée* par le facteur toxique.

b. **Chez un sujet jeune.** — Il faut, avant tout, penser au ramollissement qu'il s'agisse de ramollissement embolique ou de ramollissement par artérite syphilitique.

1° RAMOLLISSEMENT EMBOLIQUE. — L'hémorragie s'installe brusquement, sans signes prémonitoires. L'auscultation du cœur montrant une cardiopathie gauche, rétrécissement mitral en particulier, fournit la clef du diagnostic. Mais il existe des cas où le rétrécissement mitral a une symptomatologie fruste, incomplète et si l'on abandonne l'hypothèse d'embolie, il faut envisager celle de syphilis.

2° ARTÉRITE SYPHILITIQUE. — Se discute à tout âge, mais surtout chez l'adulte jeune.

C'est une hémiplégie du type cortical, le plus souvent.

D'autres fois, c'est devant un syndrome alterne que l'on pense à la syphilis.

Cette hémorragie a été précédée d'une période prodromique faite de signes de méningite syphilitique et de troubles passagers d'irrigation corticale. La constatation de ces signes prémonitoires est d'un gros intérêt thérapeutique, car c'est surtout à cette période que le traitement est efficace.

L'hémorragie syphilitique progresse segment par segment. On recherchera l'atteinte des nerfs craniens, les antécédents, les stigmates de spécificité, les réactions biologiques dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

II. En dehors de l'hémorragie cérébrale et du ramollissement, d'autres causes d'hémorragies doivent être envisagées. — 1. IL FAUDRA RECHERCHER UN SYNDROME D'HYPERTENSION INTRACRANIENNE. — a. *Tumeur cérébrale.* — L'hémorragie présente souvent un caractère spécial celui d'une petite hémorragie se constituant de façon progressive sans ictus.

D'autres fois, il s'agit d'une hémorragie transitoire, post-épileptoïde.

b. *Abcès du cerveau.* — Antécédents d'otite.

— Phénomènes réactionnels méningés ou généraux.

2. PARFOIS L'HÉMIPLÉGIE EST LA MANIFESTATION D'UN ÉTAT MÉNINGÉ :

Hémorragie méningée : ponction lombaire, sang,

Méningite cérébro-spinale : méningite rare, ponction lombaire, pus.

Méningite tuberculeuse : Méningite plus fréquente. La ponction lombaire.

Méningite syphilitique : c'est à elle qu'il faut surtout rattacher les petits ictus curables si fréquents chez les paralytiques généraux et qui sont dus à de minimes lésions corticales sous-jacentes aux placards de méningite.

3. AU COURS DES DIVERSES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX :

Sclérose en plaques,

Encéphalite épidémique.

4. Enfin chez l'enfant on discutera :

— Les traumas obstétricaux,

— Mais surtout la sclérose cérébrale, dont la grande cause est l'hérédo-syphilis.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. Gle D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 20, p. 390, et n° 22 p. 430.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Médecine générale, sous la direction de M. L. BABONNEIX.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société des chirurgiens de Paris.
Société de stomatologie de Paris.
Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
Société de médecine d'Alger.
JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION
Chirurgie esthétique. Faute de droit commun. Responsabilité, par Me H RIBADEAU DUMAS.
LIVRES NOUVEAUX
REVUE DES THÈSES
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Sourdille, docteur en médecine, est institué pour neuf ans, à dater du 1er février 1931, professeur suppléant de la chaire d'ophtalmologie.

M. Rousseau, professeur au collège de Saint-Nazaire, licencié ès sciences et titulaire du diplôme d'études supérieures des sciences naturelles, est institué pour neuf ans, à dater du 1er février 1931, professeur suppléant d'histoire naturelle.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Bonnenfant (de Soissons), Jacquelot (de Mâcon), Gerson (de Paris), Mouflier (de Villers-Cotterets).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Leblois (de Tours), Chaintre (de Dôle), Baude (de Douai), Cornu (de Bassens), Manhiavale (de Montauban).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Fillion (de Vertou), Bécue (de Fleury-les-Aubrais), Le Dosseur et Pivert (de Laval), Munier (de Remilly), Guiard (de Clermont, Oise), Barthelme (de Benfeld), Rumpler (de Schiltigheim), Gossel (de Cernay), Paisseran (de Montauban).

GUERRE. — (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Gueytat (de Lyon), Dugrais (du Mans), Pichon (de Clermont-Ferrand), Morel (de Rouen), Hormis (du Maroc), Dircks-Dilly (de Bordeaux), Schickele (de Paris).

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Sciaux (Seine), Guiot (de Châteauroux), Charpentier (de Paris), Troude (de Paris), Viellé (10e corps), Laloy (de Saint-Cyr), Martinet (de Chalons-sur-Marne).

(Réserve.) *Au grade de médecin général.* — M. le médecin colonel Trassagnac, retraité.

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — L'Assemblée générale de cette Association s'est tenue le mardi 17 mars au Cercle national des armées de terre et de mer, sous la présidence du docteur Jacques Forestier.

Elle a montré la grande activité de l'Association et l'esprit de camaraderie qui anime ses membres.

On a pu se rendre compte des services rendus à ceux-ci, tant pour l'attribution de la carte de combattant que pour la Caisse mutuelle de retraite et l'allocation du combattant.

Un dîner a suivi l'Assemblée générale, et a été présidé par M. Marc Leclerc, vice-président de l'Association des écrivains combattants.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Association : docteur Rémy-Néris, 74, rue du Rocher, Paris (VIIIe).

F. E. M. — Au cours de son assemblée générale annuelle tenue récemment à son siège social, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe), la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins a modifié en partie son bureau et son Conseil d'administration qui sont composés comme suit :

Président : docteur A. Siredey; vice-présidentes : Mmes Jayle et Marcel Labbé; vice-président : docteur Darras; secrétaire général : docteur Abel Watelet; secrétaire : Mme Veillard; trésorier, docteur Crouzon; archiviste : Mme Thoinot.

21 administratrices : Mmes Aimé, Berruyer, Mlle le docteur Blanchier, Mmes Bourguignon, Carrié, Desprez, Dujarric de la Rivière, Maurice Fabre, Gutman, Lapeyre, Raymond Le-

tulle, Mainot, Mlle le docteur Majerczac, Mme le docteur Montlaur, Mme Morvan, Mme le docteur Noël, Mmes Victor Pauchet, Paul, Poulalion, Mme le docteur Queyrat, Mme J.-A. Sicard.

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES A LA MÉMOIRE DE FERNAND WIDAL. — La XIe Session des Journées médicales de Bruxelles se tiendra du 20 au 24 juin 1931, sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine et la présidence de M. le professeur Auguste Ley. Elle sera consacrée à la mémoire et à l'œuvre de Fernand Widal, le grand clinicien français auquel la médecine internationale doit tant de découvertes importantes. Le programme constituera, comme précédemment, un enseignement postuniversitaire, à la fois théorique et pratique, auquel collaboreront les anciens élèves et les amis du regretté maître. Dès à présent, on peut citer du côté français : MM. F. Bezançon, Vaquez, Abrami, Ambard, Brissaud, Brulé, Lemierre, Joltrain, Merklen, Pasteur Vallery-Radot, Ravaut, de Genne, Desmarest, Lecomte du Nouy, Lagrange, Georges Laurens.

Jamais il n'aura été donné d'entendre, dans un congrès, les leçons d'une aussi brillante réunion de cliniciens et de savants, et les Journées médicales s'avèrent, dès à présent, comme un incontestable succès.

La séance solennelle aura lieu le samedi 20 juin, au Palais des Académies. M. le professeur Vaquez fera la conférence inaugurale.

Le Comité prévoit, pour compléter le programme scientifique, toute une série de fêtes : représentation théâtrale, soirée, banquet.

Le mercredi 24 juin, les congressistes iront à Spa où, au cours d'une Journée Widal, ils seront les hôtes de la Compagnie fermière et, visitant les établissements balnéaires, ils assisteront à l'inauguration du laboratoire du professeur Henrijean.

La cotisation est fixée à 75 fr. belges. Les adhésions peuvent être envoyées au docteur Beckers, secrétaire général, 145, rue Belliard, Bruxelles.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE TURIN. — Le concours pour le XVe prix Riberi (20.000 lires moins la taxe de mainmorte) est ouvert jusqu'au 31 décembre 1934.

Peuvent concourir tous les travaux scientifiques d'ordre médical imprimés, ou dactylographiés en italien, latin, français, anglais ou allemand, pourvu qu'ils soient postérieurs à 1907.

Les travaux devront être envoyés en double exemplaire.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat général (Reale Academia di Medicina. Torino).

UNION INTERNATIONALE DE PROTECTION DE L'ENFANCE. — Le VIIe Congrès international de l'Union internationale de protection de l'enfance se tiendra en 1932. — Pour tous renseignements, s'adresser 26, boulevard de Vaugirard, Paris (XVe).

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur de sanatorium public départemental du camp d'Helfaut (Pas-de-Calais).

Le traitement de début est fixé à 39.000 fr. et peut atteindre 52.000 fr. par avancements successifs. Les intéressés bénéficieront, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage avec faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de clientèle.

Les candidats devront être Français, du sexe masculin, âgés de moins de trente-cinq ans et produire un extrait de leur casier judiciaire, leur diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Inscription, avant le 22 avril 1931, au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris.

HÔPITAL TENON. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LES TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE sous la direction du docteur Camille Lian, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Tenon. — Ce cours, qui sera suivi d'un voyage à la station hydro-minérale de Royat, aura lieu du 27 mai au 6 juin. Il sera fait par le docteur C. Lian avec la collaboration de MM. Haguenau, médecin des hôpitaux; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux, assistant du service; Gilbert Dreyfus et P. Puech, anciens internes du service; Breant et Plantevin, chef et assistant du laboratoire du service; P. Merklen et Odinet, internes des hôpitaux.

Tous les matins à 10 h., conférence clinique avec projections; à 11 h., exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi à 15 h. et à 17 h. 1/2, conférences cliniques avec projections; à 16 h., démonstration pratique (sphygmomanométrie, radiologie, électrocardiographie, méthode graphique, pléthysmographie).

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

(Voir la suite, p. 493.)

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

131, BD BRUNE, reste à louer quelques appartements pouvant être occupés par docteur, chirurgien, dentiste. — S'adresser sur place pour visiter.

119, R. DE COURCELLES, 2 appartements de grand luxe à vendre, pouvant être occupés par docteur, chirurgien, dentiste. — S'adresser sur place pour visiter.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1. Arythmies; 2. Grands syndromes cardiaques; 3. Endocarde, péricarde, myocarde, aorte et artère pulmonaire; 4. Artères, veines et capillaires.

Le cours de novembre 1931 portera donc sur les grands syndromes cardiaques.

Voyage à Royat. — Le cours sera suivi d'un voyage à la station hydro-minérale de Royat. Visite de l'Etablissement thermal. Leçon sur les indications, la technique et les résultats de la cure. Excursion au Puy de Dôme. Départ samedi 6 juin à midi, retour à Paris lundi 8 juin à 19 h.

Droits d'inscription : 250 fr. pour le cours; 100 fr. pour le voyage à Royat.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi) Salle Béclard (A. D. R. M.) ou bien à l'Hôpital Tenon auprès du docteur Blondel, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude des insuffisances aortiques à éclipses (1), par le docteur Ph. BARRAL, interne des hôpitaux de Lyon, préparateur à la Faculté de médecine.

CONCLUSIONS. — I. Il existe des insuffisances aortiques à éclipses, insuffisances aortiques dont le souffle disparaît définitivement ou temporairement.

(1) *Th. de Lyon*, 1930.

II. La disparition définitive du souffle diastolique relève le plus souvent de la guérison de l'insuffisance, guérison rarement complète avec *restitutio ad integrum*, en général simple accommodation spéciale des lésions entraînant la disparition ou la diminution de la fuite diastolique.

III. Les éclipses successives de l'insuffisance aortique apparaissent dans différentes circonstances cliniques :

a. Disparition du souffle diastolique à la suite d'une chute tensionnelle provoquant la diminution du calibre aortique et surtout du débit de l'insuffisance; puis réapparition du souffle lorsque la tension remonte;

b. Apparition du souffle diastolique en même temps que des signes d'insuffisance ventriculaire gauche au cours d'une défaillance cardiaque, sans modification tensionnelle ou avec chute de la tension maxima; le souffle disparaît lorsque le cœur recouvre sa tonicité;

c. Disparition du souffle diastolique au cours des crises de tachycardie, de tachycardie paroxystique, de tachyarythmie; le souffle est perçu à nouveau quand le cœur se calme et se régularise.

Cette distinction est un peu schématique car l'observation peut montrer l'association ou la succession, chez un même sujet, de deux des contextes cliniques précédents.

IV. L'intermittence des signes de l'insuffisance aortique ne peut être un argument pour ou contre sa nature organique, les insuffisances aortiques à éclipses pouvant être organiques, fonctionnelles ou organico-fonctionnelles.

V. L'intermittence des piaulements diastoliques a été signalée dans l'insuffisance aortique. On ne peut, à l'heure actuelle, ni préciser avec certitude le mécanisme de leur apparition, de leur disparition, ni expliquer leurs éclipses successives.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
(Annexe Grancher).

I. GLANDES VASCULAIRES SANGUINES

L'insuline a-t-elle une action sur la sécrétion interne de l'ovaire. (A. HOFMAN-BANG. *Centralbl. f. Gyn.*, 17 mai 1930.) — De son étude, l'auteur tire les conclusions suivantes : l'insuline agit de façon directe sur la glande ovarienne. Même chez des sujets atteints d'affection mentale, la métrite hémorragique est une importante indication de l'insulinothérapie.

Le traitement par l'insuline est également indiqué dans l'aménorrhée des mentaux; le relèvement du poids et l'augmentation de l'appétit sont des phénomènes accessoires favorables.

L'insulinothérapie dans l'aménorrhée de la métrite hémorragique semble d'après les notions actuellement acquises être, en particulier chez les aliénées, susceptible de se perfectionner. D'après l'expérience clinique de l'auteur, il faut employer de petites doses durant une période de quatre à huit semaines dans les aménorrhées ; au contraire, dans les cas de ménorragies, de fortes doses pendant un temps court.

R. LEVENT.

Le goitre, la maladie de Basedow et le rôle de l'iode. (H. VULLIET. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 juin 1930.) — Les très nombreux travaux de tous pays au cours de ces dernières années ont accru nos connaissances mais n'ont pas simplifié le problème; l'auteur, se plaçant sur un terrain purement empirique, seul accessible au praticien, considère qu'il faut avant tout prévenir le goitre, affection endémique et fréquente, et traiter le Basedow, affection rare à son avis, lorsqu'on ne réunit pas à la maladie de Basedow du fait de symptômes accessoires des syndromes qui, au point de vue pratique, doivent en demeurer distincts.

La prophylaxie du goitre, si importante en Suisse, est, dans ce pays tout au moins, basée sur l'emploi de l'iode. Pour l'auteur, les notions les plus anciennes conservent jusqu'à nouvel ordre toute leur valeur : l'iode est efficace à des doses infiniment petites; à ces doses elle est absolument inoffensive.

L'iodbasedow existe; mais il reste à prouver que l'on doive rendre responsables de sa production les doses infinitésimales seules nécessaires. Jusqu'à plus ample informé, l'auteur considère que le sel iodé distribué par les autorités fédérales est efficace et inoffensif parce que ne contenant qu'une très minime quantité d'iode; qu'au contraire, les préparations commerciales trop riches en iode peuvent ne pas être exemptes d'inconvénients. Le mécanisme d'action de l'iode demeure par ailleurs encore inconnu.

Si le goitre est une maladie de la thyroïde, le Basedow doit à son avis être considéré comme une affection primitivement nerveuse provoquant entre autres conséquences une perturbation de la fonction thyroïdienne. Mais il faut, avant tout, s'en tenir aux notions classiques — trépied de Basedow dont le goitre est l'un des constituants obligatoires — et ne pas étendre outre mesure comme certains ont eu tendance à le faire le domaine des formes frustes. Le premier effet d'une telle tendance est d'estomper toute notion exacte touchant la fréquence de l'iodbasedow.

Le Basedow est toujours une affection grave, ne fût-ce qu'en raison du retentissement parfois démesuré et toujours imprévisible parce qu'absolument individuel, du moindre acte opératoire.

Pour l'auteur, ni l'iode ni les ligatures ne guérissent le Basedow; la radiothérapie, moins dangereuse quand elle est bien maniée, ne donne que des succès relatifs et momentanés.

Adénome toxique ou goitre basedowifié ne sont pour lui qu'une seule et même chose. Le Basedow vrai est rare, le goitre basedowifié est fréquent; il présente en petit, quelle qu'en soit la cause, des troubles qui rappellent le Basedow, mais son pronostic opératoire est tout différent. Dans les deux cas intervient le facteur nerveux encore inconnu, primum movens dans le Basedow vrai, secondaire dans le goitre basedowifié et peut-être d'autant moins important qu'une thyroïde déjà malade répond plus faiblement aux incitations nerveuses.

En ce qui concerne les effets de l'iode dans ces cas, il convient de ne pas oublier que l'iode ne guérit pas à lui seul le Basedow; il n'a qu'un rôle sédatif parfois excellent mais momentané.

Ce médicament peut donc jouer un rôle important dans la préparation des basedowiens à l'opération en influençant en premier et surtout le métabolisme basal. Mais il ne faut pas prendre ce symptôme pour seul guide dans l'appréciation du moment propice à l'opération; il faut faire entrer en ligne les autres symptômes et surtout une impression clinique générale.

En dehors de ce rôle de préparation à l'opération, l'iode ne semble avoir dans le traitement du goitre qu'une importance relative. Il n'agit nettement que sur les goitres jeunes, frais, sans dégénérescence secondaire. Elle peut au contraire être inutile ou même nuisible dans les goitres circonscrits nodulaires adénomateux. Seule l'opération est dans ces cas indiquée.

R. LEVENT.

Le traitement des thyréotoxicoses légères. (Hans CURSCHMANN. *Fort. der Therapie*, 10 fév. 1930.) — Le diagnostic des thyréotoxicoses légères est souvent délicat; il est cependant important de l'établir pour régler le traitement avec espoir de succès.

L'auteur élimine de ce cadre tout ce qui est Basedow complet, le goitre basedowifié, l'adénome toxique et le goitre exophtalmique selon la conception de Plummer.

Le symptôme cardinal en est avant tout l'élévation du métabolisme basal, mais à la condition que ce ne soit pas un symptôme unique qui, dans ce cas, pourrait induire grave-

ment en erreur. Le dosage de l'iode du sang, de la créatine, de la créatinine, de l'albumine du sérum par réfractométrie, les épreuves de Lœwi et de Kocher ont aussi leur importance. Le degré d'élévation du métabolisme basal est dans une certaine mesure le reflet de la gravité du cas particulier.

Ce qu'il faut avant tout influencer par le traitement, c'est le fonctionnement de la thyroïde. On s'adressera tout d'abord à l'application locale de rayons X; c'est un traitement moins dangereux que l'opération et son action est cependant parfois très rapide ; la radiothérapie n'expose pas plus à la récidive que le traitement chirurgical et ne compromet aucunement, quoi qu'on ait dit, le succès d'une éventuelle opération ultérieure. Il faut cependant se garder d'irradiations trop abondantes qui peuvent engendrer du myxœdème; c'est surtout chez certains sujets que la dose des rayons doit être limitée : sujets gras ou peu amaigris, femmes peu sympathicotoniques, à métabolisme basal peu exagéré tombant facilement aux premières séances de rayons en même temps que le poids s'élève, à psychisme sans excitation (Basedow vagotonique); il faut dans ces cas arrêter le traitement dès que l'exagération du métabolisme basal a été ramenée à 15 p. 100.

En ce qui concerne le traitement chirurgical, l'auteur y a renoncé pour les cas légers depuis qu'il est en possession d'une bonne technique radiologique; il n'a pas d'expérience personnelle touchant le radium.

Parmi les médicaments l'iode est au premier plan (lugol ou iodure de potassium); c'est un médicament délicat à administrer et qu'il ne faut donner que sous le contrôle permanent du métabolisme basal. D'ailleurs, de l'aveu même des auteurs américains, il ne paraît donner que des modifications symptomatiques; il abaisse le métabolisme basal et facilite l'opération ultérieure. Il complète souvent heureusement l'effet des rayons. Il faut bien limiter les indications du traitement iodé et ne pas oublier que certaines femmes à l'âge de la ménopause et parfois certains hommes acquièrent envers l'iode une sensibilité exagérée.

L'arsenic, le fer ne présentent pas d'intérêt non plus que le sérum de Mœbius; le phosphore peut au contraire rendre service; de même la quinidine, la digitale, le strophantus; et aussi contre certains troubles digestifs, l'insuline.

Si la physiothérapie est sans intérêt, la cure d'altitude ou de demi-altitude, à condition qu'elle comporte un repos suffisant au point de vue physique et psychique, rendra de grands services.

Le régime alimentaire sera pauvre en calories, et surtout végétarien; peu de graisses et d'aliments riches en tryptophane; donner du maïs, du seigle, des pommes de terre, des légumes verts, du beurre. Ni viande, ni lait, ni fromage, ni œufs, ni pain blanc. Ne pas dépasser 25 à 32 calories par kilogramme jusqu'à amaigrissement. Veiller aux fonctions digestives et à la diarrhée par abus des graisses. Pas d'alcool ni de tabac.

R. LEVENT.

II. INFECTIONS DIVERSES

Valeur de la formule leucocytaire et notamment de l'éosinophilie dans la scarlatine régulière. (J. Chalier, G. Pallot et Roman-Monnier. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 juin 1930.) — Au cours de la scarlatine normale, on trouve une leucocytose constante : le taux des globules blancs varie entre 12.000 et 22.000. Cette leucocytose est au début une polynucléose neutrophile de moyenne intensité, mais elle est transitoire. La formule ne tarde pas en effet à évoluer vers la mononucléose. Tandis, en effet, que persiste la leucocytose globale on ne tarde pas à voir se produire une monocytose relative. Les lymphocytes sont au début les seuls diminués, tandis que les mononucléaires moyens sont en nombre égal ou supérieur à la normale.

Caractère important : une éosinophilie à 6 ou 10 p. 100 plus marquée au moment de l'invasion et de l'exanthème, mais persistant vingt-cinq jours au moins. Elle évolue, tantôt en se maintenant pendant toute sa durée à un taux invariable, tantôt en diminuant progressivement par paliers successifs.

Ce caractère aide à distinguer la scarlatine des érythèmes scarlatiniformes dus à l'injection de sérum chez les diphtériques; chez ces derniers, en effet, l'éosinophilie est inconstante, moins accusée et toujours passagère.

R. LEVENT.

Le syndrome neuro-végétatif du rhumatisme. (A. van Bogaert et J. Mage. *Ann. de méd.*, janv. 1930.) — Dès le début des poussées aiguës du rhumatisme apparaissent des signes cardio-vasculo-sanguins sans lésions anatomiques, catalogués par les classiques comme fonctionnels et anorganiques, et que l'on considère habituellement comme un syndrome réflexe d'origine cardio-aortique.

Les auteurs contestent cette interprétation pour divers motifs. Les souffles précoces de la base du cœur sont fréquents alors que les aortites rhumatismales qu'ils sont censés précéder sont relativement rares; il y a au contraire un étroit parallélisme entre l'apparition et la disparition de tels syndromes et l'état d'excitabilité du système orthosympathique. On retrouve, d'autre part, ce même ensemble symptomatique chez des hyposympathicotoniques exempts de rhumatisme.

Il traduit donc, de l'avis des auteurs, la déficience du système presseur orthosympathique et la libération secondaire du tonus parasympathique. De là résultent la sudation profuse, les taches cutanées vaso-paralytiques tranchant sur un fond de pâleur, la bradycardie sinusale, l'accroissement de la tension différentielle (par abaissement de la minima et élévation de la maxima) donnant lieu à l'hypotonie artérielle avec impulsion brusque et énergique d'une artère hyperpulsatile, enfin le souffle holosystolique naissant dans l'aorte et se propageant dans les carotides et les sous-clavières avec ou sans bruits crépitants alvéolaires surajoutés.

Diverses causes peuvent produire une telle hyposympathicotonie; peut-être traduit-elle l'atteinte des centres mésocéphaliques du tonus neuro-végétatif. Cette hypotonie est en effet généralisée et l'on retrouve un syndrome analogue dans certains déséquilibres neuro-végétatifs. On connaît par ailleurs le tropisme mésocéphalique du virus rhumatismal dont témoigne la chorée.

R. LEVENT.

L'épidémie de psittacose à Florence (octobre 1929). (Mario Volterra. *Centralbl. f. inn. Med.*, 19 juillet 1930.) — L'auteur publie cinq observations nouvelles (dont deux mortelles) groupées en épidémie familiale. Les cas ont apparu à la suite de la présence de sept perroquets venus récemment du Brésil à Gênes au milieu d'un envoi d'oiseaux. Les recherches bactériologiques n'ont donné aucun résultat positif, mais n'ont en tout cas pas confirmé l'hypothèse ancienne de Nocard. L'aspect clinique n'a guère différé de l'aspect clinique habituel; dans un des cas cependant on a observé de l'amblyopie avec hémianopsie bitemporale pendant la convalescence; l'examen du fond d'œil a montré de la pâleur de la papille due à une atrophie du nerf optique de pathogénie non élucidée. Les complications rénales semblent avoir été moins fréquentes dans la présente épidémie que dans certaines autres. Dans cette épidémie comme dans les autres épidémies jusqu'ici observées la mortalité a atteint un taux élevé (environ 40 p. 100); les sujets les plus gravement atteints étaient des vieillards ou des sujets atteints d'affections chroniques diverses.

R. LEVENT.

A propos de trois cas de psittacose. (J. Widowitz. *Wien. klin. Woch.*, 13 fév. 1930.) — L'auteur rapporte trois cas d'affection survenue dans une famille d'éleveurs d'oiseaux.

Le premier cas débuta, au point de vue fonctionnel et physique, comme une pneumonie droite qui tourna court au quatrième jour. Il persista cependant un état typhoïde grave pendant lequel on vit évoluer une pneumonie gauche dont l'évolution fut au contraire traînante. Séro-diagnostic et hémoculture négatifs. La guérison se fit, mais fut suivie d'une rétention d'urines qui dura deux mois environ.

Le deuxième cas débuta comme une fièvre typhoïde à forme ambulatoire à laquelle succéda une bronchite persistante avec fièvre élevée, guérison. Fut atteinte dans ce cas une personne qui s'occupait également de la volière.

Le troisième sujet atteint est le mari de la première malade, alcoolique et taré au point de vue cardiaque. Celui-ci fit une pneumonie gauche sévère avec température rémittente au cours de laquelle survint une défaillance cardiaque mortelle.

Dans tous ces cas on ne put mettre en évidence aucun microbe causal; l'auteur se montre très réservé sur le rôle possible du bacille décrit par Nocard lors des épidémies parisiennes de 1892.

Le diagnostic n'est qu'un diagnostic de vraisemblance; la probabilité est cependant grande du fait que dans la volière, fort bien tenue et où jamais aucune épidémie ne s'était manifestée, on observa au moment où les trois sujets furent atteints que plusieurs oiseaux furent indisposés, que deux moururent dans la première semaine et que sept autres succombèrent dans la quinzaine suivante.

R. LEVENT.

Sur une petite épidémie de psittacose à Vienne (août 1929). (Oskar WELTMANN. *Wien. klin. Woch.*, 13 fév. 1930.) — Au milieu d'août 1929 est soigné dans un hôpital viennois un sujet de quarante-trois ans présentant un état typhoïde marqué et une affection évoluant vers la guérison en une quinzaine de jours qu'en raison des caractères cliniques on étiquette d'abord broncho-pneumonie lobulaire. Lorsqu'en raison de l'amélioration le malade peut répondre aux questions posées on apprend l'existence d'une petite épidémie familiale dont il ne représente qu'un des cas et qui a coïncidé avec le séjour au domicile commun de quelques perroquets malades.

On fait alors une enquête approfondie pour infirmer ou confirmer l'hypothèse de la psittacose. On apprend alors qu'en juillet 1929 avait eu lieu à Brême l'arrivage de 157 perroquets en provenance du Brésil et qui furent réexpédiés sur Vienne. Le plus grand nombre mourut pendant le transit puisque 40 seulement arrivèrent vivants à Vienne; 30 furent acquis par un Américain et ne tardèrent pas à succomber, sans aucune exception; 3 ont eu une destination qui ne put être retrouvée; les 7 autres furent acquis par le malade qui fut l'origine de l'enquête, lequel revendit à un marchand d'oiseaux 2 d'entre eux qui moururent peu de jours après. Au foyer de l'acheteur du lot de 30 oiseaux se déclara un foyer épidémique sérieux qui frappa gravement sa sœur, sa femme et d'autres parents.

Les 5 oiseaux appartenant au premier malade ne tardèrent pas non plus à tomber malades. Une épidémie locale fit ensuite chez lui son apparition : le 1er août, l'enfant, affection d'allure grippale, le 3, sa mère qui fut hospitalisée avec le diagnostic de fièvre typhoïde, et son beau-père; tous deux firent une pneumonie grave qui évolua en deux semaines environ.

L'auteur passe en revue la littérature relative à la psittacose et nie formellement le rôle causal du bacille de Nocard. Le sérodiagnostic semble d'une fidélité douteuse. Ce sont surtout les commémoratifs recherchés à l'occasion d'une pneumonie d'allure atypique qui permettent le diagnostic.

En novembre 1929 s'est déclaré en Allemagne un foyer épidémique dont l'existence semble à l'auteur être en rapport avec les cas qu'il relate. R. LEVENT.

III. APPAREIL CIRCULATOIRE

Dérivation leucocytaire et tuberculose. (DELORE. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 avril 1930.) — La méthode des abcès de fixation ou méthode de dérivatien leucocytaire a une action pratiquement nulle dans les tuberculoses aiguës ou subaiguës.

Dans les formes chroniques on observe une diminution passagère de l'expectoration. On peut essayer de son action dérivative au début des poussées congestives, évolutives.

Dans quelques cas, cependant, une localisation suppurée métastatique extrapulmonaire au cours de la tuberculose pulmonaire chronique a paru avoir une heureuse influence sur les lésions. Mais ce domaine demeure encore tout entier à explorer. R. LEVENT.

Des modes de coexistence d'une aortite syphilitique avec une endocardite aiguë ou chronique non syphilitique. (L. GALLAVARDIN, et L. GRAVIER. *Lyon méd.*, 27 avril 1930.) — Deux processus originellement distincts peuvent s'associer : aortite syphilitique, d'une part, endocardite aiguë ou chronique non syphilitique, d'autre part. Ce sont des cas rares qui aboutissent à des affections cardio-aortiques complexes d'une grande difficulté diagnostique. Les auteurs citent 2 observations d'aortite syphilitique associée à une endocardite infectieuse et 5 observations d'aortite syphilitique associée à une endocardite mitrale aortique ou mitro-aortique (dont 4 observations avec autopsie). Ils n'ont, par contre, pas observé la coexistence d'une aortite syphilitique avec une insuffisance aortique par propagation aux sigmoïdes en même temps qu'une lésion mitrale d'origine endocardique et en concluent, jusqu'à plus ample informé, que lorsqu'il existe des signes cliniques certains de lésion mitrale organique l'insuffisance aortique constatée est toujours elle aussi d'origine endocardique — même en l'absence d'antécédents rhumatismaux et si existe une syphilis avérée.

R. LEVENT.

La question de l'anémie pernicieuse gravidique. (Konrad HEIM. *Centrabl. f. Gyn.*, 26 avril 1930.) — Il s'agit ici d'une affection relativement rare dont la relation est mal établie avec le syndrome de Biermer.

L'auteur apporte deux nouvelles observations à ajouter à celle publiée par lui en 1923.

Il s'agit dans l'une des observations d'un cas à évolution mortelle chez une primipare de vingt-cinq ans, présentant 13.000 globules rouges, 23.000 globules blancs avec 23 p. 100 d'hémoglobine, polychromasie et anisocytose au neuvième mois de sa grossesse. Elle accouche à terme d'un enfant mort-né de 2.500 grammes sans incidents. Pas d'hémorragie notable. Elle meurt cependant dans le collapsus, quelques heures après l'accouchement en dépit d'une transfusion.

Dans l'autre observation l'anémie gravidique a évolué vers la guérison.

Dans les deux cas, l'anémie n'a apparu que depuis le début de la grossesse sans qu'on puisse trouver d'autre cause que cette grossesse même. L'anémie gravidique ne paraît à l'auteur pouvoir être distinguée du syndrome de Biermer qu'en vertu de considérations théoriques dans une certaine mesure arbitraires.

Dans ces deux cas, il semble que nos connaissances présentes nous permettent d'attribuer les accidents à une intoxication de nature gravidique; pour en obtenir la guérison il est indispensable d'intervenir suffisamment tôt.

Le principal danger semble être la décompensation circulatoire et le moment le plus critique, celui qui suit immédiatement la naissance.

La transfusion paraît donner de meilleurs résultats que dans le syndrome de Biermer non gravidique.

Il ne semble pas qu'on doive pratiquer la stérilisation préventive dans la crainte du retour de nouveaux accidents semblables à l'occasion d'une nouvelle grossesse.

R. LEVENT.

Anémie pernicieuse et chocs protéiques. Faits cliniques et expérimentaux. (PALIARD, DECHAUME et CROIZAT. *Lyon méd.*, 1er juin 1930.) — L'achylie gastrique dans l'anémie pernicieuse progressive semble attirer particulièrement, en ces derniers temps, l'attention des auteurs qui ont étudié le syndrome de Biermer. Les auteurs du présent article se posent la question de savoir si la cause de certaines anémies pernicieuses progressives ne résiderait pas dans une succession de chocs, dans un état d'anaphylaxie chronique résultant de la viciation du métabolisme des protéiques.

Ils rapportent à l'appui de cette hypothèse 2 observations : dans l'une, l'anémie ne s'est montrée cliniquement que vingt ans après que l'achylie et la glossite avaient été constatées; un syndrome neurologique apparu entre temps a continué d'évoluer en dépit de la réparation sanguine; il semble que le syndrome hématologique et le syndrome neurologique aient été déclenchés par l'autohémothérapie.

Dans un autre cas, l'autohémothérapie coïncide avec la rechute d'un syndrome d'anémie grave bien influencé par le foie.

Arthus a réalisé chez l'animal des anémies intenses par séro-anaphylaxie; de même Armas Cederberg-Croizat, en même temps que l'anémie, a réalisé par le même procédé des lésions nerveuses d'un type spécial.

C'est à l'estomac que Castle, collaborateur de Minot, place la première origine de l'intoxication; les albuminoïdes seraient du fait d'une indigestion imparfaite mal désagrégés; d'où anaphylaxie alimentaire chronique, chocs protéiques successifs et répétés sensibilisant à la fois les globules rouges et le système nerveux.

D'autres influences, parfois occasionnelles, peuvent faire entrer dans sa phase clinique une anémie latente jusque-là et la faire progresser avec une grande rapidité.

Pour les auteurs donc l'anachlorhydrie est à l'origine de l'anémie pernicieuse et non pas sa résultante.

Peut-être le foie n'agit-il que comme anti-anaphylactique ou en agissant sur l'équilibre physico-chimique du sang.

R. LEVENT.

L'action de la choline sur la régénération des cellules sanguines. (Fritz KESSLER. *Wiener klin. Woch.*, 19 juin 1930.) — Quelle est la substance active dans le foie qu'on administre dans l'anémie pernicieuse progressive? On a surtout pensé à l'histamine et à la choline. D'autre part, on a constaté l'existence d'une quantité notable de choline dans des extraits cortico-surrénaux qui ont donné de bons résultats dans l'anémie pernicieuse (E. Hutte).

Mais il est nécessaire d'employer des quantités notables de chlorhydrate de choline; de l'avis de Pal on en aurait exagéré la toxicité; lui-même a pu administrer 0g60 sans accidents.

L'auteur en a employé un dérivé (kathésine) à la dose de 0g025. Les doses trop fortes donnent des accidents gastriques.

Par la choline, l'auteur a traité 8 cas, tous d'anémie secondaire à des affections diverses. On a constaté l'augmentation du nombre des globules rouges dès les deux heures qui ont suivi l'injection (augmentation de 100.000 à 700.000).

Dans 11 cas l'auteur a employé la kathésine (1 centigramme per os par jour); sauf dans les cas d'anémie posthémorragique, il ne semble pas que les anémies secondaires aient été influencées. Avec ce médicament il est également nécessaire de ne pas descendre au-dessous de certaines doses.

D'autres auteurs ont obtenu des résultats analogues (Exner, Sywek, Mehler et Ascher).

R. LEVENT.

IV. TUMEURS

Le système réticulo-endothélial chez les sujets porteurs de tumeurs. (Hans ZACHERI. *Kleins. Woch.*, 15 fév. 1930.) — On connaît depuis longtemps les nombreuses fonctions du système réticulo-endothélial. Certains caractères histologiques avaient déjà permis à Dyroff de penser qu'il joue un rôle dans le mécanisme de défense contre le cancer.

D'autres notions concordantes résultent de l'étude des tumeurs provoquées, concernant l'ensemble du système réticulo-endothélial.

La rate est de première importance : les métastases cancéreuses spléniques sont exceptionnelles.

Les tumeurs provoquées, d'autre part, se développent mieux chez les souris splénectomisées; la greffe d'une tumeur sur la souris provoque de la splénomégalie; les greffes réussissent moins bien sur des animaux qui ont reçu préalablement de l'extrait splénique ou lorsque la tumeur broyée a été mélangée avec de l'extrait de rate ou de thymus (le contraire se produit lorsque la tumeur broyée a été mélangée avec de l'extrait d'ovaire ou de testicule). Les greffes réussissent mieux chez des rats splénectomisés.

De même l'extrait splénique exerce sur les cultures de tissus une action empêchante.

On obtient des résultats analogues lorsque l'on a préalablement bloqué le système réticulo-endothélial ou quand on l'a paralysé par l'eau chloroformée ou par tout autre moyen (trypaublau, carmin, bleu d'isamine) à la condition qu'il y ait un décalage entre les deux injections suffisant pour permettre une action complète sur le tissu réticulo-endothélial.

Les rayons X ont une action analogue si l'irradiation préliminaire est suffisante.

Mais tous ces faits sont du domaine de l'expérimentation sur l'animal; l'auteur a cherché à reconnaître chez l'homme par la réaction de Kauffmann (sérosité de vésicatoire) quelle est la puissance des réactions défensives de l'organisme en mesurant dans l'exsudat provoqué la richesse en éléments lymphohistiocytaires. Les grosses doses de rayons X semblent paralyser cette défense, tandis que de petites doses l'excitent lorsque l'irradiation est pratiquée soit au niveau de la tumeur, soit au niveau de la rate.

Il y a une grande difficulté à détermine quel rapport existe entre cette réaction de l'organisme et le résultat final sur le cancer.

Une forte irradiation diminue le pouvoir lytique du sérum normal vis-à-vis de la cellule cancéreuse, une faible irradiation l'augmente; il en est de même pour l'irradiation de la rate. Ce pouvoir lytique subit donc l'influence du système réticulo-endothélial. Les résultats sont les mêmes avec les rayons ultraviolets qui stimulent le tissu réticulo-endothélial et augmentent le pouvoir carcinolytique du sérum.

Comment se produiront ces modifications? La méthode de parabiose, appliquée au rat, montre que lorsqu'on a splénectomisé l'un des sujets accouplés et qu'on lui a injecté de l'extrait de cancer de souris, il est protégé par la rate de l'animal normal. Trois ou quatre mois après la splénectomie, le rat est à nouveau devenu réfractaire à la tumeur de souris, grâce à son système réticulo-endothélial, mais on peut lui faire perdre cette immunité par blocage ou action des rayons X.

Il y aurait donc dans la circulation sanguine ou lymphatique une substance chimique protectrice, provenant de la rate ou de l'ensemble du système réticulo-endothélial (mésenchymine de Pfeiffer) et que l'on peut isoler et injecter à l'animal. Ce produit existerait préformé dans l'extrait splénique et renforcerait le pouvoir cancérolytique normal du sérum; il protégerait, semble-t-il, davantage contre la prise de la greffe et le début de son accroissement que contre sa croissance ultérieure, car on n'a jamais pu obtenir la disparition complète d'une tumeur en cours de développement; on

obtient tout au plus une prolongation de l'existence du sujet. R. LEVENT.

A propos de la leucosarcomatose. (Carl. STERNBERG. *Wien. klin. Woch.*, 5 juin 1930.) — La question de savoir s'il faut confondre certains cas observés avec les leucémies ou les en distinguer est encore l'objet de discussions. A l'aspect général leucémique de l'affection, viennent s'ajouter des caractères particuliers qui tendraient à la rapprocher de la lymphosarcomatose. Il s'agit d'une tendance à la formation de tumeurs beaucoup plus marquée qu'on ne le constate dans les leucémies vraies. Pour l'auteur, contrairement aux assertions de Hirschfeld, il ne saurait être question de leucémie lorsqu'il y a envahissement ou destruction des organes voisins par les tumeurs ganglionnaires.

A l'appui de cette conception, l'auteur apporte deux observations : l'une de tumeur prostatique enlevée chirurgicalement, étiquetée lymphosarcome, suivie à un bref intervalle d'une anémie mortelle avec formule de leucémie; l'autre de mort à la suite d'une asphyxie lentement progressive due à des tumeurs ganglionnaires périlaryngées et médiastinales s'accompagnant de modifications sanguines particulières constatées seulement post mortem.

Ce sont de telles formes que l'auteur individualise comme leucosarcomatoses et dont il repousse l'assimilation avec une leucémie de quelque variété qu'elle soit.

R. LEVENT.

V. GÉNÉRALITÉS

Recherches expérimentales sur l'animal à propos de l'homo-immunisation et du diagnostic de la paternité selon la méthode de Zangemeister. (Hans RUPP. *Centralbl. f. Gyn.*, 7 juin 1930.) — Se basant sur cette hypothèse qu'en dépit de leurs affinités l'organisme de la mère et celui de l'enfant demeurent cependant dans une certaine mesure des organismes étrangers qui laissent leur trace dans le sérum sanguin (isoagglutinines de Halban. Réaction d'Abderhalden). Zangemeister a pu mettre en évidence une réaction de précipitation d'une particulière délicatesse, qu'il a dénommée réaction de paternité (Vaterschaftreaktion), pour cette raison qu'elle existe également, lorsqu'on met en présence le sérum paternel avec celui de l'enfant.

Le fait que cette propriété se conserve de longues années sans s'amoindrir empêche, selon Rupp, d'en faire une manifestation d'immunité contre les albumines paternelles du type des immunités ordinaires dont on connaît la labilité après un certain nombre d'années. L'auteur a entrepris pour étayer cette conception, un certain nombre d'expériences sur l'animal; les résultats ont vérifié son hypothèse, mais ne permettent aucune hypothèse sur le mécanisme réel de cette réaction, ni sur la valeur pratique d'une telle réaction pour le diagnostic de la paternité. R. LEVENT.

Données pratiques sur l'abcès de fixation. Mode d'action de l'abcès térébenthiné. Le bilan de l'abcès de fixation en dehors des affections bronchopulmonaires. L'abcès de fixation en médecine vétérinaire. Dérivation leucocytaire et tuberculose. (PIC et DELORE. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 avril 1930.) — L'abcès de fixation par injection sous-cutanée d'essence de térébenthine a été préconisé par Fochier. La technique en est simple, mais il faut observer des règles précises pour en limiter les inconvénients à une douleur en général modérée. Si l'injection ne provoque pas de réaction, il faut la répéter; l'incision doit être assez tardive et il y a tout intérêt à attendre la maturation de l'abcès.

Le mode d'action en est complexe; les diverses explications fournies jusqu'ici sont insuffisantes, parce que de conception trop étroite : fixation des microbes et des toxines; absorption de la térébenthine considérée comme antiseptique et oxydant; action révulsive; action leucogène.

Plus importantes semblent être les modifications humorales dues aux produits d'autolyse leucocytaire à la rénovation des globules blancs et à une action de choc.

Mais le rôle majeur semble dévolu à la dérivation leucocytaire; l'abcès de fixation est surtout un abcès de dérivation.

Parmi tous les facteurs proposés, il y a lieu de retenir surtout dérivation leucocytaire, modifications humorales par les produits de leucolyse et rénovation leucocytaire.

D'une manière générale, l'abcès de fixation est indiqué dans tout état septicémique avec signes d'infection grave lorsque le traitement spécifique n'existe pas ou est insuffisant et lorsque ont échoué les traitements usuels.

Dans ces conditions, l'infection puerpérale, les septicémies, les septicopyohémies chirurgicales, l'encéphalite épidémique, les méningococcies, les néphrites infectieuses aiguës, les formes malignes des fièvres éruptives, les infections du groupe typhique représentent les meilleures indications de la méthode. Il en est de même dans les intoxications graves par sels métalliques ou par champignons à phalline, l'urémie grave, l'état de mal épileptique.

Mais c'est au cours des affections broncho-pulmonaires aiguës que les indications sont les plus nombreuses : dans la pneumonie lorsque l'affection a un caractère septicémique, lorsque la défervescence normale fait défaut, lorsque se produit l'hépatisation grise, lorsqu'on a affaire à un vieillard ou à un alcoolique.

L'abcès de fixation est indiqué dans les broncho-pneumonies aussitôt le diagnostic fait et dans toutes les formes graves des pneumopathies.

Parallèlement à ce qu'on observe en médecine vétérinaire, les insuccès thérapeutiques proviennent trop souvent d'une mise en œuvre trop tardive ou de la non-répétition des injections térébenthinées, lorsque la réaction ne se produit pas et aussi d'erreur de technique entraînant une douleur excessive ou d'autres accidents. R. LEVENT.

Le carrefour inférieur dans l'appendicite et le diagnostic radiologique indirect de l'appendicite chronique. (P. JACQUET et L. GALLY. *Paris méd.*, 5 avril 1930.) — La radiologie est habituellement considérée jusqu'ici comme ne donnant en matière d'appendicite qu'un secours incertain.

Un syndrome clinicoradiologique, par la réunion de trois symptômes peut cependant rendre des services : point douloureux dans la zone appendiculaire; retard au franchissement du défilé iléo-cæcal par la baryte ingérée six heures auparavant; réactions hypertoniques permanentes ou intermittentes dans la dernière anse iléale, le cæcum, le cæco-ascendant, sans dépasser l'angle colique droit. Ce syndrome caractériserait l'appendicite chronique. On le retrouve constant à plusieurs examens successifs. R. LEVENT.

A propos de l'achylie gastrique et de son influence sur le fonctionnement intestinal. (Max SCHUR. *Wien. klin. Woch.*, 29 mai 1930.) — L'étude des documents publiés et sa propre expérience clinique amènent l'auteur à considérer la diarrhée chronique par achylie gastrique comme relativement rare, ce trouble sécrétoire engendrant beaucoup plus habituellement la constipation. Le fonctionnement de l'estomac n'a pas sur celui de l'intestin une aussi grande influence qu'il est classique de l'admettre. La diarrhée qu'on attribue à l'achylie résulte d'une autre cause; en même temps que l'achylie il y a sans doute insuffisance fonctionnelle de l'intestin, dans une ou plusieurs de ses manifestations partielles. Il y a diarrhée en même temps qu'achylie, coexistence et non effet résultant. R. LEVENT.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

FONTAINEBLEAU : SON PALAIS, SA FORÊT. — Par la beauté de son Palais et de la forêt qui l'entoure, Fontainebleau offre une des plus belles excursions qu'on puisse faire aux environs de Paris.

Dès le 3 avril, trois circuits d'autocars P.-L.-M. fonctionnent en forêt au départ de la place Dénecourt.

Deux d'entre eux ont lieu chaque jour jusqu'au 2 novembre :

L'un dans la matinée, pour la visite de la partie nord de la forêt : Gare, Croix de Toulouse, Mont Chauvet, Bas Bréau, Caverne des Brigands, Gorges d'Apremont, Carrefour des Cépées (prix : 10 fr.)

L'autre, l'après-midi, pour la visite de la partie sud de la forêt : Château, Croix du Grand Maître, Gorges aux Loups, Mare aux Fées, Croix de Saint-Hérem, et de Souvray, Gorges de Franchard, Carrefours des Cépées et de Paris, Gare (prix : 17 fr.).

Pour la visite complète de la forêt, un circuit de la journée, permettant de déjeuner à Barbizon, est mis en marche les dimanche, lundi, jeudi, samedi et jours fériés; du 3 avril au 31 mai et du 1er octobre au 2 novembre; il est quotidien du 1er juin au 30 septembre. Son prix est de 28 fr.

POUR ALLER EN CORSE, LA TRAVERSÉE LA PLUS COURTE SE FAIT PAR NICE. — Les meilleurs paquebots de la Compagnie Fraissinet effectuent quatre fois par semaine (mardi, mercredi, vendredi et dimanche) la traversée de Nice en Corse dans l'après-midi,

Trois de ces traversées mettent la Corse à 24 heures de Paris. En effet, les voyageurs partis de Paris, le lundi, le mardi ou le samedi, à 17 h. 05 par le train 15, formé de voitures de 1re et 2e classes, de voitures de luxe, de Pullman et d'un wagon-restaurant, arrivent en gare de Nice à 10 h. 30 le lendemain; ils y trouvent un autobus qui les conduit au port d'où le paquebot, partant à midi, les dépose en Corse le soir même.

Des traversées rapides de jour sont également assurées au retour de Corse. Elles ont lieu le mardi (départ de Calvi à 14 h.; arrivée à Nice à 21 h.) et le jeudi (départ d'Ile Rousse à 14 h.; arrivée à Nice à 20 h. 15).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 MARS 1931)

Sur les propriétés cryptotoxiques des acides oxybenzoïques halogénés. — MM. H. Vincent et L. Velluz. Dans des travaux antérieurs, M. H. Vincent a démontré l'action remarquable du salicylate de sodium vis-à-vis des toxines microbiennes qu'il transforme en cryptotoxines immunigènes.

Dans une nouvelle note il montre que l'acide orthosalicylique est deux à trois fois plus actif que ses isomères.

Des expériences lui ont également montré que l'halogénation de l'acide salicylique accroît les effets des sels sodiques à l'égard de la toxine microbienne.

Les acides orthosalicyliques halogénés à l'état de sels sodiques, en particulier le diiodosalicylate de sodium, possèdent encore la propriété (déjà démontrée pour l'acide orthosalicylique non halogéné) de former avec les toxines microbiennes des complexes qui, injectés progressivement à l'animal, l'immunisent contre l'inoculation de toxine pure : ils sont cryptotoxiques.

Hibernation du virus de la fièvre exanthématique méditerranéenne. — MM. Ch. Joyeux et J. Piéri.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 MARS 1931)

Les études dentaires. — L'Académie poursuit la discussion du rapport de M. Roussy.

Dans la dernière séance, MM. Hayem et Hartmann (1) s'étaient prononcés contre le projet de loi Milan-Rio.

Aujourd'hui nous avons entendu quatre orateurs hostiles à la loi Milan-Rio : MM. Strauss, Carnot, Sebileau et J.-L. Faure. Un seul orateur soutint les conclusions de M. Roussy. Ce fut M. Félix Legueu.

M. Strauss partage l'opinion de MM. Hayem et Hartmann; se basant sur le seul point de vue de la santé publique, il demande le maintien de la libre et loyale concurrence des docteurs en médecine et des dentistes.

M. Carnot estime que nous n'avons pas en assez grand nombre des médecins spécialisés. Il ne lui semble pas que les étudiants en médecine soient attirés du côté de la stomatologie. M. Carnot voit la solution de la question soulevée dans une réforme totale des études dentaires. La loi Milan-Rio ne sera applicable, dit-il, que lorsque le nombre des docteurs stomatologistes sera suffisant.

M. Sebileau, après avoir examiné la question sur toutes ses faces, estime, comme M. Strauss, qu'il faut se placer seulement sur le terrain de la santé publique. En renforçant les études dentaires une sélection s'opérera d'elle-même sans qu'il soit besoin de la loi Milan-Rio.

(1) La mauvaise acoustique de l'Académie nous a fait déformer une opinion de M. Hartmann. Il n'a pas dit : « Il n'y a pas plus de docteurs stomatologistes en 1931 qu'il n'y en avait en 1892... » Mais ce qui n'est pas la même chose : « ... Les docteurs en médecine, exerçant l'art dentaire, se trouvent aujourd'hui, comme en 1892, en nombre insuffisant pour les besoins de la population. Le moment n'est donc pas venu de supprimer les chirurgiens-dentistes; comme en 1892, il n'y a qu'un praticien docteur en médecine pour neuf praticiens chirurgiens-dentistes... »

M. J.-L. Faure craint de voir le projet de loi Milan-Rio nous lancer dans une aventure nouvelle. Est-ce donc qu'il n'y a rien à faire? Bien au contraire, il y a une réforme totale des études dentaires à élaborer. C'est dans un programme bien établi, et non dans des études trop prolongées, que M. J.-L. Faure voit la solution du problème. Dans le programme de médecine générale il faudra élaguer : « Pour faire un bon dentiste il vaut mieux bien manier les instruments dentaires que d'avoir fait des accouchements et même... de la gynécologie. »

En terminant M. J.-L. Faure estime qu'avant d'arriver à la loi Milan-Rio il faut trouver une transition et surtout se garder des décisions irrévocables.

M. Félix Legueu défend le projet de la commission. Il le fait avec élégance et avec autorité.

Ce qui frappe surtout M. Legueu c'est que la réforme est demandée surtout par ceux qui n'ont rien à en retirer : les stomatologistes.

La réforme proposée lui apparaît comme une *amélioration* de la spécialité; elle est une *unification* nécessaire et une *garantie* en donnant aux mêmes droits d'intervention une égale instruction.

Les objections exposées, la crise de nombre et la crise de capacité, ne lui paraissent pas inquiétantes; quand la loi entrera en vigueur, dans huit ans, il y aura environ 5.000 nouveaux dentistes qui se seront ajoutés aux 6.000 actuellement existants : il y aura pléthore. Les dentistes devront se répandre dans les petites villes d'où ils irradieront dans les campagnes. Dans tous les pays comme la Hongrie, le Portugal, l'Italie et la Tchécoslovaque, où la réforme a été appliquée, elle a donné pleine satisfaction.

— La suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

La pression moyenne dynamique considérée comme pression basale. — MM. H. Vaquez et Kisthinios. La pression moyenne dont M. Vaquez a donné antérieurement la définition (Acad. de méd., 17 fév. 1931, *Gaz. des hôpit.*, 1931, p. 285) présente à l'état physiologique une fixité qui contraste avec les variations des pressions extrêmes. Son chiffre d'un bout à l'autre de l'existence est de 8 1/2 à 10 centimètres Hg et ne varie pas de plus de 1 centimètre ou 1 centimètre et demi. De plus elle ne se modifie pas au cours des circonstances qui agissent d'ordinaire sur les pressions extrêmes : position du sujet, digestion, exercices musculaires, etc.

Dans l'insuffisance aortique, malgré l'accroissement habituel de la pression différentielle et bien que la pression soit toujours beaucoup plus grande au membre inférieur qu'au membre supérieur, la pression moyenne reste malgré tout et partout la même, c'est-à-dire aux environs de 9, à moins bien entendu qu'on n'ait affaire à des sujets hypertendus ou présentant de l'insuffisance cardiaque.

En raison de cette fixité on doit désormais considérer la pression moyenne comme le véritable régime de base de la pression artérielle. Elle constitue ainsi une constante hydraulique analogue dans ses moyens et dans ses fins à la constante chimique du pH dans le sang. Peut-être même y a-t-il entre elles une interdépendance capable d'expliquer nombre de problèmes de la physiologie et de la pathologie humorales et circulatoires.

M. Marfan demande si l'appareil de Pachon suffit pour ces constatations.

M. Vaquez répond « oui, sans aucune modification ».

La pression artérielle moyenne dans le glaucome. — MM. Bailliart et Gomez ont recherché la pression moyenne chez les glaucomateux. Ils ont trouvé que cette pression est toujours élevée dans cette affection, même lorsque les pressions extrêmes, systolique et diastolique, paraissent normales. Chez deux de leurs glaucomateux, de quatorze et

vingt-huit ans, chez lesquels la pression moyenne était très élevée, l'examen radioscopique du cœur et de l'aorte montrait des signes manifestes de sclérose cardio-aortique déjà avancée.

MM. Bailliart et Gomez concluent en insistant sur la fréquence des lésions vasculaires à la base du glaucome.

Sels halogénés de magnésium et cancérisation expérimentale. — MM. Pierre Delbet et Palios apportent une nouvelle preuve de l'action frénatrice des sels halogénés de magnésium sur la cancérisation.

Douze lapins ont été soumis au goudronnage des oreilles du 5 juillet au 3 décembre 1929, six devaient servir de témoins; six ont été soumis au traitement magnésien.

Quatre témoins et trois magnésiés, morts prématurément, sont inutilisables.

Des cinq animaux utilisables, les deux témoins ont fait des cancers. Des trois magnésiés, aucun n'a fait de cancer.

Sels halogénés de magnésium et anaphylasie. — MM. Pierre Delbet et Palios. 21 cobayes ont été sensibilisés de la même façon au sérum de cheval. 7 ont servi de témoins; 14 ont été magnésiés par injections hypodermiques.

L'injection déchaînante a entraîné la mort immédiate des 7 témoins. Des 14 magnésiés, 7 ont succombé, 7 ont survécu.

Les sels halogénés de magnésium ont donc une action anti-anaphylactisante très nette.

Cette propriété explique qu'ils améliorent ou guérissent certaines affections telles que prurit, eczéma, coryza spasmodique qui sont dues à une sensibilité spéciale de l'organisme.

Consommation et valeur alimentaire des œufs. Contrôle sanitaire des œufs à Paris et dans le département de la Seine. — M. H. Martel. La diminution de la consommation des œufs observée à Paris depuis 1921, n'est nullement justifiée.

L'œuf de poule constitue un aliment de très grande valeur nutritive. On ne doit pas perdre de vue que le jaune est riche en lécithine, qu'il contient de la cholestérine, qu'il apporte des acides aminés et des vitamines.

Exprimée en calories, la valeur énergétique des œufs est telle que deux œufs de grosseur ordinaire peuvent remplacer 300 grammes de bon lait, 170 grammes de cervelle ou 160 grammes de tranche de bœuf.

Le prix des œufs est au surplus moindre que celui des viandes. Si l'on établit les coefficients de majorations par mois de 1913 à 1930, on constate que la différence est considérable pendant toute l'année pour les viandes de boucherie et pendant toute la période qui s'étend de janvier à juin, pour la viande de porc.

C'est en fin d'hiver et au printemps que les œufs sont fraie et bon marché. Le consommateur se doit d'en profiter.

Le contrôle sanitaire des œufs, établi dès 1919, est renforcé depuis le 1ᵉʳ février 1930. Les garanties offertes de ce fait par les services de contrôleurs-mireurs et d'inspecteurs à la surveillance des œufs, le tout fonctionnant sous la direction et sous la responsabilité du service vétérinaire sanitaire, méritent d'être signalées. Tout est mis en œuvre pour offrir aux consommateurs le maximum de garanties.

Recherches sur l'étiologie de la sclérose en plaques. — MM. P. Lépine et P. Mollaret ont entrepris de vérifier les travaux de Miss Chevassut qui ont permis à cet auteur, en employant une technique très spéciale, de découvrir, par l'observation microscopique et les réactions des milieux où se ferait la culture, un germe qui serait l'agent de la sclérose en plaques. Ils n'ont pas pu confirmer ces recherches en suivant aussi minutieusement que possible les techniques fixées par Miss Chevassut. Il leur a été impossible, disent-ils, de faire apparaître, soit par l'observation microscopique, soit par l'étude de la concentration ionique, des modifications des milieux de culture explicables par l'intervention d'un phénomène vital, en particulier, par la culture d'un virus. Les aspects microscopiques qu'ils ont rencontrés s'observent aussi bien dans les liquides céphalo-rachidiens de malades atteints de sclérose en plaques que dans ceux d'autres malades : ces aspects pseudo-microbiens sont liés à la présence du sérum humain qui entre dans la composition du milieu complexe servant aux cultures, et qui subit une floculation partielle. Les modifications du pH que l'on peut observer dans les milieux ne sont nullement en faveur de la croissance d'un germe vivant. En conclusion, les auteurs déclarent qu'il leur est impossible de souscrire aux affirmations de Miss Chevassut touchant à sa description des caractères du virus de la sclérose en plaques.

Election d'un membre titulaire dans la cinquième section (médecine vétérinaire). Classement des candidats.

En première ligne, M. Brocq-Rousseu.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique, MM. Césari, Henry, Maignon, Nicolas et Piettre.

Au premier tour de scrutin, M. Brocq-Rousseu est élu par 41 voix sur 69 votants. M. Piettre a obtenu 18 voix, M. Nicolas, 5; M. Henry, 3 et M. Cesari, 2.

— M. le vétérinaire général Brocq-Rousseu, ancien directeur du laboratoire militaire de recherches vétérinaires, ancien chef de laboratoire à la Faculté des sciences de Nancy, membre de la Société de biologie et ancien président de la Société de pathologie comparée, est l'auteur d'un grand nombre de travaux très importants relatifs au streptocoque, au charbon, aux affections typhoïdes du cheval, à la typhose aviaire. Il a publié de nombreuses études sur l'hygiène, sur la physiologie animale et végétale, sur l'alimentation des chevaux, sur la toxicologie, et enfin d'importantes études mycologiques.

— *Vacances de Pâques*, — Il n'y aura pas de séance le mardi 7 avril.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1931)

A propos du vissage de l'olécrane. — M. Judet présente un malade chez lequel il a traité une fracture de l'olécrane par la suture au tendon de renne.

La rachi-anesthésie en obstétrique. — M. Devraigne fait un rapport sur un travail de M. Vaudescal (de Paris) portant sur 600 rachi-anesthésies faites à la Clinique Tarnier.

La chirurgie du sinus frontal par voie endonasale. — M. Dufourmentel fait un rapport sur un travail de M. Henri Fischer (de Bordeaux) dans lequel l'anatomie du canal fronto-nasal est étudiée en détail pour mettre en lumière les dangers de son cathétérisme et de son élargissement. On ne peut, en effet, réaliser aucune manœuvre par cette voie sans une connaissance très exacte de sa topographie. L'auteur présente également une instrumentation personnelle appropriée.

Hypernéphrome. Extirpation par l'incision de Louis Bazy. — M. Victor-Pauchet communique ce cas observé chez une jeune fille de seize ans. Guérison opératoire, mais pronostic grave par suite de récidive probable à brève échéance.

Occlusion du grêle à la suite d'une gastro-entérostomie postérieure. — M. Hautefort a observé ce cas rare chez un homme de cinquante-sept ans. Quatre semaines après une gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum, apparut un syndrome d'occlusion du grêle. A l'opération, l'auteur

trouva une longue portion du grêle (environ 2m50) engagée dans un orifice situé entre l'anastomose et l'angle de Treitz. Mort onze jours après.

La voie d'abord sus-rotulienne dans la chirurgie du genou. — M. Raphaël MASSART décrit cette voie d'abord utilisée par Putti (de Bologne) en montrant les avantages qu'elle offre lorsqu'on veut conserver la mobilité articulaire. Il a pu, grâce à elle, obtenir d'excellents résultats chez des malades présentant des lésions méniscales et ligamenteuses. Elle permet l'exploration articulaire parfaite et aussi la reconstitution articulaire indispensable si l'on veut mobiliser précocement les opérés et obtenir un bon résultat fonctionnel.

Curieuse adaptation des hanches d'une luxation congénitale non traitée. — M. ROEDERER présente une très intéressante radiographie faite chez un adulte de quarante ans. Il n'existe plus de têtes fémorales et les petits trochanters sont devenus articulaires. La nature a constitué, d'une part au-dessus de la tête, d'autre part au-dessus du petit trochanter, des butées et a réalisé à la fois la bifurcation de Lorenz et la butée avec résection de la tête.

Résultat éloigné d'une autoplastie par lambeau. — M. BURTY présente une malade qu'il a opérée pour un lupus de la joue gauche. La brèche opératoire a été comblée par un lambeau autoplastique prélevé au niveau de la région sous-maxillaire avec charnière postérieure.

Tumeur solide du mésentère. — M. R. BONNEAU présente une tumeur solide en deux lobes, développée dans la partie inférieure du mésentère et dont le poids total est supérieur à 5 kilos. L'ablation, quoique difficile, a pu être menée à bien grâce à une section du péritoine au-dessous de l'angle iléo-cæcal et au relèvement en masse vers le diaphragme du cæcum, de l'iléon et des vaisseaux mésentériques. Quelques ligatures de pédicules vasculaires profonds partant des vaisseaux, aorte et veine cave, ont été néanmoins nécessaires.

Arthrite chronique du genou avec ostéophytes. Blocage de la rotule. Ablation de la rotule. Guérison avec intégrité des mouvements. — M. H. BLANC, à propos de cette observation, soulève la question du traitement chirurgical des manifestations rhumatismales. Souvent une intervention simple sera bienfaisante et permettra la reprise d'une vie normale.

M. R. MASSART est déjà intervenu plusieurs fois avec succès pour des arthrites rhumatismales du genou; il croit nécessaire d'attendre les résultats lointains de ces interventions avant de donner un avis.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1931)

Atrophie du masséter, séquelle de poliomyélite aiguë. — MM. DECHAUME et TARDIEU. Observation unique dans la littérature médicale française. Les auteurs attribuent cette atrophie à une localisation élective du processus poliomyélitique sur le noyau masticateur.

Un moyen de guérison des tics des enfants. — M. BLOCH.

Un cas de chancre syphilitique de la gencive. Chancre de la face palatine de la gencive avec adénopathie. — MM. ROUSSEAU-DECELLE et BEAL.

Un cas d'ankylose temporo-maxillaire. Affection remontant au tout jeune âge et rattachable dans le cas particulier à un traumatisme obstétrical méconnu. (*Intéressantes radiographies.*) — M. ROUSSEAU-DECELLE.

Un cas de prognatisme inférieur chez un enfant de douze ans. Correction complète en deux mois par l'application d'une prothèse orthopédique extrabuccale. — M. DARCINAC.

De l'ionophorèse dentaire. — M. BERNARD, après avoir précisé la nature de l'ionophorèse, en étudie les applications en art dentaire et décrit avec radio à l'appui les résultats qu'il a obtenus.

Note sur la morphogénèse dentaire. — M. HERPIN étudie les forces développées sur les dents, et en conclut qu'elles expliquent leur forme.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1931)

Encéphalopathie infantile. Myopathie et syphilis héréditaire. — MM. MARGAROT et ZAKHAJM. L'évolution progressive d'une myopathie pseudo-hypertrophique du type Duchenne présente un parallélisme curieux avec l'aggravation d'une encéphalopathie ayant pour point de départ une syphilis héréditaire.

Dans ce cas comme dans les faits analogues qui ont été publiés, il semble que la sénescence philogénique spéciale qui caractérisait les myopathies (altérations abiotrophiques du système nerveux extrapyramidal et végétatif central) ait été déclenchée par une hérédo-syphilis à localisation cérébrale.

La névralgie grippale du nerf laryngé supérieur. — M. TERRACOL, Mlles FOSSE et GINESTE.

Résultats de la curiethérapie dans quelques cancers épithéliaux du voile du palais. — MM. LAMARQUE, ROUX, GUIBERT et BERT. Huit observations de cancers du voile traités par l'aiguillage, les appareils intrabuccaux ou les appareils de surface et déterminant une guérison apparente de un à six ans suivant les cas.

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1931)

Recto-colite purulente chronique. Endocardite et méningite pneumococciques terminales. — MM. PUECH, VIDAL

et ANSELME-MARTIN. L'observation relatée par les auteurs est celle d'un homme atteint de recto-colite purulente, dont l'évolution s'est poursuivie pendant près de deux ans sans que l'étiologie de l'affection ait pu être précisée. Une biopsie a précédé de peu les accidents septicémiques terminaux qui ne se sont manifestés cliniquement que sous les apparences d'un syndrome méningé; l'endocardite végétante a été une découverte d'autopsie. Le pneumocoque isolé d'abord du liquide céphalo-rachidien a été retrouvé ensuite au niveau des végétations endocarditiques. Les auteurs, après avoir souligné la rareté de ces complications infectieuses à distance au cours des recto-colites, discutent le problème étiologique que posent les constatations qu'ils ont faites.

Paralysie de type hystérique avec exagération des réflexes et trépidation épileptoïde. — MM. PUECH, VIDAL et P. RIMBAUD rapportent le cas d'un jeune homme qui se réveilla un matin paralysé des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche : triplégie en contracture avec exagération des réflexes et surtout trépidation épileptoïde très marquée au pied gauche; guérison obtenue en quelques minutes par la psychothérapie.

Les auteurs insistent sur l'erreur possible de diagnostic avec une paralysie organique, et ils soulignent à ce propos la valeur du signe de Babinski demeuré négatif.

Deux nouvelles observations de cancer familial à caractère similaire. — MM. LAMARQUE et BERT rapportent l'histoire clinique de quatre malades, le frère et la sœur atteints tous deux d'un épithélioma palpébral, la mère et le fils atteints tous deux d'une épithéliomatose diffuse de la face. Les faits de cet ordre laissent penser qu'il existe peut-être un facteur constitutionnel jouant le rôle d'un point d'appel dans la localisation des cancers.

Traitement de l'ulcère gastrique par des injections de pepsine. (*Présentation de radiographies.*) — MM. PUECH, VIDAL et P. RIMBAUD.

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1931)

Etude d'une nouvelle technique d'inscription de la pression artérielle. (*Présentation de traces.*) — M. L. HÉDON. Comme suite à une note préliminaire présentée le 15 mars 1930 à la Société de biologie sur cette technique, l'auteur apporte le résultat de nouvelles expériences. Il s'est attaché à préciser les conditions nécessaires pour que la coagulation ne se produise pas dans le sac veineux adapté à l'artère de l'animal. Il décrit un dispositif permettant à volonté de laisser distendre ou au contraire d'aplatir presque complètement le sac veineux sans interrompre l'inscription. Cette manœuvre répétée de temps en temps est efficace pour empêcher la formation d'un caillot. L'auteur présente plusieurs tracés montrant qu'il est possible d'inscrire sans interruption la pression artérielle pendant plus de sept heures au moyen de cette technique.

Les réflexes oto-cardiaques, oto-vasculaires et oto-musculaires chez le cheval. — M. J. ROGER.

Détermination du tonus végétatif chez le cheval. — M. J. ROGER.

Sur l'origine des plaquettes sanguines. — M. J. TURCHINI. Après avoir rappelé les diverses hypothèses relatives à l'origine des plaquettes sanguines, l'auteur rapporte les expériences poursuivies dans son laboratoire par S. Gvozdieva (injections de saponine, de pilocarpine, de pyridine entre ligatures vasculaires ou dans la circulation générale et examens du sang et des organes hématopoïétiques) qui permettent de conclure que les plaquettes ne proviennent pas de la destruction des éléments figurés du sang; qu'elles paraissent former une lignée indépendante et se multiplier dans la moelle osseuse sans participation certaine des mégacaryocytes.

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1931)

Tuberculose du rein en fer à cheval. Héminéphrectomie. Guérison. — MM. AUGÉ et TRUC.

A propos des images radiologiques des calcifications pleurales. — MM. P. LAMARQUE et P. BETOULIÈRES. Le diagnostic radiologique de calcification pleurale se fonde sur les caractères suivants :

1. Localisation des images à la périphérie du poumon;
2. Le degré d'opacité qui dépasse l'opacité costale;
3. L'aspect des images.

A ce dernier point de vue, il convient de distinguer :

a. Des images irrégulières en taches ou traînées (stalactites).

b. Des images régulièrss dont le type est « l'os de seiche ».

Présentation de clichés (trois clichés représentant l'os de seiche, trois clichés se rapportant à des calcifications irrégulières).

Or, les trois premiers cas répondent à des hémothorax évolués aseptiquement; les trois derniers à des calcifications secondaires à des processus infectieux.

Il semble permis de conclure :

A évolution aseptique : calcification régulière (image en « os de seiche »).

A évolution septique : calcification irrégulière (taches ou traînées).

Recherches expérimentales sur le blocage chimique des articulations. — MM. ETIENNE et MONTAGNÉ ont étudié expérimentalement le blocage chimique des articulations.

Après quelques essais, la substance chimique choisie a été le carbonate de soude en solution aqueuse à saturation.

La solution était injectée, après anesthésie locale de la cavité articulaire, dans l'articulation tibio-astragalienne du chien.

Une première série d'expériences, dont la relation a fait l'objet de la thèse de Montagné, aboutit à un échec.

Une deuxième série d'expériences, mieux conduites, a permis d'obtenir une ankylose centrale solide. Les auteurs présentent les pièces anatomiques se rapportant à ces expériences.

Electrocution par un courant de 30.000 volts. Carbonisation d'un bras et plaies multiples sur le reste du corps. Survie cinq jours. (*Présentation de pièces.*) — M. LAPEYRIE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

(SÉANCE DU 13 MARS 1931)

Présentations :

Epithélioma orbito-nasal. — MM. ABOULKER, GOZLAN et BARADOUX. Malade atteint de cette affection, au début, sous formes de petites masses mamelonnées, récidive d'opération antérieure; lésions limitées aux tissus mous. Mêmes lésions chez un autre sujet montrant les possibilités d'extension de l'affection qui atteint tous les sinus de la face, sauf les sphénoïdaux et l'orbite droite. Sous anesthésie locale et régionale, opération qui réalise une brèche énorme. Cette affection est caractérisée par une évolution sur de nombreuses années et sans adénopathie.

Polype naso-pharyngé, remplissant la fosse nasale, le sinus gauche, le cavum, la fosse temporale et envahissant probablement la selle thurcique. Tissu fibreux. — MM. ABOULKER, GOZLAN et BARADOUX.

Ulcération linguale énorme à forme cruciale singulière par la coloration jaunâtre des tissus évoquant l'idée de mycose avec mobilité conservée de la langue. Epithélioma spino-cellulaire. — MM. Aboulker, Gozlan et Baradoux.

Paludéen chronique. — MM. Dumolard et Aubry. Il s'agit d'un indigène de quarante-cinq ans environ, suivi depuis plusieurs années et ayant présenté au début un syndrome de Banti : anémie grave, splénomégalie volumineuse, hépatite chronique hypertrophique d'origine palt déenne certaine. Chez ce malade, guéri de son anémie depuis un an et chez lequel la rate déborde à peine les fausses côtes, le foie reste hypertrophié et il existe des signes cliniques d'insuffisance hépatique légère. On constate, en outre, un stigmate humoral : augmentation des lipides totaux avec inversion du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ dans le sérum sanguin.

Rétrécissement aortique pur chez un indigène de vingt-sept ans. Origine congénitale probable. — MM. Aubry, Salle et Fabiani. Présentation d'un indigène de vingt-sept ans atteint de rétrécissement aortique pur avec un frémissement et un souffle systolique à propagation typique. Compensation parfaite jusqu'ici malgré un métier manuel très pénible. L'origine congénitale est très vraisemblable en raison de troubles fonctionnels minimes (palpitations légères) depuis l'enfance. Cette observation confirme l'opinion de Laubry sur l'origine fréquemment congénitale des rétrécissements aortiques purs de l'adulte.

La thermo-ponction dans le décollement rétinien. — M. P. Toulant. Pour repérer la perforation, Genin mesure à l'ophtalmoscope, la distance de la perforation à l'ora serrata, Toulant contrôle le résultat ainsi obtenu en mesurant l'écart angulaire entre ces deux points ; un calcul simple en déduit la distance de la perforation au limbe.

Méningite ventriculaire avec paralysie de la jambe, d'origine otitique. Opération. Guérison. — MM. H. Aboulker, Brissac et Flogny. Femme de trente-quatre ans, otite suppurée chronique droite, névralgie faciale droite intense; évidement pétro-mastoïdien. Au bout de trois mois, paralysie de la jambe gauche, obnubilation profonde, subcoma. Sous anesthésie locale « trépanation à distance » de l'oreille, temporo-sphénoïdale. Pas d'abcès extra-dural, œdème méningé, évacuation spontanée sous pression considérable de liquide céphalo-rachidien.

Ponctions : pas d'abcès, disparition dans les douze heures de la paralysie et des névralgies. A aucun moment, stase papillaire. Le rôle tenu habituellement par la névrite optique est joué par la névrite du trijumeau.

Sur une néoformation épithéliale de la peau du « Discoglossus pictus » Otth. (Amphibiens). — MM. J. Montpellier et R. Dieuzeide ont étudié des tumeurs cutanées de cet amphibien d'origine nettement épithéliale sans effondrement du derme sous-jacent. Les cellules dérivées de la couche malpighienne présentaient, en allant vers la périphérie, de la néoformation des noyaux énormes, vacuolisés, contenant un nucléole dont l'hypertrophie était poussée à l'extrême. Le protoplasma de telles cellules devenant granuleux, on assistait à la fusion de plusieurs cellulaires aboutissant à la formation de gros blocs protoplasmiques d'aspect caséeux, fortement acidophiles. Ces blocs contenaient à leur voisinage et aussi à leur intérieur des noyaux modifiés ou même des nucléoles libérés de leur enveloppe nucléaire. Lss tumeurs peuvent paraître d'origine parasitaire, et cependant les

recherches de l'agent causal ont été négatives de telle sorte qu'il est impossible d'éliminer leur nature franchement néoplasique.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

FAUTE DE DROIT COMMUN. RESPONSABILITÉ.

Nous avons fait connaître, il y a un certain temps, un jugement du Tribunal civil de la Seine, qui pouvait laisser supposer que la chirurgie esthétique était en péril. Appel fut interjeté contre ce jugement, et en Cour d'appel, le Syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris est intervenu, pour demander à la Cour de dire qu'un chirurgien ne commet pas de faute, quand l'opération se présente dans des conditions scientifiquement et pratiquement possibles.

La Cour a écarté, comme irrecevable, l'intervention du Syndicat; mais en réalité elle lui a donné satisfaction, car elle s'est placée uniquement au point de vue d'une faute commise, suivant les conditions de l'art. 1382 C. civ. Elle a dit que cette faute existait parce que le chirurgien n'avait pas complètement éclairé la cliente sur les risques graves de l'intervention et que cette cliente n'avait pas donné son consentement en toute connaissance de cause, alors qu'il s'agit de faire disparaître ou d'atténuer une imperfection physique.

Voici l'arrêt rendu le 12 mars 1931 par la première Chambre de la Cour de Paris :

« Considérant que le Syndicat des chirurgiens des hôpitaux et hospices civils de l'Assistance publique est intervenu en cause d'appel et a conclu à l'infirmation du jugement en demandant à la Cour de dire qu'un chirurgien ne commet aucune faute lorsqu'il opère un client dans les conditions où celui-ci le demande et lorsque l'opération se présente dans des conditions scientifiquement et pratiquement possibles et susceptibles du résultat poursuivi; mais qu'une intervention devant la Cour n'est recevable que de ceux qui auraient le droit de former tierce opposition et que cette règle, formulée en termes généraux par l'art. 466 du Code de procédure civile englobe les syndicats professionnels au même titre que les personnes privées.

Or, considérant que le principe de l'exercice de la chirurgie n'est pas en cause dans le litige, où se pose simplement la question de savoir si un chirurgien encourt une responsabilité lorsque, dans des circonstances de fait bien déterminées, il pratique une opération qui aboutit à la mutilation de la personne opérée; *que l'arrêt à intervenir n'est susceptible de porter aucune atteinte directe ou indirecte aux intérêts collectifs des chirurgiens*; que l'intervention de leur syndicat est donc irrecevable.

Considérant que la dame X... était atteinte d'hyperplasie graisseuse diffuse des deux membres inférieurs; que cette hyperplasie qui portait sur toute la hauteur de ces membres, était particulièrement accentuée sur la jambe droite, que dans le courant du mois de février 1926, elle avait consulté le docteur L..., spécialiste des maladies ou infirmités à origine endocrinienne, qui la dissuada de suivre un traitement médical et, sur sa demande, l'adressa, avec un mot de recommandation, au docteur Z... : que celui-ci l'examina et la fit, sans désemparer, entrer à l'hôpital dans son service, le 26 février, que le 27 février il pratiqua sur elle une opération qu'il dut limiter à la jambe droite à cause des difficultés qu'il rencontra, que des complications surgirent rapidement, le champ opératoire étant devenu le siège d'une gangrène septique, que l'état de la malade s'aggrava et qu'elle ne dut son salut qu'à l'amputation de la jambe, que le docteur Z... pratiqua presque *in extremis* le 28 mars 1926.

Considérant que, pour déclarer le docteur Z... responsable du dommage ainsi subi par la dame X..., le Tribunal a posé en principe que le fait même d'entreprendre une opération comportant des risques d'une réelle gravité sur un membre dans le seul but d'en corriger la ligne et sans que cette intervention soit imposée par une nécessité thérapeutique, ni même qu'elle puisse présenter une utilité quelconque pour la santé de l'opéré, constitue à lui seul une faute de nature à entraîner la responsabilité du chirurgien, *mais que cette formule institue à l'encontre des chirurgiens dans certains cas une véritable présomption de faute qui ne saurait être admise parce qu'elle est contraire à la loi*; que, quelle que soit l'hypothèse envisagée, l'application des articles 1382 et 1383 du Code civil est toujours subordonnée à la constatation d'une faute qui doit apparaître des circonstances de chaque espèce, que cette règle s'applique à toutes les opérations que pratiquent les chirurgiens, sans qu'il y ait lieu de distinguer le but qu'ils cherchent à atteindre, et que leur responsabilité ne peut être consacrée par les Tribunaux que si le demandeur, en se fondant sur les faits de la cause, établit à leur charge une faute caractérisée et un préjudice qui en découle directement.

Or, considérant que le docteur Z... a procédé avec une précipitation regrettable à l'opération entreprise sur la jambe de la dame X...; que sans même qu'il y ait lieu de rechercher si la nature de cette opération devait imposer un examen plus approfondi de la peau qu'il s'agissait d'entailler, *on doit retenir que le chirurgien a négligé d'éclairer complètement sa cliente sur les risques graves qu'allait comporter son intervention; qu'une indication exacte des dangers de l'opération et un consentement donné par l'intéressé et en toute connaissance de cause, sont absolument nécessaires et doivent être rigoureusement exigés quand l'opération n'a pas pour but de guérir un mal, mais seulement de faire disparaître ou d'atténuer une imperfection physique*; que la faute commise par le docteur Z... à ce point de vue spécial est suffisante pour le rendre responsable du dommage qu'il a causé; qu'une expertise serait inutile.

Considérant que c'est en vain que le docteur Z... se retranche derrière une contrainte morale qu'il aurait subie du fait que la dame X... l'aurait menacé de se donner la mort s'il refusait de la débarrasser de l'hyperplasie graisseuse dont étaient atteintes ses jambes; que, d'une part, il n'apporte aucun commencement de preuve à l'appui de cette allégation et que, d'autre part, il est vraisemblable que si sa cliente lui avait paru surexcitée à ce point, il aurait différé l'opération pendant quelques jours, tout en lui promettant, pour la calmer, de la pratiquer le moment venu.

Considérant qu'il n'est que juste de reconnaître que le docteur Z... a fait preuve du plus grand désintéressement en proposant à la dame X... de l'opérer dans son service à l'hôpital et sans toucher d'honoraires; mais qu'en poursuivant un but exclusivement scientifique quand il a pratiqué l'opération, il n'en a pas moins commis la faute ci-dessus précisée qui demeure entière à sa charge et qui engage sa responsabilité.

Considérant que le montant du dommage a été sainement apprécié par le Tribunal et que l'appel incident formé par la dame X... assistée de son mari n'est pas fondé. »

En conséquence, la Cour a confirmé le jugement rendu en première instance en ce qui concerne la condamnation à des dommages-intérêts.

Ce qu'il faut retenir particulièrement de la décision de la Cour, c'est que le chirurgien doit obtenir le consentement de son client, dès qu'une opération offre des dangers, particulièrement lorsqu'il s'agit de remédier à une imperfection physique; et ce consentement doit être à notre avis donné par écrit, en toute connaissance de cause. On a vu, en effet, que

l'arrêt de la Cour n'a pas tenu compte des déclarations verbales du chirurgien.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Essais et dosages biologiques des substances médicamenteuses (1), par Jeanne Lévy, docteur ès sciences physiques, directeur technique de l'Institut de biologie clinique (hôpital Cochin), chef de laboratoire de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris. Préface du professeur Tiffeneau.

Ce livre est appelé à rendre de grands services à la fois à la science pharmacologique et à l'industrie des produits pharmaceutiques.

Les avantages que présente sur l'analyse chimique le dosage biologique des substances médicamenteuses sont si considérables que, malgré les difficultés rencontrées dans la pratique, ces méthodes ont, peu à peu, dans bien des cas, soit complété, soit remplacé les méthodes chimiques et tendent de plus en plus à se généraliser.

On trouvera dans ce manuel, le seul de ce genre existant actuellement en France, de multiples exemples de contrôle concernant les essais de substances médicamenteuses les plus diverses.

Cette étude comprend trois parties. Dans la première partie sont exposés les principes généraux des méthodes biologiques de dosages ainsi que les discussions concernant leur précision et leurs causes d'erreurs.

La deuxième partie est consacrée à la description des principaux dosages biologiques qui ont fait l'objet d'une étude systématique par les commissions internationales, à savoir : drogues digitaliques (digitale, strophantine, scille); adrénaline et extraits surrénaux ; préparations d'hypophyse; ergot; arsénobenzènes; insuline; préparations de thyroïde; drogues anthelminthiques. Pour chacune de ces substances, on a exposé les principes et les méthodes recommandés par les commissions internationales en insistant particulièrement sur les techniques pour lesquelles il a été possible d'apporter une contribution personnelle.

Une troisième partie comprend la description de quelques essais et dosages biologiques particuliers concernant des substances non encore envisagées par les commissions internationales : antithermiques; myotiques et mydriatiques; vasoconstricteurs et vaso-dilatateurs; anesthésiques locaux; dérivés à base de poudre d'opium. Les méthodes exposées sont choisies parmi celles qui paraissent les plus précises, qu'elles aient été établies par d'autres pharmacologistes ou qu'elles résultent d'expériences personnelles. L. G.

Le Formulaire Astier 1931 (2).

La cinquième édition du *Formulaire Astier* est un éclatant témoignage du succès toujours croissant de cet ouvrage auprès du Corps médical. La réputation qu'il s'est acquise est justement méritée par l'important et incessant travail que représentent les améliorations apportées à chaque édition nouvelle.

Celle de 1931, toujours établie sur le même plan que les précédentes, a été l'objet d'une mise à jour minutieuse qui a permis d'apporter à chacun des chapitres les remaniements et additions nécessités par les progrès de la thérapeutique.

(1) In-8 de 148 pages — Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Cinquième édition, 1 vol., 1.200 p., relié peau. — Prix : 30 fr. — Librairie du *Monde médical*, Paris, Vigot frères.

C'est ainsi que dans les médications chimiques et biologiques, nous voyons prendre place l'acétylcholine, l'éphédrine, l'ergotamine, l'ergostérine, le chlorure de magnésium, les diurétiques mercuriels, la trypaflavine, les plus récents vaccins.

Un plus grand développement et une meilleure répartition ont été donnés aux médications physiques qui prennent une importance chaque jour plus considérable.

La deuxième partie consacrée au traitement des maladies présente, elle aussi, de nombreuses modifications et additions; nous y trouvons les thérapeutiques nouvelles de l'encéphalite léthargique, des méningites tuberculeuses et cérébro-spinales, de la sclérose en plaques, de l'alcalose et de l'acidose, la méthode de Leriche contre les cancers.

Aucun effort n'a été épargné pour faire du *Formulaire Astier* un traité complet de thérapeutique pratique qui guidera avec précision l'étudiant aussi bien que le praticien.

Les auteurs du *Formulaire Astier* signalent que le chapitre Législation des précédentes éditions fera l'objet d'un ouvrage qui paraîtra prochainement et où seront traités non seulement les « Accidents du travail » mais encore les Assurances sociales, l'organisation de la profession médicale, la responsabilité civile et pénale, etc., et l'organisation sanitaire publique. L. G.

Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie (1). — (N° 2, fév. 1931.)

Sommaire des travaux originaux. — *Argentine*. — F. Padilla et P. Cossio : Modifications caractéristiques et non caractéristiques de l'électrocardiogramme dans l'infarctus du myocarde.

Pablo Schlanger et Enriquetta W. de Schlanger : Contribution à la radiothérapie des lymphomes malins primitifs.

Brésil. — Zéphirino do Amaral : Volumineux anévrisme de l'artère ischiatique. Anévrismographie par l'iodure d'urée.

Adriano Pondé et José Silveira : Anomalie de la ceinture scapulaire.

Hélion Póvoa et Milton Salles : Azotémie par chloropénie et confusion mentale.

Uruguay. — Juan del Campo : Etude des collections péritonéales causées par la rupture intrapéritonéale d'un kyste du vagin.

Venezuela. — Salvador Cordoba : Absence congénitale du vagin. Opération de Baldwin après la modification de Constantino.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 15 avril. — Jury : MM. Bernard, président ; Sebileau, Loeper et Duvoir. — M. Godard. Les assurances sociales et la lutte antituberculeuse. — M. Chazette. Etude des syndromes d'hyperfonctionnement nerveux. — M. Corinin. Le renforcement ondulatoire.

Jeudi 16 avril. — Jury : MM. Brindeau, président ; Lenormant, Tanon et Vaudescal. — M. Weinstein. Etude du rôle de l'anaphylaxie dans la pathogénie des maladies infectieuses. — M. Dugué. Les fistules pleuro-pulmonaires des affections aiguës du poumon.

(1) Publication mensuelle, Masson et Cie, édit., Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HEPATIQUES ASTHENIE ETC
DRAGÉES DE CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
LE MEILLEUR PREVENTIF DES NEOPLASMES
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE_PARIS (3e)

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Comment se pose le problème du traitement chirurgical de l'angine de poitrine, par M. le Professeur René LERICHE.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de chirurgie.
Société de biologie.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Cancer du cæcum. Signes, diagnostic. traitement.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le mardi 12 mai 1931, à 9 h. du matin, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de santé), de 14 à 17 h., du mercredi 22 au mercredi 29 avril 1931 inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. le docteur Jean Piéri a été nommé agrégé de médecine de la Faculté de médecine de Marseille.

M. le docteur Salmon a été nommé chef des travaux d'anatomie; M. Arnoux, chef des travaux de chimie; M. Boyer, chef des travaux de bactériologie; M. Vignoli, chef des travaux de pharmacie; M. Quintaret, chef des travaux de microbiologie; M. Livon, chef des travaux d'histologie; M. Guillot, chef des travaux de physique.

— MONTPELLIER. — MM. les professeurs Hédon et Forgue ont reçu, au cours d'une réception de la Faculté de Montpellier à Barcelone, le diplôme de docteur *honoris causa* de l'Université de Barcelone.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Une chaire des maladies du foie vient d'être créée près la Faculté libre de médecine de Lille. Le docteur G. Parturier en est le titulaire.

UMFIA OU UNION MÉDICALE LATINE. — DÎNER DE PRINTEMPS. — Le prochain dîner de printemps de l'Umfia ou Union médicale latine sera donné en l'honneur de la médecine canadienne française et des médecins canadiens présents à Paris le mercredi 6 mai, à 20 h. précises, au Cercle interallié, 33, faubourg Saint-Honoré, Paris. Il se tiendra sous la haute présidence de l'honorable Philippe Roy, ministre plénipotentiaire du Canada, et sous la présidence du professeur Sergent, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie, qui a été envoyé plusieurs fois en mission au Canada.

Les médecins canadiens présents à Paris sont priés de se faire connaître au siège social.

Prière de s'inscrire au siège social de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe).

La liste des inscriptions sera close irrévocablement le samedi 2 mai.

— LAURÉATS DE L'UNION MÉDICALE LATINE (1930). — *Prix Voronoff.* — Prix de 10.000 fr. accordé au docteur Brouha (de Bruxelles, Belgique) pour son travail : Insuffisances et hyperfonctionnements des glandes endocrines.

Prix Dartigues. — Prix de 2.000 fr., réservé aux internes des hôpitaux de France, au docteur Pellé, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, pour sa thèse : Rétrécissements de l'uretère pelvien chez la femme.

Prix Tussau (de Lyon). — Prix de 2.000 fr. à la doctoresse Francillon-Lobre et au docteur Dalsace : Diagnostic et traitement de la stérilité par l'hystéro-salpingographie.

Prix pour la jeune Umfia (Paris). — Prix de 500 fr. à M. Jaime de Pariente qui s'est classé premier au concours de l'internat.

Prix de 500 fr. accordé à Mlle Picart qui a obtenu la place la plus élevée au concours de l'internat.

Prix de l'internat de Montpellier (fondation de la Revue de l'Umfia). — Prix de 300 fr. à M. Ratie : Réflexions sur la malariathérapie.

Prix de 300 fr. à Mme P. Lonjon : Etudes étiologiques de la névrite ascendante posttraumatique des membres.

Mention honorable à M. Fayot : Les bases anatomiques de la phrénicectomie.

Prix de l'internat de Toulouse. — Prix de 300 fr. au docteur P. Fabre : Occlusion intestinale et thérapeutique salée.

Prix Fischer (*de Bordeaux*). — Prix de 1.000 fr. au docteur Pierre Robin : Dysmorphoses cranio-faciales congénitales.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIIe ARRONDISSEMENT. — PROGRAMME DES CAUSERIES POUR 1931. — *Avril.* — M. Joly (de Bagnoles-de-l'Orne) : Du rôle de la peau dans les cures thermales et climatiques.

M. Paul Renault : La transfusion sanguine; son rôle dans la pratique médicale moderne.

Mai. — M. Chicandard : Sur quelques cas d'épiphysite vertébrale (maladie de Bufnoir).

M. Targowla : Le salicylate de soude intraveineux dans le traitement des états neuro-psychopathiques.

Juin. — Mlle Berthe Fournier : De l'action de l'éphédrine sur la maladie de Quinke et sur l'éruption scarlatineuse.

M. Prosper Veil : Les injections de cyanure de mercure en ophtalmologie.

M. Louis Michon : Indications de la prostatectomie.

Octobre. — M. Marcel : Les urétrites simples.

M. Galand : Neige carbonique et esthétique.

M. d'Ayrenx : Glaucome et urotropine.

Décembre. — M. Charezieux : Les expertises en stomatologie.

M. Pasteau : Indications de la prostatectomie (avec présentation de moulages).

AVIS DE VACANCE. — Un emploi de sous-directeur de laboratoire à la chaire de physique végétale du Muséum national d'histoire naturelle est actuellement vacant.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour adresser leurs titres à M. le directeur du Muséum, 157, rue Cuvier, Paris (Ve).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Flaissières, sénateur, maire de Marseille; Prosper Massad (de Marseille), médecin colonel Challon de Belval-Moriez, Pierard (de Hazinelle), Paul Fidelin (d'Etretat), Victor Boland (de Verviers), Van der Schueren (d'Ixelles).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. P. CARNOT.) — *Techniques biologiques appliquées à la clinique et à la thérapeutique.* — Les cours et démonstrations auront lieu le matin à 10 h. 1/2 et le soir à 2 h. 1/2, du lundi 13 avril au jeudi 30 avril 1931.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 300 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Cours pratique et complet de dermatologie*, du 13 avril au 9 mai 1931, sous la direction de M. le professeur Gougerot, avec la collaboration de MM. Joyeux, Hudelo, Milian, Lortat-Jacob, Louste, Sézary, Sabouraud, Vallery-Radot-Pasteur, P. Chevallier, Touraine, Burnier, Périn, Carteaud, Cohen, Mlle Eliascheff, MM. Civatte, Ferrand, Fernet.

Le cours aura lieu du lundi 13 avril au samedi 9 mai 1931, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 10 et 11 h., 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 h., à l'hôpital Saint-Louis, au musée, 40, rue Bichat.

Les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire (examens bactériologiques, culture des mycoses et des teignes, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 h. à 12 h., et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Un cours semblable a lieu chaque année en avril et en octobre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Ce cours est suivi d'un cours de syphiligraphie et vénéréologie qui aura lieu du 11 mai au 6 juin 1931, et d'un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique qui aura lieu du 8 au 27 juin 1931.

Le droit à verser est de 350 fr.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance de versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier, hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors-série d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme), en dix leçons, par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 13 avril 1931, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Ce cours fera partie d'un cours complémentaire de thérapeutique chirurgicale gynécologique, sous la direction de M. le professeur Bernard Cunéo, cours qui commencera le lundi 13 avril et dont le programme sera indiqué par voie d'affiche.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

« **LE CRAPOUILLOT** » (mars) publie un numéro spécial « Voyage à Paris ». C'est un très original reportage de Jean Galtier Boissière et Claude Blanchard sur les diverses formes de l'activité parisienne; on y trouvera des articles, souvent d'un ton polémique assez âpre, sur les journaux, les lettres, la médecine, le commerce, la mode, la finance et même... l'affaire Oustric, ainsi que les interviews de Parisiens représentatifs, de Léon Daudet à Poiret, de Me Campinchi à Mme Hanau et de Tristan Bernard à Dekobra : un remarquable panorama de la vie parisienne en 1931. (La livraison illustrée : 12 fr.; 3, place de la Sorbonne, Paris.)

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

COMMENT SE POSE LE PROBLÈME
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ANGINE DE POITRINE [1]

Par le Professeur René LERICHE.
(Clinique chirurgicale A, Strasbourg.)

J'ai hésité longtemps à aborder devant la Société de chirurgie le problème du traitement chirurgical de l'angine, parce que je ne crois pas qu'il puisse être encore posé sur des bases assez sûres pour tracer une ligne de conduite ferme.

La question est, en effet, extrêmement complexe. Elle comporte encore plus d'inconnues que de certitudes, aussi bien dans l'ordre des indications que pour le choix d'un type définitif d'opération, faute de données physiologiques et physiopathologiques certaines. Elle est encore à ce stade d'expérimentation raisonnée, par lequel passent tant de méthodes thérapeutiques nouvelles.

En outre, à cause de la matière éminemment excitable et très sensible, sur laquelle porte l'intervention : celle-ci exige un tempérament un peu particulier, celui de la neuro-chirurgie. Ceux qui voudraient opérer une angine comme on opère en chirurgie générale, s'exposeraient à des surprises brutales : une traction intempestive sur une branche nerveuse, une pince mal placée provoqueront parfois une mort subite ou des douleurs incurables. Ceux qui seront trop timides ou n'auront pas la volonté d'accomplir intégralement un acte chirurgical souvent difficile, connaîtront de rapides récidives.

C'est pour cela que j'ai hésité depuis des années à vous parler de ces questions.

Et cependant, *je suis convaincu que l'angine de poitrine, quand elle n'apparaît pas comme l'épisode clôtural d'une affection organique du cœur à sa phase ultime, est appelée à devenir de plus en plus chirurgicale.*

Et voici pourquoi.

Ce qui permet de dire que l'angine est une maladie chirurgicale, c'est que c'est *une maladie dans laquelle on meurt non des lésions qui existent, mais des troubles engendrés accessoirement par des excitations parties du voisinage de ces lésions mêmes dont l'effet se greffe sur elles en en aggravant les conséquences.*

Je m'explique.

L'angine la plus typique est celle qui apparaît sur un cœur dont la circulation propre est touchée. Sans doute, à côté de ces cas, il y a l'immense groupe des angors réflexes avec coronaires saines. Je pense que, pour discuter une question aussi difficile, il est bon de serrer le problème d'aussi près que possible et de le restreindre, au moins momentanément, en ne parlant que des cas où il existe une base anatomo-pathologique sûre.

Examinons donc l'angine de poitrine dans ce cadre bien délimité.

(1) Communication à la Société nationale de chirurgie, séance du 11 mars 1931.

L'angine n'est pas un effet direct de l'artérite. Ce qui le prouve, c'est qu'elle peut se produire avec des artères saines, et que des oblitérations coronariennes étendues ne s'en accompagnent parfois pas. C'est qu'elle est paroxystique et épisodique, tandis que la lésion artérielle est évidemment constamment présente, et habituellement progressive.

Elle est évidemment quelque chose de surajouté à l'artérite, en quelque sorte greffé sur elle, sans en être une conséquence directe, un phénomène purement nerveux, né sur place soit au niveau des artères malades, soit au niveau des branches du plexus cardio-aortique, à la suite d'un effort minime, intellectuel, physique ou simplement organique, produisant une distension passagère du myocarde ou une distension aortique.

Le problème de l'angine consiste donc essentiellement à savoir ce que devient cette excitation, sur laquelle tout le monde est d'accord, et à connaître les voies par lesquelles elle passe et son aboutissant ultime.

Je m'excuse de l'aborder après tant de cardiologues éminents. Je m'excuse auprès d'eux de le faire de la façon très dépouillée qui est dans les habitudes chirurgicales et qui leur paraîtra, sans doute, un peu simpliste. Mais si nous voulons aboutir à poser les règles d'un traitement chirurgical, il faut, je crois, proceder ainsi.

*
* *

A ce point de vue, on a à mon sens accordé beaucoup trop d'importance au phénomène douleur. Cliniquement, certes, c'est lui qui est tout, et à l'heure actuelle encore, la maladie ne peut pas être définie autrement que par ses symptômes algiques. Mais dans le mécanisme des accidents et de la mort, la douleur ne joue pour ainsi dire aucun rôle.

Comme j'ai eu l'occasion de l'écrire (1), la douleur en soi n'existe pas; elle n'est jamais une fin, et l'excitation sensitive anormale qui produit la douleur ne s'arrête pas, parce que la douleur est apparue. La douleur n'est qu'une lampe qui s'allume en dérivation sur un cycle réflexe, dont l'aboutissant ultime est *toujours*, comme dans toute action réflexe, *une action motrice.*

Cette action motrice, dans beaucoup de syndromes dits douloureux, se traduit sur les vaisseaux périphériques sous la forme vaso-constrictive (2). Mais souvent aussi, elle porte sur les artères viscérales abdominales ou sur les artères du cœur et, dans ce cas, on voit généralement apparaître la syncope.

Dans l'angine, il en est sans doute ainsi. On peut

(1) Recherches et réflexions critiques sur la douleur, sur ses mécanismes de production et sur les voies de la sensibilité douloureuse, *Presse méd.*, 3 janv. 1931.

(2) Tout récemment, Nyssen (dans le *Journal de neurologie et de psychiatrie*, déc. 1930), Cornil et Thomas (dans le *Progrès médical*, 21 fév. 1931) ont attiré l'attention à nouveau sur les critères circulatoires de la douleur provoquée et les variations pléthysmographiques des extrémités sous l'influence de la douleur chez l'homme. Je pense que les variations circulatoires constatées par eux à l'occasion de la douleur ne dépendent pas de celle-ci, mais de l'excitation qui a fait naître la douleur.

penser que la crise déclanchée par une forte excitation sensitive produit *accessoirement* un phénomène douloureux bruyant très pénible, accaparant toute l'attention, mais sans gravité propre, et *essentiellement* un phénomène coronaro-constricteur inaperçu, difficilement perceptible, toujours dangereux, souvent mortel.

Qu'il y ait un phénomène moteur dans la crise angineuse, tout le monde le sait, et Laubry (1) l'a bien marqué en écrivant il y a quelques années : *l'angine est l'expression d'un réflexe viscéro-moteur*. Mais, chose très surprenante, on semble n'avoir vu comme phénomènes moteurs que ceux qui se passent dans les muscles striés de la paroi thoracique. On n'a pas mis à sa place l'action possible sur le muscle lisse coronarien, qui eût été cependant plus dans la logique de l'excitation sympathique. Seul, à ma connaissance, Daniélopolu a *accessoirement* signalé comme *probable* la projection du réflexe sur les vaisseaux coronariens (2), mais il intègre ce phénomène vasculaire comme élément « probable » du réflexe presseur, considéré par lui comme le facteur déterminant de la crise angineuse. Cependant, dans divers endroits de son livre, il parle de l'ischémie du tissu contractile comme existant toujours dans la crise *Mais il ne s'explique pas sur son mécanisme*. Or, évidemment l'artérite, par elle seule, ne peut pas provoquer un phénomène passager. Et pourtant il note quelque part que l'accès est toujours accompagné de phénomènes vaso-moteurs et que c'est *l'insuffisance de l'irrigation sanguine du myocarde qui détermine la crise*. En somme il n'a pas conclu.

D'autres aussi ont parlé à propos de l'angine de spasmes vasculaires, de crampe artérielle, rappelant celle de la maladie de Reynaud, et je sais que c'est la pensée de mon maître Gallavardin, mais on n'a pas réellement mis en valeur cette conception physiologique, *qu'une excitation née dans un territoire sympathique devait avant tout se consommer dans le sympathique*, et que *l'aboutissant normal du réflexe né dans l'innervation sensitive du cœur ou des vaisseaux devait revenir aux vaisseaux du cœur, que le réflexe devait être avant tout cardio-cardiaque, cardio-coronarien, sinon coronaro-coronarien*.

Quand on y songe, on se prend tout de suite à penser que c'est peut-être bien là l'essence même de la crise angineuse, le phénomène douleur n'étant physiologiquement qu'accessoire.

Mais y a-t-il quelque trace d'une excitation vasomotrice dans la crise angineuse ?

Cliniquement, oui, souvent, au niveau de la face et des membres où il y a le plus habituellement des signes de vaso-constriction. Parfois ces symptômes sont très intenses et on a depuis longtemps individualisé les angines vaso-motrices.

C'est déjà une indication. Mais il y a plus. Nombre de crises d'angine s'accompagnent de phénomènes électro-cardiographiques. Lian (1) qui les a récemment longuement interprétés, trouve dans ceux qui appartiennent en propre à la crise la trace des « perturbations provoquées dans le tissu cardiaque par l'ischémie... ». Il y voit la preuve d'une « poussée extensive de coronarite oblitérante » qui a « tout naturellement une évolution régressive ». Danielopolu pense aussi que les modifications électro-cardiographiques sont l'effet d'une ischémie du myocarde et il en a apporté la preuve expérimentale.

Ne peut-on pas interpréter cette ischémie régressive comme le fait d'une vaso-constriction surajoutée à l'artérite elle-même, s'exerçant dans les territoires sains et évidemment passagère ? Je pense que oui. Dans les tracés électrocardiographiques que Fontaine a pris chez certains des malades que nous avons opérés ensemble, nous avons retrouvé les mêmes régressions rapides des modifications de RT ou ST, et nous sommes portés à y voir l'effet d'un retour à la circulation normale par suppression du réflexe constrictif.

Il reste à apporter la preuve expérimentale qu'il en est bien ainsi. Je pense pouvoir le faire prochainement.

Jusque-là, je ne fais donc cette proposition qu'à titre d'hypothèse vraisemblable, et de la façon suivante : Tout ce que nous savons des réflexes vasculaires douloureux au niveau des membres nous incite à penser que dans la crise angineuse, le réflexe est essentiellement cardio-coronarien, et que *l'excitation sensitive qui provoque la crise, se juge finalement par une coronaroconstriction*. Si les artères sont saines, comme cela se voit dans certaines angines dites réflexes ou névrosiques, si le cœur est sain, ou encore suffisant, si l'artérite n'est pas trop étendue, la vaso-constriction cesse bientôt et aussitôt se rétablit une circulation suffisante du myocarde et du système hisien. Dans les autres conditions, le cœur meurt.

Comment meurt-il ? Tout le monde est d'accord : *Il meurt par fibrillation*.

La fibrillation est une anarchie de la contraction myocardique, bien connue expérimentalement, et que l'on peut réaliser à volonté par la ligature d'une coronaire. Il est démontré qu'elle n'est pas la conséquence d'un phénomène d'anémie myocardique, car la section d'une coronaire sans ligature ne la produit pas, même si on laisse le sang couler jusqu'à ce que mort s'ensuive. Au contraire elle apparaît aussitôt si, tandis que le sang coule, on saisit avec une pince le bout supérieur de l'artère coupée (Kronecker, de Boer).

Il entre donc dans le mécanisme complexe de la fibrillation (en plus du phénomène de nutrition myocardique troublée établi par de Boer), une action nerveuse qui, physiologiquement ne peut être qu'un acte de vaso-constriction étendue.

En somme les angineux meurent avec de la fibrillation, comme on meurt dans la syncope chlorofor-

(1) LAUBRY et VADON. Sur la définition et la conception clinique de l'angine de poitrine, *Ann. de méd.*, sept. 1926, t. XX, n° 3.

(2) DANIELOPOLU. *L'Angine de poitrine*, 2e édit., Paris, Masson.

(1) LIAN, VIDRARCO et VIAU. De l'importance de l'électrocardiographie dans l'étude clinique et pathogénique du syndrome angine de poitrine, *Ann. de méd.*, avril 1930, t. XXVII, n° 4, p. 395.

mique, dans la syncope par fulguration ou électrocution, et dans les chocs émotionnels, par suite d'un phénomène vaso-constrictif agissant à la périphérie du réseau coronarien.

Nous sommes donc ainsi conduits par les faits une fois de plus à trouver dans la crise angineuse la trace d'une vaso-constriction coronarienne.

Et ceci fait rentrer l'angine chez les coronariens dans le plan général des artérites, dans lesquelles, à côté d'un phénomène d'ischémie relative, souvent très bien tolérée, et pendant longtemps, apparaissent un jour, pour des causes occasionnelles banales, des crises vaso-constrictives qui bloquent la circulation collatérale, amènent ainsi des troubles anatomiques définitifs, et font entrer l'artéritique dans la phase terminale de la maladie jusqu'alors presque latente.

Dès lors, le problème thérapeutique posé par la crise angineuse devient un problème théoriquement simple.

*
* *

L'acte chirurgical ne doit pas avoir seulement pour but de supprimer la douleur et l'angoisse ; il ne doit pas seulement chercher à éviter le réflexe presseur, comme le veut Daniélopolu. Il doit viser à supprimer la possibilité de réflexes vaso-constrictifs, puisque ce sont ceux qui sont la cause immédiate de la mort.

J'exprimerai ceci d'une façon paradoxale en disant qu'alors même que le traitement chirurgical n'arriverait pas à éviter les phénomènes douloureux qui constituent cliniquement la crise d'angine, il devrait être essayé pour supprimer le réflexe coronaro-constrictif qui tue en provoquant la fibrillation.

Comment peut-on y parvenir ?

Je pense *actuellement* que c'est *en enlevant le ganglion étoilé gauche*, si l'injection de novocaïne dans ce ganglion a eu un effet favorable et a évité la crise provoquée par un effort habituellement déclancheur. En cas d'échec, le ganglion droit doit être enlevé.

Voici pourquoi.

S'il s'agissait du système cérébro-spinal, il serait facile de couper totalement la voie centripète que suit l'excitation. Au niveau du sympathique, c'est très difficile : le sympathique n'est pas une construction simple, ordonnée, mais un système en réseau. L'excitation suit habituellement des voies multiples et souvent imprévisibles. Après section de tous les rameaux communicants qui assurent théoriquement, d'après nos schémas, telle ou telle innervation, on voit parfois les rameaux sous-jacents se substituer à eux et conduire les excitations, comme si on n'avait rien fait.

Pratiquement, pour ce qui est de l'angine, la section des rameaux communicants et du tronc cervical au-dessus du ganglion étoilé avec ou sans ablation de la chaîne sympathique supérieure, dont Daniélopolu s'est fait le propagandiste, et que j'ai moi-même recommandée après lui avoir dû un beau succès maintenu depuis six ans bientôt, échoue souvent.

Fontaine a recueilli depuis sa thèse 42 nouvelles observations de ce type, avec 6 échecs sûrs, et probablement 9 pour qui sait lire une observation, plus 5 morts opératoires. Cela fait 14 échecs. J'en connais plusieurs dont on m'a parlé, et ici même, qui ne sont pas publiées, et dont je ne puis faire état. Personnellement j'ai eu 2 échecs.

De plus, cette *opération n'est pas plus bénigne que les autres :* la mort dans les opérations pour angine est bien plus produite par des excitations intempestives parties sur les rameaux, que par un déficit d'innervation. Je ne crois plus, après une longue expérience de la chirurgie sympathique, que l'ablation ganglionnaire y soit pour quelque chose. Et de fait la mortalité après l'opération recommandée par Daniélopolu est sensiblement la même qu'après les autres types d'opération.

En outre, je crois que dans l'angine *il y a avantage à supprimer le ganglion en tant que centre réflexe.* Je sais bien que certains auteurs n'admettent pas que le ganglion soit le point de réflexion de l'excitation, et même qu'il puisse l'être. Mais je suis convaincu du contraire. On admet que les centres médullaires jouissent du pouvoir réflexe, et on ne voudrait pas que les ganglions latéraux rachidiens, cette moelle extra-rachidienne suivant le mot de Morat, ne l'aient pas. Au nom de quoi, je me le demande. Toute l'expérimentation que nous avons faite chez les animaux et chez l'homme nous a montré, à Fontaine et à moi, cette possibilité pour les ganglions de réfléchir l'excitation sur les voies centrifuges périphériques. Cela me paraît acquis.

D'autre part, nous avons vu plusieurs fois, Fontaine et moi, la piqûre du ganglion étoilé avec une fine aiguille provoquer instantanément une crise d'angine grave chez des angineux au repos et, fait bien plus probant, une fois, chez un ancien angineux opéré d'après les idées de Daniélopolu (ramisection cervicale inférieure, section du nerf vertébral, et section du tissu au-dessus de l'étoilé), l'excitation directe du ganglion exclu a suffi à donner une crise, sans que le réflexe presseur puisse se produire.

Enfin il existe au moins une observation, celle de Richardson, où la ramisection avec ablation de la chaîne sus-jacente à l'étoilé n'ayant pas eu d'effet thérapeutique, l'ablation secondaire du ganglion a amené le résultat thérapeutique.

Cela me paraît démonstratif.

Mais il y a autre chose encore. *L'ablation du ganglion étoilé offre ce grand avantage de supprimer la plupart des possibilités de réflexe coronaro-constrictif.* Pour moi, ceci est capital. Sur ce point, je me sépare formellement de Daniélopolu qui redoute beaucoup la suppression des vaso-moteurs coronariens, à laquelle il trouve théoriquement toutes sortes de dangers.

Tout ce que j'ai vu jusqu'ici dans la chirurgie du sympathique m'incite, au contraire, à penser que c'est une bonne chose chez un malade à circulation coronarienne troublée. Je ne sais pas s'il existe des vaso-dilatateurs coronariens, mais ce que je sais bien, c'est que nulle part, dans l'économie, on ne peut mettre en évidence, après une section sympathique quelconque, un déficit de la vaso-dilatation. J'ai fait entre 400 et 500 opérations sympathiques. C'est certainement l'expérimentation la plus large

qui ait jamais été faite sur le sympathique : je n'ai jamais vu après ces opérations autre chose, dans l'ordre vasculaire, que de la vaso-dilatation active et qu'un enrichissement des circulations locales.

Il y a quelques mois, je vous en ai donné ici même la preuve expérimentale. Vous vous souvenez peut-être de ces chiens opérés dans mon laboratoire par Stricker et Orban (1), et qui, après sympathectomie lombaire, supportent sans trouble la suppression du carrefour aortique et des iliaques, toujours mortelle sur le chien normal.

Vous n'avez certes pas oublié la récente observation de Grégoire, dans laquelle on voyait si nettement l'heureux effet d'une suppression sympathique sur une gangrène menaçante.

Il serait vraiment extraordinaire que les coronaires échappent à la règle commune. Et je me demande si les observations où le procédé opératoire recommandé par Daniélopolu a donné un résultat favorable, ne sont pas tout justement des cas où l'opérateur, sans le vouloir, a coupé des branches emportant des vaso-moteurs coronariens, l'anse de Vieussens en particulier, ce qui peut arriver très facilement même à un opérateur entraîné à cette chirurgie difficile.

Daniélopolu m'objecte que l'ablation de l'étoilé est très dangereuse chez l'homme et chez l'animal sain. Il a écrit, il y a un an, qu'elle était très habituellement mortelle quand elle avait été faite d'un seul côté, qu'elle l'était pour ainsi dire toujours quand on l'avait faite des deux côtés, et que chez l'homme au cœur malade, il fallait la condamner comme presque fatalement mortelle.

Au mois de juin dernier (2), Fontaine et moi avons apporté ici nos statistiques opératoires chez l'homme et sur l'animal. A la date d'aujourd'hui, nous avons fait chez l'homme 46 ablations de l'étoilé sans mort, dont 8 bilatérales. Parmi nos opérés, il y a des angineux, 2 tachycardiques, plusieurs malades ayant des syndromes circulatoires variés. Il s'agissait donc de malades à circulation déficitaire.

Etant donné ces résultats, je ne puis croire que cette ablation soit dangereuse, si on la fait suivant les règles techniques que j'ai défendues.

Il y a plus : plusieurs chirurgiens des Etats-Unis, Kanavel et Davies, Adson, mon ami et ancien collaborateur White, font couramment dans les syndromes vasculaires, dans la thrombo-angéite, dans la maladie de Raynaud, dans des affections diverses du membre supérieur, l'ablation systématique des deux premiers ganglions dorsaux, l'étoilé et le IIe dorsal. Ces ablations sont admirablement supportées. White m'a écrit avoir fait plus de 50 ablations de ce genre sans incident post-opératoire. Il a notamment opéré 3 angineux ainsi.

Il me semble que la preuve *est faite de l'innocuité de l'ablation stellaire.*

(1) Du rôle de l'innervation pariétale des artères et du sympathique dans le rétablissement de la circulation collatérale après oblitération ou ligature. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 21 mai 1930.

(2) La chirurgie du ganglion étoilé et ses bases expérimentales, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 18 juin 1930, p. 861.

Cependant, étant donné la gravité du problème en discussion, j'ai voulu reprendre toute la question expérimentalement.

J'ai demandé à deux de mes collaborateurs, R. Fontaine et L. Herrmann (de Cleveland), élève de Cutler, de faire des opérations en série sur le type suivant : ligature de la coronaire antérieure à différents niveaux, et ligature aux mêmes niveaux avec sympathectomie préalable ou consécutive.

Et voici l'essentiel des résultats du très grand nombre d'expériences faites par eux, sous mes yeux la plupart du temps, dans ces dix derniers mois :

Alors que la ligature coronarienne à un niveau déterminé provoque, pour ainsi dire toujours, la mort en dix minutes, par fibrillation auriculaire, puis ventriculaire, chez le chien sain, la même ligature chez le chien préalablement sympathectomisé est généralement bien tolérée et la fibrillation ne se produit pas (1).

C'est un premier fait capital.

En voici un second :

Chez le chien ayant subi une ligature coronarienne à un niveau qui permet de la suivre, l'ablation bilatérale du cervical inférieur et des deux premiers ganglions dorsaux est toujours très bien supportée. A longue échéance, les animaux n'ont aucun trouble.

J'ai voulu matérialiser pour vous ces expériences qui sont fondamentales pour l'avenir du traitement chirurgical de l'angine.

Mon ami Herrmann a réalisé des films magnifiques que je vous demande la permission de projeter devant vous.

Vous y verrez le rythme du cœur normal du chien changer sous l'effet de l'excitation du pneumogastrique et du sympathique. Quand vous aurez été familiarisés avec l'aspect du cœur du chien vivant, vous verrez l'ablation du ganglion étoilé. Pour les besoins du film, l'opérateur, Fontaine, a dû prendre avec une pince la chaîne afin de la rendre visible. C'est une faute que dans la pratique nous ne faisons jamais, car elle est dangereuse. Je vous demande d'excuser et de proscrire ce geste purement photogénique. Puis vous verrez la ligature de la coronaire et ses effets : le cœur agonisant et mourant par fibrillation, comme celui des angineux. Après cela, sera projetée la même expérience après ablation du stellaire : vous noterez que le cœur après un désordre passager ne fibrille plus et ne meurt pas.

Enfin le film vous montrera les résultats éloignés des ablations ganglionnaires étendues chez des chiens à ligature coronarienne.

Je ne doute pas que ce merveilleux film de mes deux collaborateurs n'entraîne votre conviction touchant l'innocuité et l'avantage des opérations que je préconise chez l'homme.

(1) Je n'ai pas jugé utile de vous projeter les tracés électrocardiographiques de nos animaux, parce qu'ils ne peuvent être utilement examinés qu'à tête reposée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 MARS 1931)

De l'influence des interventions chirurgicales sur les crises d'asthme. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, Pierre BLAMOUTIER et François CLAUDE, à l'appui de la communication récente de M. Troisier, rapportent 11 observations où des crises d'asthme subintrantes cessèrent après une opération pendant quinze jours, deux mois, six mois, ou même davantage.

L'interprétation de ces faits est difficile : on admet actuellement que la crise d'asthme, quelle qu'en soit l'origine, ne peut survenir que sous l'influence d'un déséquilibre vagosympathique. On conçoit donc qu'une action sur le système nerveux végétatif provoquée par une intervention chirurgicale puisse faire cesser ou déclencher des crises.

Sur le type morphologique des asthmatiques. — MM. A. JACQUELIN et D. ŒCONOMOU, étudiant la morphologie des asthmatiques, insistent sur la fréquence considérable, tantôt d'une dystrophie générale, tantôt de malformations et de dystrophies localisées chez ces malades. Ces faits permettent de comprendre, par l'existence d'un terrain constitutionnel particulier, portant également sur les glandes endocrines et le système nerveux végétatif, les rapports de l'asthme avec l'emphysème, la tuberculose fibreuse, l'hérédo-arthritisme et l'hérédo-syphilis.

Forme latente de l'artérite pulmonaire primitive. — M. C. LIAN.

Sclérose pulmonaire consécutive à la persistance pendant cinq ans d'un corps étranger dans une bronche. Infection tuberculeuse secondaire. — MM. A. LEMIERRE et R. CATTAN.

Diabète bronzé avec infantilisme tardif. MM. LABBÉ, BOULIN, AZERAD et SOULIÉ.

Etude dynamique de la pulsation artérielle par les divers procédés sphygmo-manométriques. — M. BARBIER.

Septicémie staphylococcique à forme endocarditique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Paul GEORGE. Ces auteurs insistent sur les caractères cliniques qui permettent assez souvent de faire le diagnostic de staphylococcémie avant toute hémoculture. Dans certains cas, en effet, au milieu d'un syndrome infectieux grave, on observe des manifestations cutanées importantes, lesquelles sont de nature embolique et traduisent un processus d'endocardite végétante presque toujours mitrale. C'est cette forme que l'un des auteurs a proposé de nommer forme endocarditique.

Nouveau cas d'amylose rénale avec diminution des lipides du sang. — MM. M. BRULÉ, M. LAUDAT, R. HUGUENIN et LENÈGRE. Un homme, atteint de tuberculose pulmonaire excavée et d'entérite tuberculeuse, fut observé, dans les derniers jours de sa vie, infiltré d'œdème et présentant une forte albuminurie.

A l'autopsie et à l'examen histologique, on constata une amylose accentuée des reins et de la rate; on notait, en outre dans ces organes des dépôts assez abondants d'acides gras, qui donnaient à penser qu'un trouble du métabolisme des graisses coexistait avec celui des protides.

A l'examen chimique du sérum sanguin, on trouva, d'une part, une diminution des protides, avec inversion du rapport sérine-globuline; d'autre part, une diminution des lipides.

La diminution des protides est commune à l'amylose, à la néphrite épithéliale et à la néphrose lipoïdique. Par contre, la diminution des lipides pourra être un élément de différenciation entre ces diverses affections.

Mais, de même que l'association de la néphrite à l'amylose est fréquente, de même l'association de la néphrose lipoïdique à l'amylose est possible.

Eventration diaphragmatique avec pneumothorax généralisé. (*Présentation de la pièce.*) — MM. LABBÉ, BOULIN, AZERAD et SOULIÉ.

Deux cas d'expectoration pierreuse. — MM. DE GENNES et TZANCK.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 MARS 1931)

Résection du genou. — M. FREDET considère son procédé comme extracapsulaire en ce sens qu'il permet de passer en tissus sains, en dehors de la capsule. Il ménage parfaitement les ailerons rotuliens.

Grossesse extra-utérine. — Le travail de M. Doubrère (de Rambouillet) est rapporté par M. D'ALLAINES. La grossesse extra-utérine fut méconnue. Le squelette fœtal s'élimina en partie par l'anus. Le reste fut enlevé après intervention abdominale. Guérison. M. d'Allaines a pu rassembler dix-sept cas d'élimination par voie rectale avec cinq morts. Les interventions sont souvent difficiles.

Luxation de la IVe vertèbre cervicale. — M. SORREL rapporte ce travail de M. Oberthem. Le malade présentait une paralysie radiculaire du bras, totale à droite, légère à gauche. La radiographie montra la lésion. Paraplégie au lever du malade, qui rétrocéda progressivement et presque complètement, due à une hématomyélie, vraisemblable. La réduction fut suivie de plâtre, puis d'extension continue jusqu'au lever du malade.

La perforation d'ulcère gastrique. — M. GUIMBELLOT rapporte cette observation de M. Magant (de Bordeaux) : un traumatisme abdominal externe semble avoir causé la perforation chez un malade qui avait un passé d'ulcère gastrique. Intervention. Mort quatre jours après.

Traitement opératoire de la maladie de Basedow. — M. DESPLAS sur sept cas de maladie de Basedow a eu une seule mort, et trois succès sur trois cas d'hyperthyroïdie. M. Desplas a fait la ligature-résection des pédicules dans deux cas. Elle a l'avantage de réaliser une sympathectomie. Les autres cas ont été opérés par thyroïdectomies partielles ou énucléation.

M. MOULONGUET rapporte les résultats de Lecène. Dans l'adénome toxique l'énucléation donne de très bons résultats. Dans la maladie de Basedow vraie l'intervention a été appliquée à des cas graves, avec une mort sur quinze cas.

Hématome périrénal, premier signe d'une tumeur du rein. — M. D'ALLAINES expose cette observation en son nom et au nom de M. Marquézy. Ce n'est qu'à l'intervention qu'on élimina la tumeur de la rate par laparotomie. Le rein fut alors enlevé par voie lombaire avec l'infarctus périrénal. Il s'agissait d'un lipo-sarcome. Ces hématomes périrénaux sont consécutifs aux néphrites chroniques le plus souvent, parfois aux tumeurs du rein. Le diagnostic de ces hématomes périrénaux est difficile et se traduit souvent au début par des phénomènes intestinaux.

Traitement des infections chirurgicales par les lysats vaccins. — MM. LEJARS, BROCQ et DUCHON ont appliqué en particulier ce traitement aux infections pulmonaires post-

opératoires. Il est basé sur la propriété qu'a le bacille pyocianique de lyser les autres microbes. Sur soixante-dix cas de complications pulmonaires traités par ce vaccin il n'y eut que quatre morts. Cliniquement il ne provoque pas de shock et détermine un abaissement de la fièvre. Ce lysat-vaccin a été appliqué dans d'autres cas, contre le gonocoque en particulier. Il ne faut pas l'employer dans les infections à améliorer. L'immunisation paraît souvent n'être assurée qu'à court terme.

M. Lapointe pense grand bien du lysat polyvalent employé préventivement contre les complications pulmonaires des ulcères gastriques, et à titre curateur dans des infections post-abortives très graves.

Présentation de malades :

M. Alglave : bon résultat d'une synovectomie double par voie transrotulienne.

M. Dujarier : cal vicieux des deux os de l'avant-bras. Résection des deux cals et ostéosynthèse. Bon résultat.

(Séance du 11 mars 1931)

Gangrène du cordon par bandage herniaire. — M. Bréchot rapporte ce travail de M. Tullien. C'est par pression exagérée d'un bandage herniaire que se produisit cette gangrène. Castration. Guérison.

Angine de poitrine. — MM. Leriche, Hermann et Fontaine envisagent la position actuelle du problème du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. Ils estiment que la cause de la crise est un réflexe sympathico-coronarien. La mort lorsqu'elle survient est due à la fibrillation. Les phénomènes douloureux sont purement cliniques et on doit regarder l'angine comme un phénomène analogue à celui des artérites. La suppression du ganglion étoilé gauche interrompt la communication du réflexe et donne un régime de vaso-dilatation stable. Il projette un film démonstratif.

Angine de poitrine. — M. Danielopolu expose sa méthode de suppression des réflexes presseurs. Il considère l'extirpation du ganglion étoilé comme dangereuse. La section du cordon cervical au-dessus du ganglion étoilé arrête l'accès d'angine de poitrine. Il est partisan d'une technique de section des filets presseurs qu'il expose et qu'il justifie par une série de projections de graphiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 28 février 1931)

Sur la préparation d'une clasine diphtérique : extrait anticénique endo et exotoxique de B. Löffler. — MM. H. Jausion, M. Troude et R. Sohier rappellent le mode de préparation des *clasines*. Ces extraits antigéniques proviennent de la destruction massive des corps microbiens au moyen de l'acide sulfurique à chaud. Pareille dislocation ne laisse subsister aucune des propriétés antigènes, classiquement admises. Pourtant ces extraits très dégradés de microbes témoignent tous d'une grande activité thérapeutique : telles sont les *clasines polymycosique, streptococcique, staphylococcique, tuberculeuse*. Telle sera la *clasine gonococcique* dont Jausion se propose de décrire la technique de préparation et les résultats.

C'est sur l'obtention d'une *clasine diphtérique*, que les auteurs désirent appeler l'attention. Pour la diphtérie, la toxi-infection par excellence, il était logique de s'adresser non seulement au germe, mais au milieu cultural, riche en toxine.

Les auteurs se sont limités à des conditions d'expériences simples et faciles à reproduire. 10 souches de B. de Loffler, de virulence éprouvée, ont été simultanément ensemencées, chacune sur 3 tubes, l'un de bouillon ordinaire, l'autre de sérum coagulé, le dernier de gélose inclinée. Après dix jours d'étuve à 37 degrés, les 30 cultures ont été noyées d'acide sulfurique ordinaire et chauffées au bain-marie à 100 degrés.

Le magma résultant, additionné de 500 centimètres cubes d'eau distillée stérile, a été neutralisé par le carbonate de chaux, puis filtré et phénosalylé.

La clasine diphtérique ainsi préparée est dénuée de toute toxicité, puisque le cobaye en supporte impunément 5 centimètres cubes, en injection sous-cutanée.

L'homme ne réagit point à cette même dose, dont l'innocuité est certaine.

Les auteurs réservent à plus tard l'étude de l'activité de la clasine diphtérique dans la toxi-infection expérimentale et dans la maladie humaine.

De l'origine des bruits artériels dans la sphygmomanométrie ausculatoire. — M. C. Lian montre qu'en auscultant l'artère humérale en aval d'un brassard enserrant le bras, on entend non seulement les vibrations liées aux pulsations de l'artère sous-jacente à la membrane phonendoscopique, mais aussi la propagation des vibrations se produisant dans le segment du membre comprimé.

Il s'appuie sur deux ordres de constatations :

1° Le fait que la masse des tissus du membre transmet bien les vibrations artérielles, comme cela apparaît dans l'existence des bruits qu'il a décrits sous le nom de bruits artériels supra-maximaux;

2° Les caractères des bruits artériels perçus lorsqu'on ausculte l'artère humérale en amont d'un brassard comprimant le bras. En effet, dans cette auscultation en amont, lorsque le brassard est gonflé sous une pression supérieure à la tension artérielle maxima, on entend un seul bruit pour chaque pulsation artérielle. Puis lorsque la pression du brassard est égale au chiffre de la tension maxima, on perçoit un bruit dédoublé : la première partie est le bruit de la pulsation artérielle sous la membrane phonendoscopique; la deuxième partie est le bruit de la pulsation artérielle qui se produit sous le brassard compresseur. En continuant la décompression, ce bruit dédoublé devient un bruit unique et vibrant, et enfin il décroît beaucoup d'intensité quand la pression dans le brassard est égale au chiffre de la tension minima. Ainsi en auscultant en amont du brassard, on entend à la fois les vibrations liées aux pulsations de l'artère en amont du brassard, et aussi la propagation des vibrations de l'artère sous le brassard.

Le bruit diastolique huméral de l'insuffisance aortique. — M. C. Lian, en étudiant depuis plusieurs années les caractères des bruits artériels perçus en amont d'un brassard comprimant le bras, a remarqué l'existence d'un nouveau signe artériel de l'insuffisance aortique.

Avec cette technique, pour une contrepression égale à la tension maxima, ou inférieure d'un ou deux centimètres à cette tension, on entend après le bruit systolique huméral pur ou dédoublé, un bruit diastolique surajouté. Ce bruit diastolique est d'abord vibrant, puis pour une contrepression diminuée de 2 à 4 centimètres, il devient soufflant, puis disparaît. Ainsi chez un sujet ayant Mx 16, Mn 6, le bruit diastolique sera perçu pour une contrepression comprise entre 16 et 12 centimètres de Hg.

Ce bruit diastolique huméral de l'insuffisance aortique, fréquemment trouvé dans l'auscultation en amont du brassard, n'est que rarement trouvé dans l'auscultation en aval du brassard.

La valeur séméiologique du bruit diastolique huméral de l'insuffisance aortique est la même que celle du double souffle

crural. Mais sa recherche est beaucoup plus aisée et moins ennuyeuse que celle du double souffle crural.

Inhibition, par le sérum de génisse, des caractères de neutralité chez les poules ovariotomisées. — M. H. BUSQUET rappelle que les poules complètement privées d'ovaires possèdent tout comme le coq et le chapon, des caractères non comme on l'a cru longtemps, de masculinité, mais de neutralité sexuelle. La poule ne les présente pas parce qu'ils sont inhibés chez elle par une chalone ovarienne.

Les poules ovariotomisées, traitées par le sérum de génisse, administré par voie digestive, conservent le type femelle; le sérum de génisse peut donc remplacer, au point de vue de l'évolution des phanères, l'ovaire normal déficient ou la greffe ovarienne. Cette action du sérum de génisse prouve, en outre, que l'inhibition des caractères de neutralité peut se faire par une chalone non spécifique et que celle-ci est capable de manifester son activité par voie digestive.

L'action vaso constrictive de l'anagyrine. — M. TOURNADE.

L'adrénalino-sécrétion paralytique se renforce-t-elle à l'occasion d'une hypotension? — M. TOURNADE.

LIVRES NOUVEAUX

Quatre cents Consultations médicales pour les maladies des enfants (1), par J. COMBY.

Encore un ouvrage classique, et à juste titre. S'il est déjà à sa neuvième édition, c'est parce que le lecteur en a apprécié les éminentes qualités : clarté, simplicité, méthode, c'est parce que, pour lui, le nom de J. Comby est garantie de science, de conscience et d'expérience. Raison de plus pour l'améliorer chaque fois un peu plus. Cette fois-ci y figurent plus de 140 articles nouveaux, un exposé sommaire, mais suffisant, des principales maladies exotiques. Ainsi complétée, et, comme on dit aujourd'hui, mise à la page, la neuvième édition des *Consultations médicales infantiles*, que la grande firme Masson présente avec son soin coutumier, est assurée de rencontrer, auprès du grand public médical, même accueil favorable que les précédentes.

L. BABONNEIX.

Les ordonnances du médecin praticien. 254 répertoires de thérapeutique clinique (2), par MM. ABBATUCCI, BELLOT, BOZO, BROCQ, COMBY, DESFOSSES, FELDSTEIN, GLÉNARD, JAYLE, JOURNÉ, JUSTER-LAURENS, LERMOYEZ, LEVEN, LORIN, LUTIER, MARTINET, Léon MEUNIER, P. MICHON, R. MIGNOT, NOBÉCOURT, PAUTRIER, POIX, RAVAUT, RIVET, SPRINGER, F. TERRIEN, TERSON, André THOMAS, VAN DER ELST, VIGNES.

La première édition de cet ouvrage, réalisation heureuse d'une idée très nouvelle, a obtenu un véritable succès. Elle a été épuisée en un an.

Ce recueil d'ordonnances modèles englobe en effet la plupart des cas que le médecin est appelé à rencontrer dans la pratique courante. Ces ordonnances, toutes rédigées par des mains expertes, médecins et chirurgiens connus, sont classées par ordre alphabétique. C'est en un mot une collection très riche de canevas thérapeutiques dont les praticiens peuvent s'inspirer et dans lesquels ils trouvent mises au point les nouvelles médications thérapeutiques.

La disposition typographique elle-même n'a pas été sans contribuer au succès de l'ouvrage; elle a été unanimement appréciée : chaque ordonnance est ramenée aux limites de deux pages plus ou moins denses, de sorte que, du premier aspect, par le jeu même des titres, par l'apparence matérielle des paragraphes et des divisions, l'enchaînement des actes médicaux et leur justification se « situent » pour ainsi dire et se découvrent à l'œil en même temps qu'à l'intelligence.

Cette deuxième édition a été entièrement revue, modifiée et augmentée.

L. G.

La rate, organe réservoir (1), par Léon BINET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, docteur ès sciences.

Exposé des recherches personnelles de l'auteur effectuées au Laboratoire de physiologie de la Faculté de Paris.

I. Les réactions sanguines déclenchées par l'asphyxie aiguë chez le chien normal et chez le chien dératé. Etude de la polyglobulie asphyxique et démonstration de son origine splénique. Considérations sur la polyglobulie des altitudes. La rate annexée à la fonction respiratoire. — II. Les contractions de la rate au cours de l'exercice musculaire. Conséquence de cette spléno-contraction. — III. La contraction de la rate engendrée par l'hémorragie. Explication de la polyglobulie paradoxale déterminée par une petite saignée. — IV. Le comportement du réservoir splénique au cours de la digestion. Du pouvoir excito-moteur de la sécrétine sur la rate, étudiée par les expériences de « l'intestin au cou ». — V. La spléno-contraction par excitation des nerfs sensibles et la spléno-contraction déclenchée par l'émotion. — VI. L'étude du sang veineux splénique de chasse. La capacité du réservoir splénique. — VII. L'étude histophysiologique de la spléno-contraction. — VIII. Le mécanisme de la spléno-contraction. Les agents chimiques spléno-contracteurs, étudiés *in vitro* et *in vivo*.

L. G.

La Formation de l'être. Histoire des idées sur la génération (2), par Jean ROSTAND.

« La génération est un de ces secrets que la nature semble s'être réservés. Je crois cependant qu'on le lui arrachera un jour », écrivait au XVIIIe siècle le grand naturaliste Charles Bonnet.

Ce secret, en 1930, a-t-il été enfin surpris? C'est là le sujet du nouveau livre de M. Jean Rostand, *La Formation de l'être*, qui, véritable monument de science et d'érudition, retrace magistralement l'histoire passionnante et pittoresque des idées sur la génération, depuis les naïves hypothèses de l'ancienne physique jusqu'aux stupéfiantes découvertes de la moderne biologie.

L. G.

Die Unfall-(Kriegs-) Neurose. La névrose des accidentés (guerre) (3). Collection « Travail et santé », fasc. 13, rédigé par le professeur MARTINECK, du ministère d'Empire du Travail,

Dans ce fascicule sont réunies les conférences faites, en mars 1929, au cours d'information pour les médecins rattachés au ministère allemand du Travail. On y trouvera réunis pour la documentation du médecin les points de vue de divers spécialistes tant médecins que juristes, fonctionnaires et assureurs. Les difficultés et les problèmes relatifs aux névroses chez les mutilés de guerre y sont étudiés du point de vue uniquement clinique et pratique. On trouvera à la fin de ce recueil les textes légaux et les circulaires administratives en vigueur.

R. L.

(1) In-18 de 551 pages. — Prix : 36 fr. — Paris 1931, Masson et Cie.

(2) Deuxième édition revue, 1 vol. de 524 p. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) Un volume de 120 pages avec 15 figures et 2 planches hors texte en couleurs. — Prix : 20 fr. — Masson et Cie.

(2) Un volume in-16. — Prix broché : 12 fr. — Paris, Hachette,

(3) Berlin, Reimar Hobbing, 1929.

La nouvelle maternité Baudelocque. Clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Paris (1), par Alexandre Couvelaire.

Dédiée au professeur Adolphe Pinard qui, toute sa vie, s'efforça de développer chez ses disciples le devoir social, cette élégante brochure trace l'histoire de la clinique Baudelocque. *Des cliniques*, devrait-on dire, car il y en a deux, l'une inaugurée, le 21 mars 1890; l'autre, dont l'édification a été rendue possible grâce à la libéralité de M. Eugène Valencourt et qui, commencée en 1922, était terminée en 1924. C'est à elle seule que, maintenant, s'adressent les femmes enceintes ou malades. C'est là que fonctionne le centre d'assistance médico-sociale et de travail scientifique que le professeur Couvelaire a su organiser avec un art consommé, installant non seulement des services d'hospitalisation, où tout (ou presque) est compartimenté, et auxquels sont annexés diverses consultations, un dispensaire antisyphilitique, une maternité pour tuberculeuses, un service social, mais encore des services d'enseignement et de recherches, avec de somptueux laboratoires, des archives, une bibliothèque, un musée, un amphithéâtre, permettant un enseignement complet, qu'il s'agisse d'enseignement régulier donné par le professeur, ou d'enseignements complémentaires auxquels collaborent ses élèves et aussi nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux de Paris. Œuvre de longue haleine qui a coûté bien de la peine, mais dont ses auteurs peuvent être fiers, puisque de toutes les parties du monde, on vient la visiter et qu'elle est considérée par tous les spécialistes comme un modèle !

L. Babonneix.

(1) In-4 de 71 p. — Paris, 1930.

Les assurances sociales. Guide à l'usage du Corps médical (1), par le docteur O. Crouzon, médecin des hôpitaux de Paris, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique à Paris.

Cet ouvrage n'est pas une œuvre de polémique, ni de critique sur la question des assurances sociales; il a pour but de faire connaître aux médecins le mécanisme exact de la loi du 5 avril 1928, modifiée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930.

La lecture de la loi est difficile : d'abord, parce que bien des articles n'intéressent pas le Corps médical, et parce que les articles qui l'intéressent sont dispersés en divers chapitres; le docteur Crouzon s'est donc proposé de faire, non pas un exposé complet de la loi, exposé qu'il est facile de trouver dans les documents officiels, mais un regroupement méthodique de tout ce qui peut intéresser les médecins et autres praticiens.

D'autre part, la loi a été complétée par des interprétations qui en ont été faites au cours de la discussion devant le Parlement, par le règlement d'administration publique, par des décrets, arrêtés, etc.; il était utile, au cours de ce regroupe-

(1) Un volume de 124 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

ment, d'incorporer ces textes dans le chapitre auquel ils se rapportent.

Sans doute, d'autres modifications de détail interviendront encore. Mais on peut cependant, aujourd'hui, se faire une idée assez précise des conditions dans lesquelles les praticiens auront à exercer sous le régime des assurances sociales.

L'auteur a voulu, dans ce travail de synthèse, faire une mise au point à la date présente. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU CÆCUM

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

Néoplasme assez fréquent du tube digestif, plus rare cependant que les néoplasmes gastriques et rectaux. Représente 24 p. 100 de la totalité des cancers du côlon.

Etiologie. — S'observe presque exclusivement après cinquante ans. Les hommes semblent y être plus exposés que les femmes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tumeur « encéphaloïde », volumineuse, de consistance inégale, développée primitivement :

Soit aux dépens de la valvule;

Soit aux dépens de la poche cæcale.

L'appendice peut être libre ou englobé.

Au-dessus d'elle on constate un épaississement cartonneux sur une longueur plus ou moins grande (10 à 12 centimètres en général).

Elle est mobile au début, « chirurgicalement », c'est-à-dire qu'elle peut être décollée. Par suite de l'évolution elle se fixe aux plans postérieurs, au péritoine pariétal. Très rarement elle contracte des adhérences avec le plan antérieur.

A une période tardive de son évolution des anses grêles viennent s'accoler ainsi que de l'épiploon à la tumeur. Les *masses ganglionnaires* sont situées dans l'angle iléo-cæcal. L'envahissement épithélial est tardif, c'est surtout au début une réaction inflammatoire car il faut noter avant tout, et c'est ce qui domine la symptomatologie, que le cancer du cæcum est presque toujours un *cancer infecté*.

A la coupe, la muqueuse est ulcérée, fongueuse et saignante. Des végétations encéphaloïdes réduisent la lumière. Au début, la valvule de Bauhin est rétrécie, soit par l'envahissement tumoral, mais surtout par suite d'une réaction inflammatoire. Par la suite, l'ulcération des fongosités détruit la valvule et laisse une large lumière. Tout autour de la tumeur on trouve de la lipomatose circonscrite au milieu de laquelle on ouvre de nombreux petits *abcès péricæcaux*.

En résumé, le cancer du cæcum est une **grosse tumeur infectée**, rarement sténosante. Ses caractères cliniques, anatomo-pathologiques l'opposent donc aux cancers des côlons, ascendant et transverse.

SYMPTOMES

Début. — Il s'agit d'un homme de cinquante ans environ qui vient consulter pour :

— Une *douleur* diffuse, sans horaire fixe, inconstante, avec irradiations inguinales et crurales.

— Plus souvent, pour de la *diarrhée* : celle-ci est très fréquente, presque constante. Elle peut être sanglante, en tous cas le melæna est fréquent et important à rechercher. Il accuse en outre des :

— *Troubles dyspeptiques* vagues.

— Quelquefois le malade consulte pour des troubles de l'état général : amaigrissement, anémie.

— Enfin, il faut savoir que l'*infection précoce* peut être à la base des crochets fébriles ou même d'un état subfébrile continu pouvant égarer le diagnostic, surtout s'il existe déjà un abcès.

Examen. — A cette période le diagnostic peut rester douteux car il peut ne pas y avoir encore de tumeur. La radiologie elle-même est muette. On pense cependant au cancer en raison de l'âge et des hémorragies, c'est alors que pourrait se poser l'indication d'une laparotomie exploratrice.

Mais le plus souvent on trouve déjà la tumeur.

La tumeur. — *Elle siège* dans la fosse iliaque droite, cependant si le cæcum était mobile on peut la trouver presque sur la ligne médiane, dans la région sous-ombilicale, ou même dans la région sous-hépatique.

Elle est allongée verticalement, avec des contours nets en dehors et en bas, empâtés en dedans à cause de la réaction ganglionnaire, et en haut où elle se continue avec une induration plus ou moins étendue des tuniques.

Sa consistance est variable : souvent dure, quelquefois irrégulière. Elle est bosselée et légèrement douloureuse au palper.

Sa mobilité au début peut être assez grande. Cependant elle est fonction des conditions anatomiques (certains cæcums à méso court sont immobiles) au moins autant que des adhérences pathologiques. On recherchera la mobilité transversale et la mobilité verticale. Il est classique de dire que l'immobilité verticale et la mobilité transversale seraient caractéristiques des tumeurs cæcales.

Examens complémentaires. — Deux examens sont d'une importance capitale :

— La recherche des hémorragies occultes;

— L'exploration radiologique.

1° Recherche des hémorragies. — Celles-ci seront recherchées par les méthodes classiques (Meyer, Weber, réaction à la pyridine) après les précautions d'usage (régime végétarien). Elles sont constantes, *continues*, et ce caractère est pathognomonique d'un cancer digestif.

2° Examen radiologique. — Le repas opaque ne donne pas de renseignements précis. C'est surtout le *lavement baryté* qui est la méthode de choix. Le cæcum se remplit mal, les bosselures ne se distendent pas, souvent même le cæcum est plus ou moins amputé. L'image caractéristique sera donc une *image lacunaire* à contours irréguliers.

Il y a de plus un certain *flou des bords* du cæcum et souvent déjà de l'incontinence cæcale par insuffisance de la valvule de Bauhin.

Période d'état. — **Signes fonctionnels**. — 1. Les crises diarrhéiques sont de plus en plus fréquentes. *Diarrhée* incoercible, souvent franchement sanglante ou noirâtre (melæna). Quelquefois, véritables hémorragies. Diarrhée douloureuse : en effet,

2. *Douleurs vives*, dues non seulement à la tumeur et à la réaction inflammatoire, mais aux compressions nerveuses.

Signes généraux. — Les signes généraux s'accentuent. On note de temps à autre un crochet fébrile ou une fièvre modérée continue.

Signes physiques. — La tumeur est volumineuse, facile à percevoir sous une paroi amaigrie. Ses limites sont diffuses. Elle peut déborder la région cæcale, être perçue dans le pelvis (toucher rectal).

Elle est *fixée* aux plans postérieurs; rarement et toujours très tard à la paroi antérieure.

Elle est *douloureuse* au palper. (*A suivre.*)

Le Directeur gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 27. — SAMEDI 4 AVRIL 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 4 AVRIL 1931. — N° 27.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Diagnostic et pronostic de la méningite tuberculeuse, par M. le Professeur M. Brelet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
LIVRES NOUVEAUX
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux (admissibilité). — Sont déclarés admissibles :

MM. Huard, 52 points; Ménégaux, 51; Fèvre, 50; Welti et Banzet, 48; Seillé, 47.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Versailles. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint de l'hôpital civil de Versailles sera ouvert le lundi 1er juin 1931, à 9 h. du matin, au siège de la Faculté de médecine de Paris.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du directeur, à l'hôpital civil, de 9 h. à 11 h. du matin et de 14 h. à 16 h., dimanches et fêtes exceptés

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — L'ouverture du concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole d'Amiens, fixée au 17 avril 1931, est reportée au jeudi 16 octobre 1931.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — La chaire de botanique (phanérogamie) est declarée vacante.

INSTITUT ROCKFELLER. — Le docteur Alexis Carrel, de l'Institut de recherches Rockfeller, vient de recevoir le prix Nordhoff Jung. Il avait déjà reçu en 1912 le prix Nobel de la science.

Nous adressons nos bien vives félicitations à notre éminent confrère et ami.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. — Le 26 mars a eu lieu à l'Hôtel des syndicats médicaux de France, 95, rue du Cherche-Midi, et sous la présidence du professeur Marcel Labbé, l'assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme.

Elle fut honorée de la présence de M. van Breemen, secrétaire général de la Ligue internationale, dont la Ligue française est une branche.

L'assemblée générale a adopté le programme scientifique et social qui lui était présenté, et a renouvelé son bureau sous la présidence du professeur F. Bezançon.

Cette séance administrative a été suivie d'une séance de communications scientifiques, dont le compte rendu sera publié d'autre part.

Rappelons que pour être membre de la Ligue il fau être présenté par deux membres et admis par le Conseil.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat-trésorerie, 51, rue Bonaparte, Paris.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE. (Paris, la Sorbonne, 26-31 juillet 1931. Secrétariat : 122, rue La Boëtie, Paris [VIIIe]). — Le IIIe Congrès internationa de radiologie aura lieu à Paris, du 26 au 31 juillet 1931, sous le haut patronage de M. le Président de la République, la présidence d'honneur de Mme Curie et la présidence effective du docteur Antoine Béclère.

Toutes les séances du Congrès auront lieu dans les amphithéâtres de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles.

Bureau du Congrès. — Président : docteur Antoine Béclère; vice-présidents : professeur Regaud, docteur Belot professeurs Cluzet et Rechou ; secretaire général : docteur Ledoux-Lebard; secrétaires adjoints : docteurs P. Gibert et Claude Béclère; trésorier : docteur H. de Rothschild; trésorier adjoint : docteur Morel-Kahn.

Programme du Congrès. — Dimanche 26 juillet : Réunion des délégués des 26 pays officiellement représentés. Inauguration de l'exposition d'appareils d'électro-radiologie. Soirée de bienvenue pour les congressistes, avec bal.

Lundi 27 juillet : Séance inaugurale du Congrès dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne en présence de M. le Président de la République. Début du travail des sections.

Mardi 28 juillet : Question à l'ordre du jour et trava des sections. Soirée à l'Opéra.

Mercredi 29 juillet : Question à l'ordre du jour et travai des sections. Visite de l'exposition d'appareils.

Jeudi 30 juillet : Question à l'ordre du jour et travail des sections. Banquet par souscription.

Vendredi 31 juillet : Travail des sections. Assemblée plénière de clôture du Congrès. Fête de nuit à l'Exposition coloniale.

Questions à l'ordre du jour. — Au cours de la séance inaugurale, M. le professeur Forssell (Suède) parlera de « La lutte sociale contre le cancer ». Quatre questions sont à l'ordre du jour du Congrès. Elles seront exposées dans des conférences de trente minutes, en séance plénière, par les rapporteurs suivants, désignés par les sociétés de radiologie de leurs pays respectifs :

Docteur Cole (Etats-Unis) : *Exploration radiologique de la muqueuse du tube digestif.*

Docteur Lynham (Angleterre) : *Traitement pré et postopératoire des cancers du sein par les radiations (récidives et métastases exceptées).*

Professeur Haenisch (Allemagne) : *Exploration radiologique de l'appareil urinaire par excrétion de substances opaques.*

Professeur Milani (Italie) : *Röntgenthérapie des affections inflammatoires.*

Communications. — Plus de 300 communications particulières sont annoncées. Elles sont réparties entre les six sections suivantes : 1° Radiodiagnostic; 2° Röntgen et curiethérapie; 3° Radiophysique; 4° Radiobiologie; 5° Electrologie; 6° Héliothérapie naturelle et artificielle.

Les congressistes recevront avant le Congrès le volume contenant les résumés des 300 communications.

Commission de mesures. — La Commission des mesures, où chacun des vingt principaux pays est représenté par un physicien et un médecin, poursuivra l'œuvre commencée à Stockholm : l'unification internationale des mesures en radiologie.

Expositions. — Une exposition de livres et de publications de radiologie est organisée dans les locaux du Congrès, à la Sorbonne. Adresser les demandes à la librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Une exposition d'appareils d'électro-radiologie est organisée à la porte de Versailles.

Réceptions. — Les membres titulaires et adjoints du Congrès sont invités aux trois réceptions suivantes : 1° soirée de bienvenue avec bal, le dimanche 26 juillet; 2° soirée à l'Opéra, le mardi 28 juillet; 3° Fête de nuit à l'Exposition coloniale, vendredi 31 juillet. Un banquet par souscription aura lieu le jeudi 30 juillet.

Comité des dames. — Un Comité des dames organisera pour les membres adjoints du Congrès des excursions dans Paris, aux environs et des visites de musées. Les membres du Congrès auront également des facilités pour visiter l'Exposition coloniale.

Logement. — Le service de tourisme du Congrès se charge de réserver pour les congressistes qui en feront la demande au secrétariat des chambres dans les hôtels.

Voyages. — Les membres du Congrès bénéficieront d'une réduction de 50 p. 100 sur les réseaux des chemins de fer français pour aller au Congrès et en revenir. Après le Congrès, à partir du 2 août, sept voyages différents, en groupe, sont organisés par le service de tourisme du Congrès dans les principales régions touristiques, thermales et climatiques de la France.

1° Lac du Bourget, lac d'Annecy, Chamonix-Mont Blanc, Evian (du 2 au 9 août) : 1.650 fr.

2° Aix-les-Bains, lac du Bourget, la route des Alpes en autocar, Nice, Monte-Carlo, la Côte d'Azur (du 2 au 10 août) : 1.500 fr.

3° Carcassonne, la route des Pyrénées en autocar, Font-Romeu, Luchon, Biarritz, la Côte d'Argent (du 2 au 10 août) : 1.800 fr.

4° La Normandie, le Mont Saint-Michel, la Côte de Bretagne en autocar, Vannes (du 2 au 9 août) : 1.490 fr.

5° Vittel, les lacs et les cols des Vosges, l'Alsace, Strasbourg (du 2 au 7 août) : 1.040 fr.

6° Vichy, l'Auvergne, le Puy de Dôme (du 2 au 6 août) : 685 fr.

7° Les châteaux de la Loire, Blois (du 3 au 6 août) : 555 fr.

Au cours de ces voyages les congressistes seront reçus dans les principales stations thermales et les visiteront.

Le service de tourisme du Congrès est également à la disposition des congressistes pour organiser tout voyage et tout séjour en France après le Congrès, soit isolément, soit en groupe. Adresser les demandes au secrétariat.

Participation au Congrès. — Nous rappelons que sont admis comme membres titulaires du Congrès les membres des sociétés de radiologie et les personnes agréées par ces sociétés (cotisation du Congrès : 300 fr.).

Sont admis comme membres adjoints seulement les femmes et les enfants des congressistes (cotisation : 50 fr. par personne).

Prière d'adresser toutes les demandes de renseignements, adhésions et cotisations au secrétariat du IIIe Congrès international de radiologie, 122, rue La Boëtie, Paris (VIIIe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE. (Professeur : M. GRÉGOIRE.) — *Conférences de l'agrégé.* — M. le docteur Basset, agrégé, fera une série de conférences tous les mardis et jeudis, à partir du mardi 21 avril 1931, à 17 h., au grand amphithéâtre de la Faculté.

Sujet : Anatomie radiographique normale et pathologique (avec projections de nombreux clichés).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Par M. BRELET,
Professeur à l'École de médecine de Nantes.

Qu'un malade atteint de méningite tuberculeuse puisse exceptionnellement guérir, les cliniciens du siècle dernier ne l'ignoraient pas. Rilliet publia, en 1853, l'observation d'un enfant ayant présenté à l'âge de cinq ans, tous les symptômes et signes d'une méningite tuberculeuse, ayant guéri et qui, cinq ans plus tard, succomba à la suite d'une récidive de méningite ; l'autopsie montra des lésions de méningite tuberculeuse récente, ainsi que des reliquats de la première atteinte, sous forme d'un gros tubercule induré à la convexité du cerveau et d'épaississement des méninges à la base. Des cas de méningite tuberculeuse guérie ayant été antérieurement relatés par Cheyne, Goelis, Hahn, Rilliet les examine, les discute et montre que la plupart des exemples de guérison publiés par ces auteurs doivent être regardés comme apocryphes, que nombre de ces faits sont relatifs à des maladies très différentes de la méningite tuberculeuse ; mais il conclut qu'il existe cependant dans la science des exemples incontestables de la disparition totale des symptômes de la méningite ; que, dans des cas excessivement rares, la guérison peut être complète, durer pendant plusieurs années; que les enfants sont toujours plus ou moins exposés à une récidive, celle-ci survenant généralement d'un an à cinq ans après la première atteinte. Cet éloignement des attaques, écrit encore Rilliet, semble indiquer « une sorte d'épuisement momentané de la manifestation diathésique, tout à fait semblable à ce que l'on observe dans la phtisie pulmonaire où des éruptions tuberculeuses successives sont séparées par des périodes d'un rétablissement apparent ». Et enfin, dernière conclusion de Rilliet : « La cause mystérieuse qui rallume un incendie qui paraissait éteint reste tout à fait inconnue. » Les mystères de la tuberculose ont-ils été complètement pénétrés depuis Rilliet ?

Ainsi donc, on retrouve, épars dans la littérature médicale, quelques cas de méningite tuberculeuse guérie, mais la plupart prêtent à discussion et laissent place au doute, la preuve de la nature tuberculeuse de la méningite n'étant pas faite avec toutes les garanties que l'on ne connaissait pas alors et que l'on exige aujourd'hui. C'est assez récemment que la curabilité de la méningite tuberculeuse a pu être enfin absolument démontrée. La découverte du bacille de Koch, de l'inoculabilité de la tuberculose au cobaye ne pouvant rien fournir au diagnostic certain d'une méningite se terminant par guérison, il fallut attendre, pour entrer dans une phase nouvelle, l'emploi usuel de la ponction lombaire qui permet non seulement de faire une biopsie du liquide céphalo-rachidien, d'étudier ses réactions cellulaires, sa teneur en albumine, en sucre, en glucose, mais encore d'y rechercher le bacille de Koch et enfin d'inoculer ce liquide au cobaye.

Aussi nous faut-il passer de 1853 à 1901 pour trouver une observation de Rocaz, avec examen du liquide céphalo-rachidien ; un enfant de huit ans, atteint d'adénopathie trachéo-bronchique, présente un syndrome méningé ; le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont est positif ; le liquide céphalo-rachidien renferme de nombreux lymphocytes ; l'enfant guérit et n'a plus alors de lymphocytose rachidienne. C'est donc un cas de méningite chez un tuberculeux, de méningite tuberculeuse très probable, qui se termine par guérison. Mais nous n'avons pas encore la preuve absolue de la nature tuberculeuse de la méningite. Cette preuve, Barth la donne en 1902 ; un méningitique, ayant des bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, a guéri. Dans la thèse de Bour (1903), nous lisons deux observations de malades chez lesquels on avait fait le diagnostic de paralysie générale et dont l'autopsie montra les méninges adhérentes et des tubercules de l'encéphale avec bacilles de Koch ; il existe donc une forme de méningite tuberculeuse chronique pouvant créer le syndrome paralysie générale et conduisant les malades dans un asile d'aliénés. Puis c'est, en 1904, la thèse de L'Hôte, inspirée par Carrière, où il est question non de guérisons, mais de rémissions prolongées dans la méningite tuberculeuse, et, dans trois cas de Carrière et L'Hôte, le liquide céphalo-rachidien a tuberculisé des cobayes. Trois enfants, âgés de cinq, sept et quatre ans, ont présenté un syndrome méningé de nature tuberculeuse, ont guéri, mais ont succombé à une récidive de méningite tuberculeuse, le premier un an, le second quatre mois et le troisième six mois après la première atteinte.

Le 12 mai 1905, Claisse et Abrami relatent à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* une observation de méningite tuberculeuse terminée par guérison : homme de trente ans, céphalée, constipation, troubles pupillaires, délire, liquide céphalo-rachidien riche en lymphocytes, dans lequel on ne trouve pas de bacilles de Koch, mais qui tuberculise deux cobayes. Cette communication intéressa vivement les membres de la Société ; Moutard-Martin dit avoir soigné, à l'époque où l'on ne pratiquait pas encore la ponction lombaire, une fillette de neuf ans atteinte de méningite et chez laquelle on constata des granulations tuberculeuses dans le fond de l'œil ; cette fillette guérit avec des reliquats, cécité complète, hémiplégie gauche, mais, trois ans plus tard, elle mourut de méningite tuberculeuse. Dufour a vu deux fois, dans des autopsies, une granulie méningée récente et des tubercules cérébraux de vieille date. A la séance suivante, 19 mai, Vaquez et Digne apportent un cas de méningite tuberculeuse terminée par guérison chez un homme de vingt-cinq ans : le liquide céphalo-rachidien avait tuberculisé le cobaye.

Dans une observation publiée par Rist et Boudet en 1908, le malade, homme de trente-cinq ans, présente une symptomatologie assez complète de méningite, avec parésie du bras droit ; le liquide céphalo-rachidien, qui s'écoule en jet, n'est pas absolument

limpide, on n'y trouve pas de lymphocytes, mais quelques globules rouges et surtout de très nombreux bacilles acido-résistants; l'inoculation au cobaye donne un résultat négatif. Rist et Boudet hésitent à ranger ce cas parmi les méningites tuberculeuses guéries ; ils intitulent leur communication : Présence de bacilles acido-résistants dans le liquide cérébro-spinal d'un malade atteint de symptômes méningitiques ; guérison. Etait-ce un bacille de Koch ne tuberculisant pas le cobaye ? Était-ce un bacille du type aviaire ? D'après Widal, il ne s'agit pas d'une méningite tuberculeuse, car, dans celle-ci, le liquide céphalo-rachidien ne contient que de rares bacilles de Koch et se montre très virulent pour le cobaye, mais Rist répond qu'il est fort possible que, dans les cas de méningite tuberculeuse qui guérissent, le liquide céphalo-rachidien soit peu virulent pour le cobaye.

Viennent ensuite les observations d'Aviragnet et Tixier, Gougelet, de Massary et Léchelle, le mémoire très documenté de Cramer et Bickel, avec discussion de 45 cas antérieurs et relation d'un cas personnel, une observation de Pissavy et Terris, d'autres encore publiées à l'étranger, si bien qu'en 1925, Koch évalue à soixante le nombre de cas connus. Une observation de Vedel, Giraud et Puech (1926) est très curieuse par les renseignements fournis sur l'existence de la malade après sa guérison : une jeune femme de vingt-trois ans est examinée au troisième jour d'un état méningé aigu fébrile, le liquide céphalo-rachidien renferme de nombreux lymphocytes (170 éléments cellulaires par millimètre cube, dont 95 p. 100 de lymphocytes), 0gr45 d'albumine et des bacilles acido-résistants; le culot de centrifugation est injecté à un cobaye qui, sacrifié le vingt-cinquième jour, a de nombreux ganglions tuberculeux avec bacilles de Koch. Le syndrome méningé ne dura que quelques jours; la guérison fut très rapide. Trente-deux mois plus tard, cette femme est très bien portante, réserve faite qu'elle a contracté la blennorragie et la syphilis, ce qui permet de supposer que, depuis sa méningite tuberculeuse, elle a mené une vie assez agitée et ce qui montre que le secret de la guérison de la tuberculose est dans la résistance de l'organisme, certains tuberculeux guérissant dans les circonstances les plus défavorables, alors que d'autres succombent, qui ont tout fait pour se bien soigner. Depuis 1926, quelques autres cas de méningite tuberculeuse curable ont été relatés, par exemple les trois cas de Jousset et Périsson, traités par l'allergine, et un cas de Cain.

Dans le mémoire que nous avons mentionné, Cramer et Bickel font remarquer que les malades qui guérissent sont très rarement de tout jeunes enfants, presque toujours des enfants ayant dépassé l'âge de dix ans ou des adolescents et des adultes. Leur méningite ne s'est guère distinguée que par des nuances de la forme classique de la maladie; cependant elle a eu habituellement une évolution prolongée. Ces cas qui guérissent relèvent sans doute anatomiquement soit d'une méningite en plaques (Carrière et L'Hôte), soit d'une méningite congestive diffuse, ou encore d'une granulie méningée discrète (de Massary et Léchelle). Quelques malades guérissent complètement; d'autres conservent des séquelles, céphalées persistantes, cécité, paralysies oculaires, démence précoce. Il ne faut pas oublier encore que plusieurs d'entre eux ont succombé, dans les années qui suivent, atteints de tuberculose pulmonaire ou d'une récidive de méningite tuberculeuse.

Ces études récentes sur la possibilité de la guérison d'une méningite tuberculeuse nous apprennent qu'il faut *reviser*, *dans une certaine mesure*, *la notion classique que le pronostic de la méningite tuberculeuse est toujours fatal.* Peut-être même le bacille de Koch vient-il souvent au contact des méninges, sans y provoquer grand dommage, puisque Vincentelli a observé des tuberculeux sans symptômes méningés, dont le liquide céphalo-rachidien tuberculisait le cobaye. Ne peut-on pas admettre qu'il existe toute une série d'atteintes méningées, depuis les plus bénignes jusqu'aux mortelles, et que, si le bacille de Koch mord le plus souvent, il ne fait parfois que lécher les méninges? Ayant diagnostiqué une méningite tuberculeuse, nous devons donc laisser quelque espoir à la famille du malade, lui faire entrevoir que toute chance de guérison n'est pas encore perdue. C'est ce que J. Simon conseillait à ses élèves; Apert, Monnier ont rappelé qu'il fallait toujours agir ainsi. Notre prudence de pronostic sera d'autant plus grande que d'autres travaux, qu'il convient maintenant de résumer, montrent que le diagnostic de méningite tuberculeuse est beaucoup plus difficile qu'on ne le croyait voici une trentaine d'années. Nous verrons même qu'avec la notion du virus tuberculeux filtrant, ce problème de diagnostic devient parfois insoluble.

Je dois toutefois remarquer, avant d'aller plus loin, qu'il me paraît utile de faire une distinction entre le diagnostic de méningite tuberculeuse dans la pratique médicale et le diagnostic scientifiquement indiscutable de cette affection. Je veux dire qu'appelé auprès d'un enfant, déjà suspect de tuberculose par ses antécédents familiaux ou personnels, si l'on apprend que cet enfant, depuis quelques semaines, maigrit, change de caractère et si l'on assiste à la succession des phases classiques de la méningite tuberculeuse, on doit malheureusement, même sans chercher plus loin que l'hyperalbuminose et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, on doit porter ce diagnostic qui sera pour ainsi dire toujours confirmé par l'évolution de la maladie. Les études cliniques antérieures ont abouti à une description si complète des symptômes et signes de la méningite tuberculeuse que l'erreur n'est pas fréquente, surtout en médecine infantile. Chez les adolescents et les adultes, le diagnostic est souvent plus douteux; c'est chez eux qu'on observe parfois des formes atypiques de tuberculose méningée ; c'est chez eux surtout que se voient des méningites d'origine diverse simulant la méningite tuberculeuse. Quant au diagnostic scientifiquement indiscutable de méningite tuberculeuse, il exige plus que les réactions chimiques ou cellulaires du liquide céphalo-rachidien ; la présence d'un bacille acido-résistant dans le liquide n'est même pas suffisante; il faut le résultat positif

de l'inoculation à un cobaye. Et voici même qu'en présence d'un résultat en apparence négatif de cette inoculation, il est nécessaire de pousser plus loin l'étude expérimentale du liquide céphalo-rachidien ; voici que la notion nouvelle du virus filtrant tuberculeux va faire rentrer dans le cadre des méningites tuberculeuses certaines observations qui en eussent été récemment encore écartées.

La réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien n'a plus grande signification depuis qu'on l'a retrouvée dans diverses méningites autres que la méningite bacillaire. Jacquemard, dans sa thèse, a fait une bonne revue générale des méningites lymphocytaires. La plus anciennement connue est sans doute la *méningite syphilitique*, dont, bien avant la ponction lombaire, Fournier avait donné une description clinique parfaite ; dans son livre sur la syphilis héréditaire tardive, Fournier signale les formes méningitiques des accidents cérébraux de la syphilis héréditaire, formes rapides qui rappellent l'allure aiguë ou subaiguë des méningites tuberculeuses et qui souvent ont été prises pour elles. Il note les éléments du diagnostic différentiel : dans la méningite syphilitique, pas de fièvre, pas d'alternatives subites de rougeur et de pâleur du visage, pas de ventre en bateau, pas de variabilités du pouls, pas d'amaigrissement rapide; en cas de méningite tuberculeuse, l'enfant couché en chien de fusil a le regard « presque hostile et haineux » quand on cherche à le sortir de sa torpeur somnolente et ceci ne s'observe pas dans la méningite syphilitique. Ce n'est pas seulement la syphilis héréditaire tardive qui peut provoquer une méningite aiguë ou subaiguë, on voit la méningite syphilitique chez les nourrissons, et il existe aussi une méningite à la période secondaire de la syphilis acquise. Dans tous ces cas, pour arriver au diagnostic différentiel, il faudra se baser d'une part sur les résultats négatifs des recherches du bacille de Koch, d'autre part sur les résultats positifs de la réaction de Wassermann dans le sang et surtout dans le liquide céphalo-rachidien. Ce liquide renferme quelquefois, outre les lymphocytes communs à bien des méningites, de grands éléments particuliers à noyau volumineux et excentrique, ayant les caractères des *Plasmazellen* (Ravaut), mais leur présence est inconstante. On pratiquera aussi, avec le liquide céphalo-rachidien, *la réaction du benjoin colloïdal* de Guillain, Guy Laroche et Léchelle ; la syphilis des centres nerveux donne une réaction positive, c'est-à-dire qu'il y a une précipitation dans les cinq premiers tubes « zone syphilitique de la réaction ». On considérait autrefois comme méningites syphilitiques celles qui avaient guéri à la suite d'un traitement spécifique; ce que nous savons aujourd'hui des méningites tuberculeuses et lymphocytaires curables diminue la valeur de cette preuve par les résultats du traitement. Cependant Heuyer l'a invoquée en relatant à la Société de pédiatrie (1928) l'observation d'un enfant de quatre ans et demi présentant tout le syndrome de la méningite tuberculeuse et ayant guéri après traitement par les frictions mercurielles et le sulfarsenol. La guérison fut toutefois incomplète, l'enfant conservant une paralysie flasque du membre inférieur droit et une trépidation épileptoïde du membre inférieur gauche; d'après Babonneix, ce cas pourrait bien être une forme méningée de poliomyélite. N'oublions pas enfin qu'un hérédo-syphilitique est parfois atteint de méningite tuberculeuse, et même, d'après Hutinel et Merklen, la syphilis héréditaire réalise une prédisposition à la méningite tuberculeuse; Israël de Jong est aussi tenté de croire au rôle prédisposant de l'hérédo-syphilis pour la méningite tuberculeuse, tandis que, pour Nobécourt, la tuberculose n'est pas plus fréquente chez les enfants hérédo-syphilitiques que chez les autres. Quoi qu'il en soit, une méningite tuberculeuse apparaissant chez un hérédo-syphilitique présente-t-elle des caractères particuliers? Peut-être, disent Hutinel et Merklen qui signalent une évolution plus longue, plus irrégulière, une formule cytologique un peu différente « trop de polynucléaires ou de mononucléaires parmi les lymphocytes », albumine abondante.

La *méningite ourlienne* lymphocytaire est connue depuis une observation de Chauffard et Boidin (1904) suivie des cas de Netter, Comby, Sicard, Dopter, Nobécourt et Brelet, réunis en 1907 dans la thèse de Feliciano. Mais il s'agissait de méningites survenant au cours d'oreillons déjà diagnostiqués et dont la nature ne pouvait donc être méconnue. Hallé et Tixier, Colomb et Mary-Mercier, Lavergne ont relaté ensuite des cas dans lesquels la méningite précède la fluxion parotidienne. Weissenbach attire alors l'attention sur cette *méningite ourlienne primitive* ; avec Turquety et Durupt, il publie un cas d'oreillons ayant évolué pendant trois jours sous l'aspect d'une méningite hyperalbumineuse et lymphocytaire, avec apparition, le quatrième jour, d'une fluxion parotidienne ; avec Basch, il a vu une autre méningite ourlienne primitive, celle-ci compliquée d'aphasie et d'hémiparésie transitoires, et sédation des symptômes méningés lors de la localisation salivaire habituelle des oreillons (1).

Comme la méningite ourlienne, la *méningite zonateuse* a été décelée par la ponction lombaire et l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien avant d'être cliniquement décrite. Brissaud et Sicard, Achard, Loeper et Laubry, Widal et Le Sourd, Chauffard et Froin avaient déjà noté la présence d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien au cours du zona quand Chauffard et Rivet relatèrent l'observation d'un malade atteint de zona thoraco-abdominal, avec apparition de signes d'irritation méningée (rachialgie, Kernig) et, en même temps, de lymphocytose rachidienne; puis c'est un zonateux soigné par Chauffard et Rendu, qui présente de la raideur de la nuque. Etudiée par Avenier dans sa thèse, la méningite zonateuse reste presque toujours atténuée; les symptômes méningés sont fugaces.

L'herpès n'est plus, comme autrefois, une petite affection cutanée bien banale ; il vient d'être promu

(1) Je viens d'observer un cas de méningite ourlienne primitive. Un jeune homme de quatorze ans est pris de fièvre le 2 janvier, se plaint de céphalée violente. Je l'examine le 3 janvier : 39°3, pouls 86, raideur de la nuque, signe de Kernig; pas de raie méningitique, pas de troubles oculo-pupillaires. Le lendemain, double tuméfaction parotidienne ; disparition rapide des symptômes méningés.

à la dignité de maladie infectieuse, contagieuse, inoculable, due à un virus que les uns, avec Levaditi, rapprochent du virus de l'encéphalite épidémique, que les autres, comme Peyri, identifient avec le virus du zona, que Flandin considère comme un virus filtrant spécifique. L'expérimentation a montré que ce virus était dermotrope et neurotrope ; inoculé à la cornée du lapin, le virus herpétique diffuse parfois dans le système nerveux pour y faire de l'encéphalite (Ravaut et Rabeau); partant d'un virus marocain très actif, Urbain et Schœffer ont inoculé un lapin par voie intra-rachidienne et provoqué une encéphalo-myélite mortelle ; chez le lapin ayant succombé à l'herpès expérimental, on retrouve le virus dans le cerveau, la moelle, le liquide céphalo-rachidien. Ceci nous explique qu'il n'y a pas à s'étonner que Ravaut et Darré aient, en 1904, trouvé vingt et une fois, sur vingt-six cas d'herpès génital, une réaction méningée caractérisée par une légère augmentation de l'albumine et la présence de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien. L'herpès est donc une infection généralisée qui touche le système nerveux et peut provoquer une méningite; dans la majeure partie des cas, c'est une méningite cliniquement fruste mais parfois le tableau clinique est assez complet. Philibert a publié une observation de *méningite herpétique* : une femme atteinte d'herpès buccal et d'herpès vulvaire se plaint d'une violente céphalée, de constipation et l'on constate chez elle de la raideur de la nuque, le signe de Kernig ; à l'examen du liquide céphalo-rachidien : lymphocytose, pas de bacilles de Koch, pas de microbes, cultures négatives. La malade guérit rapidement. Tenant compte de la fréquence de l'herpès dans la pneumonie et la méningite cérébro-spinale, Philibert se demande si le virus herpétique ne s'associe pas volontiers au pneumocoque et au méningocoque. D'après U. Monnier, les réactions méningées de la pneumonie sont peut-être dues à l'herpès qui l'accompagne si souvent.

Les rapports de certaines méningites lymphocytaires avec la maladie de Heine-Médin ont été signalés par Netter en 1910, à propos d'une communication de Rist et Rolland à la Société médicale des hôpitaux de Paris, sur des méningites bénignes d'allure épidémique, dont ils avaient observé cinq cas (1910); cette même année Widal, Lemierre, Cotoni et Kindberg relataient une épidémie d'états méningés avec liquide céphalo-rachidien clair et amicrobien, Guillain et Richet fils étudiaient une maladie infectieuse caractérisée par de l'ictère et un syndrome méningé avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien (1). D'après Netter, ces méningites bénignes ont présenté une recrudescence qui a coïncidé avec celle des poliomyélites et elles constituent des *formes méningitiques de la maladie de Heine-Médin*. Daireaux et Baur signalent un cas de syndrome méningé lymphocytaire survenu à Bourges non loin d'une poliomyélite. Trois ans plus tard la preuve de l'exactitude de cette opinion de Netter est fournie par Pignot qui annonce avoir retrouvé deux malades de Guillain et Richet présentant, trente-cinq mois après leur méningite, des anticorps antipoliomyélitiques dans le sérum. Hutinel, en 1913, insiste sur la réaction méningée au cours des poliomyélites, si bien qu'aujourd'hui tous les auteurs classiques, en particulier Dopter dans le Nouveau traité de médecine, consacrent un chapitre aux formes méningées de la poliomyélite. Dans la plupart des cas, les réactions méningées sont associées à des symptômes médullaires, c'est-à-dire qu'au bout de quelques jours, apparaissent des symptômes de paralysie, mais parfois, le syndrome méningé existe seul, non suivi de paralysie et les malades ainsi atteints guérissent. Dans ces cas, le liquide céphalo-rachidien présente une réaction cellulaire assez variable, polynucléose, lymphocytose, mélange de polynucléaires et de lymphocytes. Mais tous les auteurs signalent des cas avec lymphocytose tout comme dans la méningite tuberculeuse.

La venue au monde de l'*encéphalite léthargique* a fait ajouter un nouveau paragraphe au diagnostic de la méningite tuberculeuse. Ne lisons-nous pas, dès 1919, un travail de Loygue sur un cas de méningo-encéphalite tuberculeuse ayant évolué comme une encéphalite léthargique? Un soldat de vingt-sept ans présente un état infectieux, avec céphalée, embarras de la parole, obnubilation intellectuelle, sans raideur de la nuque ni signe de Kernig; puis il devient somnolent. Le liquide céphalo-rachidien, un peu albumineux, renferme quelques rares lymphocytes, pas de bacilles de Koch; un cobaye inoculé meurt cinq semaines plus tard mais ne paraît pas avoir de lésions tuberculeuses. A la dernière phase de la maladie de ce soldat, on note des troubles sphinctériens, des parésies des muscles oculaires; il meurt, et, à l'autopsie, infiltration des méninges mésocéphaliques, sans granulations, piqueté hémorragique du cerveau et du cervelet; à l'examen microscopique, méningo-encéphalite à bacilles de Koch. Dans ce cas donc, le tableau clinique était celui de l'encéphalite léthargique et il s'agissait d'une méningo-encéphalite tuberculeuse. Moriez et Pradal relatent ensuite une encéphalopathie narcoleptique avec symptômes et signes de méningite aiguë; le liquide céphalo-rachidien était lymphocytaire, hyperalbumineux, mais avec 7 grammes de chlorure de sodium; Moriez et Pradal attribuent une grande importance au dosage des chlorures dans le liquide céphalo-rachidien pour éliminer le diagnostic de tuberculose méningée, celle-ci abaissant le taux du chlorure de sodium. Dans un cas de Léon Kindberg et J. Lermoyez, une femme de trente-deux ans était somnolente, avait des paralysies oculaires avec diplopie; ces signes, joints à l'absence de la raideur de la nuque et du signe de Kernig, invitaient à faire le diagnostic d'encéphalite: mais le liquide céphalo-rachidien contenait de très nombreux bacilles de Koch et il tuberculisa le cobaye. Deux observations de Merklen, Wolf et Adnot ont trait à des malades ayant l'aspect clinique d'une méningite tuberculeuse, et, en réalité, encéphalitiques; Merklen insiste sur le dosage des chlorures et du sucre dans le liquide céphalo-rachidien pour

(1) On a depuis rattaché ces cas de Guillain et Richet à la spirochétose ictéro-hémorragique; mais deux d'entre eux relevaient certainement de la poliomyélite.

arriver au diagnostic différentiel; dans la méningite tuberculeuse, diminution du taux des chlorures et du sucre; dans l'encéphalite, chiffre des chlorures normal ou même un peu supérieur à la normale, hyperglycorachie (1). Pour Babonneix et Sigwald, l'encéphalite épidémique est devenue une inflammation diffuse du système nerveux, une *névraxite* aiguë et cette névraxite provoque souvent une réaction méningée avec lymphocytose et hyperalbuminose. Aussi après avoir communiqué à la Société médicale des hôpitaux de Paris sept observations de méningite aiguë lymphocytaire bénigne de nature indéterminée simulant la méningite tuberculeuse, Roch, Eric Martin et Mlle V. Monedjikova croient-ils avoir eu affaire, dans la plupart de ces cas, à des localisations méningées de l'agent pathogène de l'encéphalite épidémique. A l'appui de cette opinion, Netter relata l'histoire d'une petite malade de onze ans qui lui fut présentée avec le diagnostic de méningite tuberculeuse; elle guérit mais, quelques mois plus tard, elle fut prise de mouvements involontaires d'apparition rapide et devint une Parkinsonienne typique. On ne peut donc plus dire, comme au début des descriptions de l'encéphalite léthargique, que, dans cette affection, il n'existe pas de signes méningés; on connaît la forme méningée de l'encéphalite et, pour la différencier de la méningite tuberculeuse, on recherchera les paralysies oculaires d'apparition rapide, la somnolence avec intégrité relative des fonctions intellectuelles, les secousses myocloniques de l'épaule, du cou, du diaphragme (May). Malgré tout, le diagnostic est très difficile; plus d'une méningite tuberculeuse a été diagnostiquée encéphalite léthargique; et quelques cas d'encéphalite ont été pris pour des méningites tuberculeuses.

Avec les réactions méningées de la *spirochétose ictéro-hémorragique*, nous abordons encore un rivage récemment découvert, puisque c'est en 1914 que les travaux de Inada et Ido ont fait connaître le *Spirochæta ictéro-hémorragiæ*. Widal et May nous rappellent qu'on avait décrit, avant 1914, des ictères infectieux, un ictère grave essentiel (Lancereaux, 1882), un ictère infectieux à rechutes (Mathieu, Weill, 1886) et que certains de ces ictères paraissent bien avoir été des spirochétoses. Guillain et Richet avaient observé en 1910 une maladie infectieuse caractérisée par de l'ictère et un syndrome méningé, dont quelques cas ressortissaient sans doute aussi à la spirochétose. Costa et Troisier ont décrit, en 1917, la méningite de la spirochétose ictéro-hémorragique; elle est, disent-ils, presque constante, plus ou moins évidente, mais décelable dans neuf cas sur dix. Les symptômes méningés apparaissent dès le début, avec céphalée, rachialgie, raideur de la nuque, signe de Kernig; tantôt ils ne constituent qu'un syndrome de second plan, le premier étant occupé par l'ictère et les hémorragies; tantôt ils dominent la scène, l'ictère étant léger et fugace; parfois même, le syndrome méningé ne s'accompagne pas d'ictère et c'est alors la forme méningée pure de la spirochétose. Apert et Broca ont publié un cas de méningite lymphocytique avec issue favorable, reconnue spirochétosique par le séro-diagnostic et l'inoculation au cobaye. Comment reconnaître la forme méningée pure de la spirochétose? Par l'analyse du liquide céphalo-rachidien, et mieux encore par les réactions spécifiques; le liquide céphalo-rachidien renferme le plus souvent des polynucléaires, parfois un mélange de polynucléaires et de lymphocytes, dans d'autres cas uniquement des lymphocytes; hyperalbuminose, hyperglycorachie, diminution des chlorures et surtout forte augmentation de l'urée constituent une formule assez spéciale. On recherchera le spirochète dans ce liquide, on l'inoculera au cobaye, ce qui lui donnera une maladie mortelle ou curable, mais caractéristique; malheureusement, la recherche du spirochète peut rester infructueuse et l'inoculation au cobaye non suivie de résultats. Alors il faut avoir recours au séro-diagnostic de L. Martin et A. Pettit, à la réaction des immunisines, celle-ci malheureusement tardive, n'apparaissant pas avant le quinzième jour dans le sérum du malade; en mélangeant pendant une demi-heure une dose mortelle de virus avec 1 ou 2 centimètres cubes de sérum, cette dose perd tout pouvoir pathogène pour le cobaye, si le malade est atteint de spirochétose.

Cette assez longue liste de méningites lymphocytaires pouvant être confondues avec la méningite tuberculeuse, cette liste est incomplète. N'a-t-on pas décrit une méningite vermineuse, une méningite rhumatismale, une méningite à melitensis, d'autres encore qui n'englobent pas tous les cas puisqu'il reste la *méningite aiguë lymphocytaire bénigne de nature indéterminée*? Et nous pourrions étendre la question, la compliquer aussi singulièrement en passant de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien à la polynucléose, en rappelant les méningites tuberculeuses avec liquide céphalo-rachidien à formule bigarrée ou à polynucléose. Nous aborderions le diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse et de *la méningite cérébro-spinale*; mais ceci nous entraînerait trop loin. Notons seulement une hypothèse très suggestive de Lemierre : les formules cytologiques où l'on voit des polynucléaires et des mononucléaires coexister, puis faire place à des lymphocytes, ne correspondent-elles pas à des formes frustes de méningite cérébro-spinale à méningocoques? Et Lemierre conclut : « Parmi les causes susceptibles d'engendrer des états méningés qui ne font pas leur preuve, il y a donc peut-être lieu de soupçonner les infections méningococciques. » A propos du méningocoque, nous pourrions encore rappeler une observation très exceptionnelle publiée par Achard, Bloch et Marchal, de méningite aiguë avec association tuberculo-méningococcique; la ponction lombaire conduit au diagnostic de méningite à méningocoques; on fait des injections intrarachidiennes de sérum; le malade succombe; à l'autopsie, granulations tuberculeuses sur les méninges et granulie des poumons.

(1) Merklen ajoute toutefois que diverses recherches ont montré que, chez les sujets normaux, la glycorachie était très variable. D'après Minet, qui se base sur les travaux de Polonowski et Duhot ainsi que sur ses observations, le dosage du sucre n'a qu'une importance minime en clinique. (*La Médecine pratique*, 20 janv. 1931.)

De cette observation, il faut rapprocher celle que Achard et Horowitz ont relatée à la dernière séance de la *Société médicale des hôpitaux de Paris* (9 janvier), d'une méningite tuberculo-pneumococcique, dans laquelle il est probable que le pneumocoque s'était ajouté secondairement à la méningite tuberculeuse.

Il faut aboutir, trouver le fil d'Ariane qui nous permettra de sortir du labyrinthe. La clinique nous y aidera, avec les antécédents héréditaires ou personnels de bacillose, avec la période prodromique de la méningite tuberculeuse, avec l'aspect hostile du malade, les troubles oculo-pupillaires, les caractères du pouls. Dans le liquide céphalo-rachidien, lymphocytose généralement modérée, alors que les états méningés curables donnent souvent un nombre très élevé de lymphocytes; hyperalbuminose, commune à toutes les réactions méningées; taux des chlorures, du sucre abaissé dans la méningite tuberculeuse; recherche du bacille de Koch et résultats de l'inoculation au cobaye. Pour la recherche du bacille de Koch, on la fera longuement, patiemment, après avoir laissé le liquide céphalo-rachidien à 37 degrés pendant vingt-quatre à quarante-huit heures; la présence du bacille de Koch permet d'affirmer qu'il s'agit d'une méningite tuberculeuse; son absence laisse dans le doute. De même pour les résultats de l'inoculation au cobaye; sont-ils positifs, la question est jugée; négatifs, tels qu'on les recherchait récemment encore, on ne peut éliminer le diagnostic de méningite tuberculeuse. En effet, toute une série de nouvelles découvertes sur le bacille de Koch nous ont appris que « nos connaissances sur la biologie et la morphologie du bacille de Koch sont en pleine transformation. Des dogmes classiques, qui semblaient intangibles, sont modifiés par l'apparition de faits nouveaux » (Hauduroy). La forme acido-résistante n'est qu'un des aspects du bacille de la tuberculose; Ferran, Arloing et Courmont, Auclair ont étudié les formes différentes du bâtonnet acido-résistant. Funtès avait décrit un virus filtrant, mais sa théorie avait été très discutée, quand Vaudremer montra que les cultures de bacilles tuberculeux, filtrées sur des bougies de porcelaine, laissent passer des éléments susceptibles de donner naissance, après passage par l'animal, à des colonies typiques de bacilles tuberculeux. Bezançon et Philibert, Hauduroy, Sergent vulgarisent ces découvertes et on ne peut plus traiter les questions relatives à la tuberculose sans en faire état.

Hier encore, Paisseau et Oumansky rappelaient leurs travaux personnels et mettaient au point, dans une excellente revue générale, les « données actuelles sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose ». Nous les résumerons en quelques lignes.

Jusqu'ici, pour faire la preuve de la nature tuberculeuse d'une lésion, on inoculait le produit pathologique à un cobaye pour voir si l'animal présenterait ensuite un chancre d'inoculation et une adénopathie satellite, en cas d'inoculation sous la peau, des tubercules du foie, de la rate, des poumons avec caséification des ganglions et présence du bacille de Koch dans ces tubercules; c'est la tuberculose du cobaye décrite par Villemin. Or, il existe une autre forme de la tuberculose expérimentale du cobaye, forme strictement ganglionnaire, atteignant surtout les ganglions inguinaux, lombaires, bronchiques; les ganglions augmentent de volume, puis l'adénopathie devient stationnaire, peut persister ou régresser pour finir par disparaître complètement: les ganglions hypertrophiés présentent deux aspects : hypertrophie diffuse, ou lésions de suppuration, celle-ci bien différente de la caséification. Dans l'adénite suppurée, on trouve presque toujours des bacilles de Koch, tantôt très nombreux, tantôt très rares. Si l'on n'a pas vu de bacilles de Koch, il faut réinoculer ces adénites à des cobayes et l'on finit parfois, au deuxième, troisième, quatrième passage, par obtenir des lésions caséeuses du type Villemin. Notons encore que les cobayes atteints de tuberculose ganglionnaire réagissent presque tous de façon nette à l'intradermoréaction à la tuberculine. Ainsi donc, lorsqu'un produit pathologique, dans lequel on n'a pas trouvé de bacilles de Koch, n'a pas provoqué une tuberculose expérimentale du type Villemin, on ne peut plus dire qu'il ne s'agit pas de tuberculose, si l'on n'a inoculé plusieurs cobayes et sacrifié un animal toutes les cinq à six semaines, pour y chercher l'*adénite bacillifère curable*.

Ces notions permettront peut-être de faire le diagnostic différentiel d'une méningite tuberculeuse curable et des méningites lymphocytaires d'origine indéterminée. Elles n'ont qu'un inconvénient, celui de nécessiter des examens de laboratoire poursuivis pendant plusieurs mois, ce qui diminue beaucoup leur valeur en tant que procédé de diagnostic clinique. Aussi, ne peut-on que souhaiter voir surgir quelque méthode nouvelle aboutissant à une solution plus rapide. Cette méthode existe-t-elle? Nous serons sans doute bientôt fixés si les travaux ultérieurs confirment les conclusions d'un article de Quérangal des Essarts sur l'importance de la *réaction de Vernes à la résorcine* dans le liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic de la méningite tuberculeuse. La technique de cette réaction est très simple : à 0,4 centimètre cube de liquide céphalo-rachidien ajouter 0,8 centimètre cube de solution de résorcine à 66 p. 100; faire une première lecture; la floculation se produit: seconde lecture au bout d'une heure. Le degré photométrique est donné par la différence entre les deux lectures. Dans la méningite tuberculeuse, la floculation est très élevée; le degré photométrique dépasse 100, atteint 200, 300, alors que les méningites aiguës non tuberculeuses ne donnent pas de floculation ou ne donnent qu'une floculation très faible (1).

L'étude des méningites lymphocytaires nécessite donc de nouvelles recherches. Pour l'instant, la curabilité de la méningite tuberculeuse est démontrée et on a déjà décrit un certain nombre de méningites lymphocytaires curables dont j'ai signalé les principales. Restent les méningites lymphocytaires d'origine indéterminée (observations de Widal,

---

(1) Léger a aussi publié un travail sur la séro-floculation à la résorcine et la tuberculométrie, *Marseille méd.*, 25 avril 1930.

Rist et Rolland, Meeresmann, Apert et Broca, Roch, U. Monnier, Dereux). Rentreront-elles dans le groupe des méningites non tuberculeuses, quand on aura trouvé leurs relations étiologiques avec une infection encore mal connue? C'est probable. Mais il paraît aussi bien possible que quelques-unes soient en réalité des méningites tuberculeuses curables dues à une forme du microbe de la tuberculose autre que le bacille de Koch.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD, BLOCH et MARCHAL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 avril 1924.

APERT et BROCA. *Presse méd.*, 20 déc. 1922.

AVENIER. La méningite zonateuse, *Th. de Paris*, 1908.

AVIRAGNET et TIXIER. *Arch. de méd. des enfants*, mai 1911.

BABONNEIX et SIGWALD. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1929, p. 1486.

BARBIER. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1915, p. 314.

BARTH. *Münch. med. Woch.*, oct. 1902.

BEZANÇON et PHILIBERT. *Presse méd.*, 9 janv. 1926.

BOUR. Rapports de la tuberculose et de la paralysie générale, *Th. de Paris*, 1903.

BRELET. Méningites aiguës non tuberculeuses et non suppurées, *Gaz. méd. de Nantes*, 1909, p. 165.

BONNIN. *Gaz. des hôpit.*, 1927, p. 1236.

CAIN. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1929, p. 731.

CHAUFFARD et BOIDIN. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mars 1904, p. 319.

CHAUFFARD et RIVET. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1905, p. 461.

CLAISSE et ABRAMI. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1905.

COSTA et TROISIER. *Presse méd.*, 2 avril 1917.

CRAMER et BICKEL. La méningite tuberculeuse est-elle curable? *Ann. de méd.*, 1922, t. XII, p. 226.

CZACZKES. *Journ. des prat.*, 17 janv. 1931.

DAIREAUX et BAUR. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1910, p. 515.

DEREUX. *Journ. de méd. de Paris*, 15 janv. 1931.

DOPTER. Maladie de Heine-Médin, *Nouveau Traité de médecine*, t. IV.

FLANDIN. *IIIe Congrès des dermatologistes*, Bruxelles, juillet 1926.

FOURNIER. *La Syphilis héréditaire tardive*, Paris 1886.

GOUGELET. Des épisodes méningés tuberculeux curables chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1911.

GUILLAIN, Guy LAROCHE et LÉCHELLE. *Technique de la réaction du benjoin colloïdal*, Masson, Paris 1926.

GUILLAIN et RICHET fils. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1910, p. 289.

HAUDUROY. *Presse méd.*, 20 fév. 1926.

HEUYER. *Soc. de pédiatrie*, 16 oct. 1928.

HUTINEL. *Paris méd.*, 25 janv. 1913.

HUTINEL et MERKLEN. *Arch. de méd. des enf.*, sept. 1921.

JACQUEMARD. Méningites lymphocytaires curables, *Th. de Paris*, 1926.

JOUSSET et PÉRISSON. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1929, p. 654.

KINDBERG et LERMOYEZ. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1923, p. 838.

KOCH. *Münch. med. Woch.*, 15 mai 1925.

LEMIERRE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930, p. 433.

LEVADITI. *Ectodermoses neurotropes*, Masson, 1922; — *IIIe Congrès des dermatologistes*, Bruxelles 1926.

L'HÔTE. Des rémissions prolongées dans la méningite tuberculeuse, *Th. de Lille*, juin 1904.

LOYGUE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1919, p. 769.

MASSARY (DE) et LÉCHELLE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1920, p. 3,7.

MAY. Encéphalite léthargique, *Nouveau Traité de médecine*, t. IV.

MEERESMANN. *Journ. des prat.*, 5 sept. 1925.

MERKLEN, WOLFF et ADNOT. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1928, p. 1304.

MONNIER. *Gaz. méd. de Nantes*, 1908, p. 925; — Les fausses méningites tuberculeuses, *Gaz. méd. de Nantes*, 15 nov. 1930.

MORIEZ et PRADAL. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1920, p. 738.

NETTER. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1910, p. 249 et 444; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930, p. 428.

NOBÉCOURT. *Affections du système nerveux*, Clinique médicale des enfants, Masson, 1928.

PAISSEAU et OUMANSKY. *L'Avenir médical*, janv. 1931.

PETIT. Méningite syphilitique et méningite tuberculeuse chez l'adulte, *Th. de Paris*, 1913.

PEYRI. *IIIe Congrès des dermatologistes*, Bruxelles 1926.

PHILIBERT. *Progrès méd.*, 5 déc. 1923, p. 631.

PIGNOT. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1913, p. 507.

PISSAVY et TERRIS. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1923, p. 304.

PRUVOST. Diagnostics de laboratoire, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. XXVII.

QUÉRANGAL DES ESSARTS. *Arch. de l'Institut prophylactique*, 1930, no 3, t. II.

RILLIET. *Arch. gén. de méd.*, déc. 1853, p. 641.

RIST et BOUDET. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1908, p. 503.

RIST et ROLLAND. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1910, p. 245.

ROCAZ. *Congrès d'obst., gyn. et péd.*, Nantes, sept. 1901, et *Arch. de méd. des enfants*, 1901, p. 738.

ROCH, MARTIN et Mlle MONEDJIKOVA. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930, p. 402.

SERGENT. *Presse méd.*, 18 juillet 1928.

URBAIN et SCHOEFFER. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars 1929.

VAQUEZ et DIGNE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1905, p. 407.

VAUDREMER. Le développement du bacille tuberculeux, *Revue de méd.*, 1926, p. 419.

VEDEL, GIRAUD et PUECH. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1926, p. 388.

VINCENTELLI. *Th. de Paris*, 1918-1919.

WEISSENBACH, TURQUÉTY et DURUPT. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1927, p. 881.

WEISSENBACH et BASCH. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1929, p. 813.

WIDAL. *Congrès de méd.*, Paris, oct. 1910.

WIDAL, LEMIERRE, COTONI et KINDBERG. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1910, p. 270.

WIDAL et MAY. Spirochétose ictéro-hémorragique, *Nouveau Traité de médecine*, t. XVI.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 MARS 1931)

Les spirochètes d'une pleurésie enkystée fétide et passagèrement gangréneuse. — MM. G. DELAMARE et C. GATTI ont décelé dans le pus d'une pleurésie de l'interlobe gauche observée chez un syphilitique ankylostomiasique une quan-

tité considérable de spirochètes variés, accompagnés de quelques B. fusiformes, de nombreux cocci Gram positifs et négatifs, de streptocoques et de bacilles morphologiquement voisins du *B. coli*.

L'association fuso-spirochétienne dont les éléments constitutifs se sont séparés à la phase initiale, pleuro-bronchique, de l'infection s'est reconstituée à la phase terminale de celle-ci pour prendre part à la formation des nodules de nécrose broncho-alvéolaire, tardive et discrète, observés sur les couples histologiques du poumon gauche, à quelque distance du foyer scissural et après la stérilisation apparente de celle-ci.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 MARS 1931)

Rapport sur le traitement de la fièvre jaune. — M. A. PETTIT. Le ministre des Colonies a demandé à l'Académie de médecine son avis sur la vaccination et la thérapeutique à opposer en A. O. F. à la fièvre jaune. L'Académie a constitué une Commission dont le rapporteur, le professeur Pettit, a rédigé le rapport résumé ci-après :

I. Vaccination. Le principe est dû au professeur Hindle (de Londres). Pettit et Stefanopoulo préparent également un vaccin qui fournit sur le singe des résultats très satisfaisants.

Faute de singes, la préparation et l'étude de ce dernier vaccin sont arrêtées.

Avant d'appliquer la vaccination à l'homme, il faut s'assurer de l'innocuité du vaccin et préciser ses conditions de préparation et d'efficacité.

II. Sérothérapie. A. Il faudrait récolter du sérum de convalescents récents (Marchoux, Salimbeni et Simon), déterminer les conditions d'efficacité et l'expérimenter chez l'homme.

B. Pettit, Stefanopoulo et Frasey préparent du sérum antiamaril, à la fois prophylactique et curatif chez le singe; l'application à la thérapeutique humaine étant sans danger, dès maintenant on doit essayer de traiter l'homme par ce sérum. Faute de singes, le stock de ce sérum, épuisé par le ministère des Colonies, n'a pu être reconstitué.

Rapport sur la déclaration obligatoire de la gastro-entérite des nourrissons. — M. LESAGE, au nom de la Commission, apporte un rapport dont voici les conclusions :

1° L'Académie, reconnaissant que les syndromes dits « gastro-entérite » ne sont pas délimités et que dans l'état actuel de la science il est impossible de donner une définition du terme gastro-entérite, qu'en fait le mot gastro-entérite a été appliqué aux états les plus différents par leur gravité et par leurs causes;

Estime qu'il n'y a pas lieu d'inscrire cette affection sur la liste des maladies à déclaration obligatoire;

2° Qu'en raison de la variété des états désignés sous le nom de gastro-entérite, il est impossible de préciser le traitement à appliquer.

Il insiste pour que l'allaitement au sein soit encouragé par tous les moyens, car seul il peut prévenir les troubles digestifs importants.

— Ces conclusions sont adoptées.

Les études dentaires (*suite de la discussion*). — M. MAUCLAIRE est un adversaire du projet Milan Rio; il voudrait voir conserver le titre de chirurgien dentiste en imposant une modification dans le programme des études qui aboutissent à ce grade. Il souhaite le baccalauréat à la base et des



études cliniques plus poussées qui orienteraient automatiquement bien des jeunes gens vers le doctorat.

M. Brumpt est un partisan résolu du projet Milan Rio. Il discute les statistiques apportées par ses adversaires, et donne notamment lecture de protestations contre les documents présentés au sujet de la situation des dentistes en Italie.

Enfin, il montre l'importance des groupements qui ont pris parti pour le projet de loi après un examen très approfondi de la question.

M. Roger a eu souvent l'occasion de constater aux examens à Paris et en province l'insuffisance de l'instruction générale des candidats chirurgiens dentistes. Il pense que le baccalauréat est une nécessité qui s'impose. Ce que la profession perdra en nombre elle le retrouvera en qualité. En définitive l'ancien doyen de la Faculté de médecine demande à l'Académie de voter les conclusions de M. Roussy.

— La suite de la discussion est remise à quinzaine.

Les liquides inflammables ou toxiques utilisés par les coiffeurs. — MM. P. Cazeneuve et Gabriel Bertrand demandent à l'Académie d'émettre le vœu, à transmettre à MM. les ministres du Travail et de la Santé publique, d'interdire sur tout le territoire, le commerce, la détention et l'usage des liquides inflammables ou toxiques employés journellement dans les salons de coiffure pour le dégraissage ou l'entretien de la chevelure.

Des accidents multiples graves d'inflammation ou d'intoxication justifient cette mesure générale et radicale. D'ailleurs la Fédération des syndicats d'ouvriers coiffeurs l'a réclamée récemment dans une visite au ministre du Travail.

L'expérience a démontré que toute réglementation de l'emploi de ces liquides dangereux reste vaine et échappe à tout contrôle.

L'Académie nomme une Commission chargée d'examiner le vœu de M. Cazeneuve. Cette Commission est composée de MM. Balthazard, Radais, Tiffeneau, Meillière, Breteau et Cazeneuve.

— Autres communications :

Pleurésie enkystée fétide et passagèrement gangréneuse à fuso-spirochètes. — MM. Delamare et Gatti.

La pluralité des hormones sexuelles et la notion d'une hormone ambosexuelle. — M. Champy.

La résistance initiale du corps humain. — M. Strohl.

Névraxites toxi-infectieuses et maladies mentales. Les psycho-encéphalites. — M. Targowla.

L'anaphylaxie à l'insuline et la pathogénie de certains accidents d'intolérance à l'insuline. — MM. Cade, Barral et Roux (de Lyon).

L'enfance au Havre pendant dix ans (1921-1930). — MM. Loir et Legangneux.

Vacances de Pâques. — En raison des fêtes de Pâques, la séance du mardi 7 avril n'aura pas lieu.

LIVRES NOUVEAUX

La pression veineuse périphérique (1), par MM. Maurice Villaret, Fr. Saint-Girons et L. Justin-Besançon.

La mesure de la tension veineuse périphérique est longtemps demeurée exclusivement l'apanage des physiologistes; les tentatives d'application clinique se heurtaient à des difficultés techniques telles que les chiffres obtenus étaient trop sujets à variation pour permettre des conclusions médicales. Les auteurs ont réussi à mettre au point une technique et une instrumentation qui échappent aux critiques jusqu'ici trop légitimes.

Elles leur ont permis une étude physiologique complète de la pression veineuse, de ses facteurs originels et de son rôle dans l'ensemble de la physiologie circulatoire. Il est donc actuellement possible de réunir des données toujours comparables entre elles pour les divers points du système veineux périphérique où la pression doit être mesurée. Ce procédé ne le cède guère en simplicité à la mesure de la tension artérielle. La tension veineuse est actuellement soumise à de nombreux facteurs physiologiques et les variations dues à chacun d'eux sont l'objet d'une étude approfondie présentée sous une forme à la fois claire et complète où le clinicien peut aisément s'orienter.

Une étude d'importance égale est consacrée à la physiologie pathologique de la tension veineuse périphérique. Ce sont naturellement les influences des cardiopathies, des gênes circulatoires localisées, des affections propres du système veineux et des anomalies fonctionnelles ou organiques de la circulation artérielle, ainsi que des affections pleuro-pulmonaires qui en forment la partie la plus importante. Pour être moins évidentes les influences d'affections sanguines, d'affections du système nerveux, celles des cyanoses et des affections d'autres appareils ne sont pas moins appréciables et l'on trouvera maintes fois en pareils cas des renseignements précieux par l'exploration du système veineux périphérique.

De là découlent des indications thérapeutiques à l'appui desquelles une revue pharmacologique des effets des divers médicaments susceptibles d'agir sur la circulation veineuse permet au clinicien de diriger en pleine connaissance de cause son offensive thérapeutique.

L'importance de la bibliographie (plus de 25 pages) montre à quel travail de dépouillement et de critique les auteurs ont dû faire face pour édifier ce beau travail de physiologie normale et pathologique qui vient combler une lacune si importante dans nos connaissances. L. Babonneix.

(1) Paris, Masson et Cie, 1930.

Les groupes sanguins. Schémas d'applications pratiques. La transfusion sanguine. Technique et indications (1), par Paul Michon, médecin des hôpitaux de Nancy.

La transfusion du sang dont les bienfaits sont immenses et dont l'innocuité est pratiquement satisfaisante reste trop encore l'apanage des centres trop rares, alors qu'elle devrait largement être répandue dans la pratique. Le but de ce petit livre est de faire connaître au médecin, d'un point de vue essentiellement pratique, ce qui lui est nécessaire pour pratiquer la transfusion lui-même. Par la connaissance des groupes sanguins, c'est là l'objet de la première partie, il se familiarisera avec le curieux phénomène de l'agglutination. Ce chapitre contient des schémas d'application. Les techniques actuelles de la transfusion sont précisées dans la deuxième partie. Ces nouveaux procédés sont d'une simplicité qui étonne lorsqu'on les voit appliqués par un opérateur entraîné; ils sont applicables par le praticien, même isolé, qui ne regrettera pas les quelques instants consacrés à leur apprentissage, car il leur sera redevable de très beaux succès dans les cas où aucune thérapeutique ne peut remplacer la transfusion. L. G.

(1) Un volume de 119 pages avec 7 figures (*Collection Médecine et chirurgie pratiques*). — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gerant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 28. — MERCREDI 8 AVRIL 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 8 AVRIL 1931. — N° 28.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Syndrome inférieur du noyau rouge de Claude (paralysie du III et hémi-asynergie alterne avec dysarthrie) associé à un syndrome de Parinaud (paralysie de l'élévation du regard), par MM. le professeur Henri Roger et Jean Piéri.
Traitement des hémorragies et des perforations gastriques et duodénales, par M. Victor Pauchet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de biologie.
Société de neurologie.
Société de médecine de Paris.
NOTES POUR L'INTERNAT
Cancer du cæcum. Signes, diagnostic. traitement (fin).
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

Hôpitaux de province. — Bordeaux. — Un concours pour 10 places d'internes titulaires s'ouvrira le mardi 20 octobre 1931, à 8 h. du matin.

— Un concours pour 50 places d'externes titulaires s'ouvrira le lundi 19 octobre 1931, à 4 h. du soir.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies en or est décernée à M. le docteur Raymond Chantier (de Troyes), mort victime de son dévouement.

Pour le développement de la médecine coloniale. — La semaine dernière une grande manifestation de propagande coloniale a eu lieu au grand amphithéâtre de la Sorbonne sous la présidence d'honneur de M. le recteur Charléty. Cette manifestation était organisée par le *Jeune médecin* et ses animateurs MM. Crouzat, Bonnet, Brizard, Jauneau, Jodin et Pouzergues.

M. le doyen Balthazard ouvrit la séance, puis M. Crouzat se fit l'interprète des organisateurs.

M. Hardy, directeur de l'Ecole coloniale, dans une conférence très remarquable, rappela que notre domaine colonial, qui comprend une population atteignant 49 millions d'habitants répartis sur une superficie 17 fois supérieure à celle de la France, compte à l'heure présente seulement 760 médecins, il insista sur la nécessité de parer sans retard à cette insuffisance en raison des services que le Corps médical est appelé à rendre dans les régions coloniales pour le salut de la population, et rappela aussi la grande importance des découvertes scientifiques dues aux médecins coloniaux.

M. de Courtry, membre de la Commission de propagande pour l'Exposition coloniale, présenta ensuite un film documentaire consacré notamment à la maladie du sommeil; puis, M. le professeur Balthazard, prenant enfin la parole, fit un intéressant exposé de la situation matérielle du médecin aux colonies.

— La soirée se termina par un brillant concert auquel prêta son concours l'orchestre du Cercle musical universitaire que dirige M. Robert Chabé.

On applaudit ensuite M. Gaston Secretan, chansonnier de la Lune Rousse, et aussi un quadrille créole, particulièrement humoristique, exécuté avec beaucoup de charme par quatre étoiles martiniquaises en costume national.

— Signalons que le ministère de la Guerre vient de publier une brochure où l'on trouvera des renseignements précieux sur les conditions matérielles très intéressantes offertes actuellement aux médecins du Corps de santé des troupes coloniales.

— On pourra consulter dans nos bureaux les documents auxquels nous faisons allusion.

Dispensaire antituberculeux de Tunis. — La Ligue antituberculeuse de Tunisie ouvre un concours sur titres pour la nomination d'un médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Tunis.

Les candidats doivent être Français ou Tunisiens, âgés de moins de quarante ans et pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français.

D'une façon générale, les candidats devront justifier d'une préparation suffisante de leur spécialité par des travaux scientifiques, des stages ou services antérieurs.

Le jury tiendra compte de la connaissance des langues du pays.

Le candidat désigné pourra être éventuellement astreint à un stage de six mois.

Le traitement du médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Tunis est fixé à 38.000 fr. par an pendant les six mois

de stage et lors de sa titularisation, avec augmentation biennale de 2.000 fr. jusqu'à un maximum de 46.000 fr. Il s'y ajoutera un supplément du tiers à titre d'indemnité coloniale en vue de maintenir une équivalence de situation avec les traitements habituellement alloués par l'administration tunisienne.

Le médecin désigné devra s'engager à s'abstenir de faire de la clientèle.

Les dossiers, avec extrait de naissance, date et origine du diplôme de docteur en médecine, exposé de titres et fonctions, devront être adressés au plus tard le 15 mai 1931 à la Ligue antituberculeuse de Tunisie, Dar el Bey, Tunis.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser, soit à la Ligue antituberculeuse de Tunisie, Dar el Bey, à Tunis, soit au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (VIe).

UNION MÉDICALE LATINE. — LES PRIX DE L'UMFIA. — *Prix Voronoff.* — Prix de 5.000 fr. Sujet : En s'appuyant sur des arguments cliniques, thérapeutiques, expérimentaux, anatomiques, histologiques, embryologiques, fournir un travail se rapportant aux questions suivantes :

1° « Existe-t-il chez l'homme des insuffisances et des hyperfonctionnements des glandes endocrines (en particulier thyroïde, testicule, ovaire, surrénale)? »

2° « Les hyperfonctionnements de ces glandes peuvent-ils être réactionnels à l'insuffisance partielle de chacune ou de plusieurs d'entre elles? »

Prix Dartigues-Rosenthal pour 1931. — Prix de 4.000 fr., par les docteurs Dartigues et Rosenthal, pour les membres de l'Umfia, de quelque pays qu'ils soient.

Le sujet est le suivant : « Intervention médico-chirurgicale en cas de tuberculose; pneumothorax bilatéral double ».

Ce prix est uniquement destiné à récompenser les recherches originales.

Prix Georges Luys. — Prix de 3.000 fr. du docteur Georges Luys, membre de l'Umfia, décerné au meilleur travail sur le sujet suivant : « Traitement de l'Adénome prostatique par la voie endoscopique ».

Prix réservé aux internes des hôpitaux de France. — Prix de quatrième année d'internat, fondation du docteur Dartigues. — Prix de 2.000 fr. réservé à l'interne de quatrième année qui aura présenté au Conseil la meilleure thèse ou le meilleur mémoire, au choix du candidat.

Prix réservé aux internes des hôpitaux de Paris. — Prix de première, deuxième, troisième années d'internat, sur la proposition du docteur R. Molinéry, secrétaire général. Ce prix de 500 fr. sera affecté au meilleur mémoire dont le sujet aura été arrêté par le bureau.

Prix réservé à tous les étudiants en médecine de France (stagiaires ou externes en fin d'études). — Ce prix de 300 fr. est donné au meilleur travail présenté au bureau. Le sujet en est donné par ce dernier.

Prix réservés aux internats des hôpitaux de Province. — Prix de 300 fr. réservés aux hôpitaux de Bordeaux, Montpellier, Toulouse. — Prix de 1.000 fr., fondation Bandelac de Pariente, réservé aux hôpitaux de Marseille.

Prix de l'Université de Toulouse : fondation Bandelac de Pariente. — A l'occasion du VIIe centenaire de l'Université de Toulouse, le docteur Bandelac de Pariente a fondé un prix de 1.000 fr. qui sera donné, alternativement, au meilleur travail fait par un élève en médecine sur la protection de la première enfance; au meilleur mémoire d'un étudiant en droit portant sur toutes les modifications à apporter à la législation qui protège les droits de l'enfant.

Prix Bourguet. — Prix de 2.000 fr. pour le meilleur travail sur la chirurgie cranienne.

Prix Groc. — Prix de 2.000 francs pour le meilleur travail sur la physiologie de la rate et la thérapeutique par les lipoïdes.

Prix Foveau de Courmelles et Bandelac de Pariente. — Prix de 2.400 fr. accordé à un membre de l'Umfia. Sujet du concours : « Les radiations chez les enfants ».

Prix Keim. — Prix de 500 fr. pour le meilleur mémoire sur le sujet suivant : « Diagnostic et traitement obstétrical des hémorragies des six derniers mois de la grossesse ».

Prix Fermé. — Prix de 2.000 fr. pour le meilleur travail sur le sujet suivant : « De la supériorité du complexe hydroxyde de bismuth radioactivité sur les sels de bismuth non radiférés. Etude comparative de ces deux classes de composés au point de vue de leur action biologique et clinique, et particulièrement de la thérapeutique spécifique ».

Prix Cathelin. — Prix de 1.000 fr. réservé aux internes des villes de province qui n'ont pas de faculté, sur un sujet inédit de chirurgie générale ou de préférence de chirurgie génito-urinaire.

Prix Leydier. — Prix de 3.000 fr. destiné pour le meilleur travail durant l'année, sur un sujet de chirugie plastique et esthétique. Ce travail devra être complètement inédit et comporter un caractère d'originalité : un travail entrepris dans le sens d'une revue générale ne sera pas agréé. Il est nécessaire que le prix soit destiné à récompenser une avance réelle d'une technique de chirurgie plastique ou esthétique ou encore à faire progresser la question de l'invisibilité des cicatrices par des moyens physiothérapiques ou autres.

Prix Bandelac de Pariente. — Prix de 1.000 fr. pour récompenser la meilleure thèse présentée à Paris par un Espagnol, Portugais ou Sud-Américain.

Prix P. Robin. — Prix de 1.000 fr. attribué par le bureau de la Jeune Umfia au candidat qui aura présenté les conditions stipulées par le règlement de ce concours.

La condition essentielle pour pouvoir participer à l'attribution de ces prix est d'être inscrit sur les listes de l'Umfia, l'année, au moins, qui précède le concours.

Les candidats doivent envoyer le mémoire dans les six mois qui suivent la publication du *Bulletin* où ces prix sont mentionnés. Le mémoire du lauréat sera analysé et publié, si possible, dans le *Bulletin Officiel de l'Umfia.*

Sur la proposition de M. Baillis, il a été décidé que pour le prix de thèse fondé par le docteur Dartigues, le sujet donné par le bureau serait limité et précis et qu'il comprendrait non seulement des sujets sur les maladies communes en France, mais aussi des sujets sur des maladies coloniales ou étrangères.

C'est sur la proposition de M. Jodin que le prix de 300 fr., réservé aux jeunes Umfistes, non internes, a été créé par le bureau.

Pour les conditions de ces prix, écrire au Secrétariat général de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris, et pour les Jeunes : à Mlle Suzane Roule, Secrétaire de la Jeune Umfia 36, rue Geoffroy-Saint-Hilaire, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Kotsareff (de Paris), Serullaz (de Vaugneray, Rhône), André Monastier (de Noyon), Emile Feuillié, médecin des hôpitaux de Paris; Raymond Chantier (de Troyes).

SYNDROME INFÉRIEUR DU NOYAU ROUGE DE CLAUDE

(PARALYSIE DU III ET HÉMIASYNERGIE ALTERNE AVEC DYSARTHRIE)

ASSOCIÉ A UN SYNDROME DE PARINAUD

(PARALYSIE DE L'ÉLÉVATION DU REGARD)

PAR

HENRI ROGER et JEAN PIÉRI
Professeur Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Marseille.

Claude (Soc. de neurol., 1er fév. 1912) a décrit, sous le titre de syndrome pédonculaire de la région du noyau rouge, un syndrome alterne, caractérisé par une paralysie de la IIIe paire d'un côté et par un hémisyndrome cérébelleux du côté opposé, avec dysarthrie, qu'il suppose dû à une lésion du noyau rouge. Quelques mois plus tard, avec Mlle Loyez, Claude trouve, à l'autopsie de son malade, un foyer de ramollissement limité à la moitié interne du noyau rouge et sectionnant les fibres de la IIIe paire.

Le type décrit par Claude n'est qu'un syndrome de Weber où l'hémiplégie pyramidale est remplacée par l'hémiplégie cérébelleuse ; on lui donne le nom de syndrome de Claude, ou encore de syndrome du noyau rouge, ou mieux de syndrome inférieur du noyau rouge.

On connaît, en effet, un autre syndrome que Foix appelle syndrome supérieur du noyau rouge. Ce dernier n'est autre qu'un syndrome cérébello-thalamique, siégeant du côté opposé à la lésion, et caractérisé, soit par des mouvements involontaires spontanés du type choréique ou parkinsonien, soit par une hémi-asynergie rappelant le tremblement intentionnel de la sclérose en plaques. Mais ici la paralysie du III, caractéristique du syndrome inférieur, manque (cas de Clovis Vincent, Kaiser, Long et Roussy, Chiray, Foix et Nicolesco).

Au syndrome inférieur du noyau rouge, type Claude, Souques, Crouzon et Bertrand (*Revue neurol.*, oct. 1930) opposent le syndrome de Benedikt qui est, lui aussi, dû à une lésion de la partie inférieure du noyau rouge, mais à une tout autre symptomatologie. Le syndrome de Benedikt se traduit par un syndrome alterne de paralysie du III et de troubles moteurs du côté opposé, mais il s'agit de mouvements involontaires du type trémo-choréo-athétosique survenant au repos, et non d'hémi-asynergie n'apparaissant que dans l'acte. Nous avons eu l'occasion d'en rappeler récemment un exemple avec Albert-Crémieux et Floren à la Société d'oto-neuro-ophtalmologie du Sud-Est (nov. 1930).

Le cas que nous venons d'observer et que nous vous présentons (1) correspond au syndrome inférieur du noyau rouge de Claude.

M. Gau..., quarante et un ans, bonnetier, Marseille.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Mère morte d'une attaque après la cinquantaine, un frère mort jeune, une sœur en bonne santé. Première femme morte tuberculeuse; une fille, âgée de dix-huit ans, en bonne santé. Deuxième femme bien portante; une fausse couche de deux à trois mois.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure; une gonococcie; pas de syphilis; pas d'éthylisme.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Le 13 janvier 1931, sans aucun prodrome immédiat ou éloigné, le soir, après souper, en lisant son journal, M. G... ressent un violent vertige; il peut monter avec difficulté l'escalier pour gagner sa chambre. Aussitôt arrivé, il s'affaisse sur son lit et perd connaissance. La perte de conscience paraît avoir duré sept à huit heures. Au sortir de cet état subcomateux on remarque un ptosis gauche et une impotence du membre inférieur droit; ce n'est que quelques jours après que l'impotence gagne le membre supérieur droit, dont, aussitôt après l'ictus, le malade pouvait se servir aisément. Dès les premiers jours, le malade est gêné pour parler.

Des examens de laboratoire, faits le 18 janvier, donnent les résultats suivants : urines, pas de sucre ni d'albumine; sang, Bordet-Wassermann négatif; urée, 0g35. Liquide céphalo-rachidien : écoulement peu rapide, albumine, 0g35; chlorures, 6g50; leucocytes, 2 par millimètre cube; Bordet-Wassermann négatif, benjoin colloïdal subpositif.

Au bout d'une dizaine de jours, le malade peut se lever, mais a une démarche titubante, particulièrement difficile, qui s'améliore par la suite.

Sauf le lendemain de l'ictus, il n'a jamais eu de céphalée. Il n'a pas eu de paresthésie ni d'algie de la face ni des membres, de troubles de la déglutition, de vomissements ni de troubles sphinctériens. L'appétit a toujours été conservé et les divers appareils fonctionnent normalement.

A l'examen, le 7 février 1931, nous constatons :

1. *Une paralysie complète du moteur oculaire commun gauche*; ptosis qui, depuis quelques jours, serait peut-être un peu moins complet, mais qui reste encore très accentué, strabisme externe, immobilité du globe dans les mouvements en haut, en bas et en dedans, et mobilité à peu près normale en dehors, pupille légèrement plus dilatée que la droite non contractile, pas de nystagmus.

2. *Une parésie des mouvements d'élévation du globe droit vers le haut* : l'œil ne dépasse pas l'horizontale, alors que les autres mouvements sont normaux et que la pupille réagit bien à la lumière. Non seulement l'élévation volontaire de l'œil droit est impossible, mais les mouvements automatico-réflexes d'élévation dans le renversement de la tête en arrière sont eux aussi abolis.

3. *Une dysarthrie*, qui est en voie de régression : au début le malade prononçait beaucoup plus mal les mots. Encore actuellement la parole est à la fois hésitante, pâteuse et parfois scandée, sans nasonnement. Elle ressemble un peu au parler d'une personne qui aurait la bouche pleine d'aliments. Elle ne correspond à aucune parésie faciale (facial supérieur et inférieur indemnes des deux côtés), à aucune parésie du voile ni du pharynx.

4. *Un syndrome cérébello-labyrinthique droit* des plus nets, auquel paraît s'associer une légère excitation pyramidale (exagération discrète des réflexes des membres supérieur et inférieur droits, sans clonus ni Babinski).

Au membre supérieur droit, alors que la force des divers segments est à peine diminuée, la dysmétrie, l'hypermétrie et l'adiadococcinésie sont très nettes. Le ballottement de la main, celui des bras sont plus amples à droite, l'épreuve de Purves-Stewart-Holmes est légèrement positive à droite.

Dans l'épreuve des bras tendus, yeux fermés, la main droite s'écarte légèrement en dehors. Dans l'épreuve de l'index de Barany l'index droit dévie nettement en dehors. Il n'y a pas de mouvements anormaux spontanés.

(1) Communication à la Société d'oto-neuro-ophtalmologie du Sud-Est le 28 février 1931.

Au membre inférieur, alors que les épreuves classiques destinées à déceler un petit déficit pyramidal sont négatives, il y a une grosse dysmétrie lorsque le malade, allongé, essaie de porter son talon sur le genou opposé, et surtout lorsque, dans la position debout, on lui demande d'élever ou de porter son pied exactement sur le coin d'une chaise. Nous constatons une très légère hypotonie de la cuisse droite et un ballottement plus net du pied droit.

La station debout et surtout la marche sont rendues très difficiles par une latéropulsion droite très accusée. Le syndrome cérébelleux est plus accentué au membre inférieur qu'au membre supérieur.

Les épreuves labyrinthiques instrumentales n'ont pas pu être pratiquées.

Un examen complet du système nerveux ne décèle aucun autre trouble : aucune atteinte des nerfs craniens en dehors de celle du III gauche et en particulier aucune atteinte des nerfs optiques (vision et fond d'yeux normaux), ni acoustique (pas de diminution de l'audition), aucun trouble des diverses sensibilités, douloureuse, tactile, thermique ; aucun trouble psychique.

En résumé, nous constatons chez ce malade un syndrome alterne, caractérisé surtout par une paralysie du moteur oculaire commun gauche et par un hémisyndrome cérébello-labyrinthique droit, prédominant au membre inférieur, auquel s'associent un syndrome pyramidal droit très discret et une dysarthrie. Il faut, pour être complet, mentionner une parésie des mouvements d'élévation de l'œil droit.

Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, nous soumettons ce malade à un traitement par l'arsaminol associé aux injections d'acécoline.

Le 28 février 1931, l'amélioration est très nette.

Si la paralysie des droits interne, supérieur et inférieur gauches n'a pas varié, le ptosis est moins accusé, et, volontairement, le malade peut entr'ouvrir à demi son œil gauche.

Dans l'élévation du regard, l'œil droit commence à ébaucher un léger mouvement vers le haut.

La dysarthrie est un peu moins intense, quoique encore très nette.

Le syndrome cérébelleux droit est l'élément nosologique qui a le plus rétrocédé. La dysmétrie, l'adiadococcinésie ont beaucoup diminué. Le malade marche seul en se surveillant attentivement et on ne remarque qu'une attitude avec inclinaison de la tête sur la gauche et une amplitude plus grande du côté droit avec ballottement plus grand du bras droit, sans entraînement unilatéral. L'écriture est redevenue possible, mais encore tremblée; après avoir écrit quelques lignes, le malade laisse tomber le porte-plume d'un geste un peu saccadé de la main. Dans le Romberg il y a une légère inclinaison du corps vers la droite. L'épreuve de Purves-Stewart-Holmes, l'épreuve des bras tendus d'Hautant, l'épreuve de l'index de Barany restent positives, mais à un degré moindre. Il existe encore une légère passivité de la main, du pied, du bras dans l'épreuve du ballottement.

Nous remarquons toujours une légère atteinte pyramidale droite : diminution discrète, mais nette, de la force de serrement de la main et de la force du biceps droit, réflexe stylo-radial plus vif et plus ample, réflexe rotulien droit plus vif. Pas de Babinski.

Le cas actuel rentre tout à fait dans le cadre du syndrome inférieur du noyau rouge de Claude. Hémisyndrome cérébelleux d'un côté, paralysie du III du côté opposé y sont des plus nets.

L'HÉMISYNDROME CÉRÉBELLEUX est surtout caractérisé par des troubles de la série Babinski, par l'hémiasynergie. Il s'y ajoute cependant des troubles de la série André-Thomas portant sur le tonus et la passivité. Pour de Giacomo (*Rivista oto-neuro-ophtalmologica*, juin 1930), le noyau rouge serait un centre de sélection et de transmission des influx cérébelleux régularisés par les influx corticaux, pallidaux et thalamiques.

On sait l'importance considérable que joue le noyau rouge dans le tonus musculaire, la position du corps et les réflexes labyrinthiques d'après les travaux expérimentaux si intéressants de Rademaker (1924).

D'après Bremer, le noyau rouge, du moins chez le pigeon, exercerait une action inhibitrice sur le tonus musculaire. Chez notre malade, il ne persiste qu'un léger degré d'hypotonie de la cuisse et une épreuve de ballottement légèrement positive pour les membres droits.

Dans un cas de Giacomo (*Rivista di patol. nervosa e mentale*, juillet-août 1918), consécutif à un petit ictus survenu au cours de fièvres paludéennes, l'hypotonie est plus manifeste; de même dans un cas de Baudouin et Jean Lereboullet (Soc. de neurol., 7 mars 1929, in *Revue neurol.*, p. 481-482). Notons la régression assez rapide de l'hémiasynergie qui, dans notre cas, s'est en quelques semaines considérablement améliorée.

Chez notre malade, comme dans un certain nombre de cas antérieurement publiés, il s'y ajoute, du côté du syndrome cérébelleux, un très léger syndrome PYRAMIDAL, habituellement discret : très légère diminution de force de la main droite, légère exagération des réflexes droits sans contracture, clonus, ni Babinski. Cette irritation était plus accusée dans le cas de Ludo van Bogaert (*Revue neurol.*, 1924, p. 416-423) où il existait une ébauche de clonus du pied et un signe de Babinski. Cette malade présentait en outre, d'une part un syndrome d'hallucinose caractérisé par des hallucinations de couleurs et d'animaux, non reconnues comme telles par la malade et ne suscitant chez elle aucune réaction affective, d'autre part par un état d'angoisse avec excitation psychomotrice à horaire fixe. Van Bogaert rattache l'un et l'autre de ces troubles aux lésions mésocéphaliques.

La coexistence d'une irritation pyramidale avec l'hémiasynergie au cours des syndromes inférieurs du noyau rouge, tant du syndrome de Benedikt que du syndrome de Claude, a fait l'objet de recherches très intéressantes rapportées dans le mémoire précité de Souques, Crouzon et I. Bertrand. Ces auteurs nient cette irritation pyramidale, ou plutôt ne croient pas qu'elle puisse être attribuée à la lésion du noyau rouge. Dans nos deux cas, l'un de syndrome de Benedikt, l'autre de syndrome de Claude, l'élément pyramidal, quoique discret, n'était cependant pas douteux.

On retrouve chez notre malade la DYSARTHRIE, signalée déjà par Claude et par d'autres observateurs, van Bogaert, Claude, Gauthier et Lereboullet, Baudouin et Jean Lereboullet.

Notre cas se singularise, en outre, par une particularité intéressante. C'est la coexistence avec une paralysie du moteur oculaire commun gauche d'une *parésie de l'élévation de l'œil droit*.

La première hypothèse qui vient à l'esprit pour expliquer cette association est celle d'une atteinte simultanée du moteur oculaire commun du côté opposé, mais d'une atteinte partielle, exclusivement limitée au droit supérieur, sans ptosis. Sans qu'on en sache trop la raison, on trouve parfois, au cours des syndromes pédonculaires unilatéraux, une paralysie de l'autre oculomoteur. Anglade (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. 16 mai 1913) a signalé la bilatéralité de la paralysie du III dans le syndrome de Weber. Dans le cas récent de syndrome de Benedikt, observé par l'un de nous avec Crémieux et Floren, nous avons encore noté cette atteinte bilatérale et avons retrouvé à cette occasion dans la littérature du syndrome de Benedikt des faits similaires. Van Bogaert la constate dans son cas de syndrome inférieur du noyau rouge. Mais il s'agit dans ces cas d'un ptosis qui survient au moment de l'ictus et qui disparaît les jours suivants.

La localisation dans notre cas au droit supérieur, sans qu'il y ait eu à aucun moment de ptosis, sa persistance un mois et demi après l'ictus nous suggèrent une autre hypothèse, celle d'une paralysie de l'élévation, d'un SYNDROME DE PARINAUD. Clovis Vincent a publié, dans la thèse de Dereux sur la paralysie verticale du regard (Paris 1926) un cas de syndrome de Weber typique avec syndrome de Parinaud associé. Pour Clovis Vincent « la lésion qui détermine la paralysie de l'élévation est située un peu au-dessus du noyau de la IIIe paire, aux confins du mésocéphale et de la région sous-optique, au débouché de l'aqueduc de Sylvius. Elle occupe près de la ligne médiane une région qui contient particulièrement le faisceau de la commissure postérieure, les fibres de cette commissure venues de chacune des deux moitiés du tronc encéphalique et allant principalement des formations optiques d'un côté aux formations optiques du côté opposé. La lésion est unilatérale et n'intéresse pas les tubercules quadrijumeaux ».

Claude, Gauthier et Jean Lereboullet, dans un cas typique de syndrome inférieur du noyau rouge (Soc. de neurol., 7 janv. 1927, in *Revue neurol.*, p. 57-61) tout à fait superposable au nôtre, ont noté une paralysie de l'élévation de l'œil du côté opposé à la paralysie du III, et l'interprètent eux aussi comme un syndrome de Parinaud. D'après Clovis Vincent, l'association de ces deux syndromes s'explique par une oblitération plus étendue des artères pédonculaires médianes, les supérieures tenant sous leur dépendance la paralysie de l'élévation du regard, les moyennes et inférieures la paralysie du moteur oculaire commun.

Le syndrome inférieur du noyau rouge est généralement dû à une *lésion vasculaire*, à une oblitération d'une artère pédonculaire, branche de la cérébrale postérieure : soit l'artère pédonculaire médiane, d'après Claude et Mlle Loyez, soit une des artérioles sus-protubérantielles de Duret qui cheminent vers l'origine de la IIIe paire en traversant le pied du pédoncule cérébelleux moyen, d'après Foix et Masson. Telle était l'étiologie du cas princeps anatomo-clinique de Claude. A cette pathogénie paraissent appartenir les quatre faits précités, purement cliniques, de van Bogaert, de Claude, Gauthier et Jean Lereboullet, de Giacomo, de Baudouin et Jean Lereboullet.

C'est à une autre étiologie, à une NÉOFORMATION LOCALE, *inflammatoire ou néoplasique*, qu'il faut rapporter les cinq faits plus anciens, avec contrôle nécropsique, de Mendel (*Berl. klin. Woch.*, 1885) dû à un tubercule, de Ramey (*Revue de méd.*, 1885, p. 489) dû à une tumeur, de Kraft-Ebing (*Wien. klin. Woch.*, 1889) dû à un tubercule, d'Ausset et Raviart (Thèse Raviart, Lille 1900) dû à une tumeur, de Raymond et Cestan (*Revue neurol.*, 1902, p. 403) dû à un endothéliome, d'Holmes (*Brain*, 1904, p. 327) du à un gliome.

L'étiologie est plus difficile à établir dans les trois cas sans autopsie de Raymond et Français (*Revue neurol.*, 1908, p. 485), d'Egaz Moniz (*Revue neurol.*, 1914) publié sous le titre de polioencéphalite subaiguë hémorragique, et enfin dans celui de Léopold Lévi et Bonniot (*Revue neurol.*, 1905, p. 113) publié à tort comme syndrome de Benedikt. Dans ce dernier cas il s'agit d'un tremblement du type intentionnel ou asynergique, et non, comme dans le syndrome de Benedikt, de mouvements involontaires, spontanés, choréo-athétosiques ou tremblés.

Dans notre cas, qui paraît être le quinzième cas publié, le début brusque, qui n'exclut pas d'ailleurs la progression de certains symptômes, est nettement en faveur d'un syndrome vasculaire, d'un foyer nécrobiotique dans le territoire d'une artère pédonculaire. Malgré l'absence d'antécédents et malgré les réactions de laboratoire négatives, l'amélioration par un traitement arsenical joint, il est vrai, à un traitement par l'acécoline, peut faire soupçonner une origine syphilitique (1).

(1) Dans leur mémoire sur la revision des paralysies des mouvements associés des globes oculaires (*Revue neurol*, fév. 1931), paru après notre communication à la Société d'oto-neuro-ophtalmologie du Sud-Est, Alajouanine et Thurel publient une observation (obs. III) qui rentre dans le cadre du syndrome inférieur du noyau rouge : début brusque chez un homme de soixante-cinq ans, vraisemblablement à la suite d'une hémorragie pédonculaire — atteinte passagère du III droit (ptosis n'ayant duré qu'un mois, mydriase persistant lors de l'examen quatre mois après l'ictus) — hémisyndrome cérébelleux gauche. Au syndrome inférieur du noyau rouge s'associe une paralysie de l'élévation et de l'abaissement des globes oculaires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Structure du corps et le caractère. Recherches sur le problème de la constitution et la science des tempéraments, par le docteur Ernest KRETSCHMER, professeur de psychiatrie et de neurologie à l'Université de Tubingue. In-8 de la Bibliothèque médicale, traduit d'après la sixième édition allemande par le docteur Jankélevitch. — Prix : 40 fr. — Paris, Payot.

L'Artichaut, par le docteur BREL. Une brochure de 45 pages. — Paris, Legrand.

Traitement des hémorragies et des perforations gastriques et duodénales [1]

Par VICTOR PAUCHET.

Hémorragie. — En principe, il faut attendre que l'hémorragie cesse pour opérer le sujet « à sec », mais ne point attendre qu'une seconde hémorragie, et encore moins une troisième, se produise. Du moment qu'un sujet a présenté une hémorragie, s'il a besoin de travailler surtout et n'a pas le moyen de se dorloter, il est indispensable qu'il soit opéré.

Ne jamais compter sur la gastro-entérostomie pour guérir une hémorragie duodénale; faire toujours d'emblée une résection du duodénum. Si l'opérateur est obligé — ce qui est rare — d'intervenir au cours d'une hémorragie, et qu'il s'agisse d'une lésion duodénale, nous faisons la résection du duodénum seul, pour faire l'opération minima, mais si nous opérons le malade à sec, nous pratiquons toujours une gastro-duodénectomie large, car le malade guérit mieux, d'une façon définitive, dans ces conditions.

En cas d'ulcus gastrique saignant, l'opération de Balfour (brûlage) donne souvent d'excellents résultats immédiats, mais non éloignés et nous avons dû réintervenir chez des malades opérés dans ces conditions.

Si donc le sujet est opéré au cours d'une hémorragie et s'il présente un ulcère d'estomac, on peut faire le brûlage et la suture pour arrêter *temporairement* l'hémorragie, mais réopérer le sujet quelques mois plus tard et faire alors une gastrectomie.

En résumé, tâchons d'opérer ces cas « à sec », toujours par une résection large. Si on opère pendant la crise, faire toujours la résection de l'ulcère, mais alors une pyloro-duodénectomie économique pour ne pas faire courir de risque.

Perforation aiguë de l'estomac et du duodénum. — En cas de perforation duodénale — qui est beaucoup plus fréquente que la perforation gastrique — il faut opérer le sujet dans les quelques heures qui suivent (de deux à douze heures); *ne jamais faire venir ni chirurgien ni médecin en consultation*, mais faire transporter le malade en ambulance, dès que la lésion est SUPPOSÉE (douleur syncopale brusque, ventre en bois, sonorité hépatique).

En cas d'hésitation, au début, il vaut mieux ne pas attendre la perforation confirmée, car presque toujours la rupture inter-péritonéale est précédée par quelques heures, jours ou semaines de douleur plus vive, qui vient spontanément ou se réveille à la pression du doigt, plus que dans le passé morbide. Dans ces conditions, il ne faut pas hésiter et faire opérer le plus tôt possible, avant que la perforation ait lieu.

En cas de *perforation aiguë gastrique*, faire la suture pure et simple, mais le malade subira la gastrectomie quelques mois plus tard, s'il continue à présenter quelques malaises; ne pas attendre que le sujet risque une seconde perforation ou une autre complication.

En cas *de perforation duodénale aiguë* :

a. Si la perforation est petite et les bords souples. la suturer simplement. Pas de gastro-entérostomie.

b. Si elle est plus large et les bords durs ou friables (7 cas sur 10), suturer le pylore et le duodénum à distance en tissu sain et souple, soutenir cette suture par un fragment d'épiploon et faire une gastro-entérostomie. 70 p. 100 de ces malades, au moins, restent guéris définitivement.

c. Si la perforation est très large, couper l'organe (duodénectomie) et fermer en cul-de-sac, duodénum d'un côté, et pylore de l'autre; puis faire une gastro-entérostomie.

Les malades qui ont été perforés et opérés à l'état aigu, doivent être suivis avec beaucoup de soin et réopérés à la première menace de dyspepsie.

N. B. — L'ulcère jéjunal est une complication fréquente (3 à 5 p. 100) de la gastro-entérostomie; c'est pour cette raison que nous faisons la gastrectomie très large, dans le cas d'ulcus duodénal et d'ulcus gastrique. Le processus phagédénique de l'ulcus peut être tel, qu'on soit obligé de recommencer l'opération, même après une gastrectomie pour ulcus duodénal ou gastrique. L'ulcus jéjunal est alors traité par une nouvelle résection gastrique. Si le sujet continue à présenter de l'hyperacidité et des douleurs, il ne faut pas hésiter à l'opérer une troisième fois; nous avons ainsi opéré trois fois certains sujets qui ont été ensuite *guéris définitivement. L'intervention très large*, dès le début, est généralement suffisante, mais ne jamais se décourager si l'exérèse a été économique, car finalement le chirurgien guérit le malade grâce à la gastrectomie très large.

(1) La question a été traitée avec nombreuses figures dans *La Pratique chirurgicale illustrée*, Paris, Doin, édit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 MARS 1931)

Sur l'étiologie de la grippe et l'immunité post-grippale. — M. E. MANOUSSAKIS a pratiqué des inoculations au moyen de produits de lavage du rhinopharynx filtrés sur bougie L 11 et L 2. Neuf volontaires reçurent 5 centimètres cubes de filtrat sur bougie L 2; deux d'entre eux présentèrent une atteinte de grippe deux jours et demi après l'injection et un troisième quatre jours après l'injection.

L'auteur a fait les constatations suivantes concernant l'immunité post-grippale. Sur 2.407 sujets, 1.498 cas de grippe furent constatés en 1930; 443 de ces sujets avaient déjà présenté en 1918-19 une atteinte grippale. Sur 583 anciens grippés de 1918, la proportion des atteintes récentes a été de 76 p. 100 alors que sur 1.824 sujets sans antécédents de grippe, 58 p. 100 seulement furent frappés. L'immunité post-grippale a donc complètement disparu après un délai de douze ans.

Sérum antityphoïdique concentré et purifié. Technique de préparation. Applications cliniques. — M. E. GRASSET

expose la technique générale de préparation d'un sérum antityphoïdique concentré. Ce sérum, utilisé en pratique médicale dans le traitement de plus de 600 cas de fièvre typhoïde, possède des propriétés thérapeutiques élevées. 3 à 4 injections de 20 à 40 centimètres cubes suffisent dans une grande proportion de cas à juguler l'infection typhoïdique.

Sur la présence d'un virus pathogène pour le singe dans certains bubons vénériens de l'homme. — MM. Levaditi, Ravaut, Lépine et Mlle Schoen ont montré que les ganglions inguinaux de certains malades atteints de bubons vénériens revêtant l'aspect clinique de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas, Favre et Durand) renferment un virus pathogène pour plusieurs espèces de singes catarrhinins auxquels il confère, lorsqu'il est administré par voie intracérébrale, soit une méningo-encéphalite mortelle accompagnée de production de lymphomes périvasculaires méningés, soit une maladie virulente inapparente. Dans une nouvelle série de recherches, ces auteurs ont pu démontrer que le virus pathogène est capable de traverser les bougies Chamberland L 3. Rapidement détruit dans la glycérine, le virus est, au contraire, conservé pendant dix jours au moins par simple congélation de l'émulsion virulente.

Action des rayons ultra-violets sur le soufre du sang. — M. Loeper.

Etude sur l'acide oxalique des tissus. — MM. Loeper et Tonnet.

(Séance du 14 mars 1931)

Bactériophage et perméabilité placentaire. — MM. L. Nattan-Larrier, G. Eliava et L. Richard. Le placenta arrête le bactériophage qui traverse les ultrafiltres de collodion. Il oppose ainsi un obstacle insurmontable au passage d'un corpuscule dont les dimensions ne paraissent pas dépasser celles de molécules qui passent du sang de la mère dans le sang du fœtus. Il ne suffit donc pas qu'une molécule soit très petite pour qu'elle puisse pénétrer dans le sang fœtal; il faut qu'aux facteurs mécaniques s'en ajoutent d'autres dont l'importance est certainement prépondérante.

Pouvoir bactéricide sur le méningocoque du bleu de méthylène irradié ou non irradié. — MM. R. Dujarric de la Rivière, Et. Roux et Mme Françoise Cavallier, étudiant l'action des rayons ultra-violets sur les colorants, avaient déjà montré que le jaune d'acridine soumis à l'action de ces rayons acquiert des propriétés spéciales. Dans le présent travail, les auteurs ont étudié l'action bactéricide pour le méningocoque, de différents échantillons de bleu de méthylène. Ils ont montré que le pouvoir bactéricide du bleu de méthylène pour le méningocoque est très élevé, mais que la différence de pouvoir bactéricide avant et après irradiation, quoique nette, est beaucoup moins marquée qu'avec le jaune d'acridine.

Le pouvoir antiseptique très élevé du bleu de méthylène médicinal — ayant ou non subi l'action des rayons ultra-violets — et sa faible toxicité semblent permettre de l'utiliser dans le traitement des infections à méningocoques.

Réactions du tonus du muscle artériel isolé « in vitro » au contact des eaux minérales bicarbonatées carboniques. M. A. Mougeot. Le muscle artériel réagit, sans intervention du système nerveux, par de l'hypertonie. Or le gaz carbonique est très fortement hypotonisant. L'élément antagoniste constricteur serait non les cations monovalents mais les cations plurivalents, surtout le calcium, le magnésium ne jouant pas de rôle appréciable.

Sur l'anatoxine diphtérique extraite du floculat spécifique. Ses propriétés. — MM. G. Ramon, R. Legroux et Mlle Schoen. L'anatoxine diphtérique extraite du floculat spécifique et placée dans certaines conditions physico-chimiques, se montre relativement très résistante à la chaleur; chauffée à 100 degrés, elle conserve ses propriétés, en particulier son pouvoir immunisant. L'extraction de l'anatoxine, en partant du floculat spécifique, nous fournit un moyen simple de concentrer cet antigène; la concentration peut atteindre un taux très élevé, grâce à l'élimination d'une proportion considérable de substances azotées du bouillon diphtérique, grâce aussi à l'absence presque complète de substances salines.

M. Guieysse-Pellissier ayant étudié des branchies de poissons pêchés dans une petite rivière très polluée a constaté que ces branchies présentaient une grande abondance de tissu lymphoïde. Des poissons de mer, étudiés par comparaison, n'en ont pas montré. Il est probable que ce développement hypertrophique du tissu lymphoïde est en rapport avec les mauvaises conditions d'habitat de ces poissons.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 5 mars 1931)

L'hallucinose pédonculaire. Un nouveau cas de lésion de la calotte pédonculaire provoquée par une intoxication aiguë par divers narcotiques. — M. J. Lhermitte et Mlle Gabrielle Lévy. Il s'agit d'un homme tabétique, âgé de soixante ans, qui ingéra en une fois plusieurs cachets de sulfonal, de chloral et de gardénal. Après avoir dormi profondément pendant plusieurs heures, il présenta une ophtalmoplégie droite accompagnée de diplopie, de ptosis, et associée à des mouvements choréo-athétosiques du membre supérieur contro-latéral. Quelques jours après se déchaînait un état d'hallucinose visuelle. A la tombée du jour, le malade voyait apparaître devant lui une tapisserie animée, les objets se transformaient en petits personnages mobiles qui semblaient converser entre eux. Plus tard tout se réduisit à des visions à caractère hypnagogique, suscitées surtout par la fixation des pierres de soubassement d'un mur.

Cet état hallucinatoire rentre dans le cadre tracé par Lhermitte, puis par van Bogaert. Ici, la lésion pédonculaire est due à une intoxication par des narcotiques qui ont une affinité élective pour le mésodiencéphale, et auxquels on peut donner le nom de narcotiques basilaires. On peut considérer que l'altération d'une région où siège l'appareil régulateur du sommeil et de la veille peut dissocier les composants de la fonction hypnique en libérant l'automatisme psycho-sensoriel qui est à la base même de l'activité onirique.

Syndrome thalamique au cours d'une sclérose en plaques. — M. Alajouanine présente une femme atteinte de sclérose en plaques, chez laquelle est apparue, au cours d'une poussée récente, une monoplégie brachiale accompagnée d'astéréognosie et de troubles dystoniques qui rappellent la « main thalamique ». Ces troubles sont en régression.

Etude anatomique d'un cas de chorée de Sydenham. — M. Van Gehuchten a suivi un cas de chorée grave chez un jeune homme de quinze ans, qui est mort après deux semaines de maladie. Les lésions, dont il projette les microphotographies, sont de type inflammatoire, avec congestion vasculaire et infiltrations lymphocytaires, dans le bulbe, la protubérance, le cervelet, la paroi des ventricules; elles sont, au contraire, d'aspect plutôt dégénératif, avec moins d'infiltrats, mais plus de dégénérescences cellulaires, dans la couche optique, le putamen et le noyau coudé. L'auteur suppose que ces dernières lésions correspondent aux symptômes initiaux, caractéristiques de la chorée, tandis que les premières seraient contemporaines des accidents terminaux, qui ont déterminé la mort. Le type inflammatoire, décrit par P. Marie et Trétiakoff, serait celui des chorées qui évoluent

rapidement; le type dégénératif, décrit par Lhermitte et Pagniez, celui des formes qui durent plus longtemps. Il s'agirait ici d'un cas intermédiaire.

MM. Lhermitte, Roussy, André Thomas discutent la localisation et le mécanisme des mouvements choréiques.

Syndrome épileptique et syndrome d'hémi-parkinsonisme réalisés par une tumeur cérébrale. Provocation du tremblement parkinsonien par l'hypertension intracranienne momentanée que réalise la compression au niveau de la brèche osseuse de trépanation décompressive. — MM. J. Tinel et H. Baruk. On a vu apparaître successivement chez ce malade, en l'espace de deux ans, de petites absences de type comitial, puis un syndrome progressif d'hémi-parkinsonisme droit. Plus tard, en même temps qu'un syndrome diffus d'hypertension intracranienne avec stase rétinienne bilatérale et troubles auditifs, sont apparues des crises paroxystiques d'hypertonie avec accentuation du tremblement, et même quelques grandes crises convulsives épileptiformes. Il existait, en outre, des crises d'obnubilation psychique avec apparition de phénomènes hallucinatoires. On a pratiqué, chez ce malade, une large trépanation décompressive sous-temporale droite, suivie d'un traitement radiothérapique.

A la suite de la trépanation décompressive, les crises comitiales et hypertoniques disparurent, ainsi que les troubles hallucinatoires. Le syndrome parkinsonien droit s'atténua beaucoup.

Mais, actuellement, on peut provoquer une crise d'hypertonie et de tremblement intense du côté droit, toutes les fois que l'on exerce une compression sur la région trépanée, qui fait saillie.

Il est probable que l'hypertension localisée que l'on détermine ainsi provoque, dans les centres nerveux altérés, une ischémie transitoire, qui est la cause des crises.

Hémitremblement avec hémiasynergie cérébelleuse, hémihyperesthésie et bégaiement; contribution à l'étude des tremblements post-traumatiques et des syndromes rubro-hypothalamiques. — MM. Faure-Beaulieu et Cord présentent un homme de soixante et onze ans, dont le membre supérieur droit est agité d'un tremblement incessant, depuis un grave traumatisme céphalique, qui a été subi en mai dernier, mais qui n'a pas déterminé de lésion osseuse cranienne.

Ce tremblement ne s'accompagne d'aucun symptôme parkinsonien; par contre, il fait partie d'un syndrome complexe, qui comprend les quatre éléments suivants :

1° Mouvements involontaires du membre supérieur droit, de variété trémo-choréiforme;

2° Hémisyndrome cérébelleux du même côté, fait d'asynergie et de passivité;

3° Hémihyperesthénie droite, non seulement superficielle, mais profonde, sans aucun des autres éléments du syndrome thalamique sensitif;

4° Bégaiement extrêmement prononcé, dont l'apparition fut d'ailleurs un peu plus tardive.

Après avoir discuté, pour l'éliminer, l'hypothèse d'un hystéro-traumatisme, les auteurs exposent les raisons qui plaident en faveur d'une localisation de la lésion dans la région supérieure du noyau rouge et dans le carrefour sous-thalamique.

Il s'agirait d'un tremblement organique d'origine traumatique, distinct du tremblement parkinsonien.

Deux cas de méningiomes du tuberculum sellæ; ablation, guérison. — MM. Cl. Vincent, P. Puech et M. David présentent deux cas de méningiome du *tuberculum sellæ*, forme relativement rare des tumeurs de la région chiasmatique.

Les deux malades présentaient une cécité droite qui datait de plusieurs années, et une hémianopsie temporale gauche avec atrophie optique primitive. Il n'existait pas de gros signe de la série hypophysaire.

Sur la radiographie, les dimensions de la selle turcique étaient à peu près normales, mais on constatait l'existence d'un ostéome caractéristique au niveau du *tuberculum sellæ*.

Les deux tumeurs furent extirpées, l'une d'un bloc, l'autre par morcellement.

Un mois après l'opération, la vue s'est déjà fort améliorée, et ces malades, qui ne pouvaient se conduire, circulent seuls et lisent le journal.

Causalgie du médian, soulagée par la compression de l'artère radiale. — M. Alajouanine présente un malade qui, à la suite d'une injection intraveineuse d'alacrine manquée, fut atteint de causalgie du médian. Chez ce malade, la compression de l'artère radiale fait disparaître les douleurs. Il semble qu'une modification du régime circulatoire suffise pour modifier la sensibilité. Il sera intéressant d'observer si la ligature de l'artère radiale, qui va être pratiquée, assure un soulagement durable.

Sur un cas anatomo-clinique de tubercules de la protubérance et du cervelet. — M. I. Christophe et Mlle Y. Baumberger rapportent l'observation anatomo-clinique d'un sujet de trente-quatre ans, qui avait présenté des signes neurologiques caractérisés par une hémiparésie gauche avec signes pyramidaux bilatéraux et un syndrome cérébelleux statique associé à de la dysmétrie de la moitié gauche du corps. En même temps, s'était développée une tuberculose épididymo-testiculaire. Il n'existait pas de signes nets d'hypertension intracranienne, pas de modification du fond d'œil. Le malade succomba quatre mois après le début des accidents.

A l'autopsie, il existait trois tubercules de la grosseur d'une olive. Deux d'entre eux étaient situés dans le cervelet : l'un à droite de la ligne médiane, l'autre à gauche dans la substance blanche centrale, détruisant la plus grande partie du noyau dentelé. Le troisième tubercule occupait la moitié droite du pied de la protubérance dans sa partie supérieure.

Sensibilité familiale aux accidents sériques. — M. Bourguignon présente un jeune garçon, qui avait reçu, pour une plaie du cuir chevelu, 10 centimètres cubes de sérum antitétanique purifié sous la peau. Dix jours plus tard, cet enfant présenta de la fièvre et de l'urticaire, puis des signes méningés avec strabisme, enfin une paralysie des deux membres supérieurs, de la nuque et du tronc, avec phénomènes bulbaires. Après deux semaines d'une situation extrêmement grave, ces phénomènes s'améliorent lentement. Or le père de ce malade a présenté des accidents sériques, avec paralysie du membre supérieur, après une injection de sérum antidiphtérique; un oncle et deux cousins germains ont été également atteints d'accidents sévères à la suite d'injections de sérum antitétanique ou antidiphtérique.

Paralysies post-sérothérapiques. — M. Haguenau rapporte une statistique de plus de 60 cas de paralysies post-sérothérapiques, qu'il a recueillis dans la littérature. Il n'existe pas d'observation anatomique (bien qu'on connaisse deux cas mortels), et la paralysie n'a jamais pu être reproduite par l'expérimentation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 24 janvier 1931).

Les réactions vaso-motrices du foie. — M. Roger Glénard, mettant à profit les précieux enseignements de la palpation du foie par le « procédé du pouce », montre dans une étude d'ensemble que la plupart des malformations légères de cet organe, intermédiaires entre l'état normal et les volu-

mineuses hypertrophies, sont dues à des troubles de son rythme circulatoire.

A la vaso-dilatation correspondent les poussées congestives, à la vaso-constriction la diminution de volume du foie, à l'hypotonie l'hypatoptose. Cette nouvelle classification de phénomènes pathologiques encore mal connus offre autant d'intérêt au point de vue de la séméiologie qu'à celui de la thérapeutique.

Angiome vasculaire des paupières. — M. FILDERMANN.

Maladie de Dupuytren. — M. Félix REGNAULT pense que cette maladie débute toujours par de la cellulite.

M. PASCALIS présente une gouttière articulée pour le membre inférieur qui permet d'examiner ou de panser le membre sans avoir à répéter la manœuvre douloureuse et dangereuse de l'en extraire préalablement. Cette gouttière interchangeable est construite en duralumin, c'est-à-dire perméable aux rayons X.

A propos du traitement médical de l'appendicite. — M. PASCALIS refuse systématiquement toute appendicectomie préventive, mais par contre estime que toute appendicite dûment diagnostiquée doit être immédiatement opérée. Il pense que les séquelles sont le fait des cas mal examinés ou opérés trop tard, et qu'il est possible de remédier aux adhérences de formes aiguës septicémiques non encore décrites par des greffes épiploïques libres. Enfin, il apporte des observations d'épilepsie généralisée ayant cédé à l'appendicectomie.

Traitements récents de quelques affections ano-rectales : hémorroïdes, fissure, prurit anal. — M. CAMBIES présente un film avec dessins animés sur la technique de la recto-sigmoïdoscopie et des traitements décrits, et passe en revue le traitement des hémorroïdes internes par les injections sclérosantes de quinine et urée à 5 p. 100 faites suivant la technique du docteur Bensaude, au-dessus du bourrelet hémorroïdaire.

Dans le traitement de la fissure anale, l'auteur signale les bons résultats obtenus à l'aide de l'injection sous la muqueuse de la fissure de quelques gouttes de quinine et urée. Cette méthode est cependant très douloureuse. Pour éviter cette douleur, il a imaginé le traitement de la fissure par la dilatation diathermique progressive, à l'aide de son électrode olivaire spéciale. L'auteur signale enfin le traitement du prurit anal par les injections péri-anales sous la peau, et non dans le derme, de benzoate de benzocaïne.

La dibromoxymercurifluorescéine et ses applications en gynécologie et en urologie. — M. Ch. DAVID.

Influence des ondes galvaniques alternatives à longues périodes sur la trophicité locale (et peut-être générale). — M. LAQUERRIÈRE rapporte les effets obtenus sans contractions musculaires dans deux cas de ptose de la paroi abdominale, dans un cas de troubles liés à un prolapsus utérin chez une obèse à circulation défectueuse avec ptose de la paroi abdominale.

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1931)

Présentation d'ouvrage. — M. DARTIGUES présente un ouvrage de M. Melamet intitulé *Vivre vieux, vivre mieux*; mise au point parfaite des méthodes diverses pour obtenir une vieillesse à rendement social, notamment la volonté et une saine hygiène.

A propos du traitement médical de l'appendicite. — M. Fernand MASMONTEIL s'élève contre le traitement médical de l'appendicite. Pour lui, en présence d'un cas récent, l'opération systématique est toujours indiquée, car il n'existe aucun signe clinique qui permette de reconnaître la gravité ou la bénignité d'une affection appendiculaire au début de la crise. « Pas de désarmement chirurgical sans sécurité », voilà la prudence et la sagesse.

A propos de la cellulite. — M. SÉDILLOT, se plaçant au point de vue clinique et anatomique, prétend que l'élément anatomique douloureux à la pression est non pas la branche sensitive émergente, mais le plexus de fibres sympathiques qui entoure ce tronc nerveux et que la soi-disant cellulite n'est pas autre chose qu'une névrite des filets sympathiques amenant secondairement un trouble trophique : l'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané. Pour lui, le mot cellulite doit donc disparaître.

M. M.-P. WEIL a du mal à se figurer que le processus cellulitique soit un processus nerveux et que la douleur cellulitique soit d'origine sympathique. La chose est possible; mais les noyaux cellulitiques ne sont pas toujours spontanément douloureux, si bien que M. M.-P. Weil se demande si ce n'est pas confondre deux ordres différents de phénomènes que de vouloir ramener le processus sous-cutané à l'irritation nerveuse que, secondairement, il entraîne.

Bactériophage et chirurgie. — M. PETIT DE LA VILLÉON lit une note sur le rôle que le bactériophage doit jouer dans la pratique de la chirurgie courante.

Rôle de l'analyse cytologique des crachats dans le diagnostic des diverses pneumopathies à pneumobacilles de Friedlander. — M. André TARDIEU fait connaître un nouvel exemple clinique de pneumopathie suraiguë à pneumobacilles, à forme rapidement hémorragique et nécrobiotique. Au point de vue clinique, il insiste sur la discordance existant au début entre les phénomènes généraux et l'absence de signes locaux pulmonaires perceptibles. Cette forme de pneumopathie à pneumobacilles doit être distinguée, quant au pronostic, des œdèmes congestifs pulmonaires à pneumobacilles.

Urticaire par effort et cure thermale. — M. A. DEBIDOUR rapporte l'observation d'un malade chez lequel, consécutivement à un coryza spasmodique printanier, accompagné de crises de dyspnée asthmatiforme, est apparue brusquement une urticaire causée uniquement par l'effort musculaire brusque et rapide. Cette urticaire datant de deux ans, gênant considérablement le travail, disparut complètement et définitivement à la suite d'une cure thermale au Mont-Dore. L'auteur attribue ce résultat au rétablissement de l'équilibre humoral et neuro-végétatif du sujet.

Insuffisance de la radioscopie seule dans le diagnostic des affections pulmonaires. — M. NEMOURS-AUGUSTE rapporte le cas d'un malade ayant eu antérieurement un examen radioscopique, seul, des poumons et qui n'avait montré aucune lésion. Un examen radioscopique et radiographique révéla de nombreuses métastases pulmonaires.

L'auteur insiste sur l'inutilité, voire le danger, des examens radioscopiques pratiqués sans radiographie.

LIVRES NOUVEAUX

Les bronchopneumonies chez l'enfant ou pneumonies en foyers. Etude anatomique de quelques formes suraiguës et aiguës (1), par André HÉRAUX. — (Préface de M. G. ROUSSY.)

Ayant étudié 42 cas de bronchopneumonies suraiguës et aiguës chez l'enfant — formes les plus fréquentes à cet âge

(1) Paris, Masson et Cie, 1929.

— tant au point de vue clinique qu'anatomique, l'auteur en conclut que les diverses étiologies ne donnent pas lieu à des lésions qui soient particulières à chacune d'elles.

Dans les bronchopneumonies suraiguës, on trouve de la congestion diffuse sans hépatisation; quelques détails particuliers peuvent parfois être relevés dans les bronchopneumonies grippales ou dans celles de l'athrepsie. Histologiquement, on trouve surtout des lésions des bronchioles et des lésions alvéolaires polymorphes (alvéolite hémorragique dans la rougeole, la coqueluche, la grippe, alvéolite catarrhale avec atélectasie dans l'athrepsie) parfois de l'alvéolite leucosuppurée.

Dans les bronchopneumonies aiguës, un parenchyme condensé avec lésions de bronchopneumonie nodulaire ou miliaire sans qu'ici non plus l'étiologie commande exclusivement un type macroscopique particulier. Histologiquement, on trouve des lésions bronchiques de type mucopurulent et de l'alvéolite fibrineuse ou suppurée sans que la systématisation péribronchique soit le moins du monde constante.

Quelle que soit la cause originelle de la bronchopneumonie on peut rencontrer des cellules géantes.

Si la voie aérienne paraît, comme on l'admet communément, la voie le plus souvent suivie par l'infection, on ne saurait cependant éliminer la voie sanguine. Quant au nodule péribronchique, il manque souvent, il ne saurait donc en aucune façon constituer le résumé de la bronchopneumonie au point de vue anatomopathologique. Peut-être, bien qu'elle ait droit de cité et que l'auteur renonce à contester des droits acquis, la dénomination classique de bronchopneumonie est-elle mal appropriée et celle de pneumonie en foyers, qui ne préjuge rien de la pathogénie, serait-elle préférable.

R. L.

La grippe (1), par le docteur J. Chabas.

Dans cette brève étude, le distingué directeur de la « Revista de higiene y de tuberculosis » passe en revue les divers problèmes que soulève la grippe épidémique. Et depuis cinq cents ans au moins qu'elle exerce sur l'univers des ravages périodiques, il s'en faut qu'en dépit des progrès de la médecine depuis un siècle, nos connaissances en la matière aient beaucoup progressé. S'agit-il d'une unité épidémiologique aux apparences variées ou de diverses affections séparées? Quelle en est la cause, microbe, virus filtrant? Quelle est

(1) Madrid, Javier Morata, 1929, 160 pages.

l'importance du terrain? des associations microbiennes? Après une brève étude anatomopathologique, l'auteur aborde l'exposé clinique; formes graves et formes bénignes; complications. L'étude des influences réciproques de la grippe et de la tuberculose n'est pas le point le moins intéressant de ce remarquable travail que conclut une importante étude du problème thérapeutique, tant curatif que prophylactique. De telles mises au point sont toujours d'actualité puisque le péril même en temps d'accalmie demeure toujours menaçant.

R. L.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU CÆCUM

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT[1]

Evolution. — L'évolution de ce cancer, s'il n'est pas opéré à temps, va se faire :

1. *Vers la cachexie*, la dégénérescence amyloïde.

2. Mais souvent des **complications**, surtout *septiques*, viennent abréger l'évolution :

a. Ce sont :

Soit des accidents aigus, pouvant survenir :

Soit comme accident initial : phlegmon rétrocolique révélateur ;

Soit comme épisode terminal.

Ce sont les *abcès de la fosse iliaque*, péri ou rétro-cæcaux se traduisant cliniquement :

Par une température oscillante;

Un empâtement de la fosse iliaque droite;

Des phénomènes douloureux;

Et des signes généraux.

Ils évoluent vers le phlegmon pyo-stercoral et la fistulisation : à la peau dans un viscère creux (grêle, estomac, vessie) ou dans le péritoine (péritonite généralisée).

b. Soit des accidents subaigus atténués, avec de petits signes fonctionnels, un peu de fièvre, intéressant cependant le chirurgien (danger de cellulite postopératoire).

3. Plus rarement on observe des *compressions* :

De la veine cave inférieure donnant un œdème bilatéral des membres inférieurs;

Ou du plexus lombaire donnant des phénomènes douloureux divers.

4. *Les métastases* sont rares. Elles surviennent à titre de récidive opératoire dans le foie, le poumon, le péritoine.

L'évolution totale peut se poursuivre pendant un à deux ans environ.

FORMES CLINIQUES

Nous ne ferons que citer le cancer sténosant évoluant suivant le type du squirrhe du côlon gauche.

— Le cancer de la *valvule de Bauhin* qui peut se révéler par un syndrome aigu d'invagination.

— Le *cancer appendiculaire* qui survient surtout chez des malades jeunes; longtemps muet cliniquement et d'un diagnostic très difficile; ou au contraire évoluant comme une appendicite.

Il peut parfois être secondaire à un cancer du cæcum.

Mais il faut insister sur un certain nombre de formes symptomatiques :

— *Formes fébriles, formes douloureuses*, formes se manifestant par des signes généraux, mais surtout :

— *Formes révélées par un abcès* de la fosse iliaque, forme fréquente souvent étiquetée abcès appendiculaire.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 27, p. 526.

DIAGNOSTIC

Au début. — En raison des signes fonctionnels d'ordre intestinal il est fréquent de penser à :

Une colite simple,

Une appendicite chronique,

Une tuberculose intestinale.

Cependant l'âge du malade, les hémorragies devront aiguiller vers un cancer digestif dont la localisation en l'absence de tumeur peut être impossible.

A la période d'état. — *A.* On constate une tumeur dans la fosse iliaque droite. Est-elle cæcale?

Le diagnostic est facile : avec *abcès pottique, sarcome de la fosse iliaque.*

Il est plus difficile avec : un *rein ptosé*; mais il reste mobile verticalement, immobile transversalement.

Très difficile avec une *tumeur d'un rein ptosique* d'autant que la tumeur tend rapidement à se fixer (en cas de cancer).

B. La tumeur est cæcale. Quelle est sa nature?

1. TUBERCULOSE ILÉO-CÆCALE A FORME HYPERTROPHIQUE. — Mais celle-ci survient chez des sujets plus jeunes.

La tumeur est plus volumineuse, plus mobile, avec des bords plus nets.

Les hémorragies n'existent pas, tandis que dans le cancer elles sont constantes et continues.

A la radioscopie, pas d'image lacunaire, mais lumière rétrécie à bords nets avec évacuation accélérée. Les bords du cæcum sont nets.

L'état général reste excellent.

Mais ce sont là des signes incertains et d'interprétation difficile. Le diagnostic est donc parfois malaisé et souvent même pièce en mains on est en droit d'hésiter.

2. Il faut encore penser :

AUX TUMEURS INFLAMMATOIRES DU CÆCUM (typhlites, péri-typhlite ou même appendicite sous-séreuse des vieillards). Elles s'installent parfois après un début aigu. Elles sont volontiers douloureuses et fébriles.

Cependant le diagnostic peut rester en suspens, et seul l'examen histologique après exérèse peut clore la discussion.

3. AUX INVAGINATIONS CHRONIQUES. — Le diagnostic sera facilité par les signes radiologiques.

C. On est en présence d'un abcès de la fosse iliaque droite. — On pense surtout :

— A un *abcès péri-appendiculaire* car nous avons vu qu'un cancer du cæcum peut s'accompagner d'un abcès avant que les signes intestinaux n'aient attiré l'attention :

— Accessoirement :

A un *abcès froid* d'origine osseuse;

A une *actinomycose* (épreuve du traitement).

TRAITEMENT

1° Curatif. — Opération en un seul temps. Résection suivie d'anastomose immédiate à réserver aux malades résistants et non infectés. L'opération sera très large comportant l'ablation du segment iléo-cæco-colique en totalité avec le mésentère correspondant.

La mortalité postopératoire oscille autour de 10-15 p. 100 dans les bons cas. La récidive locale ou à distance est rare.

2° Palliatif. — Entéro-anastomose, réalisant une exclusion unilatérale du cæcum, et qui sera, soit une iléo-sigmoïdostomie, soit plus rarement une iléo-transversostomie. Elle vit des contre-indications de l'exérèse (métastases, cachexie, infection).

Chez un malade infecté ou fébrile, mais résistant, on pourra tenter secondairement la résection, mais gros danger de cellulite postopératoire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. Gle D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS
Considérations étiologiques, cliniques et thérapeutiques sur trois grands enfants atteints de poliomyélite antérieure aiguë à forme paraplégique, par M. le Professeur P. Nobécourt.
CHRONIQUE
Notice sur le corps de santé militaire colonial.
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu le lundi 1er juin 1931.

AGRÉGÉS DE FACULTÉS. — Par arrêté du 7 avril 1931, sont nommés, pour une période de neuf ans à compter du 1er avril 1931, agrégés près les facultés de médecine et facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignées (emplois vacants) :

Faculté de médecine de l'Université de Paris : physiologie, M. Chailley-Bert.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux : physiologie, M. Fabre; obstétrique, M. Marc Rivière. (*J. O.*, 8 avril 1931.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le concours pour une place de prosecteur s'est terminé par la nomination de M. Heitz, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

— La chaire de pathologie externe est déclarée vacante.

ÉCOLE DE PERFECTIONNEMENT DES OFFICIERS DE RÉSERVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA RÉGION DE PARIS. — Un cinquième exercice pratique commun aux quatre écoles annexes de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé aura lieu le dimanche 17 mai 1931, à 9 h. 30, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles.

Sujet : « Le médecin répartiteur dans une bataille d'armée », par le médecin commandant de réserve Julien Huber, médecin des hôpitaux.

SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE LYON ET DE LA RÉGION. — Il vient de se fonder, le 1er mars 1931, une Société d'oto-rhino-laryngologie pour Lyon et sa région. Cette nouvelle Société a pour but l'étude scientifique de la spécialité oto-laryngologique. Elle tiendra ses séances à la salle Pasteur, à l'Hôtel-Dieu, le premier vendredi de chaque mois, sauf pendant les vacances.

Son président pour 1931 est M. Garel, médecin honoraire des hôpitaux, fondateur de la laryngologie à Lyon.

Les autres membres du bureau sont :

Vice-présidents : MM. le professeur Lannois; Moreau, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Saint-Etienne; secrétaire général : M. Sargnon, 5, rue Victor-Hugo, à Lyon; secrétaire adjoint : M. Mounier-Kuhn; trésorier : M. Garnier.

La Société comprend des membres titulaires habitant Lyon ou la région lyonnaise et des membres correspondants nationaux ou étrangers.

DERMATOSES ET SYPHILIS EXOTIQUES. — Il existe à l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le professeur Gougerot, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et de M. le docteur Paul Blum, ancien chef de clinique, médecin assistant de l'hôpital Saint-Louis, *à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'hôpital Saint-Louis*, pavillon Bazin, 40, rue Bichat, Paris (Xe), un centre de consultation et de traitement des maladies de la peau : syphilis, lèpre, mycoses, dermatoses exotiques, etc..., réservé particulièrement : 1° aux travailleurs coloniaux; 2° aux travailleurs étrangers; 3° aux immigrants; 4° aux étrangers qui demandent aide et assistance à leurs Consulats respectifs.

Cette consultation a lieu lundi, mercredi, vendredi, samedi matin à 9 h. 30, *Hôpital Saint-Louis*, pavillon Bazin, 40, rue Bichat.

Une autre consultation a également lieu, mercredi soir à 20 h. 30, à la grande consultation 40, rue Bichat, pour les travailleurs étrangers qui n'ont pu venir à celle de la matinée.

Les malades qui ne connaîtraient pas la langue pourront s'adresser à leur Consulat afin de se faire accompagner d'un interprète.

Ils pourront se munir de leur passeport ou de leurs pièces d'identité.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Paul

Blum, médecin assistant de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, à Paris (Xᵉ).

XIIᵉ SALON DES MÉDECINS. — Pour la douzième fois il s'ouvrira du dimanche 4 au 13 octobre prochain inclus, au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, Paris (VIᵉ).

Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire organisateur : M. le docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVᵉ). Joindre un timbre pour la réponse.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Henry Jourdan (de Marseille), Gaston Charropin (de Toulon), Georges Bétoulières (de Marseille), Marius Blanc (de Brignoles).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. (M. N..., professeur.) — *Chirurgie de la tête et du cou. Chirurgie nerveuse.* — Cours de M. le docteur G. Ménégaux, prosecteur. — Ouverture du cours le lundi 13 avril 1931, à 14 h.

— *Chirurgie du thorax et du rachis et chirurgie orthopédique.* — Cours de M. le docteur Merle d'Aubigné, prosecteur. — Ouverture du cours le lundi 27 avril 1931, à 14 h.

— *Chirurgie du tube digestif.* — Cours de M. le docteur Roger Gueullette, prosecteur, sous la direction de M. le professeur Pierre Duval. — Ouverture du cours le lundi 11 mai 1931, à 14 h.

— *Chirurgie des annexes du tube digestif* (foie, voies biliaires, rate, pancréas, glandes salivaires, péritoine). — Cours de M. le docteur P. Gérard-Marchant, prosecteur. — Ce cours commencera le mardi 26 mai 1931, à 14 h.

Les cours auront lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ces cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 300 fr. pour les deux séries. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), de 14 à 16 h., les lundis, mercredis et vendredis.

— LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY.) — *Cours de technique hématologique et sérologique*, par M. Edouard Peyre, chef de laboratoire. — Ce cours comporte seize leçons; il commencera le lundi 18 mai 1931, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants; les séances comprendront deux parties :

1º Un exposé théorique et technique;

2º Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences.

Le droit à verser est de 250 fr. — Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

COURS D'ACTINOLOGIE. — Un cours d'actinologie, en onze leçons avec démonstrations pratiques, sera fait à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle (223, rue de la Convention), du 5 au 19 mai, par MM. J. Saidman, J. Meyer, Lautman, Dufestel, Colanéri, Palisse et le professeur Jausion.

Les auditeurs pourront assister aux consultations et aux traitements.

L'Institut d'actinologie est ouvert les mardis, jeudis, samedis matin, à 10 h., et les lundis, mercredis, vendredis après-midi, à 16 h.

Un certificat sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours.

Le prix du cours est fixé à 150 fr. à verser à l'inscription ou à l'ouverture du cours.

Prière de s'inscrire en écrivant au secrétaire de l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle, Paris (XVᵉ).

LIVRES NOUVEAUX

La toux chez les enfants (1), par Pierre GAUTIER, professeur de clinique infantile à l'Université de Genève.

En raison même de sa banalité, la toux n'éveille parfois chez le clinicien qu'une attention distraite; il se trouve ainsi frustré d'une partie des renseignements qu'elle apporte.

L'auteur décrit ici avec cette précision minutieuse dont les grands cliniciens d'autrefois nous ont laissé de précieux modèles les divers caractères que présente le symptôme toux selon les causes qui l'engendrent, affections des diverses portions de l'appareil respiratoire, affections cardiaques, maladies infectieuses. La toux du nourrisson mérite une particulière attention en raison de la pauvreté et de la confusion habituelle des tableaux cliniques à cet âge. L'auteur étudie successivement la signification clinique de la toux, ses caractères particuliers, les autres symptômes qui viennent s'y associer. A signaler, en particulier l'étude de la toux due aux maladies des voies respiratoires supérieures, la toux pleurale, la toux dans la diphtérie, la coqueluche, l'adénopathie trachéobronchique, la tuberculose, les affections parasitaires si importantes et qu'on tend trop souvent à oublier, l'étude enfin des complications propres à la toux.

Un important chapitre thérapeutique, symptomatique et étiologique sert de conclusion pratique à cette remarquable monographie.

R. L.

(1) L'Expansion scientifique française, Paris, 1930.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR TROIS GRANDS ENFANTS ATTEINTS DE

POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUË A FORME PARAPLÉGIQUE[1]

Par P. NOBÉCOURT,

Professeur de Clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

Je vais vous montrer trois grands enfants atteints de poliomyélite antérieure aiguë à forme paraplégique.

Voici René.

Il est né le 12 septembre 1919. Ses antécédents ne présentent rien de particulier. Il est apprenti imprimeur.

Au début de septembre, il part en vacances en Bretagne, dans les Côtes-du-Nord, aux environs de Saint-Brieuc.

Deux jours après son arrivée, il se plaint de vives douleurs à la nuque, qui gênent la flexion de la tête, mais n'empêchent pas la rotation.

Le lendemain, il ressent des douleurs dans les membres inférieurs. Il est obligé de garder le lit. Il remue difficilement ses membres inférieurs. Il arrive seulement à fléchir légèrement les genoux et les articulations coxo-fémorales. La mobilisation provoque de fortes douleurs dans les genoux et les hanches.

Le troisième jour, l'impotence des membres inférieurs est complète; le malade ne peut plus s'asseoir.

Pendant ces trois jours la température est aux environs de 39°7.

Le médecin consulté prescrit une purgation et du pyramidon.

Le quatrième jour, la fièvre cesse. La paralysie persiste.

Au début d'octobre, un mois après le début de la maladie, René est ramené à Paris. Son médecin lui injecte vingt ampoules de sérum antipoliomyélitique, soit dans le rachis soit dans les muscles. Ce traitement n'amène aucun changement dans la paralysie.

L'enfant entre au pavillon Marie Richard le 21 novembre. Il est âgé de quinze ans et deux mois. Le début de la maladie remonte à deux mois et demi.

La température est normale.

Nous constatons une paralysie flasque des membres inférieurs : les mouvements de flexion du genou et de l'articulation coxo-fémorale sont possibles, plus faibles à gauche qu'à droite; l'extension de la jambe, le genou étant fléchi, est difficile, surtout à gauche. Les réflexes rotuliens sont abolis; les réflexes achilliens existent. Le malade peut s'asseoir dans son lit.

M. Duhem fait l'examen électrique, le 28 novembre. Au membre inférieur gauche, il constate, au niveau du quadriceps fémoral, une R. D. totale, au niveau des fessiers et des muscles postérieurs de la cuisse une R. D partielle, au niveau des muscles de la jambe une légère hypoexcitabilité généralisée.

Après l'entrée à l'hôpital, la paralysie s'atténue graduellement.

Le 16 janvier, on note une grande amélioration. A droite le malade soulève facilement sa jambe. A gauche, il ne peut détacher le talon du plan du lit lorsque le membre est allongé, mais peut exécuter le mouvement quand le genou est préalablement fléchi. Les quadriceps fémoraux sont atrophiés, surtout le gauche; le périmètre de la cuisse, à sa partie moyenne, est de 33 cm. à gauche, de 36 cm. à droite. Le malade marche assez bien, même sans canne.

Un nouvel examen électrique, pratiqué par M. Duhem, décèle une légère hypoexcitabilité des muscles des membres inférieurs, qui paraissent sensiblement normaux; seul le quadriceps fémoral gauche présente toujours une R. D. totale.

Aujourd'hui, la maladie date de près de quatre mois.

Comme vous pouvez le voir, René marche assez bien, sans soutien; mais sa jambe gauche est plus faible et fléchit de temps en temps. Lorsqu'il est assis, il remue bien sa jambe droite, la gauche beaucoup moins bien, car le quadriceps est toujours paralysé. On peut espérer que la capacité fonctionnelle pourra être à peu près complètement récupérée.

Depuis que le malade est à l'hôpital on lui a fait suivre le traitement suivant : diathermie des membres inférieurs, électricité faradique, et, chaque jour, trois bains chauds locaux.

Voici maintenant Marie-Louise.

Elle est née le 26 juillet 1920. Elle a toujours été bien portante; elle n'a eu que la varicelle à l'âge de cinq ou six ans.

Le 1er juillet, elle va en vacances en Seine-et-Marne, près de Provins. Elle rentre à Paris, dans le VIIe arrondissement, le 16 septembre et retourne à l'école le 6 octobre.

Le 8 octobre, pendant la classe, elle éprouve un malaise général, elle a mauvaise mine.

Le 9, elle se plaint de céphalée vive, de douleurs dans les genoux, surtout dans les creux poplités; un médecin parle de douleurs de croissance.

Le 10, la céphalée et les douleurs de genoux sont plus fortes. Lorsqu'on veut lever la malade, ses jambes fléchissent, surtout la droite; si on ne l'avait pas soutenue, elle serait tombée.

Le 11, quatrième jour de la maladie, après une nuit très agitée, on l'amène au pavillon Marie Richard.

Elle est âgée de dix ans et deux mois.

Sa température, pendant les trois premiers jours de son séjour, est de 38°-38°5.

On constate une paralysie flasque des membres inférieurs. Le pied droit est en varus équin, le pied gauche repose sur son bord externe. Aucun mouvement des membres inférieurs n'est possible, sauf pour les orteils. Les réflexes patellaires et achilliens sont abolis. Il n'y a pas de Babinski.

Les muscles de la paroi abdominale sont intacts ; pendant la respiration le ventre se soulève et

(1) Leçon du 31 janvier 1931 recueillie par Mme le docteur Trifonoff.

s'affaisse normalement. Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis.

La malade est dans l'impossibilité de s'asseoir seule ; quand on l'assied on provoque de fortes douleurs dans les lombes et les cuisses.

La sensibilité cutanée est normale.

On donne des bains chauds. Le 11 et le 12 octobre, quatrième et cinquième jours, on fait quotidiennement une injection intra-rachidienne de 10 cc. et une injection intra-musculaire de 20 cc. de sérum de Pettit. Du 13 au 18 octobre on pratique des injections quotidiennes intra-musculaires de 1 cc. de soufre colloïdal et des injections intraveineuses de 1 gr. de salicylate de soude.

Le 19 octobre, apparaît une éruption sérique.

Le 18 octobre, onzième jour de la maladie, les paralysies ne sont pas modifiées. Les membres inférieurs sont plus froids que tout le reste du corps.

M. Duhem fait un examen électrique. Au niveau des membres inférieurs, il constate, à droite, une hypoexcitabilité très grande, généralisée, au faradique et au galvanique ; à gauche, au courant faradique une hypoexcitabilité très légère pour les fessiers, très forte pour les extenseurs, et, au galvanique, une hypoexcitabilité très forte pour tous les muscles.

Du 22 octobre au 6 janvier, on soumet la malade à trente et une séances de diathermie des membres inférieurs, en même temps qu'on lui donne des bains chauds.

A partir de décembre, elle commence à pouvoir s'asseoir dans son lit ; elle s'assied de mieux en mieux, mais on ne remarque aucune modification au niveau des membres inférieurs.

Le 5 janvier, un troisième examen électrique de M. Duhem donne le résultat suivant : au courant faradique excitation faible ou nulle des deux côtés, sauf pour les muscles péroniers du côté gauche qui réagissent normalement; au galvanique, lenteur des contractions et réaction longitudinale.

Le 7 janvier, débute une rougeole, qui évolue de façon régulière.

Le 16 janvier on remarque une grande amélioration. Marie-Louise s'assied assez facilement. Etant soutenue elle se tient sur ses jambes et ébauche quelques pas. L'atrophie musculaire est peu marquée : le périmètre des mollets est de 20 cm. 5, celui des cuisses de 31 cm. 5. Le pied droit tend au varus équin irréductible.

Actuellement, le début de la maladie date de trois mois et demi.

Lorsque Marie-Louise est couchée, elle ne peut pas décoller les jambes du plan du lit, elle ne peut pas plier ses genoux, il faut la soutenir pour qu'elle se tienne avec peine sur ses jambes.

Comme vous le voyez, son état n'est pas satisfaisant, mais on peut espérer une amélioration notable. Elle est certainement plus touchée que le garçon.

La jeune Renée, notre troisième malade, est née le 29 mars 1915. Elle habite la Ferté-Bernard, dans la Sarthe.

Le 27 septembre, elle est prise de céphalée et de douleurs lombaires.

Le 28, les douleurs lombaires sont plus vives, elles l'empêchent de marcher ; ses jambes fléchissent. Elle est obligée de s'aliter. Sa température est de 39°4.

Le 29, sa température reste à 39°4, elle ne peut plus remuer ses pieds et ses jambes; elle se trouve dans l'impossibilité de s'asseoir.

Le 30 et le 31, la fièvre persiste à 39 degrés. Le 2 octobre, elle baisse, puis elle reste aux environs de 38 degrés jusqu'au 9 octobre. Alors la température devient normale.

Du 28 septembre au 10 octobre, on fait, chaque jour, une injection intra-musculaire de 10 centimètres cubes de sérum antipoliomyélitique; et une injection de pyoformine. La paralysie persiste sans changement.

Renée entre au Pavillon Marie Richard, le 11 octobre, quinzième jour de sa maladie. Elle est âgée de quinze ans et quatre mois.

Sa température est normale.

Nous constatons une paralysie flasque totale et complète des membres inférieurs; les pieds sont en varus équin. Tout mouvement est impossible, sauf pour les orteils droits.

La pression des sciatiques et des cruraux est douloureuse. On provoque le signe de Lassègue des deux côtés.

La malade est dans l'impossibilité de s'asseoir. Lorsqu'on essaie de l'asseoir, on provoque de fortes douleurs lombaires.

Les réflexes rotuliens et achilliens sont nuls.

Le 20 octobre, M. Duhem constate, au niveau des membres inférieurs, une hypoexcitabilité faradique et galvanique plus ou moins forte suivant les muscles, légère pour les péroniers du côté droit.

Le traitement suivant est appliqué : diathermie des membres inférieurs tous les deux jours, en séances de vingt minutes; trois bains chauds des jambes, de 38 à 45 degrés, chaque jour; à partir du 27 novembre, tous les deux jours séance de courant ondulé de dix minutes.

La paralysie ne s'améliore pas. Toutefois au début de janvier, la malade commence à pouvoir rester assise dans son lit.

L'examen électrique que fait M. Duhem, le 16 janvier, montre : au niveau du membre inférieur droit, pour les muscles des cuisses et des fesses, une excitabilité faradique nulle et une réaction de dégénérescence totale; pour les muscles de la jambe, des réponses faibles, des contractions lentes; au niveau du membre inférieur gauche, les mêmes modalités qu'à droite pour les muscles de la cuisse et de la fesse; une légère amélioration pour les muscles de la jambe. Les péroniers réagissent mieux, les extenseurs faiblement, le jambier antérieur et le triceps sont inexcitables.

M. Duhem conclut : « En somme, état encore très grave et pronostic fonctionnel très réservé en raison de la réaction de dégénérescence totale sur les fessiers et les muscles de la cuisse. »

Actuellement, le début de la maladie remonte à quatre mois. La paralysie est aussi complète qu'à l'entrée à l'hôpital; tout mouvement des membres

inférieurs est aboli, les réflexes achilliens et patillaires sont nuls.

Il s'agit d'un cas très grave. Certes, on peut encore espérer des améliorations, mais il est à craindre que Renée garde une impotence très grande, qu'elle reste infirme toute sa vie.

*
* *

Nous avons reçu au pavillon Marie Richard, depuis cet été, une trentaine d'enfants atteints de *poliomyélite antérieure aiguë*, maladie connue de tous sous le nom de *paralysie infantile*, appelée encore *maladie de Heine-Medin*.

J'ai choisi parmi eux les trois malades que vous venez de voir, parce qu'ils ont à peu près les mêmes âges et présentent les mêmes formes cliniques.

Je ne vous ferai pas l'étude complète de cette maladie, car je lui ai déjà consacré deux leçons que vous trouverez dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* réservé aux *Affections du système nerveux*, l'une, donnée le 23 décembre 1922, sur *Les débuts de la paralysie infantile, à propos de quelques cas récents*; l'autre, donnée le 28 janvier 1922, sur *L'évolution et le traitement de la paralysie infantile.*

A propos de nos trois malades, je désire vous exposer quelques-unes des *considérations étiologiques*, *cliniques* et *thérapeutiques* qu'ils suggèrent.

*
* *

Examinons tout d'abord les CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES.

L'âge est un facteur important. Le garçon est âgé de quinze ans, une des filles de dix ans, l'autre de quinze ans. Les deux enfants de quinze ans sont à la limite inférieure de la jeunesse.

La fréquence de la poliomyélite diffère suivant l'âge.

Pendant la première année, elle est rare ; on ne ls rencontre guère avant deux ou trois mois.

Le plus grand nombre des malades est âgé de un à cinq ans.

Après cinq ans la fréquence diminue.

Les grands enfants sont frappés dans une proportion qui diffère suivant les statistiques.

Voici la statistique dressée par de Wickman, en Suède. On y constate :

De 9 à 11 ans......	10,1 p. 100 des cas
De 12 à 14 ans......	8,9 p. 100 —
De 15 à 17 ans......	6,8 p. 100 —

Un quart des cas se rencontre donc entre neuf et dix-sept ans.

Voici la statistique que Mme Tinel-Giry rapporte, en 1911, dans sa thèse de Paris sur la *poliomyélite épidémique*. Elle porte sur les cas observés à Paris pendant l'épidémie de 1909 et 1910. On note.

De 8 à 10 ans......	3,3 p. 100 des cas
De 10 à 20 ans......	2,2 p. 100 —

Voici la statistique toute récente donnée par MM. Levaditi, Schmutz et Villemin dans leur communication du 2 décembre à l'Académie de médecine, sur l'*épidémie de poliomyélite du département du Bas-Rhin.*

Il a été déclaré, du 1er mai au 1er octobre 1930, 405 cas typiques, pour 670.000 habitants, ce qui fait 60,3 cas pour 100.000 habitants.

La morbidité suivant les âges est la suivante :

De 0 à 6 ans.......	84 p. 100 des cas
De 6 à 14 ans.......	11 p. 100 —
A partir de 14 ans....	5 p. 100 —

Si nous étudions le diagramme reproduit par les auteurs, nous obtenons les données suivantes pour les enfants et les jeunes gens de neuf à dix-huit ans :

De 9 à 12 ans....	15 cas, soit	3,7 p. 100 des cas
De 12 à 15 ans....	2 cas.....	0,4 p. 100 —
De 15 à 18 ans....	12 cas.....	2,9 p. 100 —

En somme, la maladie de Heine-Medin n'est pas rare entre dix et seize ans, pendant la moyenne enfance et la jeunesse. Elle reste toutefois le triste privilège de l'enfance.

Chez les adultes et les jeunes gens, on la rencontre très rarement ; elle frappe surtout chez des adultes jeunes, parfois aussi chez des hommes âgés de quarante, cinquante et même soixante-dix ans.

On déclare souvent que le *sexe* joue un rôle, que la paralysie infantile est surtout fréquente chez les garçons. Il semble bien que ce soit une question de hasard. Les filles et les garçons sont également atteints. Nos trois malades comprennent un garçon et deux filles.

Pour nos malades nous n'avons pas de *notions étiologiques* précises.

René est tombé malade à Saint-Brieuc dans les Côtes-du-Nord, deux jours après avoir quitté Paris.

Marie-Louise est tombée malade à Paris, vingt-deux jours après son retour de Seine-et-Marne.

Tous deux semblent bien avoir contracté la maladie à Paris.

L'autre fille, Renée, est tombée malade dans la Sarthe.

Les malades viennent de régions diverses, où il n'y a pas de foyers épidémiques importants.

Nous ne possédons pas encore de renseignements sur l'épidémiologie en 1930, sauf pour le Bas-Rhin.

D'après le *Rapport sur les épidémies de 1929* présenté par M. G. Brouardel à l'Académie de médecine le 18 novembre 1930, la répartition de la poliomyélite a été la suivante : dans la Côte-d'Or, 83 cas, dans la Seine, 12 cas ; dans 10 départements, pour chacun 1, 2, 3 ou 4 cas ; notamment en Seine-et-Marne il y a eu 4 cas, en Bretagne et dans la Sarthe on ne signale aucun cas.

La poliomyélite aiguë est une *maladie endémo-épidémique*, causée par un virus invisible et filtrant, le *médullo-virus* décrit par Landsteiner et Popper, en 1908.

Elle est *endémique*, car chaque année on voit des cas isolés, sporadiques, disséminés au hasard.

Elle est *épidémique* car de temps en temps reviennent des épidémies, qui restent localisées ou s'étendent à un pays, à un continent.

Le caractère épidémique de la maladie a été bien établi par le Suédois Medin, en 1890. On associe souvent son nom à celui de l'Allemand Heine, qui, en 1840, a précisé ses caractères cliniques et on appelle

la poliomyélite antérieure aiguë, *maladie de Heine-Medin.*

Malgré de très nombreuses recherches les modes de propagation du virus sont encore mal connus.

Il existe actuellement deux conceptions.

D'après la première, la transmission du virus se fait par contact humain, c'est l'opinion de Wickman: le virus se trouve dans le pharynx et pénètre par le pharynx.

La contagion par le malade semble être rare, la contagion par les porteurs de germes sains paraît la plus fréquente. La contagion par des malades atteints de formes frustes, sans paralysie, interviendrait encore.

D'après le second mode, qu'admet M. Kling, la transmission s'effectuerait par l'eau ou par les aliments; si on s'en réfère à l'observation clinique, la transmission hydrique ou alimentaire ne semble pas correspondre à la réalité.

Voici les conclusions auxquelles arrive M. Levaditi, à la suite de son étude de l'épidémie du Bas-Rhin.

« L'hypothèse de la propagation par contact interhumain est la plus conforme à la réalité... Chaque fois que l'enquête a pu être effectuée, elle a permis d'établir la possibilité d'une transmission du virus par contact interhumain (malades et supposés porteurs de germes)...

« En aucune occasion, l'hypothèse de la propagation de la maladie par l'intervention de l'eau de boisson ou des aliments ne s'est imposée d'une manière exclusive... » Autant dire qu'il n'admet guère sa réalité.

D'autres facteurs que l'exposition à la contagion interviennent.

L'état de réceptivité des individus joue un rôle important. En témoignent la plus grande fréquence de la maladie dans la petite et la moyenne enfances, la résistance d'enfants, qui restent indemnes dans un milieu épidémique, malgré l'absence de toute prophylaxie, MM. Kling et Levaditi, d'ailleurs, en 1913, ont démontré la présence dans le sang de ces enfants d'anticorps virulicides.

D'après M. Levaditi, les facteurs « liés aux conditions géographiques, géologiques et météorologiques du milieu » jouent un rôle important. « Certaines conditions locales, dit-il, liées au terrain, s'associant à des influences météorologiques, facilitent la propagation interhumaine de la poliomyélite. »

L'étiologie de la poliomyélite n'est pas encore complètement élucidée, il en est de même d'ailleurs, pour toutes les maladies infectieuses.

*
* *

Je ne m'arrête pas plus longtemps sur les considérations étiologiques, pour en venir aux CONSIDÉRATIONS CLINIQUES.

Pour nos trois malades, le *début* a été brusque ou très rapide; ils ont été pris de fièvre à 39 degrés, de céphalée, de douleurs vives des membres inférieurs et des lombes. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures se sont installées, en quelques heures, les paralysies des membres. La fièvre a duré trois, quatre ou cinq jours, puis la température est revenue à la normale, les douleurs ont disparu tandis que les paralysies persistaient et durent encore, au bout de trois ou quatre mois.

Ce *mode de début* est fréquent; il s'observe dans la moitié des cas environ. Souvent, il n'y a pas de prodromes. Quelquefois l'enfant éprouve quelques malaises, pendant un ou deux jours, avant d'entrer dans la maladie.

L'enfant présente les symptômes d'une *maladie infectieuse*. La fièvre débute brusquement; la température atteint et se maintient à 39 ou 40 degrés. Elle s'accompagne de céphalée, de courbature, d'anorexie; la langue est saburrale; il y a quelques vomissements, de la diarrhée, parfois fétide, ou de la constipation. L'enfant est abattu, somnolent ou agité. Assez souvent, on constate une angine érythémateuse ou un léger coryza.

Certains auteurs insistent sur la fréquence des sueurs abondantes, locales ou générales: d'après Müller, elles existent dans 75 p. 100 des cas. Je n'ai, pour ma part, jamais eu l'attention attirée par ce symptôme.

La fièvre dure de deux à six jours; elle tombe brusquement ou en lysis.

Les douleurs sont un symptôme fréquent. Elles existent dans les formes fébriles et dans les formes apyrétiques. Elles siègent à la tête, à la nuque, au niveau du rachis, dans les lombes, au niveau des articulations; à cause des arthralgies, on a pu parler d'une forme articulaire ou pseudo-rhumatismale.

Les douleurs sont souvent continues et intenses. Les formes douloureuses sont plus fréquentes chez les grands enfants, les jeunes gens et les adultes, que chez les petits enfants.

Les douleurs siègent dans les masses musculaires et les articulations, surtout au niveau des membres. Elles sont continues avec des paroxysmes, spontanées, plus ou moins violentes. Elles immobilisent les membres. Les mouvements actifs ou passifs, la pression les exagèrent.

Il existe de l'hyperesthésie superficielle et profonde.

La douleur peut provoquer une fausse raideur de la nuque, un faux signe de Kernig, qui est, en réalité, un signe de Lasègue. Mais, dans d'autres cas, la raideur de la nuque et le signe de Kernig existent réellement.

Les douleurs siègent généralement dans les membres qui seront paralysés, elles précèdent les paralysies de quelques heures ou jours. Habituellement elles disparaissent ou s'atténuent avec l'apparition des paralysies, mais elles peuvent persister longtemps.

Les causes des douleurs sont, d'une part, les altérations des méninges, d'autre part, les altérations des cornes et des racines postérieures de la moelle.

On observe souvent un syndrome méningé qui rappelle le syndrome de la méningite cérébro-spinale. La ponction lombaire retire un liquide céphalo-rachidien clair, très riche en lymphocytes, dans lequel le taux de l'albumine est augmenté.

Pendant la période fébrile le *diagnostic* est incer-

tain. On pense à une angine, à une rhino-pharyngite, à la grippe, à un embarras gastrique, au rhumatisme articulaire aigu, à la méningite cérébro-spinale.

En période d'épidémie, il faut toujours penser à la poliomyélite. En dehors de la notion d'épidémicité, le diagnostic est très difficile.

M. Laruelle, étudiant *la maladie de Heine-Medin* dans *Le Scalpel* d'octobre et novembre 1929, attribue une certaine importance à l'hyperesthésie, à la transpiration, à l'aspect des yeux. « On peut remarquer souvent, écrit-il, dès le début de la maladie, une *expression particulière des yeux* qui prennent un éclat de vitre ou de porcelaine, accompagné parfois d'une boursouflure des tissus de l'orbite, de telle sorte qu'il y aurait un *œil de la poliomyélite*, comme il y en a un de la maladie de Basedow... ou de la myasthénie. » Il cite encore le tremblement intentionnel. Je n'ai pas observé cet œil spécial à la poliomyélite.

Il faut tenir compte enfin des douleurs et des modifications du liquide céphalo-rachidien.

Dans certains cas, il ne se produit pas de paralysie; il s'agit de *formes frustes, abortives*.

Généralement, la paralysie s'installe du deuxième au septième jour; mais son début peut passer inaperçu, car l'enfant est au lit et on attribue son impotence à la douleur.

Après la phase aiguë, fébrile, le malade entre dans la *phase de paralysie*.

La paralysie peut avoir une *étendue* très diverse. Elle peut être généralisée aux membres, au tronc, à la nuque, elle peut intéresser les quatre membres, ou bien soit les membres inférieurs, soit les membres supérieurs, soit un membre supérieur et un membre inférieur du même côté ou d'un côté et de l'autre; elle peut être localisée à un membre ou à un groupe de muscles, à la racine ou à l'extrémité d'un membre.

La paralysie s'installe rapidement; elle atteint d'emblée, en douze à quarante-huit heures, son maximum d'intensité. C'est une paralysie flasque. Les réflexes tendineux sont abolis.

Plus ou moins vite, certaines paralysies régressent; la régression commence du huitième au trentième jour.

L'évolution de la régression diffère d'un malade à l'autre.

Dans les cas où la régression est *rapide*, les mouvements des membres réapparaissent graduellement; en cinq ou six semaines, les mouvements peuvent avoir presque complètement recouvré leur intégrité.

Dans d'autres cas, la régression se produit seulement au niveau de certains muscles et il persiste des paralysies plus ou moins étendues.

La régression peut être très lente et prolongée, chaque muscle évoluant pour son propre compte.

A un moment donné la paralysie est *définitive*.

Les paralysies présentent, suivant leurs localisations, des caractères particuliers. Je m'arrêterai tout particulièrement sur les *paralysies des membres inférieurs*, dont sont atteints nos trois malades.

La PARALYSIE DES MEMBRES INFÉRIEURS est fréquente. Les deux membres peuvent être paralysés au même degré ou à des degrés inégaux; d'autres fois un seul membre, le droit ou le gauche, est atteint. La paralysie des membres inférieurs peut être isolée ou bien associée à des paralysies plus ou moins étendues des membres supérieurs et des muscles du tronc.

Voici quelques statistiques qui montrent la fréquence relative des paralysies des membres inférieurs.

Medin, sur 42 cas, note que la paralysie intéresse :

Les deux membres inférieurs dans	47,6 p. 100	des cas
Un membre inférieur dans........	23,8 p. 100	—
Les membres inférieurs plus d'autres muscles dans............	14,2 p. 100	—

Mme Tinel-Géry, sur 102 cas, observe les paralysies :

Des deux membres inférieurs dans	38,2 p. 100	des cas
D'un membre inférieur dans......	26,4 p. 100	—

Dans la statistique de Lowett et Lucas, citée par M. Laruelle, nous trouvons les paralysies :

Des deux membres inférieurs dans	18,1 p. 100	des cas
D'un membre inférieur dans......	63,3 p. 100	—
Des membres inférieurs avec d'autres paralysies dans..........	3,7 p. 100	—

Somme toute, les membres inférieurs sont paralysés à des degrés divers dans 60, 70, 80 et 90 p. 100 des cas suivant les statistiques.

Les paralysies des membres inférieurs peuvent avoir des *conséquences très graves pour l'avenir de l'enfant*, quand elles sont importantes. On peut rencontrer tous les degrés, depuis les paralysies bilatérales totales jusqu'à des paralysies très localisées.

La *paralysie totale des membres inférieurs*, paralysie flasque, absolue, généralement associée à la paralysie des muscles de la ceinture pelvienne, est heureusement très rare.

« Il est bien rare, écrit M. Duhem dans un livre sur *La poliomyélite* (actuellement sous presse), qu'on ne trouve quelque muscle ou quelque groupe musculaire moins profondément altérés, ayant conservé au moins une partie de leurs fonctions. »

Plus souvent les *membres inférieurs sont paralysés d'une façon très inégale* : l'un présente une paralysie très étendue, tandis que l'autre retrouve en grande partie ses fonctions.

Dans un muscle paralysé des faisceaux peuvent être respectés.

Souvent les paralysies sont *localisées*. Par ordre décroissant de fréquence, on rencontre la paralysie des muscles de la jambe, celle des muscles de la cuisse, celle des muscles de la ceinture pelvienne, celle des muscles du pied. Dans un même segment tous les muscles ne sont pas atteints ou ne le sont pas au même degré.

Au niveau du membre paralysé la paralysie est flasque, les réflexes tendineux sont nuls, il y a de l'atrophie musculaire, des rétractions fibro-tendineuses. Il en résulte de l'impotence, des déformations, des attitudes vicieuses; en outre le membre est le siège de troubles tropho-vasculaires.

L'examen clinique rend insuffisamment compte

de l'état des membres paralysés, de l'étendue et du degré des lésions.

Les *réactions électriques* permettent seules de préciser les muscles atteints et le degré de leur atteinte, ainsi que l'évolution du processus.

Quelques jours après le début, l'excitabilité musculaire commence à faiblir.

Ensuite, dans les muscles qui retrouvent peu à peu leurs fonctions, apparaît lentement la réaction de dégénérescence qui souvent reste partielle, tandis que, dans les muscles qui restent paralysés, la réaction de dégénérescence devient totale au bout de cinq ou six semaines.

Enfin, quand la paralysie s'accompagne d'atrophie complète, toute réaction électrique disparaît.

Toutes ces précisions sont indispensables pour l'appréciation des effets du traitement.

***

Voici pour terminer quelques CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Les traitements proposés sont nombreux. Beaucoup d'entre eux sont abandonnés après avoir eu leur heure de faveur.

Il faut envisager : 1° le traitement à la *période de début*, période aiguë, fébrile, infectieuse; 2° le traitement à la *période des paralysies en évolution;* 3° le traitement de la *période des paralysies définitives*. Je ne vous parlerai pas du traitement de ces dernières qui est surtout du domaine de l'orthopédiste.

Etudions tout d'abord le traitement à la PÉRIODE INFECTIEUSE.

En France, depuis 1910, on préconise, avec M. Netter, le *sérum de malades guéris*, et, depuis 1926, le *sérum antipoliomyélitique* de M. A. Pettit, sérum de cheval immunisé par des injections de virus fixe, c'est-à-dire de moelle de singes inoculés en série avec des émulsions de moelle de poliomyélitiques.

L'efficacité de ces sérothérapies est encore un objet de discussions.

J'ai étudié dans ma leçon du 11 février 1928, publiée par la *Médecine infantile* du mois de mai 1928, la *maladie de Heine-Medin* et le *sérum antipoliomyélitique de Pettit*. Les faits que j'ai observés m'ont conduit alors aux conclusions suivantes : « Il ne paraît pas y avoir actuellement de traitement véritablement spécifique à la phase aiguë; le sérum de Pettit, en particulier, n'a pas d'action évidente ».

J'avais déjà fait la même remarque pour le sérum de malades guéris, dans ma leçon du 28 janvier 1922, que j'ai citée tout à l'heure.

Le traitement des PARALYSIES EN ÉVOLUTION relève de la *physiothérapie*.

On peut, ainsi que le fait le docteur Duhem dans son livre, classer les agents thérapeutiques de la façon suivante.

Ce sont d'abord les agents destinés à *modifier l'évolution du processus médullaire*. Celui-ci consiste, pendant la première phase, dans le ramollissement et la fonte cellulaire par neurolyse et neurophagie, pendant la seconde phase, tardive, dans la prolifération conjonctive et la sclérose.

On a utilisé la galvanisation simple de la moelle, qui est abandonnée, la radiothérapie avec M. Bordier, l'ionisation iodurée avec M. Bourguignon, la diathermie transmédullaire.

Ces méthodes de traitement ont des partisans convaincus et des adversaires.

Je ne vous rapporterai pas toutes les opinions. Voici celle de M. Duhem : « Il faut reconnaître que les moyens d'action que l'on possède pour agir sur les centres nerveux sont assez précaires et qu'il n'en est pas auxquels on puisse raisonnablement se fier en vue d'une action réelle... On peut donc hardiment conclure aujourd'hui que la radiothérapie n'est pas une thérapeutique efficace contre les lésions des centres nerveux... »

Nous avons suivi dans le service plusieurs malades traités par M. Duhem et j'ai eu la même impression que lui.

Ce sont ensuite les agents destinés à combattre les *troubles vasculaires* : l'hydrothérapie chaude locale (chaque jour, quatre bains de vingt minutes portés de 38° à 43° et même 45°) et, parallèlement aux bains, la diathermie conseillée par M. Bordier.

L'efficacité de ce traitement est reconnue par tous.

Ce sont enfin les agents *excitants des muscles*: l'*excitant volontaire*, l'éducation motrice, l'*excitant électrique*, galvanique ou faradique, l'*excitant mécanique*, le massage, l'*excitant lumineux*, les rayons ultra-violets, l'*excitant calorique* déjà mentionné pour la thérapeutique des troubles vasculaires.

Ainsi comprise, la physiothérapie réalise une thérapeutique physiologique : elle est logique et remarquablement efficace.

Il est très difficile de se faire une opinion justifiée sur les effets des traitements, car les évolutions spontanées des poliomyélites sont très différentes. Des régressions très étendues, des guérisons véritables peuvent s'effectuer sans traitement ou à la suite d'un traitement banal; des paralysies peuvent persister avec les divers traitements réputés efficaces.

L'appréciation est d'autant plus difficile que souvent on compare des cas qui ne peuvent pas être comparés. Le virus semble varier d'activité suivant les épidémies. Certains groupes musculaires récupèrent leurs fonctions beaucoup plus difficilement que d'autres ; il en est ainsi notamment pour ceux des ceintures scapulaires et pelviennes.

Il est donc intéressant de comparer entre elles des formes anatomo-cliniques semblables, survenues à une même époque.

C'est pourquoi j'attire votre attention sur les trois enfants que vous venez de voir, tous trois à peu près du même âge, tombés malades en même temps et atteints de formes paraplégiques sévères.

Etudions donc l'INFLUENCE DU TRAITEMENT SUR LES FORMES PARAPLÉGIQUES.

Nos trois malades ont reçu des injections de *sérum de Pettit*.

Le garçon présente une paraplégie flasque. Un mois après le début de la maladie, on lui injecte

dans le rachis et sous la peau 200 centimètres cubes de sérum. Deux mois et demi après le début, la paralysie n'est pas sensiblement modifiée. Actuellement, quatre mois après le début, l'amélioration est très nette.

Marie-Louise a aussi une paralysie flasque. Elle reçoit, les quatrième et cinquième jours, en tout 60 centimètres cubes de sérum dans le rachis et dans les muscles. Actuellement, trois mois et demi après le début, on note une amélioration légère; elle commence à se tenir quelque peu sur ses jambes, mais il existe encore des troubles profonds des réactions électriques.

L'autre fille, Renée, reçoit du deuxième au quatorzième jour, chaque jour, en injections intramusculaires, 10 centimètres cubes, au total 130 centimètres cubes de sérum. Actuellement, quatre mois après le début, elle commence à se tenir assise, mais la paraplégie reste complète, sans aucune amélioration, et il existe des troubles profonds des réactions électriques.

Depuis leur entrée à l'hôpital, le garçon deux mois et demi après le début de la maladie; Marie-Louise le quatrième jour, Renée, le quinzième jour, ont été traités par des bains locaux chauds, la diathermie des membres inférieurs et l'électricité.

Recherchons ce qu'il faut penser des effets qu'a eus chez eux la sérothérapie.

L'époque où le traitement a été institué, la conduite du traitement, les doses de sérum n'ont pas été les mêmes.

Pour le garçon, la sérothérapie est appliquée tardivement, à une époque où elle ne peut plus guère avoir d'effet; cependant c'est lui qui est le plus nettement amélioré.

Pour Marie-Louise, le sérum est injecté en temps voulu, mais à doses trop faibles; ses paralysies commencent seulement à régresser.

Pour Renée, la sérothérapie est commencée dès le début, mais on n'injecte que de petites doses quotidiennes; la paralysie n'est actuellement nullement modifiée.

Chez ces enfants traités par le sérum les paralysies se comportent de façons différentes. Pour aucun l'influence du sérum ne paraît évidente.

Il est juste de remarquer que, pour aucun, on n'a observé les règles de la sérothérapie : frapper vite et fort.

Voici les instructions que donne M. Auguste Pettit dans *Le Monde médical* du 1-15 décembre 1930 pour l'emploi de son sérum. Il recommande, pour un adulte de 70 kilogrammes (je crois que le poids n'a rien à faire dans la posologie du sérum) de faire, pendant quatre jours, chaque jour quatre injections de sérum, soit une injection intra-rachidienne de 10 centimètres cubes et trois injections intra-musculaires de 10 à 20 centimètres cubes, soit quatre injections intra-musculaires de cette même dose, au total 50 à 60 centimètres cubes de sérum par jour. Ce sont, pense-t-il, des doses minima; il faut les augmenter si l'action n'est pas nette.

Il est intéressant de comparer nos malades à d'autres atteints également de formes paraplégiques, dont j'ai rapporté les observations dans mes leçons précédentes.

Il en est chez qui *une sérothérapie intensive ne paraît pas avoir eu d'influence.*

C'est ce que j'ai constaté chez deux filles présentées dans ma leçon du 11 février 1928.

Geneviève est atteinte, le 16 janvier 1928, à six ans et huit mois, d'une paraplégie flasque, totale. Du troisième au treizième jour, nous lui injectons dans le rachis et dans les muscles 500 centimètres cubes de sérum antipoliomyélitique, à la dose quotidienne de 100 centimètres cubes pendant les quatre premiers jours. Il n'y a aucune amélioration des paralysies, quand elle meurt de broncho-pneumonie un mois après le début.

Juliette, à sept ans et quatre mois, entre à l'hôpital le 28 août 1928 pour une paraplégie flasque ayant débuté la veille. Du 7 au 13 septembre elle reçoit 210 centimètres cubes de sérum de Pettit en injections intra-rachidiennes et sous-cutanées.

Lorsque le 4 octobre, trente-huitième jour de la maladie, elle quitte l'hôpital, elle a une paralysie presque complète des membres inférieurs, peut-être légèrement améliorée.

Il est des malades qui *ne sont pas traités par le sérum et qui s'améliorent rapidement.*

Témoin Madeleine, que j'ai présentée dans ma leçon du 28 janvier 1922. Le 17 décembre 1921, à huit ans, elle est atteinte d'une poliomyélite à forme paraplégique. Nous la traitons par les bains chauds. Quand elle quitte l'hôpital, cinquante jours après le début, elle est très améliorée, se tient debout et marche.

Témoin encore Marcel, un garçon de onze ans, tombé malade le 10 octobre 1921, dont j'ai raconté l'histoire dans la même leçon. Il est traité également par les bains chauds. Quand il quitte l'hôpital, trois mois et demi après le début, il marche assez bien.

Quand on étudie les faits, tels qu'ils se présentent à notre observation, on est donc forcé d'être très prudent avant de conclure à l'efficacité du sérum antipoliomyélitique.

*
* *

Les trois malades que je vous ai montrés sont atteints de formes semblables de poliomyélite aiguë épidémique : début brusque, fébrile, paraplégie flasque avec participation des muscles de la ceinture pelvienne. Ils ont subi les mêmes traitements physiques; en outre la sérothérapie leur a été appliquée, mais de façon différente.

Pour René, elle a été tardive et il est très amélioré. Pour Marie-Louise et pour Renée elle a été précoce, mais les doses de sérum ont été faibles ou mal réparties ; l'amélioration est légère ou nulle.

Ces trois faits ont la valeur d'une expérience. Ils nous apprennent que des poliomyélites revêtant la même forme clinique peuvent évoluer de façons différentes, suivant l'intensité des lésions médullaires causées par le virus et que, par suite, il est bien difficile d'apprécier l'action des traitements destinés à agir sur ce virus.

Je ne conclus pas à l'abstention thérapeutique ; si un traitement a quelque chance d'agir, il convient

de le prescrire. Mais, s'il est suivi d'une amélioration, il ne faut pas se hâter de conclure à son efficacité ; il faut se défendre des illusions et avertir les parents de l'incertitude des résultats que l'on peut attendre de la thérapeutique mise en œuvre (1).

CHRONIQUE

NOTICE SUR LE CORPS DE SANTÉ MILITAIRE COLONIAL

RÔLE DU MÉDECIN COLONIAL

Dans le grand effort que fait aujourd'hui la France pour mettre en valeur ses colonies et se libérer de la tutelle étrangère, un des premiers rôles est dévolu au médecin colonial.

Il ne donne pas seulement ses soins aux militaires, aux fonctionnaires, aux colons et commerçants et à leurs familles; sa tâche la plus importante consiste à préserver de la maladie les populations indigènes et à favoriser leur accroissement.

L'importance et la grandeur de ce rôle font de la carrière de médecin colonial un véritable apostolat digne de tenter tout homme d'action ayant un peu d'idéal humanitaire et patriotique.

(1) Cf. *La poliomyélite antérieure aiguë* : Biologie, par M. A. Pettit; Epidémiologie, par M. P. Sée; Lésions, par M. J. Lhermitte ; Caractères cliniques par M. L. Babonneix; Sérothérapie, par M. L. Laruelle; Traitement chirurgical et orthopédique, par M. Lance; Traitement électro-radiologique, par MM. Delherm et Laquerrière (*Gaz. des hôpit.*, 14 fév. 1931, n° 13). — (*N. D. L. R.*)

RECRUTEMENT DU CORPS DE SANTÉ COLONIAL

On entre dans le Corps de santé colonial, soit par la voie des écoles, soit par la voie du recrutement latéral. Il est aussi possible d'y effectuer des stages temporaires, soit en allant accomplir aux colonies le service militaire légal, soit comme officier de réserve autorisé à accomplir des stages d'activité (1).

1° **Recrutement par les Ecoles.** — Le jeune bachelier qui a choisi la carrière de la médecine militaire coloniale doit préparer soit l'Ecole principale du Service de santé de la marine de Bordeaux, soit la « Section de médecine coloniale » de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon (2).

On accède à ces deux Ecoles après une année d'études dans une faculté des sciences en vue de l'obtention du certificat de P. C. N. et une première année d'études médicales (4 inscriptions) (3).

Les concours d'admission s'ouvrent habituellement dans le courant du mois de juillet.

Les programmes et les conditions de ces concours font l'objet, chaque année, d'une instruction ministérielle spéciale

(1) Tous les renseignements détaillés concernant les divers modes de recrutement sont fournis immédiatement sur demande adressée au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales).

(2) Les pharmaciens ne se recrutent actuellement que par l'Ecole de Bordeaux.

(3) Une réglementation spéciale permet de se présenter au concours de l'Ecole de Lyon dès après le P. C. N. Dans ce cas, la durée des études à l'Ecole est de cinq ans.

publiée généralement au cours du premier trimestre (1); après avoir été reçu au concours d'entrée, on accomplit dans ces Ecoles quatre années d'études dans d'excellentes conditions matérielles et professionnelles. Des bourses et trousseaux peuvent être accordés aux élèves reçus à chacune de ces deux Ecoles.

A la sortie des Ecoles, au bout de quatre ans, les élèves, après avoir obtenu leur diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien, bénéficient d'une majoration d'ancienneté (sans rappel de solde) qui permet de les nommer immédiatement au grade de lieutenant.

Il leur est accordé, par ailleurs, cinq années de services à titre d'études préliminaires comptant pour le droit à la solde progressive d'ancienneté, pour les promotions dans la Légion d'honneur ainsi que pour le nombre d'années exigées pour le droit à une pension de retraite. Grâce à cette dernière mesure, le temps de service minimum donnant droit à une retraite d'ancienneté est ramené à vingt ans à partir de la nomination dans le Corps de santé colonial.

Les élèves nommés officiers dans ces conditions sont dirigés pour le 1er janvier sur l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille pour un stage de huit mois à la suite duquel ils sont désignés pour les colonies.

2° **Recrutement latéral.** — Les jeunes gens possesseurs du diplôme de docteur en médecine et de pharmacien, ayant accompli leurs obligations légales de service actif, peuvent être admis dans les cadres actifs du Service de santé colonial suivant l'une des modalités suivantes :

a. *Avec le grade de sous-lieutenant.* — Si, âgés de vingt-cinq ans au moins et possesseurs d'un grade d'officier de réserve, ils ont antérieurement effectué, dans l'armée active, un stage d'épreuve d'une durée minimum d'une année comme médecin ou pharmacien de réserve et subi avec succès, à l'issue de ce stage, les épreuves d'un examen d'aptitude dont les conditions sont fixées par le ministre de la Guerre.

— Si, âgés de vingt-quatre ans au moins et possesseurs d'un grade d'officier de réserve, ils ont antérieurement accompli, en cette qualité, dans l'armée active, un stage d'une durée minimum de deux ans aux colonies ou sur les théâtres d'opérations extérieurs.

— Si, ayant été officiers dans l'armée active et ayant donné leur démission, ils sont en possession du grade de sous-lieutenant de réserve et ont accompli, en cette qualité, un stage de deux mois dans le Corps de santé colonial.

b. *Avec le grade de lieutenant.* — Si, âgés d'au moins vingt-sept ans, ils ont antérieurement accompli, comme médecin ou pharmacien lieutenant de réserve, un stage d'une durée minimum d'un an dans l'armée active et ont subi avec succès, à l'issue de ce stage, les épreuves d'un examen d'aptitude dont les conditions sont fixées par le ministre.

— Si, âgés d'au moins vingt-six ans, ils ont antérieurement accompli dans l'armée active, aux colonies ou sur les théâtres d'opérations extérieurs, comme médecin ou pharmacien lieutenant de réserve, un stage d'une durée minimum de deux ans.

— Si, ayant été officiers à titre définitif dans l'armée active et ayant donné leur démission ou ayant été admis à la retraite proportionnelle, ils sont possesseurs dans les réserves d'un grade au moins égal à celui de lieutenant et ont accompli un stage d'au moins deux mois dans le Corps de santé colonial.

L'officier de réserve, médecin ou pharmacien, détenteur ou ayant détenu comme tel, soit à titre définitif, soit à titre temporaire, un grade supérieur à celui auquel il est admis dans les cadres actifs, conserve ledit grade à titre temporaire.

(1) Cette instruction est éditée par la librairie Vuibert, 63, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'officier de réserve, médecin ou pharmacien, admis dans des cadres actifs, compte comme services actifs pour l'ouverture des droits à pension d'ancienneté ou proportionnelle le temps passé par lui en situation d'activité.

Le nombre des médecins et pharmaciens de réserve pouvant être admis chaque année dans ces conditions dans les cadres actifs du Service de santé colonial est fixé par décret.

c. *Dans les conditions des élèves sortant des Ecoles.* — Les jeunes gens qui, âgés de trente-deux ans au plus au 1er janvier de l'année du concours, étant détenteurs du titre de docteur en médecine ou de pharmacien et ayant satisfait aux obligations militaires imposées par la loi de recrutement, ont pris part avec succès à un concours d'admission spécial dont les conditions et le programme sont fixés par un décret et une instruction ministérielle. Ce concours a lieu, en principe, chaque année au mois de décembre et fait l'objet d'un arrêté publié habituellement au cours du deuxième trimestre qui fixe le nombre des médecins et pharmaciens à admettre dans les cadres actifs du Service de santé colonial ainsi que le lieu et la date du concours.

Les jeunes gens admis à ce concours sont dirigés, pour le 1er janvier, sur l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille où ils accomplissent, avec les élèves provenant des écoles, le stage d'application à la suite duquel ils passent ensemble le concours de sortie qui détermine leur rang d'ancienneté sur l'annuaire.

Ils bénéficient, comme les élèves des Ecoles, de la nomination immédiate au grade de lieutenant et de l'attribution de cinq années de services, à titre d'études préliminaires, valables pour la pension d'ancienneté, la solde progressive et la promotion dans la Légion d'honneur.

Ils peuvent obtenir, en outre, des bourses destinées à les indemniser d'une partie de leurs frais d'études antérieurs (1).

3° **Stages temporaires aux colonies.** — *a.* Les jeunes gens ayant obtenu les diplômes de docteur en médecine, de pharmacien ou de dentiste peuvent être autorisés à accomplir leur service militaire légal aux colonies sous la réserve pour eux de s'engager à servir dans les services sanitaires civils de la colonie pendant trois années consécutives à leur période de service militaire.

Cette modalité d'envoi aux colonies fait l'objet de dispositions spéciales qui seront communiquées aux intéressés sur demande adressée au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales).

b. Les médecins, pharmaciens et dentistes de réserve libérés du service actif depuis moins de cinq ans peuvent, s'ils le désirent, faire des stages de deux ans renouvelables comme officiers de réserve en situation d'activité, jusqu'à une durée maxima de huit ans.

Ces stages aux colonies, qui peuvent être demandés à toute époque de l'année au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales), octroient aux intéressés tous les avantages de solde, indemnité, frais de route, gratuité de voyage, etc., dont jouissent les officiers de l'active et leur permettent d'étudier sur place les moyens de se créer une situation dans des pays nouveaux et pleins d'avenir.

(*A suivre.*)

(1) Pour le concours de 1929, les bourses attribuées ont été les suivantes :

Cinq bourses de 10.000 francs fournies par l'Afrique Occidentale Française.

Cinq bourses de 10.000 francs fournies par Madagascar.

Cinq bourses de 10.000 francs fournies par le département de la Guerre (pour toutes colonies).

Les bourses offertes par les colonies sont attribuées aux médecins et pharmaciens ayant choisi ces colonies au moment du concours de sortie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 30. — MERCREDI 15 AVRIL 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 15 AVRIL 1931. — N° 30.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Abcès caverneux pulmonaire à évolution favorable. Guérison datant de trois ans. Thérapeutique, par MM. Fr. Merklen et H. Gounelle.
Alcoolisme et dégénérescence mentale, par M. R. Benon.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION
Accidents du travail. Maladies professionnelles, par Me H. Ribadeau Dumas.
CHRONIQUE
Notice sur le corps de santé militaire colonial (fin).
NOTES DE PRATIQUE
Microbes et parasites intestinaux.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Méningite cérébro-spinale. Signes, diagnostic, traitement.

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — La chaire de clinique oto-rhino-laryngologique est déclarée vacante. (*J. O.*, 9 avril 1931).

— Lyon. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 8 avril 1931, la déclaration de vacance de la chaire de pathologie externe de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon (arrêté du 4 avril 1931), publiée au *Journal officiel* du 5 avril 1931, p. 3904, est et demeure rapportée.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Avignon. — Le 27 avril aura lieu, à l'hôpital Sainte-Marthe, un concours pour deux places d'internes en médecine et chirurgie. L'examen consiste en épreuves écrites, orales et de clinique.

— Le 15 juillet, à la Faculté de médecine de Montpellier, aura lieu également un double concours pour une place de médecin des hôpitaux d'Avignon et une place de chirurgien.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. Roussy, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique en remplacement de M. Widal pour la durée de son mandat.

GUERRE. — Service de santé. (Active.) — Mutations :
Médecins colonels. — MM. Grenier de Cardenal, médecin chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, est affecté comme sous-directeur du Service de santé de la 15e région, Marseille; Dusolier, médecin chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons, est affecté à l'hôpital militaire de Bordeaux comme médecin chef; Pichon, des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand, est affecté comme sous-directeur du Service de santé de la 14e région, Lyon.

Médecins lieutenants-colonels. — MM. Goursolas, de l'hôpital militaire de Toulouse, est maintenu à l'hôpital militaire de Toulouse comme médecin chef; Fontan, de l'hôpital militaire de Toulouse, est maintenu et désigné comme président de commission de réforme.

Médecins commandants. — MM. Nain, des salles militaires de l'hospice mixte de Tours, est affecté aux troupes du Maroc, laboratoire de bactériologie, volontaire; Maire, médecin des hôpitaux militaires du 1er génie, Strasbourg, est affecté à l'hôpital militaire Gaujot, Strasbourg; Leguay, du 168e d'infanterie, Longuyon, est affecté aux territoires du Sud-Algérien.

Médecins capitaines. — MM. Tarayre, du bataillon de la légion étrangère, Tonkin, est affecté au 19e corps d'armée; Tête, du 32e d'infanterie, Tours, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Tours (laboratoire de bactériologie); Ehrhart, du 186e d'artillerie lourde, Dijon, est affecté à l'hôpital militaire de Briançon; Verrhet, du 5e tirailleurs marocains, à Bourg, est affecté aux territoires du Sud-Algérien, volontaire; Andrea, des territoires du Sud-Algérien, est affecté au 27e tirailleurs algériens, Arles; Lenoble, des territoires du Sud-Algérien, est affecté au 39e d'infanterie, à Rouen; Jitomirsky, en congé, est rappelé à l'activité et affecté au 1er étranger infanterie, Algérie (à dater du 10 avril 1931).

COMMUNIQUÉ DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS. — Les représentants de la Confédération des Syndicats médicaux et de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, MM. Hilaire et Mordagne, ont été reçus le 10 avril au ministère de l'Instruction

publique, par M. Truchelut, chef de cabinet du Ministre, qui leur a réservé le meilleur accueil. Ils ont appelé son attention sur l'urgence du vote de la loi Armbruster, qui a pour objet d'éviter la démoralisation du corps médical, surtout en présence de l'application des lois sociales, en restreignant l'apport excessif des éléments étrangers. La même démarche avait été faite antérieurement auprès de M. Léon Bérard garde des Sceaux, un des premiers signataires du projet Armbruster et un de ses meilleurs défenseurs.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — Lors du VIIIe Congrès de cette Association tenu à Varsovie en 1929, l'Assemblée générale avait décidé de charger les professeurs de Quervain (Berne) et Schœmaker (La Haye) de faire connaître aux membres allemands, autrichiens et hongrois qui avaient fait partie de la Société avant 1914, que la décision prise en 1920 était annulée sans restriction; il avait été, en effet, reconnu qu'aucun membre de la Société n'avait signé le manifeste des 93 qui avait été la cause de cette décision.

A la suite des pourparlers ayant eu lieu entre les représentants des chirurgiens austro-allemands et le Comité international, les anciens membres allemands, autrichiens et hongrois reprendront leur place dans la Société internationale de chirurgie.

MÉDECINS BOURGUIGNONS. — Un groupe de médecins bourguignons a depuis quelques années l'habitude de se réunir en un banquet amical et annuel.

Au cours du dernier banquet où étaient présents MM. les docteurs Bergeret, Boirac, Brot, Broussolle, Castille, Couvreux, Deguiguand, Detouillon, Dumas, Dupuy, Faiveley, Jacquelin, Lagarenne, Larget, Lavier, Lavoine, Mareschal, Renevey, Roche, Walter, ils ont décidé de se constituer en association amicale et ont formé un bureau composé de MM. les docteurs Bergeret, président; Jacquelin et Deguiguand, vice-présidents, Paris et Bourgogne; Faiveley, secrétaire trésorier.

Ils seraient heureux de voir se joindre à eux les confrères d'attache bourguignonne par leurs origines ou leurs études.

L'admission des nouveaux membres sera prononcée provisoirement par le bureau sur la présentation de deux parrains.

Prière d'adresser les demandes au secrétaire docteur Faiveley, 16, avenue de l'Opéra, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. le docteur Epery, le savant archéologue, décédé à Alise-Sainte-Reine; le professeur E. Derrien, doyen honoraire de la Faculté de Montpellier; les docteurs Georges Alexandre (de Paris), Henri Soulié, professeur honoraire à la Faculté de médecine d'Alger; S. Dubois, père (de Saujon), Jean Duysters (de Haelen), Léon Coton (de Charleroi).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Cours de perfectionnement 1931*, du 17 avril au 15 mai. — M. le professeur F. Terrien, avec le concours de MM. les professeurs Rathery, Regaud, Strohl, Tiffeneau, de MM. les agrégés Velter, Zimmern et de MM. les docteurs M. Casteran, Veil, Renard, J. Blum, Dollfus, Hudelo, Suz. Braun et Goulfier, chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants du service, fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie du vendredi 17 avril au vendredi 15 mai 1931.

La bibliothèque Javal sera ouverte aux élèves les lundis, mercredis, vendredis, de 2 à 4 h.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine ou au bureau de l'A. D. R. M. (salle Béclard), avant le 15 avril.

Droit d'inscription : 300 fr. par série.

Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

NOTES DE PRATIQUE

MICROBES ET PARASITES INTESTINAUX

« Les vers qui intoxiquent par eux-mêmes peuvent devenir de plus des inoculateurs de germes microbiens », ont dit Guiart et Joyeux. Les premiers, Bécart et Goelinger, transportant ces notions sur le terrain de la clinique, ont mis en évidence les relations existant entre les parasites et le colibacille, montrant que ce microbe ne disparaît par vaccination qu'après la « déparatisation » des sujets infestés et infectés à la fois (Léo. *Soc. de chir.*, Paris 1924).

La colibacillurie est la conséquence de la colibacillémie qui, elle-même, est le résultat de l'issue vers la circulation des colibacilles intestinaux, hôtes normaux des côlons qui ne devraient pas traverser la muqueuse et ne le font que grâce aux portes de sortie créées par les parasites. Il faut donc pour traiter efficacement la colibacillurie supprimer les parasites, aveuglant ainsi tous les passages qui permettent au colibacille d'aller dans la circulation. Les nombreuses observations cliniques publiées ces derniers temps confirment que le traitement des oxyures par un vermicide efficace amène très rapidement la cessation de la colibacillurie et des désordres qui l'accompagnent [Gandy (Bruxelles), Peugniez (Paris)].

L'observation suivante de Moinson est significative :

Petite fille de quatre ans ayant à l'admission des hématuries fréquentes. Présence d'œufs et larves d'oxyures et œufs de trichocéphales. Traitement de six jours par la Chrysémine gouttes. Suppression des hématuries dès le deuxième jour. Selles ne révélant plus aucun œuf de parasite à la fin du traitement.

(1) GUIART. Les parasites intestinaux et les maladies qu'ils produisent, *Revue des sciences*, 1907; — *Les Parasites inoculateurs de maladies*, Paris 1911. — JOYEUX. *Helminthes et bactéries*, Nancy 1907.
(2) LÉO. *Helminthes et protozoaires*, Paris 1929; — *Soc. des chir. de Paris*, 1924.
(3) GOELINGER. *Concours méd.*, juin 1927.
(4) GANDY. *Bruxelles méd.*, avril 1929.
(5) PEUGNIEZ. *Soc. des chir. de Paris*, déc. 1929.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

131, BD BRUNE, reste à louer quelques appartements pouvant être occupés par docteur, chirurgien, dentiste. — S'adresser sur place pour visiter.

119, R. DE COURCELLES, 2 appartements de grand luxe à vendre, pouvant être occupés par docteur, chirurgien, dentiste. — S'adresser sur place pour visiter.

ABCÈS CAVERNEUX PULMONAIRE

A ÉVOLUTION FAVORABLE

GUÉRISON DATANT DE TROIS ANS. THÉRAPEUTIQUE

Par Pr. MERKLEN et H. GOUNELLE.

Mme X..., femme obèse et variqueuse de soixante-trois ans, se sent très fatiguée vers le 15 janvier 1928, au point de devoir se coucher. Impossible de savoir si elle a eu de la fièvre à ce moment; aucun médecin n'a d'ailleurs été consulté.

Le 22, hémoptysie subite, qui aurait été assez considérable, se manifestant spontanément, sans douleur ni autres symptômes associés. Les jours suivants, persistance de la fatigue; apparition de toux. Nouvelle hémoptysie analogue à la précédente le 3 février. Puis crachats sanglants, devenant peu à peu purulents.

La malade entre à notre Clinique le 9 février. Dès l'abord on remarque une dyspnée modérée au repos. Toux avec une expectoration à la fois hémoptoïque et muco-purulente. Pas de fièvre. Submatité aux deux bases, avec exagération des vibrations; râles humides à droite; sibilances et ronchus diffus. Pas de bacilles de Koch dans les crachats. Flore variée à l'examen direct. Cœur normal. Pouls 80. Tension 130-75.

La radioscopie décèle une légère infiltration aux deux bases, avec dessin bronchique exagéré; à droite, au-dessus de l'infiltration, ombre plus épaisse à forme de triangle à base hilaire et à sommet se terminant au milieu du parenchyme.

Le 20 février, le pouls monte à 110 et devient irrégulier, tandis que la température baisse à 35°8, pour rester entre 36° et 36°5, jusqu'au 27. Le fléchissement cardiaque domine la situation.

Le 3 mars apparition de fièvre, qui oscille entre 38 et 39 degrés jusqu'au 10 mars, moment où elle retombe à 37 degrés. Amélioration de l'état du cœur. Par contre apparition d'un souffle bronchique à la base droite; matité plus forte qu'auparavant. La malade est immobilisable. Grosse expectoration brunâtre et purulente, remplissant un demi-crachoir, à odeur de plâtre mouillé. Traitement par la créosote, la teinture d'ail, le novarsénobenzol, deux séries d'autovaccin faites avec du streptocoque hémolytique et du staphylocoque doré obtenus par culture des crachats.

A partir du 10 mars, atténuation de la situation. L'état général se remonte; mais les crachats ne diminuent pas. La respiration devient moins soufflante et le foyer paraît tendre à la résorption.

Cependant, le 12 mars, alors que la situation générale n'empire toujours pas, on entend un souffle au milieu du poumon gauche, parfois accompagné d'un véritable gargouillement. Matité nette. A droite, persistance des râles humides perçus dès le début. La température remonte à 38 degrés.

Le 19 mars, nouvelle radioscopie. Celle-ci laisse voir une énorme image hydroaérique, occupant les parties moyenne et inférieure du poumon gauche, avec niveau horizontal; infiltration sous-jacente. A droite, infiltration de la région moyenne avec épaississement de l'interlobe; travées congestives à la base. C'est à ce moment que l'on porte le diagnostic d'abcès du poumon gauche.

Malgré cette constatation l'état général de la malade est des plus satisfaisants; le contraste est frappant avec le début de l'affection, où des lésions moins graves en apparence retentissaient fortement sur l'ensemble. Fièvre ne dépassant guère 38 degrés. Alimentation suffisante; appareil circulatoire sans anomalie perceptible. Peu de dyspnée. Par contre l'expectoration reste ce qu'elle était auparavant, abondante et purulente.

La situation persiste sans grand changement durant un mois. Même souffle, mêmes bruits associés, même matité. Bonne impression pronostique en dépit du gros volume de l'abcès. Cependant les crachats deviennent plus clairs et moins épais.

Les radioscopies successives ne montrent pas de changement avant fin avril. A cette époque l'image hydroaérique apparaît réduite d'environ un tiers. Niveau liquide bien visible. Mais ce n'est que le 15 mai que se dessine autour de la caverne un anneau fibreux montrant l'effort de limitation périphérique. A droite, l'infiltration n'a pas rétrocédé.

Le 8 mai, disparition des colonies de streptocoques dans les crachats.

Le 23 juin, l'amélioration s'étant poursuivie sans encombre, à la radioscopie la caverne apparaît encore diminuée, avec à peine de liquide. La malade quitte l'hôpital. Opacité irrégulière de la base droite, témoignant d'une infiltration qui n'est plus en activité.

Nous avons revu la patiente trois ans après, le 8 mars 1931.

Comme seul malaise persiste une dyspnée d'effort liée à de l'emphysème et de la bronchite chronique. L'examen ne révèle qu'une légère submatité de la base du poumon gauche avec pectoriloquie aphone, quelques râles sibilants de chaque côté dans toute l'étendue des champs pulmonaires.

A la radiographie : adhérences diaphragmatiques bilatérales avec sclérose interlobaire entre les lobes droits supérieur et moyen. Sclérose de la moitié inférieure du poumon gauche; début de bronchectasie dans cette zone et dans la région sous-hilaire; taches irrégulières d'aspect très dense.

Cette observation apporte, on le voit, un nouveau cas de guérison d'un abcès caverneux pulmonaire.

Des faits analogues ont été publiés en assez grand nombre ces dernières années. Sans parler des cas de la thèse de Kourilsky (1), citons entre autres celui d'Eschbach (2), ceux de Bezançon, Jacquelin et Célice (3), de Boidin et Mlle Fontaine (4), de Lereboullet, Lelong et Benoist (5) par staphylocoques; ceux de Bezançon, Jacquelin et Célice (6), de Roger Cattan (7) par pneumocoques; ceux de Lemierre, Kindberg et Bernard (8), d'Achard et Mouzon (9), de Weissenbach (10), de Et. Bernard, Gilbert Dreyfus et Desbucquois (11), de Et. Bernard et Desbucquois (12), de L. Tixier et de Sèze (13), de F. Bezançon, Chevalley et Oumansky (14) par streptocoques; celui de Lemierre et M. Rudolf (15) par pneumobacilles de Friedländer; ceux de Hallé, Hutinel, Bureau par entérocoques (15 *bis*); celui de Hutinel et Kourilsky (16) par flore mixte.

Remarquons à ce propos que, contrairement à ce l'on pourrait supposer, la présence du streptocoque ne paraît pas devoir assombrir le pronostic de l'abcès du poumon. Notre observation, où les microbes décelés furent le streptocoque hémolytique et le staphylocoque doré, en est la preuve et vient s'ajouter aux observations précédentes de suppurations streptococciques ayant évolué vers la guérison, et même vers une guérison rapide [Bezançon et Jacquelin (17)]. Elle ne comporte du reste pas de donnée étiologique, comme il arrive le plus souvent.

La guérison ne saurait se contester. Malgré l'âge (soixante-trois ans), l'obésité, malgré une infiltration du poumon opposé et une phase de défaillance cardiaque l'abcès s'est progressivement tari; depuis trois ans n'est survenu aucun incident. Absence

de tous signes fonctionnels. La seule réserve serait un réveil très tardif, après des années.

La radiographie ne montre plus aujourd'hui la moindre image susceptible de rappeler la caverne. Par contre on constate, aux lieu et place de cette dernière, une plage de sclérose parsemée de taches irrégulières très denses avec petites dilatations des bronches. Ce qui tend à prouver une fois de plus que le processus bronchectasique, où il faut voir un aboutissant d'états divers, peut compter l'abcès pulmonaire parmi ses origines. On sait que Léon-Kindberg (18) et ses collaborateurs Cottenot (19) et Kourilsky (20) ont prouvé que les destructions suppurées et gangréneuses du poumon sont génératrices de bronchectasies. Interviennent-elles par l'intermédiaire de la sclérose qu'elles provoquent? Les observations de Sergent, Cottenot et Couvreux (21), celles de Bezançon et ses élèves (22) semblent plaider pour cette manière de voir.

Sur le terrain purement clinique, retenons que le début de notre observation a été marqué par des hémoptysies. Le fait est loin de se montrer rare, et on conçoit les erreurs de diagnostic auxquelles il expose. L'un de nous publiait récemment avec Hanns et Cornu (23) l'histoire d'une suppuration pulmonaire où les hémoptysies occupèrent le premier plan de la scène morbide jusqu'au moment de l'expectoration purulente.

A coup sûr, avons-nous eu affaire à un abcès à évolution spontanément favorable. Aussi les diverses médications mises en œuvre, créosote, teinture d'ail, arsénobenzol, sérum antigangréneux, autovaccinothérapique répétée, ont-elles tout au plus joué un rôle adjuvant; la dernière a paru la plus efficace.

Un chirurgien nous conseillait une intervention. Nous avons heureusement préféré attendre. Sur cette question du traitement chirurgical Sergent, Baumgartner et Kourilsky (24) ont formulé des conclusions d'ordinaire acceptées. Lorsqu'il s'agit, et ce fut notre cas, d'une suppuration pyogène non fétide et tant que le drainage s'effectue convenablement, ne pas songer à l'intervention avant deux ou trois mois. La surveillance sera très sévère afin d'éviter et au besoin de traiter chirurgicalement la transformation de la collection en suppuration fétide ou gangréneuse; l'opération de choix serait alors pour Léon-Kindberg et Robert Monod (25) la pneumotomie avec drainage. Le drainage d'un abcès du poumon se montre-t-il par contre défectueux, recourir à la bronchoscopie pour désobstruer et évacuer; la méthode est fort employée aux Etats-Unis; l'année dernière Et. May et Soulas (26), puis Lemierre, Kindberg, Soulas et Cattan (27) Guisez (27 *bis*) y ont insisté.

Soulignons, par ailleurs, que chez notre malade l'arsénothérapie n'a pas semblé apporter des résultats appréciables. Nous ne méconnaissons pas son utilité dans le traitement des abcès pyogènes du poumon, ne serait-ce que pour prévenir ou retarder une évolution possible vers la fétidité par spirilles. Armand-Delille et Mme Roudinesco (28) citent deux cas de guérison de gangrène pulmonaire du nourrisson par des injections intraveineuses de novarsénobenzol, grâce auxquelles Ch. Achard et P. Soulié (29) sont également venus à bout d'une collection pulmonaire à spirochètes et bacilles fusiformes.

Nous n'avons pas employé l'émétine, bien que le geste eût été logique. En effet, à côté des abcès à amibes constatées et naturellement justiciables de l'émétine (30), on en a publié beaucoup sans amibes appréciables, mais où l'action du médicament s'est montrée assez nette pour que l'on se soit cru autorisé à conclure à une origine dysentérique [entre autres P.-E. Weil et Lamy (31), Brulé et Hillemand (32), Dargein et Doré (33), Lemierre et Kourilsky (34), Laederich et Poumeau-Delille (35)].

Dans d'autres circonstances, certaines raisons cliniques militent en faveur de l'amibiase pulmonaire, tel le cas de M. Labbé (36) où les anamnestiques ont été loin de demeurer muets.

Petzetakis (37) est un des auteurs qui ont le plus insisté sur l'existence de ces abcès amibiens primitifs du poumon, qu'il a même vu précédés par un stade septicémique sans aucun phénomène dysentérique. De même, Paisseau et J. Hutinel (38) avaient-ils décrit une forme respiratoire des hépatites chroniques amibiennes, spécifiée par un syndrome de bronchite généralisée curable à l'aide de l'émétine.

Brulé, Laporte et Ragu (39) ont même étendu la médication par l'émétine à des abcès nettement non amibiens, en remarquant que la guérison obtenue dans ces circonstances ne suffit pas à faire considérer l'abcès comme dysentérique.

A l'heure actuelle, la majorité des auteurs sont d'accord pour ne reconnaître à l'émétine une action élective et curatrice que dans les abcès amibiens ou encore dans les suppurations fuso-spirillaires [Theohari et Parissidi (40)] ou spirochériennes [Guy Albot et L. Michaux (41)]. Les résultats sont si nets au cours de l'amibiase pulmonaire qu'ils ont fini par servir de tests : une suppuration qui répond immédiatement à l'émétine, en même temps que s'atténuent les signes généraux, est réputée dysentérique pour beaucoup de médecins en l'absence même de toute anamnèse reconnue. Par contre, une guérison survenue lentement n'a pas la même valeur. A noter aussi, comme le dit Lemierre, que dans les abcès à marche aiguë on peut invoquer une évolution curable spontanément (42) et malgré l'émétine, tandis que l'objection tombe en cas de terminaison rapidement favorable après administration du médicament dans des suppurations plus ou moins anciennes.

Il n'est donc pas possible d'assigner un rôle de premier plan à l'émétine au cours des abcès pulmonaires à pyogènes. D'après ses recherches expérimentales, Iagnow (43) a toutefois constaté que l'émétine augmenterait la défense et la résistance du tissu pulmonaire contre diverses sortes d'infections.

Le pneumothorax a été préconisé par certains médecins (44), peu nombreux en vérité. Si des succès ont pu se manifester, il y a toujours lieu de redouter l'infection pleurale secondaire.

Pour mémoire, notons le traitement de l'abcès du poumon par la cure de soif dont Roth (45) et Hallmann (46) ont précisé les effets favorables et que Mouzon (47) a exposé dans une intéressante revue

d'ensemble. Mais il ne saurait de toute évidence entrer dans la pratique.

Aussi bien devant la multiplicité des thérapeutiques médicales préconisées contre les suppurations pulmonaires importe-t-il de conserver un certain scepticisme sur leur efficacité réelle. Sans doute, ont-elles surtout pour action d'accélérer une évolution spontanément favorable. Dans cet esprit, l'autovaccination est peut-être la moins inutile, quoique ayant contre elle des cas graves et spontanément guéris (48) comme ceux que l'un de nous publiait récemment (49).

BIBLIOGRAPHIE

1. KOURILSKY. Les abcès du poumon, *Th. de Paris*, 1927.
2. M. ESCHBACH. Abcès du poumon guéri par évolution spontanée, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 déc. 1927, p. 1634.
3. Fernand BEZANÇON, André JACQUELIN et Jean CÉLICE. Abcès du poumon à staphylocoques dorés. Guérison après autovaccinothérapie, *Ibid.*, 28 janv. 1927, p. 94.
4. L. BOIDIN et Mlle J. FONTAINE. Grands abcès pulmonaires au cours d'une infection traînante à staphylocoques; guérison spontanée, *Ibid.*, 29 juin 1928, p. 1097.
5. LEREBOULLET, LELONG et F. BENOIST. Abcès du poumon à staphylocoques dorés chez un nourrisson. Autovaccinothérapie. Vomique. Guérison, *Ibid.*, 11 juillet 1930, p. 1284.
6. F. BEZANÇON, A. JACQUELIN et Jean CÉLICE. Découverte radiologique d'un abcès du poumon à pneumocoques. Guérison rapide, sans traitement spécial, *Ibid.*, 28 janv. 1927, p. 92.
7. Roger CATTAN. Evolution d'un abcès pulmonaire parapneumonique. Guérison spontanée, *Ibid.*, 19 oct. 1928, p. 1439.
8. LEMIERRE, KINDBERG et E. BERNARD. Grand abcès du poumon à streptocoque. Guérison spontanée, *Ibid.*, 3 juillet 1925, p. 1047.
9. ACHARD et MOUZON. Abcès streptococcique du poumon. Guérison après vomique, *Ibid.*, 17 juillet 1925, p. 1094.
10. R.-J. WEISSENBACH. Abcès du poumon à streptocoques, d'origine dentaire probable. Guérison, sans intervention chirurgicale, après autovaccinothérapie, *Ibid.*, 1er avril 1927, p. 431.
11. Et. BERNARD, GILBERT-DREYFUS et DESBUCQUOIS. Abcès du poumon postopératoire. Streptocoques dans l'expectoration. Guérison spontanée, *Ibid.*, 27 janv. 1928, p. 97.
12. Et. BERNARD et DESBUCQUOIS. Volumineux abcès streptococcique du poumon. Septicémie. Abcès métastatiques. Guérison sans traitement spécial, *Ibid.*, 27 janv. 1928, p. 103.
13. TIXIER et DE SÈZE. Abcès streptococcique du poumon droit avec pleurésie interlobaire séro-fibrineuse et aseptique, *Ibid.* 11 janv. 1929, p. 19.
14. F. BEZANÇON, M. CHEVALLEY et OUMANSKY. Cinq cas de suppuration pulmonaire à guérison apparente rapide au cours de l'épidémie de grippe, *Ibid.*, 28 juin 1929, p. 880. (L'observation III concerne une suppuration à streptocoque hémolytique.)
15. LEMIERRE et RUDOLF. Grand abcès du poumon à pneumobacille de Friedländer, *Ibid.*, 21 juin 1929, p. 822.
15 *bis*. J. HALLÉ, J. HUTINEL et Y. BUREAU. Abcès du poumon a entérocoques secondaires à une sténose cicatricielle de l'œsophage. Guérison spontanée durable, *Bull. de la Soc. de pédiatrie*, 29 avril 1930.
16. J. HUTINEL et KOURILSKY. Abcès putride embolique du lobe supérieur droit. Guérison clinique et radiologique spontanée en six semaines, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 nov. 1930, p. 1645.
17. F. BEZANÇON et A. JACQUELIN. Les grands abcès du poumon à pyogènes, *Paris méd.*, 16 fév. 1929, p. 167.
18. LÉON-KINDBERG. *Les Dilatations des bronches*, Paris 1929.
19. LÉON-KINDBERG et COTTENOT. Un cas de dilatation bronchique consécutive à un foyer de gangrène pulmonaire. Diagnostic lipiodolé, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 mars 1925, p. 525.
20. LÉON-KINDBERG et KOURILSKY. Sur l'étiologie de certains cas de dilatation bronchique de l'adulte, *Ibid.*, 31 déc. 1926, p. 1812.
21. Emile SERGENT, P. COTTENOT et COUVREUX. Les dilatations des bronches consécutives à la sclérose pleuro-pulmonaire, *Ibid.*, 18 mars 1927, p. 371.
22. F. BEZANÇON, E. ETCHEGOIN, Jean CÉLICE et Jacques DELARUE. Rapidité d'apparition de la sclérose dans les processus gangréneux aigus du poumon (étude anatomique de trois cas), *Ibid.*, 5 juillet 1929, p. 991.
23. Pr. MERKLEN, HANNS et CORNU. Fortes hémoptysies au cours d'une suppuration pulmonaire, *Strasbourg méd.*, 25 mai 1930, n° 15.
24. E. SERGENT, A. BAUMGARTNER et R. KOURILSKY. Les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 26 fév. 1929, p. 298.
25. LÉON-KINDBERG et Robert MONOD. Les indications chirurgicales dans les suppurations pulmonaires à propos de trois observations, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 avril 1930, p. 643.
26. Etienne MAY et A. SOULAS. La bronchoscopie dans le traitement des abcès du poumon, *Ibid.*, 28 mars 1930, p. 543.
27. A. LEMIERRE, M. LÉON-KINDBERG, A. SOULAS et R. CATTAN. Deux cas de suppuration pulmonaire traités par les méthodes bronchoscopiques, *Ibid.*, 4 juillet 1930, p. 1224.
27 *bis*. GUISEZ. Vingt-cinq ans de pratique du traitement par les méthodes directes des suppurations intrapulmonaires, *XLIIIe Congrès franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris, 15-18 oct. 1930.
28. ARMAND-DELILLE et Mme ROUDINESCO-WEISS. Deux cas de gangrène pulmonaire chez l'enfant traités par l'arsénobenzol intraveineux et terminés par la guérison, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 janv. 1930, p. 134.
29. Ch. ACHARD et P. SOULIÉ. Abcès aigu du poumon rapidement guéri. Bacilles fusiformes et spirochètes dans l'expectoration. Traitement par l'arsénobenzol, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 5 mars 1929, p. 321.
30. LAUTMANN. *Th. de Paris*, 1923. — COFFIN. *Th. de Paris*, 1925. — Etc.
31. P.-E. WEIL et LAMY. Un cas d'abcès amibiasique du poumon guéri par l'émétine, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 oct. 1924, p. 1408.
32. BRULÉ et HILLEMAND. Abcès du poumon guéri par l'émétine, *Ibid.*, 7 nov. 1924, p. 1500.
33. DARGEIN et DORÉ. Amibiase pulmonaire gauche pure guérie par l'émétine et le stovarsol, *Ibid.*, 3 avril 1925, p. 590.
34. LEMIERRE et KOURILSKY. Un cas d'abcès amibien du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine, *Ibid.*, 20 janv. 1928, p. 56.
35. LAEDERICH et POUMEAU-DELILLE. Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine, *Ibid.*, 15 fév. 1929, p. 295.
36. Marcel LABBÉ. Abcès fétide du poumon guéri par l'émétine, *Ibid.*, 7 mars 1930, p. 373.
37. PETZETAKIS (d'Alexandrie). Amibhémie et abcès amibien primitif du poumon sans dysenterie, etc., *Ibid.*, 11 juillet 1930, p. 1341.
38. PAISSEAU et J. HUTINEL. Hépatite amibienne chronique, *Ibid.*, 8 nov. 1918, et *Ann. de méd.*, 1919, p. 51.
39. BRULÉ, LAPORTE et RAGU. Deux cas d'abcès pulmonaires, non amibiens, rapidement améliorés par le traitement

émétinien, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 mai 1929, p. 699. — NUBERT et BRANISTEANU. L'émétine comme traitement des suppurations pulmonaires non amibiennes, *Presse méd.*, 29 janv. 1930, n° 9, p. 132.

40. THEOHARI et PARISSIDI. Note sur un cas d'hémoptysie coïncidant avec la présence d'un foyer pulmonaire à fusospirilles. Guérison par le traitement à l'émétine, *Ibid.*, 11 juillet 1930, p. 1326.

41. Guy ALBOT et Léon MICHAUX. Pneumopathie excavée curable avec spirochètes dans l'expectoration. Action de l'émétine, *Ibid.*, 2 mai 1930, p. 738.

42. RAWICZ. Abcès du poumon curables, *Th. de Strasbourg*, 1930.

43. JAGUOV et VIDRASCO. Le chlorhydrate d'émétine dans la thérapeutique de l'abcès pulmonaire, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1927, t. XCVIII, p. 657, et IAGNOW. *Ann. de méd.*, juillet 1928, t. XXIV, p. 223. — FLIEDERBAUM. Le traitement de l'abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire par l'émétine, *Presse méd.*, 13 sept. 1930, n° 74, p. 1242.

44. JACOBEUS. Quelques cas d'abcès pulmonaires aigus traités par le pneumothorax, *Acta med. Scandinavica*, 28 déc. 1927, t. LXV, f. 5-6, p. 697. — Mlle PÉLISSIER. *Th. de Montpellier*, 1930.

45. A. ROTH. Le traitement de l'abcès pulmonaire par la cure de soif, *Schweiz. med. Woch.*, 3 juillet 1926, t. LVI,

46. Ernst HALLMANN. Les méthodes conservatrices modernes de traitement dans les processus chroniques inflammatoires et purulenta des poumons, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, juin 1928, t. CLX, nos 1-2.

47. MOUZON La cure de soif dans les suppurations bronchopulmonaires non tuberculeuses, *Presse méd.*, 14 mai 1927, p. 615.

48. Et. BERNARD. Sur la guérison spontanée des pneumopathies aiguës de l'adulte, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 juin 1929, p. 866.

49. GOUNELLE. Guérison spontanée d'un abcès apical du poumon droit ayant comprimé le pneumogastrique et le sympathique, *Soc. de méd. milit. franç.*, 19 mars 1931, et *Paris méd*, sous presse. — GOUNELLE, Mlle YUNG et GUÉRICOLAS. Suppuration pulmonaire à évolution favorable. Discussion thérapeutique, *Soc. de méd. du Bas-Rhin*, 28 mars 1931.

ALCOOLISME ET DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Le rôle que joue l'alcoolisme dans la dégénérescence humaine en général, et plus particulièrement dans la dégénérescence mentale, a fait l'objet de considérations variées, plus sentimentales que scientifiques, plus théoriques que pratiques. Ce sont des questions à reprendre, à poursuivre très longuement et méthodiquement, avec des fiches établies sans partialité. D'abord, qu'est-ce exactement que la dégénérescence? Et puis en quoi consiste spécialement la dégénérescence mentale? Quelle valeur attacher aux stigmates physiques pour l'appréciation de la dégénérescence mentale? Quels rapports y a-t-il entre la dégénérescence mentale et la prédisposition vésanique? Quid alors de l'alcoolisme comme facteur de dégénérescence en général, et spécialement comme facteur de dégénérescence mentale? L'alcoolisme des ascendants est-il chez les enfants une cause de prédisposition aux maladies mentales? Malgré l'alcoolisme, n'existe-t-il pas des faits de régénérescence physique et mentale? On le voit, la question de l'alcoolisme et de la dégénérescence mentale n'est pas simple. Son intérêt est grand au point de vue démophylactique et médico-sociologique.

***

Les stigmates physiques de la dégénérescence ont été longuement étudiés. Ils n'ont plus guère aujourd'hui la faveur des psychiatres : c'est que, comme de toutes les choses organiques, on en a assez vite fait le tour. Il est vrai qu'il suffit d'une nouvelle découverte, chimique ou physique, pour leur donner un regain d'actualité. On fera remarquer qu'il y a relativement peu de suite encore de nos jours dans l'activité scientifique des hommes ; subissant la mode des temps, ils se portent en masse où luit quelque espoir, où surgit quelque nouveauté, laquelle au bout de quelques dizaines d'années apparaît pure illusion. Parmi les stigmates physiques de dégénérescence, les plus utiles pratiquement à connaître sont : l'asymétrie faciale, les anomalies craniennes (malformations, excès ou défaut de volume), l'implantation anormale des cheveux, l'adhérence du lobule des oreilles, le strabisme, l'aspect ogival de la voûte palatine, etc. Il existe aussi un très grand nombre d'anomalies viscérales (cœur, poumons, foie, reins, glandes à sécrétion interne, etc) : elles ne sont pas évidentes comme les anomalies du corps ou de l'esprit, qui sont appréciables d'emblée et pour chacun.

Les signes de la dégénérescence mentale, d'un point de vue général, sont fort complexes. Groupés, ils constituent des syndromes que le clinicien reconnaît cependant assez aisément. Les troubles constitutionnels de l'intelligence sont représentés par l'idiotie, l'imbécillité, la débilité mentale. Il est facile de s'entendre sur l'imbécillité et l'idiotie. On a discuté davantage sur la débilité intellectuelle parce qu'on ne se plaçait pas à un point de vue pratique, réaliste : elle est exactement constituée, cette débilité psychique congénitale, par l'état de faiblesse d'esprit qui rend le sujet incapable de travailler seul, d'exercer seul une profession quelconque. Chez ces « dégénérés » de l'intelligence, qui sont les dégénérés inférieurs de Magnan, l'observateur relève le plus souvent, mais non toujours, les stigmates classiques de la dégénérescence somatique. Les troubles constitutionnels de l'émotivité sont représentés par les hyper et parathymies, avec alternatives d'excitation et de dépression. Chez ces sujets que Magnan désignait sous le nom de dégénérés supérieurs, l'intelligence est normale et quelquefois brillante : elle peut aussi être au-dessous de la moyenne. L'association de la débilité mentale congénitale et des troubles constitutionnels de l'émotivité n'est pas rare, surtout dans les asiles d'aliénés. Enfin il y a encore des troubles constitutionnels de la fonction névrosthénique. Il existe, en effet, des sujets hyposthéniques ou asthéniques, peut-être des sujets hyper et parasthéniques, constitutionnels :

tous présentent des troubles de la force musculaire et de l'idéation.

La dégénérescence physique et mentale est une chose, la prédisposition aux maladies psychiques ou nerveuses est une autre chose. Cette prédisposition peut exister chez des individus qui ne sont ni des dégénérés du corps, ni des dégénérés de l'esprit ou du système nerveux. Signalons qu'on emploie quelquefois, mais à tort, le mot débilité mentale dans le sens de prédisposition aux maladies psychiques.

*
* *

Quel rôle joue l'alcoolisme en matière de dégénérescence, qu'il s'agisse de dégénérescence physique ou de dégénérescence mentale ? L'alcoolisme des ascendants crée-t-il chez les enfants un terrain favorable au développement des psycho et des névropathies? L'alcoolisme crée-t-il toujours la dégénérescence? Quid des faits dits de régénérescence ?

L'alcoolisme aigu, subaigu ou chronique apparaît comme un facteur certain de dégénérescence physique. Mais dans quelle proportion se trouve touchée la descendance des alcooliques ? L'alcoolisme étant avéré et admis, quelle est la valeur de ces sujets reproducteurs? Des observations publiées en détail, avec polynatalité suivie de polymortalité, retiennent vivement l'attention. Quel est leur nombre par région, par commune? L'alcoolisme est-il seul en cause? Il y a là des études de démographie, de médico-sociologie à refaire sans hâte et avec méthode. Le problème est complexe.

Quel rôle joue l'alcoolisme en matière de dégénérescence mentale? Dans quelle proportion les facultés psychiques sont-elles altérées chez les descendants ? Dans quelle proportion le sont-elles par rapport aux autres fonctions physiologiques? Pour se livrer à des affirmations sérieuses, il faudrait plusieurs dizaines d'années de recherches détaillées et sans parti pris. Quid de l'alcoolisme et de la tuberculose? Quid de l'alcoolisme et de la syphilis? Quelques cas spéciaux ne démontrent rien en matière de sociologie. Des conclusions catégoriques tirées de faits plus ou moins exceptionnels n'entraîneront jamais l'action des Pouvoirs publics.

Il faut dire qu'on rencontre des enfants d'alcooliques qui ne sont nullement des « dégénérés ». On sait que des sujets pervers donnent naissance à des sujets normaux, que des sujets normaux, inversement, donnent naissance à des pervers, et ainsi la castration proposée contre les pervers apparaît comme un exemple de puritanisme très autoritaire. Pourquoi ne pas publier ces cas-là? Chacun répète que l'humanité dégénère. Notre pays n'était-il pas, avant 1914, le type des pays dits « dégénérés »? Notre décadence n'était-elle pas imminente? En vérité qui connaît les forces de régénérescence que l'humanité porte en elle? Tout cela reste singulièrement curieux. Pour étudier de telles questions, il faut organiser le *travail collectif scientifique*; il faut développer le service social à l'hôpital et à l'asile; il faut créer des établissements divers, indépendants, susceptibles de se critiquer et non pas de se congratuler. Il faut laisser la liberté aux chercheurs, aux écoles. La censure, la tyrannie sont mauvaises conseillères dans les sciences comme dans les arts. L'homme a conquis, à peu près, la liberté de critique dans l'art, dans la politique; il lui reste à conquérir la liberté de critique dans les sciences.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 MARS 1931)

Fracture du scaphoïde. — Deux travaux de M. Cornioley (Genève) et Louis Michon sont rapportés par M. Mouchet. Il s'agit de fracture spontanée du scaphoïde datant dans le premier cas de vingt et un mois, sans traumatisme net dans le second. Guérison par physiothérapie.

M. Cunéo insiste sur l'absence de vascularisation du fragment supérieur, ce qui explique en partie les phénomènes posttraumatiques.

M. Dujarier pense que la notion d'anémie étendue aux os longs, explique certains traumatismes.

Résections gastriques et complications pulmonaires. — Ce travail de M. J. Duval (du Havre) est rapporté par M. Bazy; douze résections gastriques sans complication pulmonaire. L'auteur insiste sur l'utilité d'éviter les écraseurs qui nuisent à la vitalité des tranches gastriques.

Abcès pulmonaire. — M. Barthélemy a opéré par simple drainage et guéri un abcès pulmonaire dû à un corps étranger.

Bactériophage dans les infections chirurgicales. — M. Barthélemy a traité par le bactériophage une blessure du creux poplité par chevrotine. Large excision et mise à plat, le projectile étant inclus dans le condyle externe. La réaction locale et générale fut vive, et l'auteur obtint une guérison complète en utilisant largement le bactériophage en pansement et en injections locales. Trois autres observations viennent à l'appui de cette première.

MM. Sauvé, Brocq et Bazy estiment que seule la dernière observation est démonstrative car le malade a été traité dans ce cas uniquement par le bactériophage.

Traumatismes de la colonne cervicale. — M. Fredet présente trois cas de luxations, fractures et fractures graves de la colonne cervicale sans troubles nerveux sérieux. Les résultats éloignés datant de plusieurs années dans deux cas restent bons. De très belles radiographies illustrent cette préparation.

Traitement de la maladie de Basedow. — M. Marcel Labbé estime que le métabolisme basal a une grande valeur, mais il est très difficile de bien pratiquer cette exploration. Il pense que les guérisons incomplètes sont les plus fréquentes, et qu'il faut rechercher les éléments qui permettent la guérison complète. Il n'a pas vu de goitres aggravés par l'iode, mais des goitres s'aggravant malgré le traitement iodé.

Statistique de chirurgie cranienne. — M. de Martel rappelle l'intérêt d'une instrumentation spécialisée pour la neuro-chirurgie, l'utilité de l'anesthésie locale et de la position tête haute. Sur 130 interventions l'auteur a perdu 23 malades (26 p. 100 de mortalité). Les résultats varient suivant le siège de la tumeur et l'opération pratiquée. Une série de projections illustrent les faits énoncés. M. de Martel présente une série de malades.

(SÉANCE DU 25 MARS 1931)

Phlegmon des gaines des fléchisseurs des doigts. — Ce travail de M. Marc Iselin est rapporté par M. MOURE. L'auteur conseille d'inciser seulement le cul-de-sac supérieur de la gaine. Les résultats fonctionnels obtenus par cette méthode sont excellents.

Embolectomie artérielle. — Ces trois cas de M. Soupault sont relatés par M. LABEY. Dans le premier cas une malade, cardiaque, fit une embolie de l'iliaque externe. L'embolectomie ne permit pas le rétablissement circulatoire et la malade fut amputée. Le second cas opéré pour embolie de la fémorale superficielle, vingt-six heures après le début, fut également amputé finalement. Le troisième malade opéré six heures après l'embolie fut également amputé secondairement après l'ablation du caillot. En somme, trois cas, trois échecs.

M. MOURE estime que le succès d'une embolectomie dépend d'éléments multiples, heure et terrain en particulier.

M. GRÉGOIRE rapporte une observation de M. Tisserand (de Besançon) qui obtint un excellent résultat de la résection de l'artère humérale.

Bactériophages. — M. SAUVÉ rappelle l'observation de M. Wiart où l'injection de bactériophage détermina une action non spécifique.

M. GRÉGOIRE remarque le résultat paradoxal obtenu dans ce cas. Peut-être les ponctions pratiquées ont-elles déterminé seules la guérison. M. Grégoire apporte onze observations en faveur de cette manière de voir.

Sept cents cas d'appendicite aiguë. — MM. DUVAL et AMELINE apportent la statistique intégrale du service du professeur Duval. La mortalité totale fut de 8,9 p. 100, avec 2 morts seulement dans les vingt-quatre heures, 14 morts pour les opérés du deuxième jour, 13 pour les opérés du troisième et 22 morts après le quatrième jour.

L'appendice n'a été laissé que dans 14 cas sur 752 cas. On a drainé dans 66 p. 100 des cas.

M. DUVAL insiste particulièrement sur la nécessité de l'opération systématique, même dans la période intermédiaire du troisième au cinquième jour.

M. SORREL n'a jamais perdu d'enfant durant son séjour à Berck grâce à l'opération précoce.

M. ROUTIER rappelle qu'il a déjà préconisé l'opération précoce voici quarante ans.

M. FREDET insiste sur le fait que les médecins se laissent souvent tromper par la bénignité apparente des signes.

M. LABEY approuve l'opinion de M. Fredet et rapporte un cas personnel où l'appendice était complètement gangrené alors que les signes étaient très frustes.

Présentation de malades :

Bec-de-lièvre. — M. VEAU présente un cas opéré jeune qui articule bien déjà certains mots.

Anévrisme poplité. — M. MOURE présente un beau résultat chez une malade opérée par endoanévrismorraphie oblitérante.

Hétérogreffe fraîche par plaie du nerf radial. — M. THALHEIMER montre un beau résultat trois ans après l'accident.

Infarctus mésentérique. — M. PETIT-DUTAILLIS présente un malade opéré à la douzième heure pour infarctus mésentérique, et la pièce de résection correspondante.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MALADIES PROFESSIONNELLES

La Cour de cassation a jugé que la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles étant dérogatoire aux principes concernant la législation des accidents du travail, son interprétation était restrictive (C. Cass. 29 juin 1929, *Gaz. Pal.*, 15 juillet 1929); son application suppose réunies deux conditions : 1° une maladie figurant aux tableaux annexés à la loi dont il s'agit; 2° une exploitation assujettie à cette loi. D'autre part, le décret du 31 décembre 1920 (art 2 et 3) montre que les seules industries assujetties sont celles dans lesquelles les travaux prévus par la loi du 25 octobre 1929 sont effectués d'une manière principale et continue. Cette solution était nécessaire; autrement, on aboutirait à ce résultat que serait assujetti à la loi un employeur qui ferait accidentellement effectuer par son salarié un des travaux énumérés dans les tableaux annexés à la loi de 1919; le jugement que nous rapportons a statué sur cette question, en décidant qu'il n'y avait pas lieu à application de la loi.

Voici le jugement rendu le 21 janvier 1931 par le Tribunal civil de la Seine :

« Attendu que S..., employé comme plombier, canalisateur, cimentier, par la Société D..., a dû cesser son travail le 6 août 1928; qu'admis à l'hôpital, il a été reconnu atteint d'une polynévrite vraisemblablement saturnine avec paralysie des membres inférieurs;

Attendu que, le 12 septembre 1929, il a assigné la Société D... devant le Tribunal civil de la Seine prétendant que sa maladie était due à l'exercice de sa profession et plus spécialement à l'emploi du blanc de céruse, demandant la nomination d'un expert;

Attendu que S... est décédé le 3 octobre 1930, mais qu'il n'est pas allégué que sa mort soit la conséquence de l'intoxication saturnine dont il se déclarait atteint; que sa veuve a continué l'instance qu'il avait commencée et en a demandé acte par des conclusions signifiées le 25 novembre 1920, auxquelles il y a lieu de faire droit;

Attendu que, par un jugement de cette Chambre, en date du 25 janvier 1930, le docteur Balthazard avait été commis pour rechercher si S... était atteint d'une des maladies comprises au tableau annexé à la loi de 1898 et au cas d'affection, quel était le taux de sa réduction de capacité, tous autres motifs des parties étant expressément réservés;

Attendu que le docteur Balthazard a examiné S... le 3 octobre 1930, quelques instants après sa mort, et qu'il a déposé son rapport le 16 octobre.

Attendu qu'après avoir constaté que la mort de L... n'est pas la conséquence de la polynévrite, vraisemblablement saturnine, dont il était atteint et que, d'autre part, cette polynévrite saturnine ne figure pas expressément dans la liste limitative des maladies professionnelles annexée à la loi du 25 octobre 1919, il déclare que les polynévrites complexes qu'on observe aux membres inférieurs ne rentrent pas dans le cadre de la paralysie des extenseurs qui est visée par la loi et que dans ces conditions, on ne saurait considérer comme maladie professionnelle, au sens de la loi de 1919, la polynévrite dont S... était atteint;

Attendu que cette opinion de l'expert est confirmée par ce fait que la loi du 1er janvier 1931, qui a complété le tableau des maladies professionnelles, a ajouté à la paralysie des extenseurs « les autres paralysies saturnines » qui ne s'y trouvaient donc pas comprises;

Attendu, d'ailleurs, que cette question n'aurait d'importance que si le Tribunal estimait que la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles était applicable à S...;

Attendu que la Société défenderesse ne peut être considérée comme exerçant une industrie assujettie, et. qu'en fait, aucune déclaration administrative n'a été faite par elle, mais qu'il y a lieu cependant de rechercher si le travail effectif de S... lui permettait d'invoquer à titre particulier les dispositions de la loi;

Attendu que S... allègue qu'il employait le blanc de céruse pour l'entretien des bâtiments et que, d'autre part, l'on pourrait soutenir que, parmi les industries assujetties, figure la soudure des métaux avec des alliages de plomb; que S... était occupé comme plombier aux établissements D..., effectuait un travail prévu par la loi de 1919, son employeur exerçant, à côté de son industrie principale, une industrie accessoire, rentrant dans le cadre de cette loi;

Mais, attendu, en fait, que S..., aux termes d'un contrat de travail écrit, en date du 15 octobre 1923, communiqué au Tribunal, avait été engagé comme ouvrier aux travaux de bâtiment (plomberie, couverture, maçonnerie); qu'il était chargé d'entretenir les bâtiments de la Société défenderesse, aussi bien en ce qui concerne les tuyauteries que la maçonnerie et les toitures;

Qu'il ne s'occupait pas constamment de peinture au blanc de céruse ou de soudure de métaux, mais qu'il ne se livrait à ces travaux qu'à des intervalles plus ou moins espacés, suivant les besoins, de sorte que ces travaux ne présentaient pas le caractère de continuité suffisante, pour rentrer dans les prévisions de la loi; que la loi, d'ailleurs, vise expressément des « travaux industriels » et que l'on ne saurait considérer comme tels les travaux d'entretien divers auxquels S... se livrait dans un seul établissement déterminé;

Attendu que, dans ces conditions, la dame veuve S... ne peut demander, en vertu de la loi du 25 octobre 1919, le paiement du demi-salaire pendant la maladie de son mari ».

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CHRONIQUE

NOTICE SUR LE CORPS DE SANTÉ MILITAIRE COLONIAL (1)

AVANTAGES MATÉRIELS

Le traitement et les indemnités afférents à chaque colonie et aux fonctions supplémentaires variées que l'on peut y exercer, peuvent arriver à doubler les émoluments d'Europe. Il s'y ajoute aussi, dans certains centres, les ressources de la clientèle civile. Cette situation permet aux intéressés de mener une vie aisée et de se constituer des économies appréciables.

Le passage aller et retour en 1re classe sur les paquebots de l'officier et de sa famille (femme et enfants) est aux frais de l'Etat.

A la colonie, les frais de déplacement de l'officier et de sa famille sont à la charge du budget employeur.

Au début de sa carrière, l'officier perçoit une indemnité de première mise d'équipement (2), à l'occasion de chaque départ aux colonies, une indemnité de départ colonial (3).

Il lui est remboursé chaque année, par une somme forfaitaire (4), les frais d'ouvrages, revues, matériel, nécessités par son instruction professionnelle.

Etant défrayé de toutes les dépenses résultant de l'accomplissement de son service, le médecin colonial a une situation pécuniaire intéressante.

Lorsqu'il atteint vingt-cinq ans de service, soit vers l'âge de quarante-cinq ou quarante-six ans, il a droit à une pension de retraite majorée des campagnes accomplies, qui vient s'ajouter aux économies réalisées pour lui assurer une existence confortable.

Les avantages de carrière sont tout aussi appréciables. Les campagnes accomplies outre-mer entrent en ligne de compte pour l'avancement dans le grade et dans la Légion d'honneur, il est donc plus rapide que dans la plupart des autres corps.

Enfin, cette carrière offre à ceux qui ne veulent ou ne peuvent pas la poursuivre jusqu'au bout de multiples débouchés.

Tout d'abord, l'officier recruté par les écoles ou le concours spécial d'admission ne doit ses services à l'Etat que pendant six ans. Ce laps de temps écoulé, il peut à tout moment de sa carrière rentrer dans la vie civile et s'installer soit en France, soit aux colonies.

Il peut obtenir, suivant les circonstances, des congés de longue durée sans solde, la mise en disponibilité, la retraite proportionnelle.

Si son état de santé est altéré, il peut être placé en non-activité pour infirmités temporaires ou réformé avec une pension de retraite, toutes circonstances dans lesquelles les droits et les intérêts de l'officier sont pleinement sauvegardés par la réglementation en vigueur.

SÉJOURS AUX COLONIES ET SERVICES ASSURÉS

La durée réglementaire du séjour colonial, traversée non comprise, est fixée à trois ans pour les anciennes colonies (Inde, Martinique, Guadeloupe, Nouvelle Calédonie, Taïti, Saint-Pierre et Miquelon), à trente mois pour Madagascar, l'Indochine et la Chine, et à deux ans pour les autres colonies, les territoires à mandat et les théâtres d'opérations extérieurs.

Le séjour peut être prolongé de plusieurs périodes d'un an si la santé de l'intéressé le permet, ou abrégé par permutation de tour de rentrée avec un camarade. On peut aussi être rapatrié en cours de séjour pour raisons de santé.

Les directeurs ou chefs du service de santé hors cadres, ainsi que certains spécialistes, ont la faculté, pour prolonger leur séjour colonial, de rentrer en France en congé de six ou huit mois et de revenir occuper ensuite le même poste aux colonies.

Le médecin militaire assure aux colonies l'un des services suivants :

1° Services militaires proprement dits, troupes et formations sanitaires.

2° Services sanitaires civils et d'assistance médicale pour lesquels il est placé hors cadres à la disposition de l'administration locale. Dans cette situation, il conserve le statut militaire et tous droits à l'ancienneté et à l'avancement.

Ces services comprennent : soins aux fonctionnaires et aux populations indigènes, protection de la santé publique, police sanitaire maritime, instituts Pasteur, laboratoires, instituts d'hygiène, parcs vaccinogènes, lazarets, écoles de médecine, vaccine, immigration, émigration, expertises médico-légales, etc.

3° Services dépendant du ministère des Affaires Etrangères pour lesquels on est également mis hors cadres ; consulats, ambassades, légations, missions, établissements rattachés à ce département (écoles de médecine, hôpitaux).

SÉJOURS EN FRANCE. CONGÉS. SERVICES ASSURÉS

Au retour d'un séjour colonial, on obtient un congé (à solde entière) qui peut aller jusqu'à six mois; puis on est affecté à l'un des services suivants en France ou Algérie-Tunisie :

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 29, p. 572.

(2) Actuellement fixée à 2.000 francs.

(3) Actuellement fixée à un mois de solde nette d'Europe, augmentée d'un mois de supplément colonial, à l'exclusion de toute indemnité pour charges militaires.

(4) Actuellement fixée à 250 francs.

1° Dépendant du ministère de la Guerre : troupes coloniales de la métropole et de l'Afrique du Nord, Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille, Centre de transition et hôpital de Fréjus, Dépôt des isolés coloniaux de Marseille et de Bordeaux, etc. ;

2° Dépendant du ministère des Colonies : services de l'inspection générale du Service de santé au ministère des Colonies, Conseil supérieur de santé des colonies, Direction des services militaires, service médical colonial des ports, etc.

Un certain nombre de ces emplois confèrent une dispense régulière de service colonial pendant plusieurs années. Au cas où l'officier inscrit au tour de départ colonial ne se sent pas suffisamment remis pour suivre sa destination outre-mer, il peut obtenir, pour raisons de santé, des dispenses de service colonial par quatre périodes successives de trois mois, soit une année au maximum.

Pendant leur séjour en France, toutes facilités sont données aux coloniaux pour se rendre aux eaux minérales, sanatoria, maisons de santé et de convalescence.

CONCLUSION

Jeunes gens qui hésitez sur le choix d'une carrière ;

Jeunes médecins qui, vos études terminées, vous trouvez devant les difficultés de la vie matérielle en attendant de vous être créé une clientèle civile qui vous permettra de subsister convenablement;

Embrassez la carrière de la médecine coloniale, souvent décriée parce qu'elle n'est pas connue.

Nulle part, vous ne trouverez une situation plus attrayante, plus indépendante.

Vous vous assurerez, pour le présent, une vie aisée, remplie d'impressions nouvelles, pour l'avenir, une confortable retraite.

Vous aurez, en outre, la satisfaction d'avoir joué un des premiers rôles dans le développement de notre magnifique empire colonial.

LIVRES NOUVEAUX

Anales de la Clinica del profesor C. Jiménez Diaz (1).

Cet ouvrage, où l'auteur a rassemblé les travaux de son service, commence par une statistique des cas observés en 1929. Il continue par une série de mémoires portant sur divers sujets : *Hypotension artérielle*, *Echanges généraux dans les maladies de l'appareil respiratoire*, *Etudes d'insuffisance circulatoire*, *Utilisation de l'acide lactique*, *Syndromes circulatoires et néphrétiques d'origine thyroïdienne*, *Mécanisme de la diurèse aqueuse*, *Valeurs relatives des différents procédés de dosage dans le plasma pour le diagnostic et le pronostic de l'insuffisance rénale*, *Conception de l'insuffisance hépatique*, *Lipase du sérum*, *Genèse et traitement de l'asthme en Espagne*, *Fonction antigène des lipoïdes*, *Dégénérescence amyloïde*, *Physiologie des réactions des anticorps*, *Rhumatismes vertébraux*. Luxueusement imprimée, illustrée de belles figures, cette publication montre la richesse de documentation, l'esprit clinique et la rectitude de jugement de nos amis espagnols auxquels elle fait le plus grand honneur.

L. BABONNEIX.

(1) Tome II, 1929. — Editorial Paracelso, Larra 6, Madrid 1930.

NOTES POUR L'INTERNAT

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

SIGNES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT

Généralités. — *Due au méningocoque de Weichselbaum.*

— Survient à tout âge, mais surtout chez les *adolescents.*

— Sévit, soit sous forme *sporadique*, soit le plus souvent sous forme de *foyers épidémiques limités.*

— Une notion est capitale : la contagion se fait surtout par des *porteurs sains de méningocoques* localisés avec prédilection dans le *naso-pharynx.*

Dans un milieu contaminé, il semble que cette rhino-pharyngite méningococcique apparaisse comme la véritable maladie contagieuse pouvant se compliquer de méningococcémie ou de méningite, au hasard des défaillances de l'organisme (Dopter). Et la question reste discutée de savoir si le germe gagne les méninges, soit après un stade de septicémie, soit directement à travers la lame criblée de l'ethmoïde (de Lavergne).

En tout cas, diagnostic d'une importance capitale, car le traitement en dépend, traitement de tous les jours qui nécessite une *très intime collaboration entre le clinicien et le laboratoire.*

CLINIQUE

A. **Méningite cérébro-spinale de l'adolescent.** — I. Type de description : Forme normale, habituelle, de l'adolescent. — *Début* : BRUSQUE ET VIOLENT.

1. Un ou plusieurs frissonnements. La température monte d'emblée à 39°-40°.

2. Le malade se plaint de céphalée, de rachialgie, de douleurs articulaires. Les vomissements sont de règle.

3. L'interrogatoire peut révéler, dans les jours qui ont précédé, l'existence d'un *coryza*, d'une *angine* (leur valeur pathogénique déjà vue).

4. La brusquerie au début, parfois déjà de l'*herpès*, la constatation de signes méningés plus ou moins frustes qu'il faudra rechercher avec soin peuvent faire pratiquer une *ponction lombaire.* On retire un liquide hypertendu, à peine louche, quelquefois encore clair, mais contenant déjà des polynucléaires et du méningocoque, *extracellulaire.* Au tout début de l'affection, le méningocoque s'accompagne d'une réaction lymphocytaire.

Etat. — Deux ou trois jours après, la symptomatologie de la méningite cérébro-spinale est devenue caractéristique, faite :

1° D'un syndrome nerveux de localisation méningée ;

2° De signes d'infection générale.

A. **Syndrome nerveux.** — A. S.

a. *Signes fonctionnels.* — Le malade se plaint d'une *céphalée* atroce, exagérée par les mouvements, d'une *rachialgie* intense, de douleurs sourdes articulaires, de courbature généralisée.

Il n'y a pas de trépied méningitique.

Si la céphalée est intense et tenace, les vomissements, habituels tout au début, disparaissent ensuite. Quant à la constipation, elle est rare. Beaucoup plus fréquemment, il existe de la *diarrhée.*

b. *Signes physiques.* — 1. TROUBLES MOTEURS. — a. *Contractures.* — 1. D'emblée, elles attirent l'attention. Le malade est *immobile et raide*, souvent couché en chien de fusil, *comme soudé.* La nuque est raide ; il existe très fréquemment du trismus.

2. On recherche :

— Le signe de Kernig ;

— Les deux signes de Brudzinsky ;

— Signe de la nuque ;

— Réflexe contro-latéral.

b. Il est rare que l'on constate des convulsions.

2. TROUBLES SENSITIFS. — A côté des troubles sensitifs, subjectifs que nous avons signalés, on note une *hyperesthésie cutanée* très marquée.

3. TROUBLES RÉFLEXES. — La recherche des réflexes est rendue difficile par l'hypertonie musculaire et l'hyperesthésie cutanée. Elle fournit des résultats variables et ne peut être de grande utilité pratique.

4. TROUBLES VASO-MOTEURS (souvent très frappants dès l'abord). — Brusques bouffées de chaleur, sueurs et rougeurs subites, raie vaso-motrice.

5. TROUBLES SENSORIELS. — Variables.

Œil. — *Peu de signes oculaires* dans les formes moyennes.

— L'état des pupilles, myosis, mydriase, ne semble obéir à aucune règle fixe.

— Parfois paralysie passagère des muscles oculaires, surtout paralysie du VI.

— Des troubles de la vision peuvent apparaître, liés à de la stase papillaire.

Oreille. — Parfois troubles de l'audition.

6. TROUBLES PSYCHIQUES. — *La lucidité reste intacte*, sauf dans les formes sévères où l'on peut rencontrer du délire et de la torpeur.

B. **Syndrome infectieux.** — Avec le début brusque, l'intensité des contractures, le syndrome infectieux donne à la méningite cérébro-spinale son allure clinique bien spéciale.

1. *La température*, après sa brusque ascension à 40 degrés du début de l'affection, décrit ensuite une courbe irrégulière.

2. *Le pouls* est devenu instable, inégal. Il est irrégulier ainsi que la respiration.

3. *Les urines*, chose paradoxale, sont abondantes, claires.

4. *Mais ce qui donne à ce syndrome infectieux sa note originale*, ce sont :

a. Les manifestations cutanées, au premier plan desquelles l'*herpès.*

b. Les *arthralgies.*

a. **Manifestations cutanées.** — 1. L'HERPÈS capital, presque constant.

Date d'apparition très variable.

Herpès naso-labial dans la règle.

2. AUTRES ÉRUPTIONS. — 1° *Purpuriques*, beaucoup plus fréquentes que les

2° *Erythémateuses* :

— Soit morbilliformes,

— Soit scarlatiniformes,

— Soit polymorphes.

b. **Les arthrites.** — Légères et fugaces le plus souvent.

En résumé, ce qui permet le diagnostic, c'est le début brutal, les contractures, les douleurs internes accompagnées de signes généraux graves, d'herpès, d'érythèmes.

c. **La ponction lombaire** est le seul *élément de certitude.*

Elle retire un liquide louche ou franchement purulent, contenant des polynucléaires altérés et du méningocoque le plus souvent *intracellulaire* qu'il faudra souvent rechercher patiemment avant de le trouver.

Parfois, par le repos, le liquide se divise en deux couches : l'une inférieure purulente, l'autre sus-jacente, xantochromique. Il y a hyperalbuminose (2-3 grammes) et *hypoglycorachie.* Il a pu même y avoir *absence complète* de glycose (méningite évoluant sans sérothérapie).

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La tuberculose intestinale ulcéreuse, par M. Jacques Arnaud.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
CHRONIQUE
Réception des professeurs de la Faculté de médecine de Montpellier à Barcelone, par M. G. G.
NÉCROLOGIE
Maurice de Fleury, par MM. A. Brochin et F. Le Sourd.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Un concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 15 juin 1931.

— Un concours pour une place de chirurgien suppléant des hospices sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 22 juin 1931.

MINISTÈRE DE L'AIR. — Il est créé au centre principal médical d'examen et d'études, au Bourget, un poste de médecin pratiquant la médecine générale. On sait que ce centre comporte déjà un médecin chef et quatre médecins spécialistes.

GUERRE. — M. le médecin général Bouffard a été nommé directeur du Service de santé des troupes du groupe de l'Afrique équatoriale française à Brazzaville, en remplacement de M. le médecin général Lecomte, rapatriable.

MARINE. — Le *Journal officiel* du 15 avril publie des décrets organisant des emplois de l'enseignement dans les écoles de médecine navale et réorganisant des services hospitaliers de la marine. Enfin, un arrêté règle un concours pour les emplois de médecins chirurgiens et spécialistes des hôpitaux maritimes.

LA PRESCRIPTION DES SPÉCIALITÉS ET LES ASSURANCES SOCIALES. — M. C. Chambrun ayant demandé à M. le ministre du Travail si les caisses d'Assurances sociales ont le droit, dans leur contrat avec les syndicats de pharmaciens, de limiter les spécialités à prescrire à celles admises pour l'assistance médicale gratuite et pour les blessures de guerre, a reçu la réponse suivante :

« En l'état actuel du texte de la loi sur les Assurances sociales, il ne semble pas que les caisses d'assurances puissent, à défaut de l'établissement de la liste des médicaments spécialement autorisés, confié par l'article 7, paragraphe 4, deuxième alinéa, de ladite loi, à une Commission spéciale, adopter une autre liste pour ces médicaments. Toutefois, elles sont fondées à ne rembourser le prix des médicaments spécialisés que sur la base de l'échantillon le plus petit sauf renouvellement, s'il y a lieu, dans la limite des prescriptions de l'ordonnance. Elles doivent, en tout état de cause, refuser le remboursement des médicaments non conformes aux lois existantes (art. 7, § 4, 1er alinéa de la loi), par conséquent des médicaments secrets. »

LES EXTRACTIONS DENTAIRES ET LES ASSURANCES SOCIALES. — M. Maurice Vincent ayant demandé à M. le ministre du Travail si un docteur en médecine, procédant à une extraction dentaire chez un bénéficiaire de la loi des Assurances sociales, peut considérer cette intervention comme un « acte de petite chirurgie au cours d'une consultation », inscription qui donnerait droit au praticien à un remboursement supérieur à celui prévu pour « l'extraction dentaire » faite par un chirurgien dentiste, a reçu la réponse suivante :

« Réponse négative. Le tarif de responsabilité des caisses ne doit comporter qu'un prix pour une prestation, quelle que soit la catégorie professionnelle du praticien qui l'a fournie. Le tarif de réassurance a fait application de ce principe en précisant que le tarif dentaire serait applicable aux interventions de stomatologie dont l'équivalent se retrouve, même sous une autre dénomination, dans la nomenclature dentaire. »

CONGRÈS INTERNATIONAL POUR LES ÉTUDES SUR LA POPULATION. — Un Congrès international pour les études sur la population est organisé par le « Comité italien pour l'Etude des problèmes de population » et aura lieu à Rome,

du 7 au 10 septembre prochain, sous la présidence d'honneur de S. E. le Chef du gouvernement Mussolini et la présidence effective du professeur Corrado Gini. Le « Comité français pour l'Etude scientifique des problèmes de population » présidé par le professeur Léon Bernard, a donné son adhésion officielle à ce Congrès.

Le programme du Congrès ne s'inspire que de buts rigoureusement scientifiques, interdisant toute propagande politique, morale ou religieuse. Le Congrès comprendra les sections suivantes : biologie et eugénique, anthropologie et géographie, médecine et hygiène, démographie, sociologie, histoire, méthodologie. Le programme complet du Congrès sera publié ultérieurement, mais dès maintenant les personnalités désireuses de participer à ce Congrès sont priées de s'inscrire et d'envoyer au Comité organisateur les sujets des communications et un bref exposé de leur contenu.

La cotisation donnant droit à l'inscription au Congrès et à la réception de ses Actes est de 50 livres sterling pour les invités et de 100 livres sterling pour les autres personnes.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. le docteur Edmond Chaumier (de Tours), le professeur Vedel (de Montpellier).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY.) — *Cours de perfectionnement. — Technique et diagnostic anatomo-pathologiques*, par MM. Roger Leroux, agrégé, chef des travaux, et F. Busser, assistant. — Ce cours commencera le lundi 20 avril 1931, à 14 h., au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants, à la même heure

Le cours comprend :

1° Huit séances de démonstrations d'autopsie qui comporteront la présentation et la discussion de pièces macroscopiques avec examens histologiques immédiats par congélation. Ces séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, de 10 h. à 12 h. 1/2, à l'Institut du cancer, avenue des Ecoles, 16 *bis*, à Villejuif (service spécial d'autocar à l'aller et au retour).

2° Vingt séances au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics microscopiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique.

Ils seront exercés, en outre, à toutes les méthodes de fixation, inclusion et coloration nécessaires suivant les cas.

Enfin, chaque séance comportera un exposé théorique accompagné de projections microscopiques et diascopiques concernant les données générales indispensables à l'étude des préparations du jour.

Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété ; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

Ces vingt séances auront lieu tous les jours, à 14 h., au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Le droit à verser est de 300 fr. — Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

MAURICE DE FLEURY

Maurice de Fleury vient d'être enlevé par une courte maladie. C'est avec une émotion et une peine profondes que nous avons appris la mort de ce parfait confrère qui fut un neuro-psychiatre éminent, un écrivain délicat, un journaliste de race, qui resta toujours pour nous le plus exquis des amis après avoir été dans sa jeunesse le remarquable collaborateur de la *Gazette des hôpitaux*.

Maurice de Fleury était né à Bordeaux le 20 octobre 1860. Fils d'Armand Fleury, professeur de la Faculté de médecine de Bordeaux, il fut d'abord interne des hôpitaux de Bordeaux, puis vint terminer ses études à Paris. En 1886, il devient interne dans la promotion de Charles Nicolle, Félix Legueu, Legry, Jonnesco, Caussade et Delagenière.

Elève de Pitres et de Charcot, il apporte une importante contribution à l'étude de la neurologie et de la psychiatrie. Qui ne connaît ses travaux sur la neurasthénie et l'épilepsie?

Son œuvre écrite a été considérable. Faut-il rappeler son *Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux*, son admirable *Introduction à la médecine de l'esprit*, et toute la série de ses ouvrages sur l'*Ame du criminel*; l'*Art de vivre vieux*; l'*Ame et le corps de l'enfant*; *Les Fous, les pauvres fous et la sagesse qu'ils enseignent*; enfin, l'*Angoisse du monde*, etc. Il faudrait encore citer son œuvre paramédicale : *Les Grands médecins d'aujourd'hui*, les *Causeries de Bianchon* qui connurent un si grand succès.

Point n'est besoin de rappeler la longue et brillante collaboration de Maurice de Fleury à *Figaro*, soit sous son nom, soit sous le célèbre pseudonyme d'Horace Bianchon. Avec quel bon sens, avec quelle justesse il savait faire l'éducation du public...

La haute valeur scientifique des travaux de Maurice de Fleury lui valut de ses confrères une admiration qui se traduisit par son élection à l'Académie de médecine en 1909; leur très grande valeur littéraire allait lui ouvrir les portes de l'Académie française.

Malgré les honneurs dont il a été justement l'objet, malgré ses multiples occupations, Maurice de Fleury, avec son grand cœur, n'a jamais cessé de se consacrer aux œuvres confraternelles. Il fut un membre assidu, puis le président inoubliable de l'*Association professionnelle des journalistes médicaux français*.

Pour nous il demeura toujours l'ami dévoué, simple et charmant que nous avions connu autrefois chez Péan.

Très respectueusement et de tout cœur nous nous associons à la douleur de Mme de Fleury et nous la prions, ainsi que son fils, d'agréer l'expression très vive de notre sympathie bien profonde.

A. BROCHIN et F. LE SOURD.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 3 cuillérées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD _ PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

REVUE GÉNÉRALE

LA TUBERCULOSE INTESTINALE ULCÉREUSE

Par Jacques ARNAUD,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nos conceptions sur la tuberculose intestinale ulcéreuse se sont, ces dernières années, complètement modifiées; la description qu'en dressa Louis, en 1825, restée classique près d'un siècle, n'est qu'un aspect, d'ailleurs inconstant, du stade terminal de cette localisation. La véritable physionomie clinique de la tuberculose intestinale ulcéreuse ne s'est précisée peu à peu que ces dernières années, du jour où Stierling, en 1911, décrivit les signes essentiels du syndrome radiologique des colites ulcéreuses.

C'est, en effet, l'examen radiologique systématique de l'intestin des tuberculeux qui a permis de dégager les notions fondamentales suivantes :

1° L'examen radiologique est l'élément essentiel du diagnostic, seul il permet de dépister les formes latentes, formes qui sont fréquentes. Seul il permet d'affirmer que les symptômes cliniques observés relèvent bien d'ulcérations intestinales.

2° Les signes cliniques de la tuberculose intestinale ulcéreuse ne sont pas caractéristiques; ils ne sont pas en rapport avec l'importance des lésions. Ils n'ont qu'une valeur de dépistage : ils font penser à une complication intestinale et conduisent à l'examen radiologique.

Mais, du fait même que dans la plupart des cas l'examen radiologique est indispensable pour affirmer la présence d'ulcérations, il peut sembler qu'un grand nombre de tuberculoses intestinales passent nécessairement inaperçues.

Il n'en est rien : dans 60 à 80 p. 100 des cas, les lésions débutent au niveau de la région iléo-cæcale, région radiologiquement accessible. Il est donc possible de dépister la tuberculose intestinale à un stade où elle est encore ordinairement muette ou pauvre en signes cliniques; c'est là une notion fondamentale bien acquise désormais.

Dès lors, pour schématiser ses aspects et sa traduction clinique, on peut envisager deux cas :

Premier cas. — Lésions du grêle. Pas de traduction radiologique valable, donc pas de diagnostic possible en dehors des signes cliniques. Les lésions passent presque toujours inaperçues; mais cette localisation n'est heureusement pas la plus fréquente.

Deuxième cas. — Lésions du côlon, de l'angle iléo-cæcal. Ici, il y a un syndrome radiologique interprétable, et l'on peut décrire trois stades évolutifs :

Premier stade. — Les ulcérations, minimes, n'ont pas encore de traduction radiologique, elles passent donc fatalement inaperçues.

Deuxième stade. — Les ulcérations déjà plus étendues entraînent un syndrome radiologique. Ce syndrome peut être net et impose alors le diagnostic; mais il peut n'être qu'ébauché, et reste d'interprétation douteuse; il faut alors faire appel à la clinique en se rappelant toutefois combien elle est trompeuse. C'est cette période qu'il est actuellement convenu d'appeler période « de début ».

Troisième stade. — Les ulcérations sont étendues, confluentes. Les images radiologiques sont caractéristiques. Les symptômes cliniques sont en général, mais d'une façon très inconstante, suffisamment nets pour permettre le diagnostic.

Ces données nouvelles, qui modifient sensiblement les données classiques, n'ont pas été acquises uniquement par le fait des examens radiologiques. L'étude anatomo-pathologique des lésions en précisant leur siège et l'aspect sous lequel elles se présentent au cours d'interventions chirurgicales, — l'étude des voies d'infection, — la recherche de l'influence réciproque des localisations intestinales et pulmonaires ont contribué à fixer le tableau clinique de la tuberculose intestinale ulcéreuse.

LES VOIES D'INFECTION

La localisation intestinale peut être primitive, elle est en général secondaire.

Localisation primitive (chancre d'inoculation intestinal). — Les statistiques apportées par les auteurs allemands (Beitzte, Lubarsch, Albrecht, etc)... portant sur plusieurs milliers d'autopsies sont assez discordantes, mais prouvent cependant que c'est une localisation peu fréquente.

On la trouve chez l'enfant, dans 15 à 20 p. 100 des cas, chez l'adulte la proportion est très notablement inférieure.

Pour créer ce chancre primaire, une infection massive est nécessaire; elle est réalisée généralement par l'ingestion de lait bacillifère. Un ou plusieurs chancres d'inoculation se forment au niveau des glandes lymphatiques (plaques de Peyer, follicules clos) et gagnent ensuite les différents relais ganglionnaires.

Cette localisation initiale de la tuberculose, bien qu'elle soit exceptionnelle chez l'adulte et n'ait le plus souvent pas de traduction clinique, présente cependant un intérêt pathogénique incontestable : nombre d'auteurs se sont basés sur l'absence de chancre initial pour nier l'origine digestive de la tuberculose. Les expériences de Calmette démontrent cependant qu'il n'y a chancre d'inoculation avec réponse ganglionnaire que si l'infection est massive, — c'est là un cas rarement réalisé en clinique.

Localisation secondaire. — La tuberculose intestinale est donc, chez l'adulte au moins, pratiquement toujours secondaire à une tuberculose pulmonaire, avérée ou méconnue.

Si on excepte les cas d'infection par propagation de voisinage qui sont exceptionnels (voies génitales, péritoine), l'ensemencement intestinal se fait par deux voies : la voie directe, la voie sanguine.

L'ensemencement par voie directe est dû aux crachats bacillifères déglutis : la lésion va se constituer là où les lymphatiques sont particulièrement nom-

**

breux, là où les crachats vont séjourner le plus longtemps, donc dans la région iléo-cæcale.

Cependant, la barrière épithéliale de l'intestin sain étant un puissant obstacle à la pénétration des germes, il est vraisemblable que les altérations intestinales préalables jouent un rôle prédisposant. Ce rôle a été expérimentalement démontré par Baumgarten qui a réalisé chez le chien une tuberculose intestinale en faisant ingérer simultanément des bacilles de Koch et des corps traumatisants. Les affections intestinales, notamment les colites, ont probablement une influence analogue; de même les lésions microscopiques dues aux embolies microbiennes bacillaires intestinales peuvent être un point d'appel à la fixation des bacilles de Koch déglutis.

L'ensemencement par voie sanguine a pour point de départ une embolie microbienne. Lorsque le lymphocyte véhiculant le bacille est frappé de mort par celui-ci, il perd ses mouvements amiboïdes et ne peut plus passer par diapédèse à travers les capillaires; il crée donc à son point d'arrêt une embolie microscopique et les bacilles qu'il contient sont le point de départ d'une granulation. Cette embolie se produit surtout là où le réseau vasculaire est particulièrement serré, donc dans la région iléale (1).

En pratique, les deux voies d'infection s'associent et il est possible que les lésions microscopiques réalisées par la voie sanguine soient un point d'appel à la fixation des bacilles de Koch déglutis.

SIÈGE ET ASPECT DES ULCÉRATIONS

I. **Le siège** le plus fréquent des ulcérations est incontestablement la région iléo-cœcale. Dans plusieurs milliers d'observations (Fenwick et Dodwell, Fowler et Godlee, Powell et Hartley, Engelsmann, etc.), la région iléo-cæcale est intéressée dans 50 à 70 p. 100 des cas, puis viennent par ordre de fréquence l'appendice et le côlon ascendant 30 p. 100, la fin du jéjunum 25 p. 100, le côlon descendant 20 p. 100, le rectum et le sigmoïde 13 p. 100, enfin le duodénum 3 p. 100.

Mais la région iléo-cæcale est rarement intéressée seule; le plus souvent il existe associées d'autres ulcérations en d'autres points; c'est là une constatation de première importance pour le chirurgien.

II. **L'aspect macroscopique** de l'ulcère diffère sur le grêle et sur le côlon.

A. Sur le grêle : l'ulcération affecte quatre types :

1. *La disposition longitudinale* (1/3 des cas) résulte de l'ulcération des plaques de Peyer par caséification en masse des amas lymphatiques. Longue de plusieurs centimètres, elle est parallèle au grand axe de l'intestin.

2. *La disposition annulaire* (1/3 des cas), affecte la forme d'un anneau ulcéreux, généralement incomplet, perpendiculaire à l'axe intestinal, long de 3 à 4 centimètres, large de 1 à 2. Bien que certains auteurs attribuent cette disposition à l'embolie artérielle des branches terminales des artères intestinales, on tend plutôt à admettre qu'elle est due au développement des tubercules dans les vaisseaux lymphatiques, dont la disposition est annulaire comme celle des vaisseaux.

3. *Les types intermédiaires* (1/3 des cas), échappent à toute systématisation : ces formes irrégulières se voient surtout au niveau du gros intestin.

4. *Le type lenticulaire* se présente sous la forme d'une petite ulcération en godet; c'est une lésion encore limitée des follicules clos, d'une plaque de Peyer.

Les ulcérations du grêle ont des bords déchiquetés, minces, décollés; le fond en est violacé, nécrotique. Le péritoine est très souvent indemne et ne révèle rien d'anormal, les lésions sous-jacentes passent alors très facilement inaperçues au cours d'une intervention. Si les lésions sont importantes, il est épaissi, bosselé par les tubercules sous-séreux et présente des taches ecchymotiques, des granulations; des traînées lymphangitiques en partent et aboutissent aux ganglions mésentériques qui, suivant l'importance de la lésion, peuvent être tuméfiés ou sains (macroscopiquement).

B. Sur le côlon. — On peut observer des aspects comparables à ceux du grêle, mais on rencontre surtout deux types d'ulcérations :

1. *Des ulcérations très vastes*, spergineuses, beaucoup plus étendues qu'au niveau du grêle. Les bords en sont durs, infiltrés, irréguliers, se terminant à pic sur l'ulcération; les limites en sont nettes et entre les ulcérations persistent des bandes de muqueuse saine. Parfois l'aspect des lésions rappelle en tous points celui de la dysentérie.

2. *Des ulcérations avec scléro-lipomatose*, qui ont le même aspect du côté de la muqueuse, mais s'accompagnent de scléro-lipomatose sous-péritonéale épaississant la paroi.

3. *Les tuberculomes ulcérés* enfin ont un aspect très spécial et rentrent plutôt dans le cadre des tuberculoses hypertrophiques. La réaction scléro-lipomateuse est extrêmement marquée, l'ulcération de la muqueuse reste très limitée; ce sont là des formes de résistance.

Il existe d'ailleurs tous les intermédiaires entre les formes proprement ulcéreuses et les formes hypertrophiques.

III. **L'évolution des lésions** diffère sur le grêle et sur le côlon.

A. Sur le grêle : la réaction péritonéale est toujours tardive, ce qui explique la fréquence relative des perforations en péritoine libre (Fusch : statistique d'interventions pour tuberculose intestinale : 5 p. 100 de perforations). L'extension des lésions entraîne la caséification des ganglions mésentériques.

Les lésions jeunes, peu étendues, peuvent-elles se cicatriser? On trouve bien, assez souvent, des lésions ulcéro-cicatricielles qui se révèlent par un syndrome d'occlusion; mais ce ne sont pas là à pro-

(1) Expérimentalement, Loeper et Esmonet ont réalisé chez le chien des tuberculomes par injection de bacilles de Koch dans les artères intestinales.

prement parler des ulcérations en voie de cicatrisation, ce sont des formes où le processus de sclérose coexiste avec un processus ulcératif, l'ulcération se creusant dans le tissu infiltré, rigiden scléreux (les formes dites fibreuses donnant le syndrome de König répondent à ce processus d'emblée sclérosant).

B. Sur le côlon. — L'évolution varie suivant le type clinique. Dans les formes avec scléro-lipomatose marquée, l'ulcération est peu extensive, reste limitée, il n'y a pas de réaction de voisinage et le côlon reste longtemps mobile.

Au contraire, dans les formes ulcéreuses, l'inflammation se propage au tissu cellulaire sous-péritonéal, provoquant de la pérityphlite tuberculeuse; les ulcérations s'ouvrent alors dans des poches cloisonnées par des adhérences; les abcès fusent dans un viscère ou à la peau.

IV. **Histologiquement.** — On retrouve les aspects habituels du follicule tuberculeux avec sa double tendance à la caséification et à la sclérose.

Sur le grêle, la lésion se localise dans le follicule clos (certains auteurs pensent qu'il se développe d'abord dans les parties les plus superficielles de la muqueuse), puis les bacilles envahissent les tissus voisins en suivant le cours de la lymphe.

Sur le côlon, les follicules étant plus rares dans la muqueuse, les lésions prédominent dans la sous-muqueuse, ce qui peut expliquer la tendance à la réaction scléro-lipomateuse.

A côté des lésions nodulaires classiques, on rencontre isolées ou associées à ces dernières, des lésions atypiques, non folliculaires; la présence de ces lésions non folliculaires leur fait attribuer l'origine de certaines diarrhées ne s'accompagnant pas de symptômes radiologiques.

FRÉQUENCE DE LA TUBERCULOSE INTESTINALE. SES RAPPORTS AVEC LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

La fréquence et la date d'apparition de la tuberculose intestinale varient essentiellement avec l'importance et l'âge des lésions pulmonaires. — Il est donc impossible de fixer un chiffre de fréquence absolue.

Les tuberculeux morts de lésions pulmonaires sont trouvés dans 60 à 80 p. 100 des cas porteurs d'ulcérations intestinales; mais ce sont des malades qui ont pendant de longues années craché des bacilles en quantité, qui ont infecté massivement leur intestin. Ce n'est pas le cas des tuberculeux curables, dont les lésions sont rapidement stabilisées, l'expectoration minime et peu infectante.

Pour préciser la fréquence des lésions intestinales chez ces tuberculeux, on ne peut avoir recours qu'à l'exploration radiologique; les chiffres ainsi obtenus sont donc nécessairement incertains.

Steward, classant suivant la gravité de leur état pulmonaire 800 malades à leur entrée au sanatorium, trouve : à un stade avancé de lésions pulmonaires 75 p. 100 porteurs d'ulcérations intestinales, 30 p. 100 seulement à un stade « modérément avancé ».

L. Brown, examinant 748 malades, constate que les tuberculeux au troisième degré sont porteurs d'ulcérations dans 56 p. 100 des cas alors qu'au deuxième degré 25 p. 100, au premier degré 7 p. 100 seulement présentent cette complication. La statistique d'Erickson portant sur 100 tuberculeux radiologiquement porteurs d'ulcérations intestinales fournit une approximation du même ordre; elle précise en outre que c'est dix-huit mois environ après l'apparition des signes pulmonaires qu'apparaît (radiologiquement) avec un maximum de fréquence, la localisation intestinale.

Il est bien évident qu'une correcte interprétation de ces statistiques doit tenir compte du fait que les ulcérations n'ont probablement de traduction radiologique que lorsqu'elles sont déjà assez étendues; les petites ulcérations « au début » passent sans doute inaperçues.

Ainsi la tuberculose intestinale augmente de fréquence avec l'ancienneté et l'étendue des lésions pulmonaires. Mais ce n'est là qu'une règle générale, elle peut parfaitement survenir chez des malades ne présentant que des lésions pulmonaires absolument torpides; les observations de ce genre ne manquent pas.

La tuberculose intestinale aggrave presque toujours la tuberculose pulmonaire, mais cela n'est pas toujours vrai. Il existe parfois un véritable balancement entre les deux foyers; l'aggravation de l'un entraînant l'amélioration de l'autre, « suivant cette curieuse loi des métastases » (Burnand).

Les infections antérieures du tube digestif : jouent vraisemblablement un rôle prédisposant. Fréquemment on retrouve chez ces malades un passé digestif ancien, banal.

Le parasitisme intestinal rencontré chez la moitié des tuberculeux est peut-être aussi une cause prédisposante; l'action provocatrice des traumatismes a d'ailleurs été démontrée expérimentalement (Baumgarten).

Certaines thérapeutiques enfin entraînent parfois l'apparition des signes cliniques d'une tuberculose intestinale méconnue. L'institution d'un traitement par les sels d'or notamment, — parfois la création d'un pneumothorax — (1), peut être le point de départ d'une diarrhée révélatrice.

CLINIQUE

Il est impossible de lier signes cliniques et étapes évolutives des ulcérations. Il n'y a pas, le plus souvent de liens entre eux; telle lésion peut être très étendue et rester muette, telle autre, limitée, peut entraîner des symptômes cliniques importants.

On ne peut donc décrire, absolument artificiellement d'ailleurs, que deux stades purement symptomatiques : un stade où les symptômes sont peu marqués, frustes; un stade où les symptômes sont

(1) Quelques cas ont été signalés où l'institution d'un pneumothorax a fait cesser des accidents diarrhéiques; ceux-ci étant peut-être dus à l'élimination des toxines dues au bacille de Koch.

grossiers, évidents, c'est à ce stade que se bornaient les descriptions classiques.

Quelle valeur faut-il attribuer aux signes cliniques? — Une valeur essentiellement relative, car ils sont infidèles.

Ils peuvent manquer alors que les ulcérations sont étendues (contrôle radiologique et anatomique).

Ils peuvent exister alors que l'examen radiologique ne révèle aucune image anormale.

Leur importance n'est pas en rapport avec l'étendue des ulcérations.

Les symptômes ne sont en effet le plus souvent que tardivement révélateurs des lésions intestinales; l'examen radiologique systématique montre bien la fréquence de ces formes muettes — Erickson sur 100 cas en trouve plus de 30. — Bien plus, même existants, ces signes n'ont aucune valeur absolue; ils se rencontrent fréquemment chez des tuberculeux radiologiquement indemnes de lésions intestinales.

Ainsi, les signes cliniques apparaissent inconstants, infidèles et trompeurs. En faut-il conclure que leur étude est inutile, que seule la radiologie peut éclairer le diagnostic? Assurément non, car ces mêmes symptômes ont une incontestable valeur s'ils sont tenaces, persistants, rebelles à toute thérapeutique.

Malgré tout, devant leur insuffisance, l'idéal serait évidemment de pratiquer systématiquement chez tout tuberculeux pulmonaire un examen radiologique de l'intestin sans attendre l'apparition de signes cliniques; ce serait la meilleure façon de ne pas passer à côté des formes muettes. Et cependant, même dans ces conditions, la clinique ne perdrait pas ses droits; elle sera un précieux auxiliaire si elle vient étayer un diagnostic radiologique hésitant.

Il y a donc un incontestable intérêt à préciser ces signes très tôt, en ne leur accordant toutefois que la valeur qu'ils méritent, valeur « indicatrice ».

LES SYMPTOMES FONCTIONNELS

I. **Les troubles gastriques** : sont les premiers en date dans 20 p. 100 des cas; ils augmentent ensuite de fréquence et font partie du tableau clinique une fois sur deux.

Tantôt il s'agit d'anorexie survenant sans raison chez un tuberculeux jusque-là bon mangeur; tantôt il s'agit de nausées qui apparaissent après les repas, s'accompagnant assez souvent de vomissements; tantôt il s'agit de troubles dyspeptiques, du type hyposthénique le plus souvent avec sensation de tension gastrique, de pesanteur après les repas; le type hypersthénique avec phénomènes douloureux pouvant s'exacerber jusqu'à de véritables crises solaires, semble moins fréquent.

Ces troubles gastriques sont banaux chez le tuberculeux évolutif. Ils doivent au contraire retenir l'attention : quand ils surviennent inopinément chez un malade en bonne voie; quand ils sont tenaces, persistants, rebelles aux différents essais thérapeutiques.

Leur origine est vraisemblablement réflexe, ils disparaissent en effet assez souvent après l'intervention chirurgicale (même simple laparotomie exploratrice).

II. **Les phénomènes douloureux** : marquent le début clinique dans un quart des cas et deviennent par la suite plus fréquents (70 p. 100). Il s'agit de gêne bien plus que de douleur vraie.

Tantôt c'est une douleur épigastrique s'accompagnant de troubles digestifs; tantôt c'est une douleur en barre, le long du cadre colique; tantôt la douleur siège à gauche, ou bien encore elle est diffuse, s'exacerbant avant les selles et s'accompagnant de diarrhée prandiale.

La douleur dans la fosse iliaque droite est plus fréquemment observée (40 p. 100), plus caractéristique. Son siège est fixe, dans la région iléo-cæcale; permanente, elle s'exacerbe par de petites crises qui peuvent simuler des crises appendiculaires. La palpation localise cette douleur au niveau du cæcum.

La pathogénie de ces douleurs n'est pas univoque : la réplétion gastrique réflexe, les spasmes coliques s'associent aux phénomènes douloureux dus à l'envahissement constant des ganglions mésentériques (lésés dans 50 p. 100 des cas). La douleur localisée à la fosse iliaque relève à la fois de l'ulcération et de l'infiltration des ganglions du groupe iléo-cæcal.

III. **Les signes intestinaux** : sont révélateurs dans 20 p. 100 des cas, puis augmentent de fréquence (80 p. 100). Ils se traduisent en général par de la diarrhée, quelquefois par de la constipation.

A. La constipation : bien que plus rare que la diarrhée (une fois sur trois) s'observe souvent mais passe habituellement inaperçue. Elle traduit l'infiltration de la valvule de Bauhin, infiltration qui entraîne un retard considérable dans l'évacuation iléale.

B. La diarrhée : est le symptôme le plus anciennement connu. Mais elle ne présente pas du tout, au début du moins, ce caractère de diarrhée « de long cours » classique.

Elle peut s'installer brusquement : dix, quinze selles apparaissent au milieu d'un cortège infectieux (température, grosse rate) simulant une typhoïde; puis tout s'apaise en quelques jours, mais il persiste une ou deux selles molles.

Le plus souvent, elle s'installe insidieusement. Le malade remarque que ses selles deviennent plus aisées, puis plus fréquentes, pendant quelques jours il accuse une ou deux selles molles le matin et tout rendre dans l'ordre. Enfin, par périodes de plus en plus rapprochées, ces selles réapparaissent, plus nombreuses, parfois fétides; leur caractère diarrhéique s'accentue.

Elles surviennent surtout le matin au réveil, quelquefois après l'ingestion d'aliments (lésions du transverse) ou régulièrement six à huit heures après les repas (lésions diffuses).

Sur ce fond d'instabilité intestinale se greffent des poussées entéritiques, cédant en général rapidement, mais laissant après elles le malade plus diarrhéique qu'auparavant.

La pathogénie de cette diarrhée est bien difficile à préciser. Est-elle due uniquement à l'hyperkinésie intestinale? Relève-t-elle directement des ulcérations; est-elle due aux lésions non folliculaires associées? Ou bien encore est-elle causée par l'élimination des toxines du bacille de Koch? Un fait est incontestable; son importance n'est pas en rapport avec l'étendue des ulcérations; on trouve fréquemment des lésions intestinales étendues à l'autopsie de tuberculeux qui ne présentaient qu'une diarrhée minime.

Ces troubles intestinaux : diarrhée, constipation, sont fréquents chez les tuberculeux en dehors de toute lésion intestinale; aussi ne saurait-on leur accorder d'importance que s'ils surviennent en dehors de toute modification de régime, s'ils persistent et s'aggravent malgré les différents essais thérapeutiques.

IV. **Les hémorragies intestinales** : microscopiques, seraient assez fréquentes pour certains auteurs : la plupart les considèrent comme exceptionnelles.

Les hémorragies macroscopiques sont indiscutablement un symptôme rare; mais lorsqu'elles surviennent chez un tuberculeux indemne de toute lésion digestive, elles constituent un symptôme d'alarme de valeur : ce sont des hémorragies de sang rouge, assez abondantes en général; un demi-litre à un litre et plus, mais sans gravité immédiate.

L'importance de l'hémorragie, pas plus que celle d'une hémoptysie, ne doit faire redouter l'apparition de lésions ulcéreuses étendues. Cette hémorragie peut rester en effet un symptôme sans lendemain dont on ne pourra que soupçonner la nature; mais elle peut aussi être le prélude de troubles intestinaux.

LES SIGNES GÉNÉRAUX

Erickson ne les considère comme révélateurs que dans 5 p. 100 des cas. Extrêmement discrets, ils se traduisent par une légère élévation de la température et un fléchissement de l'état général.

LA FIÈVRE est toujours modérée : 37°5-37°8, irrégulière d'un jour à l'autre; elle ne présente pas le caractère cyclique ou stable de la température ayant pour origine une poussée pulmonaire. Assez souvent il ne s'agit que d'un petit clocher post-prandial, deux ou trois heures après les repas (Jacquerod).

LE FLÉCHISSEMENT DE L'ÉTAT GÉNÉRAL se traduit par un amaigrissement progressif. S'il survient sans raison apparente chez un malade au repos dont les lésions pulmonaires sont parfaitement stabilisées, c'est un excellent symptôme d'alarme qui devra toujours faire soupçonner une localisation intestinale.

LES SIGNES PHYSIQUES

L'exploration méthodique des différentes régions de l'abdomen, de la région iléo-cæcale surtout, peut fournir quelques renseignements.

On fera rouler le cæcum sur les plans profonds, puis on le palpera avec la main droite, emprisonnant les gaz avec la main gauche, suivant la manœuvre de Roux, pour apprécier sa consistance, sa mobilité, sa sensibilité.

Quelquefois la fosse iliaque est sensible et moins souple, il existe un léger degré d'empâtement, empâtement dû plus à l'adénopathie ganglionnaire qu'à l'infiltration des parois cæcales; d'autres fois, dans certaines formes intermédiaires entre les formes ulcéreuses et les formes hypertrophiques, on sentira le cæcum épaissi et dur. Mais le plus souvent on ne constate qu'une légère sensibilité de la fosse iliaque, ou même rien du tout.

La palpation prend un plus grand intérêt, pratiquée sous l'écran radioscopique.

LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Ils n'apportent guère de renseignements :

1° *La recherche des bacilles de Koch dans les selles* est dénuée de tout intérêt diagnostique; 90 p. 100 des selles des tuberculeux pulmonaires contiennent en effet des bacilles. Ce pourrait être cependant un signe d'une certaine valeur si on constatait leur présence constante et abondante chez un malade dont l'expectoration ne révèle pas la présence de bacilles.

Les bacilles provenant des ulcérations intestinales seraient groupés en amas et non disséminés comme lorsqu'ils proviennent de crachats déglutis.

2° *La présence de sang dans les selles* est relativement rare; elle peut relever de causes diverses, difficiles à reconnaître.

3° *La recherche de l'albumine soluble par la réaction de Triboulet* est souvent négative, même en cas d'ulcérations dûment vérifiées.

Cette albumine soluble traduit la présence d'ulcérations intestinales dont elle ne présume d'ailleurs pas la nature; elle se rencontre donc dans les colites ulcéreuses d'autre origine, et quelque fois même dans les colites acides.

4° *La numération globulaire* est considérée par quelques auteurs américains comme un signe de valeur : sur 35 cas de tuberculose intestinale vérifiée anatomiquement, Meyer trouve une leucocytose inusitée (10.000 leucocytes par millimètre cube).

5° *L'examen corpologique* ne fournit pas par lui-même la preuve de la nature ulcéreuse des lésions, mais il peut permettre après régime d'épreuve, de rattacher la diarrhée à sa véritable cause (insuffisance digestive, colite acide, etc.); c'est donc un examen qu'on ne saurait négliger.

La présence dans les fèces de nombreux globules de pus révélerait un processus inflammatoire actif et très probablement ulcéreux du côlon.

La mesure de la vitesse de sédimentation pourrait peut-être, en l'absence de toute poussée évolutive pulmonaire, faire soupçonner une évolution intestinale.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

L'examen radiologique est de toute première importance : seul, il met en évidence les ulcérations intéressant le cadre colique, ulcérations dont la

nature tuberculeuse sera affirmée par la coexistence de tuberculose pulmonaire.

Il sera pratiqué après ingestion de baryte, puis après lavement; il devra être répété à plusieurs reprises pour préciser la fixité, la constance des images suspectes dans le siège et dans le temps. Des radiographies devront toujours le compléter; les films fixeront les images anormales et serviront de points de comparaison au cours des examens ultérieurs. La palpation sous l'écran est naturellement indispensable.

Les symptômes observés se traduisant en partie par des modifications du transit, il est important que le malade soit convenablement préparé.

Préparation du malade. Pas d'administration de purgatifs pour ne pas créer d'hyperpéristaltisme. La veille et avant l'examen, donner charbon et atropine. Le matin, faire prendre 200 grammes de gélobarine et rester à jeun les dix heures qui suivent.

Examen à partir de la sixième heure, toutes les heures ou toutes les deux heures, jusqu'à la neuvième ou dixième heure, puis dernier examen vers la quinzième ou vingtième heure.

Chez un sujet normal, on constate alors que le cæcum commence à être visible vers la troisième-quatrième heure, la moitié du transverse vers la septième-huitième heure; l'angle splénique vers la dixième heure; que l'iléon se vide de la sixième à la septième heure, le cæcum vers la vingtième heure et que l'évacuation est totale en trente-six heures.

Quelles sont les lésions visibles à la radio? — *Les lésions du grêle*, jusqu'à sa terminaison ne donnent pratiquement aucune image interprétable; un certain nombre de tuberculoses intestinales passent ainsi inaperçues. Cependant, une segmentation du baryte avec image en chapelet, persistant plusieurs heures, est parfois observée; ce serait là un signe de présomption.

Les lésions du cæco-côlon ne sont probablement visibles radiographiquement qu'à un stade assez avancé; elles pourraient même passer complètement inaperçues, bien qu'étendues (Eghiayan et Wehlers). L'intérêt de l'examen radiologique vise précisément à dépister les images du début; mais ces recherches se heurtent à des difficultés d'interprétation considérables.

Les signes radiologiques de la tuberculose ulcéreuse iléo-cæcale et colique : ce sont des signes de colite ulcéreuse; ils se traduisent par deux ordres de symptômes :

— Les modifications du transit,
— Les images lésionnelles.

I. **Les modifications du transit** portent sur l'évacuation de l'estomac, de l'iléon et du côlon.

1. *Présence d'un résidu gastrique* vers la cinquième-sixième heure. Cette rétention est d'ordre réflexe.

2. *Stase iléale*, qui se traduit par la présence de baryte dans l'iléon après la dixième heure. Si cette stase coexiste avec la réplétion du cæcum, elle est sans signification. Au contraire, s'il y a association paradoxale : stase iléale avec cæcum et côlon ascendant déjà évacués, c'est un signe de valeur (à condition toutefois qu'il n'y ait pas de sténose sur le grêle).

3. *Hyperpéristaltisme des côlons* : il y a rapidité exagérée du transit du baryte. Dès la huitième ou dixième heure, la tête du train peut être dans le sigmoïde et l'évacuation du repas baryté est complète en dix-huit-vingt-quatre heures au lieu de trente-six heures. Mais cette hypermotricité n'existe en général que s'il y a des lésions étendues, elle peut d'ailleurs relever de causes multiples, et ne prend de valeur qu'associée à d'autres symptômes, notamment à la stase iléale.

Cet hyperpéristaltisme est d'ailleurs limité au début au niveau de la portion lésée; l'hyperkinésie colique limitée est un bien meilleur symptôme que l'hyperkinésie colique totale; elle est probablement un facteur causal des images anormales.

4. *L'hypermotricité globale* portant sur le grêle et sur le côlon, révélée par la présence de baryte dans le sigmoïde, parfois dès la cinquième heure, est un symptôme banal de diarrhée; toutefois pour certains auteurs il constituerait un signe de lésions étendues du grêle, s'il est associé à des lésions coliques.

II. **Les images lésionnelles.** — Les premières images décrites par Stierling — images classiques — correspondent à des ulcérations déjà étendues; les images « au début » sont infiniment plus difficiles à interpréter.

L'image classique est caractérisée par une plage claire, vide de substance opaque, intercalée entre deux zones normalement remplies de baryte; les bords aboutissant à cette plage claire apparaissent peu à peu estompés, puis déchiquetés. Si la lésion siège au niveau du fond cæcal, celui-ci semble avoir disparu.

(L'absence de substance opaque au niveau des ulcérations paraît due à l'hypermotricité du segment lésé; tout se passe comme si les ulcérations étaient incapables de garder le baryte, après lavement comme après ingestion.)

Les images « du début », beaucoup moins nettes, ont été étudiées par les auteurs allemands et lyonnais.

Il y a bien dans ces aspects réplétion quasi normale de la portion suspecte, mais un examen attentif montre que les bords en sont déformés. Ces bords peuvent être déchiquetés, la lecture radiologique peut alors être correctement interprétée, mais la déformation peut consister en petites dentelures, en irrégularités, voire même en un simple estompage.

Lorsque l'ulcération siège sur le bord droit du cæcum, ce bord apparaît rectiligne. Une lésion siégeant à l'abouchement de la valvule de Bauhin se traduirait par une dépression profonde au niveau du bord interne du cæcum, avec aspect effilé des derniers centimètres de l'iléon et ondes péristaltiques violentes sur la terminaison iléale.

Enfin on a signalé, mais ce sont là des images rares, la présence d'une zone circonférentielle claire, vide de baryte, apparaissant sur le fond sombre de

la colonne de substance opaque, quand la lésion se projette de face, ou un aspect marbré de la zone lésionnelle. (Inversement, certains auteurs auraient observé la présence d'une pastille opaque marquant l'ulcération après évacuation préalable du baryte, puis insufflation d'air.)

On conçoit aisément que tous ces signes « de début » pouvant être simulés par des spasmes, des brides de péricolites, etc., la lecture de ces images est fort difficile, sujette à de multiples causes d'erreur; l'interprétation doit donc être extrêmement prudente.

Pratiquement, l'examen radiologique ne donne des signes de certitude que s'il révèle l'image classique de Stierling; cette image peut cependant manquer alors qu'il existe des ulcérations (Eghiayan et Wohlers). Si on observe d'autres aspects, on ne leur accordera d'importance que s'ils sont constants, durables, concordants avec le tableau clinique. Encore sera-t-on exposé à de nombreuses causes d'erreur.

LES SYMPTOMES CLINIQUES DES CLASSIQUES STADE D'ULCÉRATIONS ÉTENDUES

C'est à cette période qu'on observe le syndrome classique décrit; mais d'une façon inconstante, car il peut n'être qu'ébauché ou même manquer totalement alors que la vérification nécropsique montre des ulcérations multiples, étendues.

Les douleurs à type névralgique spontanées ou provoquées par l'ingestion d'aliments sont continues avec exacerbation; diffuses à tout l'abdomen, elles sont surtout vives dans la fosse iliaque droite.

La diarrhée s'est installée, tenace, rebelle à toute thérapeutique; son abondance peut être extrême, allant jusqu'à la lientérie et entraînant une véritable déshydratation du malade (cette diarrhée paraît être due moins aux ulcérations qu'à l'envahissement des glandes lymphatiques et des plexus nerveux vagosympathiques de la paroi intestinale).

L'abdomen est généralement plat, déformé, et donne une sensation d'empâtement diffus, la décompression brusque entraîne l'apparition de douleurs péri-ombilicales et iliaques : il peut coexister une ascite par réaction péritonéale.

Les selles sont liquides, jaunâtres ou noirâtres, s'il y a des hémorragies, leur odeur est fétide, gangréneuse parfois.

L'état général est profondément altéré; la pigmentation fréquente due à l'envahissement du plexus solaire, la déshydratation donnent au malade un aspect cachectique; la fièvre prend un caractère hectique.

Parfois l'envahissement, puis la suppuration des ganglions mésentériques, notamment ceux de l'angle iléo-cæcal, entraînent la formation de poches purulentes limitées par des adhérences péritonéales, qui s'ouvrent à l'extérieur ou dans un viscère. Mais le plus souvent, la mort survient moins du fait des lésions intestinales, dont la traduction clinique reste souvent très fruste, que de l'aggravation des lésions pulmonaires ou d'une généralisation tuberculeuse.

Les ulcérations peu étendues peuvent-elles se cicatriser? — Cela est vraisemblable, quelques observations en témoignent, mais il n'est pas possible d'en préciser la proportion. En effet, les lésions qui ont une traduction radiologique sont déjà relativement importantes et ont de ce fait peu de tendance à la guérison : ce sont les seules que l'on puisse reconnaître sur le vivant; les ulcérations minimes, au contraire, qu'il est impossible de diagnostiquer, sont sans doute susceptibles de guérir spontanément; peut-être faut-il voir dans ces petites ulcérations méconnues, la cause de certains troubles intestinaux inexpliqués chez les tuberculeux.

FORMES CLINIQUES

Rien n'est donc plus variable que les aspects cliniques de la tuberculose intestinale ulcéreuse. Il existe des formes monosymptomatiques, etc.; seule la radiologie peut apporter quelque clarté dans la multiplicité de ces aspects.

La nature des lésions entraîne des aspects particuliers :

Certaines formes ulcéreuses présentent une tendance très nette à la fibrose; il semble que ces formes ne soient pas des formes cicatricielles mais bien des formes particulières où la fibrose évolue parallèlement au processus ulcératif.

Au niveau du cæcum le processus ulcératif coexiste fréquemment avec un processus hypertrophique. Si ce dernier prédomine, la forme hypertrophique tumorale se trouve réalisée. Il faut d'ailleurs remarquer que l'opposition classique entre les formes dites ulcéreuses et les formes dites tumorales n'est pas absolue; tous les types intermédiaires existent et s'il est exact que les formes hypertrophiques se rencontrent surtout chez des malades ne présentant pas de lésions pulmonaires étendues, il semble par contre inexact d'affirmer qu'il n'y a pas d'atteinte pulmonaire (1).

Le siège des ulcérations offre des particularités cliniques intéressantes :

1° *La localisation iléale* vient par ordre de fréquence après la localisation iléo-cæcale. Son diagnostic est quasi impossible, car les images radiologiques anormales sont très difficiles à mettre en évidence.

2° *La localisation appendiculaire* est dans 90 p. 100 des cas associée à la localisation cæcale, elle peut être cependant isolée, c'est une appendicite de nature tuberculeuse. Parfois elle prend une allure aiguë et l'on porte évidemment le diagnostic d'appendicite aiguë; la diarrhée, si elle existe, doit cependant retenir l'attention. Mais, le plus souvent, elle simule une appendicite chronique banale; là

(1) Les observations sur lesquelles on s'est basé pour affirmer l'absence des lésions ne pouvaient, en effet, signaler des lésions pulmonaires peu étendues (absence de radiographie); d'autre part, nombre d'entre elles signalent l'apparition de lésions pulmonaires ultérieures.

encore, s'il y a diarrhée, on doit en soupçonner la nature.

D'une façon générale d'ailleurs, les syndromes douloureux de la fosse iliaque droite ne sont pas rares chez les tuberculeux pulmonaires et ne doivent pas nécessairement éveiller l'idée d'appendicite.

3° *Les ulcérations du côlon gauche, du sigmoïde* surtout, ont une individualité clinique bien tranchée et connue depuis longtemps. Elles se traduisent par un syndrome dysentériforme : faux besoins avec épreinte, ténesme, etc..., la rectoscopie permet parfois de les voir et d'en faire une biopsie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose intestinale ulcéreuse ne peut être affirmé que par l'examen radiologique; cet examen devrait donc être systématiquement pratiqué. Malheureusement, c'est là chose difficile, aussi le diagnostic se fait-il actuellement en deux temps :

1. Les signes cliniques font soupçonner la lésion intestinale;
2. Les signes radiologiques infirment ou confirment cette hypothèse.

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

Pratiquement on est conduit à penser à la tuberculose intestinale chez le tuberculeux pulmonaire lorsque celui-ci présente une altération inexpliquée de l'état général, lorsqu'il accuse des troubles gastriques, des douleurs intestinales survenues sans raison apparente, lorsqu'il présente de la diarrhée ou de la constipation. Mais, en fait, on ne discute ces diagnostics cliniques ni dans les cas où la radiologie révèle des signes de colite ulcéreuse, car la radiologie doit primer la clinique, ni dans les cas où la radiologie ne montre aucune image anormale, car on ne peut plus alors conclure avec certitude à la présence ou l'absence d'ulcérations.

Ce diagnostic clinique différentiel n'a d'intérêt que dans les cas où l'examen radiologique laisse supposer une altération intestinale sans qu'il soit en mesure de l'affirmer. Dans ces cas alors une discussion serrée du diagnostic des symptômes peut confirmer ou infirmer l'idée d'une tuberculose ulcéreuse de l'intestin.

I. Troubles de l'état général. — Un tuberculeux qui maigrit régulièrement, qui présente des petits crochets thermiques, doit être soupçonné porteur de lésions intestinales s'il ne présente aucune poussée ou localisation pulmonaire nouvelle, s'il n'a pas modifié son genre de vie (reprise du travail, changement de climat, etc.). Un examen radiologique intestinal sera donc pratiqué systématiquement, même s'il n'y a aucun symptôme clinique digestif.

II. Troubles gastriques. Douleurs intestinales. — L'anorexie est un symptôme banal chez le tuberculeux pulmonaire évolutif; elle persiste même souvent après stabilisation des lésions. Mais, si elle survient inopinément, sans raison chez un malade stabilisé, elle doit retenir l'attention.

Les troubles gastriques des tuberculeux relèvent souvent de dyspepsie hyposthénique, plus rarement de dyspepsie hypersthénique. C'est encore leur apparition inopinée qui devra faire soupçonner leur origine.

Les douleurs intestinales, notamment la douleur de la fosse iliaque droite, accompagnent parfois ces dyspepsies et font presque toujours partie du tableau clinique des colites acides; elles peuvent encore être dues à des altérations toxiques du plexus cœliaque par le bacille de Koch. Leur interprétation est toujours délicate.

C'est la ténacité, la durée de ces troubles qui devront en faire suspecter l'origine banale et conduire à un examen radiologique intestinal. Rarement isolés d'ailleurs, ils sont le plus souvent associés à la diarrhée ou à la constipation.

III. Constipation. Diarrhée. — La constipation retient rarement l'attention. Lorsqu'elle relève de lésions intestinales, elle s'associe souvent à des phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite, réalisant le tableau de l'appendicite chronique. Le diagnostic clinique est particulièrement difficile et l'examen radiologique n'apporte pas toujours des arguments concluants, du fait des brides de péricolites qu'entraîne l'inflammation appendiculaire.

La diarrhée est en général le symptôme qui oriente le premier vers l'hypothèse de tuberculose intestinale. Exception faite des diarrhées symptomatiques d'affections intercurrentes (urémie, syphilis, amibiase, etc.), on observe surtout chez les tuberculeux :

Les diarrhées par déficit sécrétoire,
Les diarrhées accompagnant les colites acides,
Les diarrhées dites toxiques.

1° *Diarrhées par déficit sécrétoire*, résultent de la diminution globale des sécrétions, diminution fréquente chez le tuberculeux. Un examen coprologique permet de préciser la nature des aliments non digérés et d'instituer une thérapeutique rationnelle (diététique, opothérapique). La réussite du traitement sera le meilleur critère diagnostic.

2° *Les colites acides* sont dues à la transformation exagérée des hydrates de carbone en acides organiques par la flore dite de fermentation (type diarrhée de Schmidt). Cliniquement, elles donnent un tableau tout à fait comparable à celui de la tuberculose intestinale ulcéreuse : mêmes selles molles, diarrhéiques, mêmes douleurs dans la fosse iliaque droite, mêmes irradiations, mêmes phénomènes gastriques réflexes; persistantes, elles retentissent sur l'état général (amaigrissement, température subfébrile). Un examen coprologique peut éclairer le diagnostic (réaction acide au tournesol, augmentation anormale des acides organiques, présence d'aliments non digérés), mais trop souvent un régime à base de féculent appliqué sans discernement vient aggraver les troubles et faire penser à tort à une tuberculose intestinale.

Là encore, la clef du diagnostic est l'examen radiologique : il y a bien évacuation cæcale prématurée, mais il n'y a pas d'images anormales (à la longue

cependant ces colites pourraient se compliquer de péri-colite qui modifie le contour du cæcum).

Le parasitisme intestinal, si fréquent chez le tuberculeux pulmonaire, se complique enfin souvent d'entérocolite, qui apporte un nouvel élément de confusion.

3° *Les diarrhées dites toxiques* ont une pathogénie obscure, rien ne permet de les distinguer de celles qui relèvent des ulcérations intestinales. Peut-être sont-elles symptomatiques de lésions atypiques, non folliculaires, n'évoluant pas vers l'ulcération; peut-être sont-elles dues à l'élimination des toxines sécrétées par le bacille de Koch ou à leur localisation au niveau du plexus cæliaque, créant ainsi une entéro-névrite se manifestant par de l'entéro-colite muco-membraneuse. Leur diagnostic est évidemment impossible sans l'examen radiologique.

Il faut encore rattacher à leur véritable cause les diarrhées par déséquilibre vago-sympathique ou disfonctionnement des glandes endocrines (hyperthyroïdie, insuffisance surrénale, diarrhées menstruelles de Sabourin...).

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic de la tuberculose intestinale ulcéreuse repose presque uniquement sur l'interprétation radiologique. Cette interprétation est aisée dans certains cas: une image de Stierling ne prête guère à confusion. Par contre, les images moins nettes, les images dites « de début » avec simple déformation des contours peuvent ressembler à des déformations dues à de nombreuses autres causes, qu'il faut connaître si on ne veut pas interpréter à tort ces images anormales.

Il y a d'abord un certain nombre d'erreurs à ne pas commettre. De fausses images lacunaires peuvent résulter d'un mauvais remplissage (surtout après ingestion), de la persistance d'amas fécaux, de bulles gazeuses sur une paroi (notamment au fond du cæcum), d'une compression par une anse intestinale. Il faut distinguer les spasmes transitoires (fréquents après lavement), à limites nettes, siégeant surtout sur le côlon descendant, plus rares au niveau du cæcum. Cea spasmes sont d'ailleurs souvent difficiles à interpréter, aussi est-il nécessaire de multiplier les examens pour s'assurer qu'ils varient dans leur siège.

Ces erreurs étant éliminées, il faut interpréter les modifications du transit et les images anormales.

Modifications du transit. — L'hyperkinésie globale s'observe dans les diarrhées. L'byperkinésie colique, l'hypermotricité cæcale se voient dans les colites banales. De même dans les péricolites d'origine appendiculaire, il n'est pas rare que la bouillie passe le cæcum en sautant. La stase iléale enfin peut accompagner colites et péricolites.

Les modifications du transit ne sont donc pas susceptibles d'entraîner à elles seules une conviction.

Les images anormales. — Le meilleur symptôme radiologique est sans conteste l'absence de dessin entre deux zones convenablement injectées. Si la surface non dessinée est importante, l'interprétation de la colite ulcéreuse est aisée; l'appoint clinique rattache cette ulcération à sa nature tuberculeuse.

Mais si la zone est petite, s'il y a seulement déformation des contours, alors interviennent de multiples causes d'erreurs.

Le fond cæcal, le cæcum peut n'être que très imparfaitement dessiné dans les typhlites ou appendicites chroniques, d'où aspect irrégulier. Les images lacunaires, vacuolaires s'observent dans les péricolites; elles peuvent encore être dues à une compression par des masses ganglionnaires juxtacæcales.

La modification des contours du côlon se voit dans les colites chroniques, les péricolites (les bords du côlon apparaissent alors lisses, parallèles, rigides, ont perdu leur netteté).

Tous ces aspects encore mal précisés expliquent la difficulté qu'il y a à poser un diagnostic précoce. C'est la constatation répétée au cours de nombreux examens d'images suspectes, leur accord avec les symptômes cliniques, qui permettent de penser à une localisation intestinale. Ainsi la clinique reprend en partie ses droits.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Quels sont les moyens thérapeutiques dont on dispose?

1° **Le traitement médical** a successivement, et en vain, fait appel aux astringeants, désinfectants etc. qui n'ont évidemment qu'une action symptomatique, mais sont de précieux palliatifs.

Les arsénicaux pentavalents, administrés per os sont susceptibles d'entraîner une diminution de la diarrhée; les sels de calcium injectés par voie veineuse ont donné d'incontestables succès, mais leur action cicatrisante n'est pas démontrée.

2° **Le traitement chirurgical** ne s'adresse évidemment qu'aux formes peu étendues. La résection de la zone ulcérée est la méthode de choix, mais cela implique que cette zone est de petite dimension. Si les lésions sont plus étendues, on doit alors recourir à l'exclusion uni- ou bilatérale.

3° Les **ultra-violets** et peut-être la radiothérapie peuvent être utilisés dans tous les cas, en surveillant toutefois les réactions du sujet.

Pour préciser la valeur de ces méthodes, il faut recourir aux résultats statistiques. Malheureusement ces résultats, ces chiffres ne sont pas comparables: les mettre en regard ne permet pas, en pareille matière, de conclure.

En effet, ces statistiques ne précisent pas, ou très imparfaitement, l'étendue des lésions et l'état général du malade. D'autre part, nombre d'interventions chirurgicales ont été pratiquées sur des formes ulcéro-hypertrophiques et doivent donc être écartées. Le traitement par les ultra-violets, ayant exclu la vérification anatomique, compte sans doute à son actif des succès illégitimes puisque le contrôle radiologique ne permet pas un diagnostic certain.

Enfin, l'une et l'autre méthode sont encore de date récente, et les cas sont peu nombreux où l'on peut juger de l'efficacité de la thérapeutique instituée avec un recul suffisant.

Mais il est toutefois possible de dégager une impression générale de l'étude des différentes statistiques et cas publiés.

Le traitement chirurgical a de beaux succès à son actif, mais est grevé d'une lourde mortalité opératoire (25 p. 100, chiffre concordant de nombreuses statistiques), et les récidives sont fréquentes (il est en effet fort difficile de reconnaître, pièce en main, les ulcérations au début qui laissent intacte la séreuse péritonéale).

L'U. V. thérapie ne présente pas les mêmes risques; incontestablement elle fait disparaître ou améliore les symptômes. Mais les rayons ultra-violets ont-ils un pouvoir cicatrisant ? Les Américains, grands partisans de la méthode, ont vu des cas de « guérison » durable, avec contrôle radiologique.

Ainsi, s'il est encore bien difficile de décider nettement en faveur de l'une ou l'autre méthode, des indications générales se précisent:

Les formes étendues avec état général grave sont uniquement justiciables du traitement médical.

Les formes étendues avec état général passable seront soumises prudemment aux rayons ultra-violets.

Les formes localisées peuvent être traitées chirurgicalement, mais ce traitement chirurgical implique des risques sérieux.

Aussi peut-il être parfois préférable d'essayer d'abord l'action des ultra-violets, sans insister toutefois si l'amélioration n'est pas manifeste. Leur échec conduira à l'intervention opératoire; très souvent d'ailleurs, alors qu'on ne pense intervenir que sur des lésions peu étendues, on se trouve après laparotomie en présence de formes inopérables.

La laparotomie exploratrice associée à l'irradiation constitue peut-être une méthode intéressante.

BIBLIOGRAPHIE

(*Principaux articles parus depuis 1924.*)

Bernard (L.), Salomon et Thomas. Traitement de l'entérite bacillaire et des diarrhées des tuberculeux par le stovarsol et le tréparsol, *La Médecine*, mai 1925; — Traitement des diarrhées des tuberculeux et de l'entérite bacillaire par les arsénicaux pentavalents, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1925, p. 419.

Bessessen. Tuberculosis intestinale, *Amer. Journ. of surg.*, sept. 1924, t. XXXVIII, p. 233.

Biard. Des tuberculoses hypertrophiques associées du cæcum et de l'intestin grêle, *Th. de Paris*, 1925.

Bluman. Contribution à l'étude des lésions intestinales chez les tuberculeux pulmonaires, *Th. de Genève*, 1925.

Boltansky. Recherches sur les périviscérites abdominales tuberculeuses, *Th. de Paris*, 1928.

Bonafé. Traitement de la tuberculose intestinale chez le tuberculeux pulmonaire chronique, *Paris méd.*, 7 avril 1928, p. 316; — Essai de systématisation du diagnostic précoce de la tuberculose intestinale chez les tuberculeux pulmonaires chroniques, *Presse méd.*, 31 mars 1928, n° 26; — Le traitement chirurgical de la tuberculose intestinale chez le tuberculeux pulmonaire chronique et ses résultats, *Presse méd.*, 18 sept. 1929, n° 75; — Le diagnostic précoce, les formes cliniques de début et les possibilités de guérison de la tuberculose intestinale du tuberculeux pulmonaire chronique, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 fév. 1930.

Bonafé et Rougy. Valeur séméiologique et pronostique de l'hémorragie intestinale chez le tuberculeux pulmonaire, *Presse méd.*, 4 juin 1927.

Bonnamour, Badolle et Bernay. Les signes radiologiques de la tuberculose du gros intestin. Présentation de quatre cas avec contrôle opératoire ou nécropsique, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 7 mai 1929; — Les signes radiologiques de la colite tuberculeuse, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 août 1929.

Bonorino Undaondo. *Les Colites ulcéreuses chroniques*, 1929, Masson, édit.

Borock et H. Paschkowa. Ueber Mesenterialdrüsentuberkulose und Darmtuberkulose bei beginnender Lungeschwinsucht, *Zeit. f. Tub.*, 1927, t. XLVII, p. 124.

Breitner. Tuberculosis peritonei und tuberculosis intestini, *Wien. med. Woch.*, 1er et 8 janv. 1927, t. LXXVII, p. 15 et 55.

Brown (L.) et H. Sampson. Etude sur la tuberculose intestinale chez les tuberculeux pulmonaires, *Ann. de méd.*, nov. 1924, n° 5, t. XVI; — The curability of intestinal tuberculosis, *Journ. amer. med. Assoc.*, 7 mai 1927, t. LXVIII, n° 19, p. 1472.

Burnand. Diagnostic précoce de la tuberculose intestinale, *Soc. méd. de Leysin*, 9 mars 1926.

Burnand et Perret. Sur la séméiologie, le diagnostic et le traitement opératoire des formes médicales de la tuberculose intestinale, *Revue de la tuberculose*, déc. 1926, p. 817.

Burnand, Perret et Gilbert. Guérison clinique contrôlée après six ans d'une tuberculose intestinale inopérable, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mai 1930.

Cade. Tuberculose intestinale, diagnostic et traitement, *Strasbourg méd.*, 20 juin 1927, t. LXXXV.

Cade, Morénas et Ravaut. Parasitisme intestinal et tuberculose, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, déc. 1925, t. XV, p. 291.

Caïn et Monnerot-Dumaine. Les colites ulcéreuses tuberculeuses, *Ann. de méd.*, avril 1929, t. XXV, p. 360.

Calmette. *L'Infection bacillaire de la tuberculose*, Masson, 1928.

Carson (H. W.). Abdominal tuberculosis, *Lancet*, 27 janv. 1927.

Chabrut. Les résultats du traitement chirurgical de la tuberculose iléo-cæcale, *Th. de Paris*, 1926; — Sur les résultats de la résection dans la tuberculose iléo-cæcale, *Journ. de chir.*, 1927, t. XXX.

Chiarli. Les faux syndromes appendiculaires frustes dans la tuberculose pulmonaire du début, *Monde méd.*, 15 juillet 1928.

Charrier. Formes cliniques, diagnostic et traitement chirurgical de la tuberculose iléo-cæcale, *Bull. méd.*, 12 et 15 oct. 1927, n° 42.

Courcoux et Godel. Les troubles gastriques chez les tuberculeux, *Pratique méd. franç.*, fév. 1928; — Les colites acides des tuberculeux pulmonaires et leur traitement, *Presse méd.*, 9 avril 1927; — Traitement des troubles intestinaux des tuberculeux pulmonaires, *Journ. méd. franç.*, juin 1927.

Daviot. Contribution à l'étude radiologique de la tuberculose intestinale, *Th. de Paris*, 1924.

Eghiayan et H. Wohlers. A propos de l'image de Stierling dans la tuberculose iléo-cæcale, *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 sept. 1926, t. XLVI, p. 680.

Emery (E. S.) and R. Monroe. Radiographic anormalities of the ileo-cæcal region, with a discussion on their interpretation, *Boston med. and surg. Journ.*, 1er sept. 1927, p. 337.

ERICKSON (R. J.). The symptoms of intestinal tuberculosis, *Amer. Revue of tub.*, sept. 1925, p. 1; — The effect of ultraviolet light treatment of the symptoms of intestinal tuberculosis, *Amer. Revue of tub.*, 1925, p. 15.

FAMÉ. Les voies de l'infection tuberculeuse exogène et ses sources, *Bull. méd. de Leysin*, 1929, nos 112 à 115.

FEISSLY. A contribution of the radiological diagnosis of iléocæcal tuberculosis, *Brit. Journ. radiol.*, t. XXXIV, n° 317, p. 498; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 déc. 1926, p. 1731.

FLEISCHNER. Zur diagnose der Darmtuberkulose, *Fort. a. d. geb. der Röntg.*, 1926, t. XXXIV.

FLEKSEDER. Ueber Entstehung tuberkulöser Veränderungen am Verdaungschlauch auf dem Blutwege mit besonderer Berücksichtigung der hämatogenen Darmtuberkulose, *Wien. med. Woch.*, 7 mai 1927, p. 607.

FUCHS. Beitrage zur chirurgischen Klinik der Darmtuberkulose, *Beit. z. Chir.*, 1926, t. CXXXIV, p. 515.

GAYET. Tuberculose appendiculaire, *Le Scalpel*, 1924, n° 7.

GIRAUD. Symptômes, diagnostic et traitement des formes médicales de la tuberculose intestinale, *Journ. des prat.*, 25 août 1925.

GOLBERG, SWEANY and BROWN. Pathology study on enteritis, *Amer. Revue of tub.*, déc. 1928, p. 749.

HEITZ. Contribution à l'étude clinique et au traitement chirurgical de la tuberculose intestinale, *Th. de Lyon*, 1930.

HAMMER. Die Röntgendiagnose der Darmtuberkulose mit Untersuchungen über die Funcktion der Valvule Bauhini, *Deut. med. Woch.*, 13 janv. 1928, p. 57; — Die Röntgendiagnose der Darmtuberkulose, *Fort. a. d. geb. der Röntg.*, sept. 1927, p. 519.

JACQUET et GALLY. Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 janv. 1931.

KREMER. Diagnostic de la tuberculose du gros intestin, *Beit. z. Klin. d. Tub.*, 1924, t. LVIII, p. 135.

LARRIMORE et FISCHER. *Amer. of surg.*, avril 1926, n° 4, t. LXXXIII, p. 426.

LEDOUX-LEBART. Le radiodiagnostic des affections organiques du gros intestin, *Journ. de radiol. et d'électrol.*, juillet 1925, p. 316.

LOWYS. Les troubles digestifs des tuberculeux pulmonaires, *Journ. des prat.*, 1928, 21 mars et suivants.

PIERRY. Histoire de la tuberculose digestive, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, mars 1927, t. XVII.

RICHARD. Le traitement des complications intestinales au cours de la tuberculose pulmonaire, *Courrier méd.*, 1er déc. 1929.

STEINBACH (H. Maxim). Comparative radiographic and anatomical Studies of intestinal tuberculosis, *Amer. Revue of tub.*, janv. 1930, p. 76.

STEWART. Theses on intestinal tuberculosis, *Amer. Revue of tub.*, mai 1927, t. XV, p. 588.

TAYLOR. Operative treatment of abdominal tuberculosis, *Edimb. med. Journ.*, mars 1929, t. XXXVI, p. 161-507.

TIMBAL. *Les Diarrhées chroniques*, Paris 1922, Masson.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 MARS 1931)

L'étain dans l'organisme des animaux. — MM. Gabriel BERTRAND et V. CIVREA.

Sur la distribution de l'ozone dans l'atmosphère. — MM. D CHALONGE et E. DUBOIS.

Vaccination contre le charbon bactéridien dans le virus non atténué. — MM. Ch. HRUSKA.

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1931)

Rhipicephalus sanguineus et virus de la fièvre boutonneuse en Tunisie. — M. Paul DURAND.

Le mérion réservoir de virus du spirochète marocain, Sp. hispanicum, var. marocanum Nicolle et Anderson 1928. — M. P. DELANOË.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1931)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de deux membres correspondants, MM. Chaumier (de Tours) et Eugène Derrien (de Montpellier).

La question du sérum antitétanique. — On n'a pas oublié que dans la séance du 3 février, M. Hartmann, à la suite d'un jugement qui créait un très dangereux précédent pour l'exercice de notre profession, avait demandé à l'Académie de préciser les cas où l'injection de sérum est formellement indiquée, et ceux où l'on peut se dispenser de la faire (1).

Une commission fut nommée; elle était composée de MM. Auvray, Gosset, J.-L. Faure, Bazy, Walther, Mauclaire, Balthazard, Roux, Vaillard et Vallée.

M. GOSSET, rapporteur, apporte aujourd'hui l'opinion de cette commission.

Après avoir rappelé les condamnations prononcées contre des médecins pour n'avoir pas fait d'injection, après avoir mentionné aussi les actions en dommages-intérêts intentées à des confrères à la suite d'accidents sériques, le rapporteur estime que l'Académie ne peut donner des règles impératives, mais seulement des avis. Le médecin doit garder l'initiative et ne doit répondre que devant sa conscience.

Ce sont donc des conseils que donne l'Académie.

Le rapporteur montre combien il serait vain de formuler des règles. Dans les houillères du Nord on a constaté 7 cas de tétanos sur 150.000 blessés, et la sérothérapie n'est jamais pratiquée (constatation qui n'a pas empêché la condamnation dont nous parlons plus haut, d'un médecin de houillère).

M. Gosset indique les instructions très précises de M. Dopter au Service de santé militaire. Ces instructions concordent absolument avec l'avis de la commission et avec les conclusions que celle-ci a adoptées à l'unanimité. Voici ces conclusions :

« Avant tout, on ne saurait trop insister sur la nécessité absolue de nettoyer et de désinfecter aussi minutieusement et aussi soigneusement que possible toutes les plaies, surtout les plaies anfractueuses qui se présentent à l'observation des médecins et aussi sur la nécessité d'enlever les corps étrangers qui ont pu, par ces plaies anfractueuses, pénétrer dans l'organisme.

« Dans tous les cas de plaies anfractueuses, dans les plaies moins importantes lorsqu'elles sont compliquées de corps étrangers ou souillées par de la terre, dans toutes les plaies même minimes de la plante du pied, dans les plaies sous-unguéales, en particulier du membre inférieur, il est indiqué de pratiquer la sérothérapie antitétanique.

« Au contraire, on est autorisé à s'en abstenir dans les

(1) La *Gazette des hôpitaux* a publié le 25 mars 1931, n° 24, p. 460, le texte de ce jugement, d'après le *Bulletin chirurgical des accidents du travail*.

plaies superficielles faciles à nettoyer, dans les plaies nettes sans corps étrangers non souillées de terre. »

Discussion. — M. MARTIN rapporte un cas personnel qui montre la nécessité de la désinfection minutieuse réclamée par la commission.

MM. SOUQUES et GUILLAIN attirent l'attention sur les névrites périphériques dues aux injections de sérum. Ils font d'ailleurs remarquer que ces névrites sériques ne sont pas propres à la sérothérapie antitétanique, qu'au surplus elles sont rares et que leur crainte ne doit pas empêcher de faire du sérum antitétanique.

M. CARNOT espère que la vaccination préventive à l'anatoxine pourra rendre un jour inutile la sérothérapie antitétanique, et il demande où en sont les expériences en grand faites sur les chevaux de la Garde républicaine.

M. ROUX fait remarquer que si on peut vacciner actuellement utilement les enfants, on ne peut en temps normal vacciner tout le monde; or, tout le monde peut prendre le tétanos. Il faut donc conserver la sérothérapie. Plus tard, dans certaines circonstances, on sera peut-être appelé à envisager la vaccination typhoïde-diphtérie-tétanos.

Quant aux essais de vaccination en grand des chevaux de cavalerie on les poursuit et on observe les résultats.

Après avoir entendu quelques observations de MM. QUÉNU, VAILLARD et GOSSET, l'Académie adopte à l'unanimité les conclusions du rapporteur.

Les études dentaires. — *Discussion.* — Après quelques mots de MM. Routier, Cazeneuve et Delbet, M. ROUSSY, rapporteur, a la parole.

« Messieurs, aux conclusions de votre Commission on a opposé un certain nombre d'arguments que l'on peut grouper sous trois chefs principaux.

On a dit tout d'abord, dans une première série d'arguments, que la loi projetée était une mauvaise loi qui porterait atteinte à la santé publique et diminuerait le nombre de ceux qui exercent l'art dentaire, tout en favorisant l'exercice illégal. On a dit aussi qu'elle venait trop tôt, sans avoir été préparée par une étape intermédiaire.

A l'appui de ces affirmations on a apporté ici des chiffres, des documents, des statistiques, les mêmes d'ailleurs qui furent soumis à votre Commission au cours de sa première séance et qui devaient tendre à montrer comment la loi diminuerait, d'ici à quelques années, le nombre des praticiens de l'art dentaire, et pourquoi les pays comme l'Autriche et l'Italie qui depuis longtemps exigent le doctorat de leurs dentistes, étaient prêts à abandonner cette réforme. Les documents apportés ici par MM. Legueu et Brumpt ont fait, je pense, justice de tels faits. La lettre notamment et les télégrammes émanant de nos collègues italiens et dont M. Brumpt a donné lecture au cours de notre dernière séance, ont dû sans doute impressionner ceux de nos collègues qui attachaient foi aux faits avancés par certains groupements, en montrant qu'ils étaient inexacts.

La loi Milan-Rio, disent encore ses adversaires, est une loi brusquée qui va bouleverser une profession en pleine évolution, en plein progrès et qui ne demande qu'à se perfectionner. Aussi, ne faut-il pas, nous dit M. Hartmann, l'approuver à la légère, mais bien, nous dit M. Strauss, maintenir la libre et loyale concurrence de l'exercice dentaire, laisser s'opérer, nous dit encore M. Sébileau, la sélection par elle-même.

Mais ce sont là les arguments des adversaires de l'évolution de l'art dentaire vers la médecine, réforme que beaucoup de chirurgiens-dentistes cependant en dehors des Ecoles dentaires sont prêts à accepter. Votre Commission et votre Rapporteur ont pu en prendre connaissance bien avant que s'ouvre ici la discussion puisqu'ils nous ont été exposés en Commission par des représentants autorisés des Syndicats dentaires. Ce projet d'ailleurs, comme l'a bien montré M. Roger, tendrait à diminuer, presque autant que le doctorat, le nombre des étudiants.

Messieurs, on a dit aussi dans une autre série d'arguments visant les méthodes d'application de la nouvelle loi, que rien n'était organisé dans nos Facultés de médecine pour assurer l'enseignement de la stomatologie, et l'on a fait à ce propos la critique, souvent juste, parfois un peu sévère, des méthodes d'enseignement de nos Facultés.

Nul plus que moi n'est convaincu de la nécessité d'apporter des réformes hardies à nos programmes d'enseignement qui ne sont plus adaptés aux besoins du moment. Mais en ce qui concerne la question qui nous occupe, la stomatologie, je ne vois réellement pas comment un enseignement nouveau pourrait être organisé avec profit dans nos Facultés avant que celles-ci aient la charge et la responsabilité entière de cet enseignement. Or, actuellement, celui-ci est dispersé et échappe presque complètement au contrôle de nos Facultés. Ceux qui ont siégé dans des jurys d'examens dentaires savent ce que valent ces épreuves. La nouvelle loi doit apporter incontestablement un peu d'ordre dans ce désordre, en même temps qu'elle obligera les Facultés à organiser l'enseignement de la stomatologie.

Quant à la question de la réforme de l'enseignement de la médecine en général, qu'il s'agisse du projet de M. Carnot ou d'un autre, je ne l'aborde ici que pour émettre un vœu : celui de voir un jour prochain, cette importante question amorcée par M. Quénu, figurer à l'ordre du jour de nos séances.

Par ailleurs, je tiens à affirmer que si je n'avais pas eu la certitude d'une revision prochaine de nos programmes d'études, je ne serais pas venu à cette tribune soutenir les conclusions favorables à la proposition de loi qui fait l'objet de notre discussion. »

— Après un débat assez confus sur la procédure à suivre, l'Académie prononce le renvoi à la Commission à laquelle sont adjoints MM. Carnot, Hartmann et Brumpt.

La visibilité des vaisseaux pulmonaires aux rayons X par injection, dans l'oreillette droite, de fortes solutions d'iodure de sodium. — MM. Egas MONIZ, Lopo de CARVALHO et Almeida LIMA (de Lisbonne), après de nombreuses expériences faites chez l'animal, sont parvenus à obtenir chez l'homme des radiographies montrant le réseau des vaisseaux pulmonaires. A ce procédé ils donnent le nom « d'angio-pneumographie ».

Le procédé consiste à injecter une forte solution d'iodure de sodium dans l'oreillette droite au moyen d'une sonde introduite dans l'oreillette par les veines du bras; cette injection se ferait sans douleur et sans inconvénient.

Les auteurs pensent que « l'angio-pneumographie » pourrait être utile dans le diagnostic des tumeurs pulmonaires en permettant de séparer celles qui sont vasculaires de celles qui ne le sont pas. Pour l'instant les applications cliniques de cette nouvelle méthode sont à l'étude.

L'infection et le terrain dans l'avitaminose A (étudiés par la biomicroscopie oculaire). — MM. G. MOURIQUAND, J. ROLLET et Mme CHAIX ont antérieurement signalé l'importance de la biomicroscopie oculaire dans le dépistage des lésions de précarence A (expérimentales et cliniques). De nouvelles recherches pratiquées sur le rat leur ont montré que les signes d'infection oculaire (accompagnant la xérophtalmie) ne peuvent être obtenus par un traumatisme oculaire cornéen que dans des conditions très précises.

Des traumatismes tels que scarifications très légères de la cornée ou une inocclusion très discrète de l'orifice palpébral ne s'accompagnent habituellement d'aucun incident fâcheux, il en est de même chez un animal carencé en facteur A, au début de la mise au régime avant toute manifestation de précarence. Il n'en est plus de même, par contre si le sujet est

en état de précarence, c'est-à-dire si l'on constate chez lui des lésions biomicroscopiques sur l'œil exposé qui sert de témoin, de tels traumatismes déclanchent alors aussitôt un processus inflammatoire, avec intense multiplication microbienne aboutissant rapidement à la fonte de la cornée et à la panophtalmie.

Par ces modifications préalables locales, on met ainsi beaucoup mieux en évidence le moment où les conditions du terrain changent du fait de la carence.

De plus, l'ingestion d'une goutte d'huile de foie de morue par jour provoque une rapide réparation de ces désordres, comme si la virulence microbienne favorisée par les conditions locales était essentiellement fonction de la carence en facteur A.

Radon et rhumatisme chronique. — M. Desgrez présente au nom de MM. Rathery et Monnery une étude biologique et clinique de l'action du radon dans le rhumatisme chronique.

La pluralité des hormones sexuelles et la notion d'une hormone ambo-sexuelle. — M. Champy.

Résistance initiale du corps humain. — M. Strohl.

L'émission des sources au néon pur dans ses rapports avec l'optique physiologique. — M. Zimmern.

Action des savons sur le pouvoir phylactique des eaux minérales, expériences sur la picrotoxine et le vairon. — MM. M. Mougeot et Aubertot.

CHRONIQUE

RÉCEPTION DES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER A BARCELONE

REMISE DES INSIGNES DU GRADE DE DOCTEUR HONORIS CAUSA DE L'UNIVERSITÉ DE BARCELONE AUX PROFESSEURS HÉDON ET FORGUE.

C'est un magnifique accueil que la Faculté de médecine et l'Université de Barcelone ont réservé, du 18 au 20 mars 1931, aux délégués de la Faculté de médecine de Montpellier : M. le doyen Euzière et les professeurs Hédon, Forgue, P. Delmas, Rimbaud, Riche, Giraud et Turchini, auxquels s'étaient joints le médecin général Rouffiandis, le docteur Desfour et M. Mounier, préfet du Gard ; le préfet de l'Hérault et le maire de Montpellier qui devaient assister à ce voyage s'étant trouvés empêchés au dernier moment.

Le but de cette visite officielle? La remise aux professeurs Hédon et Forgue des insignes de docteur « honoris causa » de l'Université de Barcelone : grade hautement honorifique, et d'une signification d'autant plus éminente que c'est la première fois qu'il était décerné à des étrangers.

Ajoutons que le Conseil de la Faculté de Montpellier a décidé à l'unanimité de proposer au Conseil de l'Université la nomination de M. le doyen Ferrer y Cagical et de M. le professeur Peyri (de Barcelone) comme professeurs « honoris causa » de l'Université de Montpellier qui, elle aussi, attribuera ce titre pour la première fois.

Indiquons encore que les titres de médecins [correspondants à titre étranger de l'Académie royale de Barcelone ont été conférés aux professeurs Euzière, P. Delmas et Rim

baud; que M. le doyen Euzière a été nommé commandeur de l'ordre d'Alphonse XII, le professeur Rimbaud et le docteur Desfour officiers du même ordre.

Que dire de la réception enthousiaste que Barcelone a offerte à ses hôtes montpelliérains depuis leur arrivée dans la capitale de la Catalogne, du 18 mars au début de l'après-midi jusqu'à leur départ le 20, dans la matinée? C'est successivement l'ovation des étudiants à la gare, le déjeuner offert à l'hôtel Miramar par les groupements médicaux de la ville, la visite à l'exposition, le thé offert par l'ambassadeur de France et Mme Moravïecki; puis la séance à l'Académie royale de médecine, que présidait le professeur Pi y Suner, où l'on entendit successivement MM. les doyens Ferrer y Cagical et Euzière, le docteur Conill et le professeur P. Delmas, les professeurs Peyri, Rimbaud, Pi y Suner; enfin le banquet offert à l'hôtel Colon par la Faculté de médecine de Barcelone, et clôturé par les toasts spirituels de MM. les doyens Ferrer y Cagigal et Euzière.

Le jeudi 19, les Montpelliérains visitaient l'Hôtel de Ville et le Palais de la députation provinciale; après quoi ce fut la séance solennelle d'investiture des professeurs Hédon et Forgue, en qualité de docteurs honoris causa de l'Université de Barcelone, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, véritable salle des fêtes tendue de riches draperies de soie jaune. Nous regrettons que la place nous manque pour insister sur les détails de cette cérémonie dont l'éclat a été incomparable. On entendit successivement les professeurs Pi y Suner, Hédon; Joaquin Trias et Forgue, le doyen Euzière et le recteur de l'Académie de Barcelone, le docteur Soler y Battle dont les paroles furent toutes d'affectueuse sympathie à l'égard de l'Ecole montpelliéraine.

Des voitures attendaient les universitaires à la sortie de la Faculté de médecine pour les conduire à l'Ecole expérimentale d'agriculture de Caldas de Montbuy. A Caldas, les Montpelliérains étaient les invités du Conseil général de la province de Barcelone. Le docteur Garcia Tornel, en l'absence de M. Maluquer, président du Conseil général, retenu, présidait. Au champagne on applaudit successivement M. Maluquer, le préfet Mounier, le doeteur Garcia Tornel et le professeur Forgue.

L'après-midi était occupé par la visite de la clinique mentale en construction à Santa Coloma de Gramenet, et un circuit automobile qui, par Sabadell, conduisit au cloître de Saint-Cugat del Vallès, puis par la colline du Tibidabo dont, malheureusement, un brouillard épais cachait l'horizon. Enfin, le spectacle des fontaines lumineuses de l'exposition offrit aux voyageurs un spectacle inoubliable. Enfin, l'épilogue de cette belle journée s'est déroulé à partir de 21 h. 30 au restaurant Casa Llibre, où un banquet de gala particulièrement brillant a été offert sous la présidence du comte de Guell, alcalde de la ville; celui-ci prit au dessert la parole ainsi que le doyen Euzière et le préfet Mounier.

Le lendemain, à 10 h. 50, la délégation quittait la gare de France; M. le vice-recteur Alcobé, M. le doyen Ferrer y Cagigal, le Consul et Mlle Moravïecki, M. Ribé, directeur du protocole municipal, la plupart des professeurs à la Faculté de médecine de Barcelone, des représentants des corps constitués de la ville et de la province, s'étaient réunis à nouveau pour les saluer au départ.

Ce furent deux merveilleuses journées dont ce compte rendu si court et si sec ne donne qu'une idée bien insuffisante. Elles marquent une date dans l'histoire de l'amitié des deux villes sœurs.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de remercier tous ceux qui, à Barcelone, ont contribué à l'éclat de ces journées : ce sont d'abord ceux que nous avons déjà nommés; c'est aussi le docteur Turo dont l'activité s'est toujours dépensée sans compter en faveur du développement des relations amicales qui réunissent Montpellier à Barcelone; c'est encore M. Puig y Alfonso, président du Conseil, et M. le médecin général Soler y Garde, MM. Cararach, Puig y Alfonso, Gibert, le capitaine général Despujol, le recteur honoraire Eusebio Diaz, les docteurs Faura et Bercial, les professeurs Soria et Saforcada, le marquis de Caldas de Montbuy, président du Collège des docteurs, les professeurs et les professeurs auxiliaires de la Faculté de médecine de Barcelone, ainsi que ceux des autres facultés, etc. G. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 20 avril. — Jury : MM. M. Labbé, président; Sergent, Lemierre et Aubertin. — M. Lazerme. Hémoptysie d'alarme et caverne isolée. — M. Pour. Les hémorragies dans les anémies pernicieuses cryptogénétiques. — Mlle Civade-Arnould. Antigénothérapie dans la tuberculose oculaire. — M. Huret. L'angor aigu coronarien fébrile (forme angineuse).

Mardi 21 avril. — Jury : MM. Claude, président; Gougerot, Villaret et Verne. — M. Villoutreix. Les arsénides érythémato-pigmentées fixes.

Mercredi 22 avril. — Jury : MM. Legueu, président; Bernard, Clerc et Debré. — M. Schwartz. Spirochétose méningée pure. — M. Gritty. A propos d'un cas de péricardite tuberculeuse hémorragique. — M. Adly Fayez Kotry. Traitement endoscopique de l'uretère postérieur.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM Gosset, président; Dechambre et Robin. — M. Frisson. L'élevage du cheval de trait en Haute-Saône.

Jeudi 23 avril. — Jury : MM. Brindeau, président; Duval, Lenormant et Mondor. — M. Brisset. Reposition sanglante du semi-lunaire. Sa technique. Ses indications.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Ionisation et ses applications médicales. Etude physique, physiologique et thérapeutique, par MM. les docteurs Paul Duhem, électro-radiologiste de l'hôpital des Enfants-Malades, et Jean Dubost, préparateur de physique à la Faculté de médecine de Paris. Les Actualités physiothérapiques, publiées sous la direction du docteur Duhem. Un volume in-8 (20 1/2 × 13) de VIII-105 pages avec figures. — Prix : 15 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

Invertis et homosexuels, par le docteur G. Saint-Paul. Fascicule 4 : *Thèmes psychologiques.* Nouvelle édition du « Laups » suivie de *La Prostitution doit aider la prophylaxie.* Préface par Emile Zola. Un volume in-8 écu de 156 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères.

Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie (1). — (N° 3, mars 1931.)

Sommaire des travaux originaux. — *Argentine.* — Ismael M. Hernandez et Donato Vivoli : Syphilome du cæcum.

Brésil. — J. Rodrigues Barbosa : A propos des fibromes diffus de l'ovaire.

Helion Póvoa et A. Cerqueira Luz : Technique de la réaction de la colophane bicolorée.

Uruguay. — Luis Morquio : Méningite tuberculeuse consécutive aux oreillons.

Domingo Prat : Le cholépéritoine hydatique et l'hydatopéritoine (symptomatologie, diagnostic, pronostic et traitement).

(1) Publication mensuelle, Masson et Cie, édit., Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE ASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
A propos de l'azotémie par manque de sel, par MM. C. VAN CAULAERT, P. S. PETREQUIN et MANGUIO.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
NÉCROLOGIE
E. Chaumier (de Tours), par M. HENRI-FISCHER.
NOTES POUR L'INTERNAT
Méningite cérébro-spinale. Signes, diagnostic, traitement (suite).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Tirage au sort du jury du concours de nomination de médecin des hôpitaux :

MM. les docteurs Grenet, Bruhl, Babonneix, Laroche, Ribadeau-Dumas, Guillain, Trémolières, Courcoux, Laederich, Schwartz et Lesné.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Tirage au sort du jury du concours de nomination de chirurgien des hôpitaux :

MM. les docteurs Auvray, Mathieu, Baumgartner, Desmarest, Mauclaire, Guimbellot et Vallery-Radot.

— CONCOURS POUR LES PRIX A DÉCERNER AUX ÉLÈVES EXTERNES EN MÉDECINE (année 1931) ET LA NOMINATION AUX PLACES D'ÉLÈVE INTERNE EN MÉDECINE, VACANTES LE 5 JANVIER 1932. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 24 juin 1931, à 9 h., à la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le samedi 23 mai jusqu'au vendredi 5 juin 1931 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Le jeudi 9 juillet 1931 un concours aura lieu à l'hospice général, à 15 h. 30, pour la nomination d'un pharmacien des hôpitaux.

Se faire inscrire au secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont (enclave de l'hospice général) vingt jours avant la date du concours, soit au plus tard le 18 juin 1931, avant midi. Ce délai est de rigueur.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — Un arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 9 avril 1931, a créé un diplôme d'études médicales d'éducation physique et de médecine scolaire de l'Université de Montpellier et en a réglementé les conditions de scolarité.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le jury du concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés, qui doit s'ouvrir à Paris, le 27 avril 1931, est constitué ainsi qu'il suit :

Président. — M. le docteur Daniel Santenoise, inspecteur général adjoint des services administratifs.

Membres titulaires. — M. le docteur Riser, professeur de neurologie et de psychiatrie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse.

M. le docteur Danjean, médecin directeur de l'asile public d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône).

M. le docteur Courbon, médecin chef de service à l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).

M. le docteur Truelle, médecin chef de service à l'asile clinique Sainte-Anne à Paris.

M. le docteur Aubry, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Mareville (Meurthe-et-Moselle).

M. le docteur Leroy, médecin chef de service à l'asile clinique Sainte-Anne à Paris.

M. Haye, chef du 1er bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la santé publique.

Membres suppléants. — M. le docteur Alaize, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône).

M. le docteur Capgras, médecin chef de service à l'asile clinique Sainte-Anne à Paris.

M. Tavernier, sous-chef de bureau au 1er bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance, assurera les fonctions de secrétaire administratif du concours.

JUBILÉ DU PROFESSEUR BOUSQUET. — Un groupe d'anciens élèves du professeur Bousquet ont pris l'initiative de fêter le 80e anniversaire de leur Maître, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, ancien professeur de clinique chirurgicale, agrégé de chirurgie (Val-de-Grâce), membre correspondant de l'Académie de médecine, membre de la Société de chirurgie.

A cette occasion, ses élèves et anciens collaborateurs à l'Ecole de médecine ont décidé de lui offrir une plaquette commémorative.

La cérémonie de remise de cette plaque commémorative constituera une fête médicale tout intime dont la date sera fixée prochainement, et elle sera suivie d'un banquet.

Le Comité d'organisation invite tous les anciens élèves et anciens collaborateurs du Maître à participer à cette belle manifestation de sympathie et de reconnaissance à l'égard d'un Maître qui a contribué si puissamment à former deux générations médicales.

En outre et à cette occasion, le Comité a décidé d'offrir une médaille commémorative aux professeurs honoraires Maurin, Planchard et Huguet.

Le prix de la cotisation est fixé à 100 fr. et les anciens élèves et anciens collaborateurs du professeur Bousquet qui désireront participer à cette fête sont priés d'adresser, avant le 15 mai prochain, dernier délai, le montant de leur cotisation, soit à l'un des membres du Comité d'organisation, soit au docteur Georges Paturet, 39, cours Sablon, à Clermont-Ferrand, secrétaire du Comité.

Le Comité d'organisation : docteurs Alary, clinique Saint-Dominique, rue Montlosier; Bardet, 38, rue du Port; Frank Beliet, place des Cordeliers, à Montferrand; Buy, 37, cours Sablon; Edmond Dechambre, 26, rue Blatin; Delorme, 13, boulevard Lafayette; François, 78, place Lamartine; Grasset, 3, rue Abbé Girard; Pakowsky, 11, boulevard Lafayette; Georges Paturet, 39, cours Sablon.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE. — Séance du mercredi 29 avril 1931, à 17 h., au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

Programme. — M. le professeur Messerli, privat docent à la Faculté, médecin chef du service d'hygiène de la ville de Lausanne : « Protection des populations civiles contre les gaz de combat. »

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE CANCER. — L'assemblée générale annuelle de la Ligue se tiendra le mardi 28 avril 1931 à 17 h., à la Faculté de médecine de Paris (salle du Conseil), sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique.

Après les rapports de M. Le Bret, de Mme Henri Hartmann et de M. Max Hermant, M. le professeur Emile Forgue (de Montpellier) fera une conférence sur le *problème du cancer dans ses aspects psychiques.*

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville d'Epernay.

Le traitement alloué est fixé à 5.000 fr. par an, avec faculté de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de l'extrait de naissance et de l'exposé de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 17 avril 1931.)

E. CHAUMIER (de Tours)

Un coup imprévu de la destinée vient d'arracher à l'affection des siens, à la profonde sympathie de ses confrères, à l'admiration et à la reconnaissance de tous ceux qu'il avait su conquérir, le docteur Edmond Chaumier.

Directeur de l'Institut vaccinal renommé de Plessis-les-Tours, qu'il créa, président honoraire de la Société médicale d'Indre-et-Loire, de la Société protectrice de l'enfance, fondateur de l'œuvre Grancher en Touraine, membre de la Société d'anthropologie de Paris, de la Société d'histoire de la médecine, le docteur Edmond Chaumier donna à ces diverses assemblées d'importantes communications, le bénéfice d'une activité infatigable, l'exemple d'un jugement parfaitement droit et d'une générosité sans limites. Aussi, malgré la discrétion qu'il apportait à se laisser mettre en avant, fut-il l'objet de distinctions élevées qu'il méritait sans conteste. C'est ainsi qu'il fut élu membre correspondant de l'Académie de médecine.

Ed. Chaumier fut aussi l'un des fondateurs de la *Gazette médicale du Centre* et le directeur de la *Revue Internationale de Vaccine.*

La part la plus secrète de sa vie, celle qu'il consacrait au soulagement des souffrances humaines, n'était pas la moins absorbante. Immuniser nos jeunes enfants toujours par un meilleur vaccin fut l'œuvre de cet éminent savant.

Il avait immensément lu; des références innombrables, des analyses sûres et toujours bienveillantes en prodiguent les preuves tout au long de ses ouvrages. Il avait immensément écrit; ceux qui entreprendraient la tâche pieuse de dresser la liste de ses publications y trouveraient des études toujours creusées, souvent pénétrantes, toujours ingénieuses et brillantes sur les sujets les plus divers. Son superbe et savant traité sur les maladies des enfants est encore précieusement conservé et consulté.

Il ouvrit les vastes champs d'études du folke-lore et de la préhistoire, ainsi qu'en témoigne son admirable musée du grand Pressigny classé monument historique. Et le docteur Ed. Chaumier le fit avec l'enthousiasme d'un artiste consommé, la foi d'un apôtre.

Son œuvre, son cadre familier, sa vie tout entière gardent l'empreinte de cette noble tournure d'esprit.

L'exquise urbanité de son caractère, la parfaite distinction de sa vie, jointes à la profonde et discrète érudition qu'il avait puisée dans de nombreux voyages, donnaient à son commerce un charme devenu bien rare.

Savant le plus accueillant, le moins rebelle aux idées les plus neuves, il réservait à tous les travailleurs sa cordialité la plus empressée.

Avec quelle libéralité nous furent personnellement prodigués les trésors de son intelligence et de son infinie bonté. Sa mémoire vivra impérissable dans notre souvenir.

Telle fut l'harmonieuse physionomie de ce maître, grande figure médicale prématurément disparue, pour qui le sens de la vie résidait dans le dévouement autant que dans la haute culture et qui ne connaissait pas de plus parfaite élégance que celle du cœur.

Dr HENRI-FISCHER
(de Bordeaux).

A PROPOS DE L'AZOTÉMIE PAR MANQUE DE SEL

Par C. VAN CAULAERT, P. S. PÉTREQUIN
et MANGUIO.

En 1928, nous avons isolé avec notre maître, Léon Blum et P. Grabar (1), un syndrome azotémique spécial que nous avons dénommé le « syndrome azotémique grave par manque de sel ».

Il s'agissait de malades qui s'étaient déchlorurés à la suite d'une acidose prolongée et intense, de vomissements et de diarrhées et nos observations ont prouvé que cette déchloruration s'accompagnait toujours d'une azotémie pouvant atteindre des taux très élevés de 3 à 6 grammes.

Les malades porteurs de ce syndrome peuvent être confondus avec des urémiques et, dans de nombreux articles, nous avons insisté sur le diagnostic différentiel de cet état.

Nous avons montré que pour faire disparaître cette azotémie, il suffit d'administrer du sel aux malades.

Tels sont, rapidement résumés, les faits essentiels concernant l'azotémie par manque de sel.

Depuis, de nombreux auteurs ont confirmé nos travaux et ont constaté la coïncidence d'une hypochloruration et d'une azotémie et il semble que cette coïncidence soit actuellement admise.

Par contre, le mécanisme de l'azotémie par manque de sel a été très discuté, d'une manière théorique, à vrai dire, car, à notre connaissance au moins, aucun auteur n'a repris nos recherches d'une manière systématique et les critiques n'ont porté que sur les faits présentés par nous.

Or, que disions-nous du mécanisme de l'azotémie par manque de sel dans notre article?

a. Nous insistions d'abord sur le fait que cette azotémie, décrite par nous chez des diabétiques sortant du coma n'était pas due à une néphrite, ni à l'acidose; ceci était important à signaler car l'azotémie au cours du coma diabétique est très commune et beaucoup d'auteurs ont voulu expliquer par une lésion rénale surajoutée la mort survenant dans les cas de coma diabétique traités d'une manière correcte.

b. Nous montrions ensuite que cette azotémie ne se produisait que chez des diabétiques qu'une acidose intense et prolongée avait fortement déchlorurés.

c. Enfin nos observations précisent qu'il suffit d'administrer du sel à ces malades pour voir leur azotémie disparaître.

d. Enfin nous admettions que cette azotémie avait une cause non pas rénale, mais *humorale*, l'hypochloruration.

On a fait à notre conception des critiques de deux ordres ayant trait :

— Les unes à l'existence même de l'azotémie par manque de sel,

— Les autres au mécanisme de cette azotémie.

(1) Léon BLUM, P. GRABAR et VAN CAULAERT. L'azotémie par manque de sel dans le diabète grave, *Ann. de méd.*, janv. 1929, t. XXV, n° 1.

A. **L'existence de l'azotémie par manque de sel.** — L'azotémie par manque de sel n'est en réalité qu'une azotémie avec manque de sel, telle est l'opinion soutenue par Achard (1) qui croit que l'azotémie, au cours de l'hypochloruration est un phénomène connexe, mais qu'il n'y a pas de relation de cause à effet entre ces deux phénomènes.

Achard soutient que « c'est peut-être en stimulant la diurèse que la chloruration facilite l'élimination de l'urée que le rein ne peut éliminer qu'à une concentration restreinte ».

Pour les raisons que nous allons développer plus loin, nous ne croyons pas que l'on puisse admettre l'explication d'Achard car, dans les expériences faites et en particulier dans les expériences sur le chien, nous avons tenu compte de ces critiques et nous avons montré que chez un chien tout à fait normal, qui ne jeûnait pas, l'hypochloruration à elle seule suffisait à provoquer régulièrement une azotémie. Et du reste si Achard admet que la chloruration, en stimulant la diurèse, facilite l'élimination de l'urée, pourquoi n'admettrait-il pas que la déchloruration empêche l'élimination de l'urée et par conséquent que l'azotémie est consécutive à l'hypochloruration?

Nous avons donc été amenés à reproduire par l'expérimentation des faits analogues à ceux que nous avions observés et le problème qui se posait à nous était simple puisqu'il consistait à provoquer chez l'animal une déchloruration et à voir si celle-ci est suivie d'une azotémie; nous aurions pu, dans ce but, refaire des expériences d'occlusion intestinale, mais si dans ces cas on obtient les hypochlorurations les plus prononcées, on provoque en même temps des perturbations générales profondes de tout l'organisme, de sorte que les symptômes étudiés ne sont pas purs; nous avons donc eu recours à des expériences sur des lapins et sur des chiens.

1° EXPÉRIENCES SUR LE LAPIN. — Bilbao et Grabar (2) ont, dans le laboratoire de la Clinique médicale B., essayé de reproduire une azotémie par manque de sel; ils administraient à des lapins de la diurétine qui déchlorure fortement ces animaux comme l'avait montré Grunewald et ils ont vu que dès que la déchloruration était prononcée, l'azotémie ne manquait jamais; il suffisait, chez ces animaux, de donner du sel pour faire disparaître l'azotémie. D'autre part, si en même temps que l'on dechlorurait ces animaux en leur donnant de la diurétine, on ajoutait du sel à leur alimentation, les pertes de sel étant compensees par un apport de sel, on ne voyait jamais se produire une azotémie. Cette expérience est très importante : elle nous permet d'éliminer l'action toxique de la diurétine sur le rein, car on pouvait évidemment objecter a ces deux expériences que l'azotémie chez le lapin n'était pas due à un manque de sel, mais à une néphrite produite par la diurétine.

(1) ACHARD. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930, p. 623.

(2) BILBAO et GRABAR. Azotémie par manque de sel chez le lapin, *C. R. de la Soc. de biol.*, t. CII, p. 47.

2° EXPÉRIENCES SUR LE CHIEN (1). — Nous avons essayé de provoquer chez le chien une azotémie en le déchlorurant.

Pour déchlorurer un chien, nous avions à notre disposition plusieurs procédés : on sait que les vomissements, les diarrhées, les brûlures, l'acidose prolongée amènent des pertes considérables en chlore. Nous n'avons eu recours ni aux brûlures, ni aux diarrhées, ni à l'acidose, ni aux vomissements par occlusion intestinale expérimentale, car dans tous ces cas le traumatisme est trop violent, le rein est fréquemment lésé par les toxines, ce qui aurait faussé nos expériences.

Nous nous sommes servis d'une technique analogue à celle qu'employait Binet (2) lorsqu'il a montré que les vomissements provoqués par l'apomorphine provoquaient une déchloruration.

On met un chien à un régime déchloruré très strict et on provoque dans la journée quatre vomissements à l'aide d'injections d'apomorphine. Le soir on donne à l'animal une ration alimentaire suffisante, après l'ingestion de laquelle on ne le fait pas vomir. On répète ces vomissements pendant trois à quatre jours après lesquels on examine le sang.

Quelques points méritent d'être signalés.

a. Il n'est pas nécessaire d'utiliser de grandes quantités d'apomorphine, car la déchloruration obtenue est fonction de l'importance du vomissement et non pas de la quantité d'apomorphine injectée. Il n'y a aucun intérêt à multiplier les vomissements car le chien perd l'appétit et les vomissements d'un estomac vide n'amènent aucune perte de chlore, comme nous avons pu nous en convaincre au début de nos expériences.

b. Nous n'avons jamais prolongé les vomissements au delà de trois à quatre jours, car ces expériences fatiguent les animaux et les chiens perdent l'appétit.

c. Nous insistons sur le fait que nos chiens ne jeûnaient pas puisque tous les soirs ils absorbaient une forte ration d'aliments.

L'urine des chiens était examinée au cours de ces expériences et était normale.

Résultats. — Nous avons fait deux séries d'expériences.

A. Un chien au régime déchloruré vomissait trois à quatre fois par jour pendant quatre jours; on constate alors une hypochlorémie et une azotémie; il suffit de donner du sel pour que le sang revienne à la normale. Nous avons répété ces expériences sur cinq chiens, le même chien a parfois servi à plusieurs séries d'expériences et dans tous ces cas les résultats ont été les mêmes : chlore du sérum abaissé, urée augmentée, réserve alcaline augmentée.

B. Dans une deuxième série d'expériences, nous avons fait vomir nos chiens, mais en leur donnant une alimentation salée pour permettre la réparation des réserves de chlore. Dans ces cas, nous n'avons jamais vu se produire ni hypochlorémie, ni azotémie.

Voici un tableau concernant la première série d'expériences :

JOURS	CL. 0/00	URÉE 0/00	R. ALC. vol. %	OBSERVATIONS
1er...	3,96	0,37	45	Vomissements.
4e...	3,38	0,86	57	+ NaCl.
5e...	3,67	0,54	46	
6e...	3,98	0,37		
9e...	3,90	0,25	47	

On voit d'après ces chiffres que :

a. Les vomissements associés à un régime sans sel provoquent un abaissement du chlore, du sérum, des élévations de l'urée et de la réserve alcaline.

b. L'apport de sel est suivi d'un abaissement de l'urée et de la réserve alcaline ainsi que d'une élévation du chlore.

c. Lorsque au cours des vomissements on répare les pertes chlorées de l'organisme en administrant du sel, le taux du chlore du sang et de la réserve alcaline reste normal, l'urée ne s'élève pas (dans notre cas le taux de l'urée a même baissé).

Il nous semble donc bien établi, d'après les observations faites sur les malades et les expériences faites sur les animaux, que l'hypochloruration produit une azotémie et que le nom d'azotémie par manque de sel est donc justifié.

B. **Le mécanisme de l'azotémie par manque de sel**. — D'autre part, les critiques ont porté sur le mécanisme même de l'azotémie par manque de sel. M. Chabanier (1), dans une étude détaillée et très documentée, est d'accord avec nous sur l'existence d'une azotémie par manque de sel à laquelle il donne le nom de *syndrome de Blum*. Mais, par contre, il nous reproche vivement notre hypothèse concernant le mécanisme de cette azotémie en faisant valoir que nous méconnaissons complètement les travaux modernes sur le rein, quand nous admettons que l'origine de cette azotémie n'est pas rénale, mais humorale et que nous sommes finalistes quand nous écrivons que l'urée est retenue pour remplacer au point de vue de la concentration moléculaire le sel qui fait défaut.

Peut-être nous sommes-nous mal exprimés et notre article était-il mal rédigé, mais il ressort nettement de nos conclusions que nous avons toujours admis l'existence d'un trouble fonctionnel rénal empêchant la sécrétion de l'urée, mais nous disions que « *cette altération de la fonction rénale est secondaire tandis que les modifications humorales sont primitives* » et nous ajoutions : « on voit toute la différence qu'il y a entre ce type d'azotémie et l'azotémie du mal de Bright ».

Nous n'avons donc jamais voulu prétendre que l'azotémie par manque de sel était indépendante du rein, mais simplement que la cause première de cette azotémie n'était pas rénale, mais humorale.

(1) C. VAN CAULAERT et MANGUIO. A propos du mécanisme de l'azotémie par manque de sel, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 396.

(2) BINET, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1928, p. 1582.

(1) H. CHABANIER et C. LOBO-ONELL. *Exploration fonctionnelle des reins*, Paris 1930, Masson. — LEGUEU, CHABANIER, LOBO-ONELL, LEBERT et LELU. Hyperazotémie et chloruration : la question des hyperazotémies par manque de sel de L. Blum, *Bull. de la Soc. franç. d'urol.*, 17 juin 1929, n° 5.

Ceci dit, et formellement établi, nous ne méconnaissons pas que notre article ait pu donner lieu à des erreurs d'interprétation car nous n'y avons pas présenté les faits d'une manière suffisamment nette. Nous allons donc reprendre l'exposé de nos expériences.

1° Les faits. — Après avoir observé que chez des sujets déchlorurés l'urée s'accumule dans l'organisme et y crée l'azotémie par manque de sel, nous avons admis l'existence d'un trouble fonctionnel rénal secondaire.

1. *Le trouble fonctionnel rénal.* — L'existence d'un trouble de la fonction rénale ne saurait faire aucun doute : puisque l'urée est retenue, c'est donc que le rein ne la sécrète pas normalement. Ce point ne mérite pas qu'on s'y arrête longuement car il ne prête pas à discussion. M. Chabanier déclare qu'il s'agit d'une « néphrite fonctionnelle ». Nous pensons que ce terme est impropre et nous indiquerons plus loin les raisons qui nous font le rejeter.

2. *Comment le manque de sel crée-t-il le trouble fonctionnel rénal?* — Mais alors il nous faut rechercher comment ce manque de sel agit pour troubler les fonctions du rein. Il semble au premier abord que la chose soit simple : la cellule rénale aurait besoin, pour sécréter normalement, d'un taux optimum de NaCl. C'est cette hypothèse un peu simpliste qu'admettent actuellement encore plusieurs auteurs. Mais alors, comment expliquer que le déficit de sel puisse être compensé par l'administration au malade de bicarbonate de soude? En réalité, un examen plus détaillé des faits nous a prouvé que le mécanisme du phénomène était plus complexe.

a. *Rôle du Na, du Cl ou du NaCl.* — Puisque nous attribuons l'azotémie au manque de sel nous avons été amenés tout naturellement à nous demander si le sel intervenait par sa molécule entière ou si au contraire l'un de ses deux composants, le sodium ou le chlore, a une action spéciale sur le rein et intervient dans le mécanisme de l'azotémie; pour cela, nous allons considérer les chiffres qui ont trait à un malade et nous les figurerons dans le tableau suivant :

DATE	CL. 0/00	NA. 0/00	R. ALC.	URÉE 0/00	OBSERVATIONS
2 novembre 1927......		3,14	16	0,53	O sel
3 novembre 1927......	3,46	3,21	28	0,45	
5 novembre 1927......	3,30	3,12	29	3	
10 novembre 1927......			19	4,8	+ bic. soude
12 novembre 1927......	2,91	3,19	18	4,80	Id.
13 novembre 1927......			44	4,22	Id.
14 novembre 1927......	2,84	3,28	58	3,77	+ sel.
15 novembre 1927......			76	2,50	
17 novembre 1927......			82	0,84	Id.
18 novembre 1927......	3,33	2,29	72	0,43	Id.
2 décembre 1927......	3,68	3,53	62	0,26	Id.

A. **Le sodium.** — On voit immédiatement, d'après ces chiffres, que le sodium ne peut pas être rendu responsable du trouble fonctionnel rénal, car son taux dans le sang est à peine diminué et il se rétablit du reste très rapidement alors que l'azotémie se constitue. Il n'y a donc pas manque de sodium et ce n'est donc pas le manque de sodium qui, agissant sur le rein, crée une azotémie.

B. **Le chlore.** — Reste le chlore. Nous avons déjà vu que le chlore est très abaissé et qu'il est d'autant plus abaissé que l'azotémie est élevée; il semble donc y avoir une relation de cause à effet entre les variations du chlore plasmatique et de l'azotémie, celle-ci s'élevant quand celui-là s'abaisse. Mais si l'on observe les faits, on s'aperçoit que ces variations divergentes ne sont pas constantes et quand nous donnons à notre malade du bicarbonate de soude, nous voyons que le taux du chlore continue à s'abaisser alors que l'urée reste stationnaire et s'abaisse; en effet, quand à partir du 10.XI nous donnons au malade du bicarbonate de soude, 20 grammes par jour, le taux d'urée reste stationnaire à 4g80, puis s'abaisse le 13 à 4g22 et le 14 à 3g77; simultanément la réserve alcaline s'est élevée de 18 p. 100 à 58 p. 100, chiffre normal. L'adjonction de bicarbonate de soude a suffi à abaisser l'azotémie et au cours de cette période, l'azotémie et la chlorémie au lieu de varier dans un sens opposé se sont toutes deux abaissées.

Il ressort donc très nettement de cette expérience que l'adjonction de chlore n'a pas été indispensable pour abaisser l'azotémie et que le Na a suffi; mais on voit aussi que le jour où on a donné simultanément du Na et du Cl, sous forme de NaCl, l'azotémie a baissé beaucoup plus rapidement.

L'observation suivante précise encore ces faits :

Observation. — Ancien diabétique, âgé de vingt-huit ans, qui ne s'est jamais traité régulièrement. Depuis quatre mois environ, ses forces déclinent, il est très fatigué, il a des douleurs violentes dans les jambes et transpire abondamment au moindre effort. Il a perdu du poids.

Le 12 avril, il est amené à la clinique avec les symptômes classiques d'un coma diabétique : grande respiration, cyanose, pouls rapide, odeur acétonémique. L'urine contient de l'albumine, des cylindres, du sucre, de l'acétone. L'examen du sang montre une glycémie de 5,55, une réserve alcaline de 10,4 et une urée de 0,74. On institue immédiatement le traitement à l'insuline et on ne donne ni sel, ni bicarbonate de soude.

Le malade sort de son coma et après vingt-quatre heures, on commence à le nourrir : il reçoit pour toute alimentation 100 grammes de flocons d'avoine et 100 grammes de beurre, le tout sans sel. A partir du deuxième jour, le malade reçoit 25 grammes de bicarbonate par jour et 70 unités d'insuline réparties en trois fois. Malgré l'absence de glycosurie, l'état général du malade ne s'améliore pas; le jour suivant le malade a des diarrhées et est très affaibli. On continue l'admi-

nistration du bicarbonate de soude et d'insuline. L'état général reste mauvais.

Dix jours après son entrée, on remplace le bicarbonate de soude par le sel; très rapidement, l'état général s'améliore, l'appétit revient et le poids augmente très rapidement.

Le tableau suivant rend compte de nos examens du sang.

DATE	CL.	NA.	R. ALC.	URÉE	OBSERVATIONS
12 avril 1928.....	3,60	3,11	11	0,74	Entrée : 25 gr. de bic. de soude.
13 avril 1928.....	3,62	3,07	22	1,70	»
14 avril 1928.....	3,45	3,54	39	2,23	»
15 avril 1928.....			63,8	2,42	»
16 avril 1928.....	3,12	3,65	68	2,88	»
17 avril 1928.....	2,81	3,43	68,6	2,69	»
20 avril 1928.....	2,60	3,60	95,6	1,56	»
21 avril 1928.....	2,53	3,60	96	1,05	»
22 avril 1928.....	2,76	3,61	96	0,67	»
23 avril 1928.....	2,72	3,58	96,4	0,50	10 gr. de NaCl.
25 avril 1928.....	3,15	3,65	81,4	0,24	»

Ainsi qu'il ressort de ces chiffres, l'administration de bicarbonate de soude est susceptible de faire régresser l'azotémie. Le processus se fait très lentement, difficilement même, mais il se fait, et ceci malgré une chlorémie basse et qui ne cesse de s'abaisser. Ici, c'est la natrémie qui s'élevant peu à peu semble abaisser l'azotémie.

Il nous est donc impossible d'expliquer l'action du sel sur le rein par le déficit d'un des deux constituants du sel, car nous avons vu que si le chlore est souvent abaissé dans le plasma et pourrait être rendu responsable du mauvais fonctionnement du rein, on peut néanmoins rétablir la fonction rénale sans donner du chlore, en donnant par exemple du sodium; *le sel n'intervient donc pas par les propriétés spécifiques de ses ions chlore ou sodium et il n'y a là rien de comparable à l'action spécifique du calcium ou du potassium sur la contraction cardiaque.*

Si donc le sel n'intervient pas sur le rein grâce aux propriétés spéciales de ses ions, comment expliquer l'action du manque de sel?

Nous avons pensé que le manque de sel créait dans le sang un abaissement de la concentration moléculaire et que c'est cet abaissement de la concentration moléculaire du sérum qui est responsable du mauvais fonctionnement rénal et de l'azotémie consécutive; cette explication, nous le verrons, permet de comprendre pourquoi on peut remplacer le chlore déficient par du sodium. *Il s'ensuit aussi que l'azotémie a donc primitivement pour origine, non pas une lésion rénale, mais une cause humorale.*

b. *L'origine humorale de l'azotémie.* — Le mécanisme humoral que nous envisageons tient compte de la concentration moléculaire du sang. On sait que les humeurs de l'organisme ont une concentration moléculaire constante qui assure la constance de la pression osmotique. Cette concentration moléculaire du sérum est due en grande partie (90 p. 100) aux substances inorganiques, les substances organiques intervenant pour 10 p. 100 seulement. Parmi les substances inorganiques, le sel intervient pour 65 p. 100, le bicarbonate de soude pour 25 p. 100; ces deux substances, à elles seules, règlent à peu près entièrement la pression osmotique du sang.

Il résulte de ces faits que toute diminution considérable du sel dans le sang entraîne une diminution de la concentration moléculaire du sérum qui, agissant sur le rein, crée le trouble fonctionnel qui donne lieu à l'azotémie.

Si cette hypothèse est juste, l'azotémie doit disparaître quand on apporte à l'organisme des substances susceptibles de relever la concentration moléculaire et plus ces substances ont une action marquée sur la concentration moléculaire, plus leur effet est rapide. *Ainsi ces substances n'agissent pas par leur propriété spécifique, mais par le nombre de molécules qu'elles représentent au point de vue de la concentration moléculaire.* Grâce à cette théorie, les faits que nous avons observés sont d'interprétation facile.

L'action extrêmement rapide du sel sur l'azotémie s'explique par le fait que son apport augmente le plus fortement la concentration moléculaire; cet élément étant fortement dissocié, agira par ses éléments Cl et Na. On comprend également que le bicarbonate puisse agir et que son action soit plus lente car son intervention sur la concentration moléculaire est moindre. D'autre part, son apport en quantités considérables tend à éloigner l'organisme de ses conditions physiologiques.

L'apport de sel, au contraire, en amenant en même temps du Na et du Cl remet l'organisme dans ses conditions physiologiques. *Ainsi le sel a une action favorable double; il redonne à l'organisme des éléments qui lui manquaient, il est, d'autre part, par sa constitution propre, le sel le plus apte à augmenter rapidement la concentration moléculaire du sang.*

c. *Rôle de l'urée dans le maintien de la concentration moléculaire.* Telle est notre conception de l'azotémie par manque de sel : trouble fonctionnel rénal dû au manque de sel, le sel n'intervenant pas par les propriétés spécifiques de ses ions, mais par le mécanisme de la concentration moléculaire. Ce qui revient à dire qu'un rein perfusé par un liquide dont la concentration moléculaire est basse, n'élimine l'urée qu'à une concentration très faible.

Nous ne parlons pas ici du rôle compensateur de l'urée, car cela n'est pas nécessaire pour la compréhension de ce que nous venons d'exposer et de plus nous admettons que ce rôle est discutable. On pourrait tout au plus le faire intervenir en essayant de pousser le problème plus loin et au lieu de constater simplement que l'urée n'est pas éliminée quand

le rein est perfusé par un liquide hypotonique, se demander pourquoi les phénomènes se passent ainsi; l'on pourrait dire alors que si l'urée ne s'élimine pas dans ces conditions, c'est en vertu d'une loi générale qui tend à maintenir constante la concentration moléculaire du sang.

Nous n'avons donc modifié que très faiblement la conception de l'azotémie par manque de sel de notre maître Léon Blum; nous l'avons simplement présentée d'une manière différente en essayant de bien séparer ce qui nous paraît nettement établi et ce qui est hypothétique et discutable. Ceci dit, nous allons répondre aux objections de M. Chabanier.

2° OBJECTIONS DE M. CHABANIER. — M. Chabanier prétend que dans le mécanisme de l'azotémie par manque de sel nous éliminons *le mécanisme d'une néphrite, c'est-à-dire d'une accumulation d'urée par insuffisance d'élimination de cette substance par le rein*, nous rejetons « l'idée d'une modification de l'élimination rénale de l'urée ».

a. *Le trouble fonctionnel rénal.* — Nous avons été formels sur l'existence d'un trouble fonctionnel rénal secondaire à l'hypochloruration. Si nous avons éliminé le mécanisme d'une néphrite, c'est que nous ne donnons pas de la néphrite la même définition que M. Chabanier : nous ne considérons pas comme néphrite *toute insuffisance d'élimination de l'urée par le rein*, mais tout trouble de l'élimination rénale *consécutive à une lésion anatomique du rein.* S'il n'y a pas de lésion anatomique décelable, il s'agit non pas d'une néphrite, car ce terme fait infailliblement penser à un processus inflammatoire, mais d'un *trouble fonctionnel.*

Si nous nous sommes servis du terme d'azotémie d'origine extrarénale, terme peut-être malheureux (nous dirons aujourd'hui d'origine humorale), nous voulions simplement souligner que la cause première de l'azotémie n'était pas une lésion du rein, mais une modification des humeurs agissant secondairement sur le rein.

A notre théorie du trouble fonctionnel rénal, consécutif à une modification humorale, M. Chabanier en oppose une autre : l'azotémie par manque de sel est due à une « *néphrite fonctionnelle* » produisant l'azotémie par le mécanisme de « *l'oligurie relative* ».

Voyons ce que l'auteur entend par ces termes :

La néphrite fonctionnelle est une atteinte fonctionnelle des reins, attestée par l'abaissement de la concentration maxima indépendamment de toute altération anatomique apparente. C'est donc en réalité ce que jusqu'à maintenant on a toujours appelé en pathologie un trouble fonctionnel, et nous préférons conserver ce terme classique sur le sens duquel tout le monde est d'accord plutôt que d'utiliser une expression qui peut prêter à confusion puisque les deux termes qui la constituent s'opposent et s'excluent, le mot « néphrite » ayant toujours servi à désigner une altération anatomique des reins, et le qualificatif « fonctionnel » indiquant l'absence de lésion anatomique.

Quant à l'oligurie relative, elle consiste, soit dans une chute de la diurèse aqueuse, soit dans une chute du pouvoir de concentration des reins, soit dans les deux processus à la fois, de telle sorte que le rein sécrétant à la concentration maxima qui lui est propre, l'urée élaborée dans l'organisme ne peut être éliminée en totalité. Par suite, dès qu'une oligurie relative s'installe, il s'établit une brusque poussée d'azotémie.

Nous pouvons traduire ainsi, sans la dénaturer, la théorie de M. Chabanier : « L'azotémie par manque de sel est due à un trouble fonctionnel du rein tel que celui-ci est incapable d'éliminer en totalité l'urée élaborée dans l'organisme. » Si l'on compare avec ce que nous avons dit plus haut, on se rendra compte que cette théorie s'accorde parfaitement avec celle que nous avons soutenue.

Il n'y avait donc, dans toute cette discussion, qu'une question de mots sur le sens desquels il fallait s'entendre.

b. *L'origine de ce trouble fonctionnel.* — Mais c'est quand il s'agit de préciser la cause de ce trouble fonctionnel rénal que la théorie de M. Chabanier s'éloigne de la nôtre. Alors que nous pensons que les modifications humorales agissent sur le rein par l'abaissement de la concentration moléculaire, M. Chabanier estime qu'il s'agit d'une modification de l'équilibre acide base de la cellule rénale.

Mais cette théorie ne nous paraît basée que sur des hypothèses et nous semble mal s'accorder avec les faits. Si la rétention de l'urée est due à une modification de l'équilibre entre les charges acides et alcalines de la cellule rénale, comment expliquer que l'on puisse réduire l'azotémie aussi bien en augmentant la teneur de l'organisme en ions Na, qu'en augmentant la teneur en ions Cl, les uns étant acides, les autres alcalins?

La théorie de M. Chabanier constitue peut-être une excellente hypothèse de travail, mais jusqu'à maintenant elle ne constitue qu'une simple hypothèse et M. Chabanier n'apporte, pour l'appuyer, aucun fait précis.

Notre théorie de l'azotémie par manque de sel nous paraît au contraire s'appuyer sur la constatation de nombreux faits et être en accord avec les résultats obtenus dans de multiples expériences.

Aussi, jusqu'à ce qu'on nous ait prouvé que nos expériences étaient fausses ou qu'elles pourraient être interprétées de façon différente, nous nous croirons en droit de maintenir la théorie précédemment exposée, à savoir : *que l'azotémie par manque de sel est due à une modification humorale primitive consistant en une diminution de la concentration moléculaire et produisant secondairement un trouble rénal fonctionnel.*

Les Grands syndromes en pathologie exotique, par M. BLANCHARD et F. TOULLEC, professeurs à l'Ecole d'application du Service de santé colonial de Marseille. Préface du professeur CALMETTE. Bibliothèque des grands syndromes. Un volume de 480 pages. — Prix : 85 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 MARS 1931)

Sclérodermie avec mélanodermie. Rôle de l'insuffisance surrénale. — MM. HALBRON et DE SÈZE présentent deux malades, chez lesquels se retrouvent associés : 1° une sclérodermie, 2° un syndrome de Raynaud, 3° une mélanodermie avec hypotension.

Ces observations amènent les auteurs à discuter le rôle de l'insuffisance surrénale dans la pathogénie encore si obscure de la sclérodermie. Cette affection mérite d'entrer dans le cadre des « symptômes endocriniens communs ».

Un cas mortel de maladie de Quincke avec crises douloureuses abdominales accompagnées de spasmes vasculaires. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et Pierre BLAMOUTIER.

Polynévrite à forme pseudo-myopathique. — MM. J. DECOURT et S. DE SÈZE.

Opération de Brauer. — MM. A. CLERC, R. SOUPAULT et P.-Noël DESCHAMPS présentent un jeune homme de dix-neuf ans chez qui se déclara un syndrome pleuro-péritonéal, avec gros foie et signes d'une insuffisance accentuée du cœur droit, sans lésions valvulaires, évoquant la possibilité d'une symphyse péricardique associée. La thoracectomie pratiquée il y a cinq mois, fut rapidement suivie d'une amélioration telle que les œdèmes et la cyanose ont disparu, malgré la persistance d'une tripatomégalie et d'une ascite atténuées, et que le malade peut aller et venir sans dyspnée.

Sur une malade présentant des perturbations neuro-végétatives et humorales. — MM. Marcel LABBÉ, Raoul BOULIN, L. JUSTIN-BESANÇON et E. ŞOULIÉ présentent une malade qui, depuis son enfance, présente en permanence de l'exophtalmie et la bradycardie, et des accès paroxystiques pendant lesquels le pouls passe à 150, 180 et plus. Bradycardie et tachycardie sont d'origine sinusale. Les épreuves neuro-végétatives indiquent une vagotonie considérable qui contraste avec l'exopthalmie permanente. Le tremblement existe en période de tachycardie; le phénomène de la roue dentée est contemporain de la bradycardie. Le tractus digestif est tantôt en état de spasme intense, tantôt complètement atone. Les auteurs apportent ce faisceau de documents précis en montrant combien il serait imprudent de proposer un classement nosographique ou une interprétation pathogénique des accidents.

Amylose rénale et néphrose lipoïdique. — MM. LABBÉ et R. BOULIN.

Poliomyélite antérieure chronique syphilitique. Forme pseudo myopathique. — MM. P. HARVIER, J. DECOURT et A. LAFFITTE.

Présentation d'un potomane. — MM. Marcel LABRÉ, Raoul BOULIN, L. JUSTIN-BESANÇON et H. LÉVY présentent une petite fille de dix ans qui, depuis cinq ans, présente une polyurie de 3 à 12 litres par jour. Plaçant l'enfant sous une étroite surveillance, on la vit user de mille stratagèmes, tour à tour pour se procurer des liquides en surplus de son régime et pour cacher le surplus d'urines résultant de ses supercheries.

Etudiant enfin le psychisme de la jeune malade dont la grand'mère et la tante sont internées, ils montrent qu'il ne s'agit pas d'une arriérée, mais d'une enfant intelligente et dissimulée chez qui la potomanie a été entretenue par des erreurs d'éducation familiale.

Cutivaccination du rhumatisme chronique. — MM. COSTE et LACAPÈRE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 MARS 1931)

Sur les propriétés antigènes des icthyotoxines formolées. — M. G. J. STEFANOPOULO démontre par les faits expérimentaux qu'il apporte que le sérum d'anguille rendu atoxique par addition de formol, conserve son pouvoir immunisant. Les animaux traités par le produit formolé peuvent par la suite résister à l'injection de fortes doses de sérum d'anguille pur. D'autre part, le sérum des animaux immunisés avec l'ichtyotoxine formolée (anicthyotoxine) possède un grand pouvoir neutralisant.

La formaldéhyde agit par conséquent sur les ichtyotoxines de la même façon que sur les toxines microbiennes, les toxines végétales et les venins ophidiens.

Sur une cause d'erreur dans l'inscription de la pression artérielle par la technique classique. — M. L. HÉDON. Dans le procédé ordinaire d'inscription de la pression artérielle chez l'animal, le liquide anticoagulant contenu dans les tubulures reliant le manomètre à l'artère, reflue dans la circulation quand une chute de pression profonde se produit et détermine des phénomènes parasites qui peuvent fausser le tracé. L'auteur a étudié par la nouvelle technique d'inscription qu'il a décrite les effets sur la pression sanguine de l'injection dans le bout central de la carotide ou de la fémorale de solution de bicarbonate, de carbonate de soude et de sulfate de soude et de magnésie à faibles doses. Il conclut que des doses de 1 à 3 centimètres cubes suffisent à provoquer des troubles notables et souligne l'intérêt qu'il y a à choisir pour les recherches précises une technique évitant cette cause d'erreur.

Sur l'action de l'adrénaline en injection intraveineuse sur le cœur du lapin. Fibrillation cardiaque terminale. Etude électrocardiographique. — M. PETZETAXIS (d'Athènes) étudie par la méthode électrocardiographique l'action de l'adrénaline en injections intraveineuses sur le rythme cardiaque du lapin. Les doses entre 1/50.000 jusqu'à 0,0005 par kilogramme de poids produisent dans une première phase (phase vagotrope) un ralentissement variable suivant les doses. On observe des troubles de l'excitabilité et de la conductibilité (extrasystoles et dissociation auriculo-ventriculaire). Cette première phase est suivie d'une accélération relative (sans dépasser le chiffre initial du système) et d'une façon générale cinq-quinze minutes après l'injection, le rythme redevient à la normale.

Les doses toxiques ont été entre 0,001-0,001 1/2 par kilogramme et l'on observe alors une accélération du rythme dès le début, des altérations profondes du complexe ventriculaire, de la tachyrythmie auriculaire et ventriculaire et de la fibrillation auriculaire qui est suivie d'une fibrillation des ventricules. La mort de l'animal survient, dans tous les cas, par fibrillation ventriculaire.

Perméabilité du placenta à l'ovalbumine. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. RICHARD. La molécule d'ovalbumine peut passer facilement du sang de la mère dans celui du fœtus à la condition toutefois que la technique des expériences permette à l'albumine de l'œuf de pénétrer en quantité suffisante dans la circulation de la mère et de s'y maintenir assez longtemps. Il semble démontré, d'autre part, que les sérums hétérologues que le placenta arrête dans les conditions habituelles, traversent le plasmode s'ils sont injectés au cobaye en même temps que l'ovalbumine.

Sur l'adsorption de la toxine tétanique par les hydroxydes d'aluminium. — M. Léon VELLUZ met en évidence des

différences importantes entre les pouvoirs adsorbants des deux hydroxydes d'aluminium, vis-à-vis de la toxine tétanique.

Par opposition à la forme α dont la capacité d'adsorption est minime, la forme β fixe, dans certaines conditions, à pH 4, 5-4, 6, 90-95 p. 100 de la toxine. L'auteur a préparé, à l'aide de cet hydroxyde β, étudié au point de vue chimique par Wilstätter, une toxine purifiée et concentrée (800 d. m. par centimètre cube).

Les propriétés acides du gel β ainsi utilisé permettraient, dans une certaine mesure, de présumer du caractère basique de la molécule toxique.

Quelques précisions sur les effets cardio-vasculaires des embolies cérébrales. Importance de l'hypertension réactionnelle selon le volume de l'injection. — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et Stanislas de Sèze rapportent les résultats de leurs expériences très précises poursuivies en injectant dans la carotide interne du chien une quantité connue de pâte au minium et en vérifiant par la radiographie l'étendue des territoires vasculaires cérébraux thrombosés.

En opérant dans ces conditions très exactes, ils ont observé qu'une embolie cérébrale de faible volume ne détermine qu'une légère hypertension. Une embolie moyenne élève davantage la pression artérielle. Enfin, une grosse embolie augmente considérablement les chiffres tensionnels. Il semble donc que, dans ces conditions expérimentales précises, il y ait un rapport étroit entre le volume de l'embolie et l'importance des réactions cardio-vasculaires.

Rapport entre l'ammoniaque, l'acidité de titration et le pH des urines de vingt-quatre heures. — M. R. Goiffon.

Election d'un membre titulaire : Mme Randoin est élue par 36 voix.

— Société de biologie de Lyon. (Réunion du 16 mars 1931.)

Modifications de la morphologie du bacille de Koch en cultures homogènes en présence du sérum des tuberculeux. — MM. Paul Courmont et Henri Gardère montrent qu'ils ont obtenu, par la seule présence du sérum de tuberculeux ajouté en quantité convenable au bouillon de culture de tuberculose homogène, des formes de bacilles analogues à celles qui ont déjà été décrites *in vitro* dans des conditions dysgénésiques de culture (par exemple en présence des antiseptiques) ou *in vivo* dans les lésions où le bacille semble modifié par les conditions de résistance normale (gerbille, cerveau de lapin) ou acquise (cobayes allergiques, phénomène de Koch, liquides de pleurésies) semblant favorables à la résistance de l'organisme.

Le sérum des tuberculeux que nous avons démontré être bactéricide *in vitro*, dans certaines conditions d'expériences, détermine donc aussi des formes anormales de souffrance et de résistance qui sont une des modalités de son action sur ce bacille.

Sur le mécanisme de l'action infertilisante des essences végétales sur les cultures homogènes de bacille tuberculeux (*suite*). Recherches sur l'activité du citronnellol, du rhodinal et de l'α pinène après leur ozonisation. — MM. Paul Courmont, A. Morel et J. Dobuvre. Les résultats de ces expériences confirment ceux de nos recherches antérieures sur le bacille tuberculeux et ceux des expériences faites avec A. Rochaix sur d'autres microbes.

1° Les alcools terpénogènes étudiés par nous ont par eux-mêmes un pouvoir infertilisant considérable sur les cultures homogènes du bacille tuberculeux humain, comme sur d'autres microbes pathogènes : charbon, Eberth, staphylocoque.

2° Il n'y a pas de renforcement de ce pouvoir après action préalable sur ces corps à double liaison de l'oxygène fortement ozonisé. Les ozonides, résultant de la fixation de O^3 sur la double liaison de ces alcools non saturés, en se disloquant dans l'eau du bouillon, engendrent des corps, dont la valeur antiseptique semble moindre que celle des corps primitifs.

3° Quant à l'α pinène de myrte, il a comme les autres terpènes que nous avons expérimentés antérieurement, une action infertilisante relativement faible; cette action a paru moins élevée que celle des corps résultant de la dissociation de l'ozonide de ce terpène.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(Séance du 24 février 1931)

Placenta albuminurique, sans albuminurie. — M. Favreau montre un placenta qui présente toutes les lésions classiques que les anciens auteurs rapportaient à l'albuminurie, en particulier des infarctus anciens, blanchâtres et granuleux, qui donnent un aspect lardacé, de même que des infarctus récents, de couleur foncée, gelée de groseille. A l'examen histologique on trouve une dilatation nette des vaisseaux, des villosités avec éclatements et hémorragies dans les espaces intervilleux.

Il n'y avait pas d'albumine dans les urines de la malade, mais une hypertension artérielle notable : Mn. 10, Mx. 15.

En conséquence, il ne faut pas se contenter de faire la recherche de l'albumine pendant la grossesse, mais toujours y associer la prise de la tension artérielle. Quand il y a une hypertension d'alarme notable, il faut se hâter d'intervenir en soumettant la malade à une diète hydrique sévère pendant plusieurs jours, accompagnée de purgatifs drastiques, et, si c'est nécessaire, d'une large saignée faite sous le contrôle de l'oscillomètre.

Le point de côté abdominal chez l'enfant. — MM. Parturier et Deherripon estiment que, d'une part, la cholécystite peut compliquer la pneumonie; que, d'autre part, une douleur ombilicale peut être la seule manifestation sensible d'une cholécystite.

A propos de quelques cas de pyélographies intraveineuses. — M. Lepoutre.

Les échanges respiratoires au cours de certains états musculaires anormaux en clinique. — MM. Le Grand et Lamelin. La recherche du métabolisme basal suppose une inactivité musculaire complète. Les auteurs ont voulu vérifier, au contraire, les résultats obtenus en cas de tremblements de diverses origines (parkinsoniens, choréiques, pithiatiques, etc.). Seize observations leur ont montré que tous les syndromes cliniques s'accompagnant de contractions musculaires déterminent une augmentation des échanges respiratoires, en particulier les tremblements parkinsoniens. Ils estiment que le métabolisme basal peut rendre des services dans le diagnostic des tremblements et, dans certaines circonstances, orienter le clinicien vers une étiologie thyroïdienne. Mais on ne saurait conclure formellement à une hyperthyroïdie, du seul fait de l'élévation du métabolisme basal. Le laboratoire doit être subordonné à la clinique.

(Séance du 10 mars 1931)

Le traitement chimique des farines au point de vue de l'hygiène. — M. Paget énumère les divers produits chimiques (gazeux ou solides), utilisés pour blanchir les farines et pour en augmenter fictivement la force. Il fait ensuite le procès de ces pratiques et condamne formellement l'usage de ces produits, comme nuisible et contraire à l'hygiène.

Il en démontre d'ailleurs la nocivité par une auto-observation et par des expériences personnelles.

Déformation de la tête fœtale, au cours de la grossesse, dans un bassin rétréci. — M. Barbry.

Etats musculaires et échanges respiratoires; étude expérimentale. — MM. Le Grand, Lamelin et Piet exposent la suite de leurs recherches, sur ce sujet. Après une large expérimentation dans laquelle ils ont fait intervenir l'harmine, la vératrine, la bulbocapnine, la scopolamine, la strychnine et d'autres modificateurs musculaires, ils concluent :

1° Dans l'ensemble, expérimentation et clinique vont de pair pour montrer l'influence considérable du tremblement sur les échanges respiratoires.

2° Les modifications par excès, du tonus musculaire, influencent peu les échanges respiratoires; la diminution que l'on observe est négligeable au point de vue expérimental comme au point de vue clinique.

3° Les résultats obtenus par les auteurs leur paraissent favorables à la théorie, encore discutée, de la dualité fonctionnelle du muscle.

NOTES POUR L'INTERNAT

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

SIGNES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT [1]

On pratique, dès la constatation d'un liquide purulent à la rachicentèse, la sérothérapie intrarachidienne :

1. D'abord polyvalente;

2. Puis, le germe identifié, monovalente, en portant le sérum ou le médicament chimique ou biologique choisi, AU CONTACT MÊME DES LÉSIONS car ils semblent agir par une action directe de présence (Teissier et Chavany, 1930). Aussi convient-il (dès qu'on a la moindre crainte de charbonnement) de pratiquer des ponctions étayées qui permettent une meilleure répartition focale du médicament.

Evolution. — 1. Guérison. — Sous l'influence d'une sérothérapie *précoce*, massive, prolongée, ou avec autres traite-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 30, p. 590.

ments actuellement préconisés, dont on suivra l'action par des examens répétés du liquide céphalo-rachidien, *l'on peut* voir survenir une amélioration rapide de tous les signes, puis après une persistance plus ou moins longue de la céphalée, de la rachialgie, de la raideur, survient la guérison complète. Le malade sort de sa cérébro-spinale très amaigri et fatigué et parfois persiste un certain affaiblissement psychique.

2. Des RECHUTES sont possibles; elles sont fort intéressantes, non seulement au point de vue pratique, mais encore au point de vue *pathogénique*, car elles viennent des processus biologiques qui commandent les processus évolutifs de la méningite.

Il s'agit de malades chez lesquels le liquide céphalo-rachidien, devenu amicrobien, s'était éclairci et donnait une formule de guérison, tandis que la fièvre était tombée. Pour une cause inconnue, il se produit un *réensemencement* de ce *liquide céphalo-rachidien* par le méningocoque dont le point de départ, le repaire, reste mystérieux : soit gite *juxta-méningé* [rhino-pharynx, oreille interne (Netter)]; soit *gite paraméningé* voisin du liquide céphalo-rachidien [gaines périvasculaires des vaisseaux du névraxe, espaces lacunaires des toiles choroïdiennes (Pehn et Bonafé)], discutés et mis en doute par Teissier.

Il faut craindre cette rechute en cas de *tachycardie persistante*, chez un malade afébrile (Teissier).

La méningite sérique ne devra pas faire croire à l'une de ces rechutes et *faire reprendre le sérum.* Dans la méningite sérique la ponction lombaire retire un liquide jaune ambré, d'une teinte analogue à celle du sérum visqueux (par suite de petites hémorragies méningées microscopiques) *très albumineux*, très riche en polynucléaires mais en *polynucléaires intacts* et surtout *ne contenant pas de méningocoques.* Glycorachie normale.

3. REPRISES MÉNINGOCOCCÉMIQUES. — L'on peut voir également une poussée de méningococcémie après guérison du foyer céphalo-rachidien, *sorte de méningococcémie résiduelle* de pronostic généralement favorable et justiciable de la gonacrine ou de l'endoprotéine.

La méningite cérébro-spinale *peut se compliquer* et laisser des séquelles. *Elles sont d'autant plus fréquentes et plus graves que le malade est plus jeune* (Sicard).

— *Troubles psychiques* en général peu accusés, troubles de la mémoire, affaiblissement intellectuel.

— *Troubles sensoriels;*

Visuels : suppurations oculaires, irido-choroïdite, névrite optique avec cécité.

Otites moyennes entraînant la *surdité.*

— *Troubles paralytiques* variés à type hémiplégique, diplégique, etc...

Mort. — Mais il ne faut pas attendre aujourd'hui du sérum antiméningococcique, les guérisons quasi certaines que l'on observait, il y a une quinzaine d'années. L'on constate actuellement le retour aux taux de mortalité qui précédaient l'emploi de la sérothérapie antiméningococcique. Certains auteurs ont voulu expliquer ce fait par la fréquence actuelle du méningocoque *B* tandis que le type *A* était le plus habituel avant la guerre.

Malgré un tel traitement conduit selon les règles classiques, à doses suffisantes et répétées, les contractures s'exagèrent, se compliquent de paralysies, de rétention d'urine. La température s'élève, le pouls devient irrégulier. Le coma s'installe, accompagné parfois de Cheyne Stokes. En quelques jours, le malade amaigri, cyanosé, couvert de sueurs, meurt en présentant assez souvent des convulsions terminales.

II. Formes cloisonnées. — *A.* Dans certains cas, devant l'inaction du sérum, l'on ne devra pas incriminer celui-ci, mais songer à un cloisonnement des méninges.

1. *Cliniquement : il y a discordance entre les signes clinique et l'état du liquide céphalo-rachidien.* Fièvre, tachycardie exagérée, subdélire, troubles de la vue, signes méningés persistent. Le syndrome infectieux ne cède pas et l'on voit survenir un amaigrissement progressif. Le malade se cachectise et devient de plus en plus somnolent.

2. *A la ponction lombaire.* — Après avoir constaté pendant quelques jours un retour vers la normale du liquide céphalo-rachidien (éclaircissement, diminution de l'altération et du nombre des polynucléaires, apparition de lymphocytes, disparition du méningocoque), on remarque que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien devient pénible et peu abondant. L'injection de sérum est poussée avec difficulté et l'on retrouve, à la ponction lombaire, une partie du sérum injecté la veille.

L'on pourra chercher à mettre en évidence le blocage par la manœuvre de *Queekenstedt-Stookey* qui, dans quelques cas (Sicard) a pu être positive en montrant la fixité de la pression rachidienne malgré la compression des veines jugulaires à la base du crâne.

B. L'on pense à une méningite cloisonnée. Il faut aller porter le sérum dans la cavité infectée. Il est souvent fort difficile de préciser le siège du cloisonnement.

1. CLOISONNEMENT RACHIDIEN. — On fera des ponctions étagées à différents niveaux de la colonne vertébrale jusqu'à l'espace atloïdo-occipital compris. Si l'on ne retire pas de pus, penser à un

2. CLOISONNEMENT BASILAIRE que *l'on a pu* atteindre, dans quelques cas, par la voie transorbitaire, mais surtout à une

3. VENTRICULITE CLOISONNÉE. — L'on sait, pour certains, tout le rôle de la pathogénie ventriculaire dans la méningite cérébro-spinale. C'est dans les ventricules que l'infection se maintient de la façon la plus tenace, c'est là qu'est l'origine des exacerbations et des rechutes.

La ventriculite cloisonnée représente certainement une des causes les plus fréquentes de la résistance au sérum.

Cela se comprend aisément si l'on pense au relief accidenté de la base du crâne ainsi que des méninges, des plexus choroïdes, dans la région cérébello-médullaire. Les leucocytes pyoïdes pourront s'y accumuler avec facilité sous l'action du décubitus et la fibrine y former des fausses membranes plus ou moins étendues. D'autre part, l'oblitération des trous de Magendie et de Luschka crée l'*épendymite méningococcique.* Pour Lewkowicz, Cestan et Riser, l'inflammation primitive siégerait dans les plexus choroïdes et les ventricules, et l'ensemencement méningé serait secondaire. La méningite cérébro-spinale serait due à une *ventriculite primitive*, une *choroïdo-épendymite infectieuse* d'où se déclancheraient des décharges microbiennes dans le liquide spinal, suivant le courant de ce liquide qui se fait du cerveau vers la moelle. Teissier pense que cette opinion est excessive et ne l'admet guère que pour le nourrisson.

Le malade s'amaigrit rapidement et tombe dans une somnolence invincible, dans une cachexie qui s'accuse chaque jour. Parfois, surviennent des paralysies craniennes, de l'amaurose, même des convulsions. Et malgré ces signes, chaque jour plus alarmants, une formule de guérison persiste dans le liquide céphalo-rachidien qui s'écoule difficilement et prend la teinte jaune ambrée du sérum. Il y a *discordance évolutive* (Sicard) entre la méningite rachidienne, très secondaire et la ventriculite cérébrale qui poursuit sa marche indépendante et nocive, et dont le rôle peut même être *exclusif*, à un stade éloigné du début.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
L'électrologie en 1930, par MM. Louis DELHERM et Jean LOUBIER.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de chirurgie de Toulouse.
Société anatomo-clinique de Toulouse.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES DE PRATIQUE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Dupérié (Raymond), professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er avril 1931, professeur de médecine expérimentale à ladite Faculté (chaire vacante, M. Mauriac, dernier titulaire).

— L'assemblée de la Faculté vient de réélire doyen M. le professeur Sigalas.

M. le professeur Guyot a été élu assesseur.

MARINE. — Les anciens professeurs et les professeurs de l'Ecole d'application actuellement en fonctions, désignés ci-après, prennent et conservent définitivement le titre de professeurs :

MM. Defressine, médecin général de 1re classe du 25 octobre 1910 (1); Viguier, Dargein et Oudard, médecins généraux de 2e classe du 1er janvier 1920; Bellile, médecin en chef de 1re classe du 1er janvier 1923; Lancelin, médecin en chef de 1re classe du 1er janvier 1922; Le Berre, médecin en chef de 1re classe du 1er décembre 1929; Plazy, médecin en chef de 2e classe du 1er décembre 1929; Marcandier et Hederer, médecins en chef de 2e classe du 1er décembre 1927; Yver, médecin en chef de 2e classe du 1er décembre 1929; Chaix, pharmacien chimiste en chef de 2e classe du 25 décembre 1930; Bremond, pharmacien chimiste principal du 25 décembre 1930.

— Les officiers du Corps de santé ci-après désignés sont nommés médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux maritimes :

I. *Médecins des hôpitaux maritimes.* — MM. Dargein et Brunet, médecins généraux de 2e classe; Bellile, Barthe Cazamian et Roux, médecins en chef de 1re classe; Plazy, Hamet, Hederer et Segard, médecins en chef de 2e classe; Dore, Gouriou, Pierre, Clavier, Jeanniot et Damany, médecins principaux.

II. *Chirurgiens des hôpitaux maritimes.* — MM. Autric, médecin général de 1re classe; Averous et Oudard, médecins généraux de 2e classe; Bellet, Bellot et Le Berre, médecins en chef de 1re classe; Brochet, Pelle et Ploye, médecins en chef de 2e classe; Solcard, Coureaud, Rondet, Negrie, Dalger, Loyer, Guichard, Carboni et Brette, médecins principaux; Rolland, médecin de 1re classe.

III. *Spécialistes des hôpitaux maritimes.* — 1° Bactériologie et anatomo-pathologie : MM. Defressine, médecin général de 1re classe; Liffran, médecin général de 2e classe; Lancelin, Cazeneuve et Mirguet, médecins en chef de 1re classe; Marcandier et Brun, médecins en chef de 2e classe; Baixe, Le Chuiton, Breuil et Maudet, médecins principaux; Bideau, médecin de 1re classe.

2° Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie : MM. Viguier, médecin général de 2e classe; Gras et Donval, médecins en chef de 1re classe; Lepeuple et Yver, médecins en chef de 2e classe; Souloumiac, médecin principal.

3° Electroradiologie et physiothérapie : MM. Le Goniac et Balcam, médecins en chef de 1re classe; Huber, médecin en chef de 2e classe; Godillon, médecin principal.

4° Médecine légale et neuro-psychiatrie : MM. Cauvin et Hesnard, médecins en chef de 2e classe; Artur, médecin principal.

5° Stomatologie : MM. Fermond, médecin en chef de 2e classe; Larroque, médecin principal. (*J. O.*, 16 avril 1931.)

MARINE MARCHANDE. — MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — L'article 1er de l'arrêté du 16 octobre 1929 est modifié ainsi qu'il suit :

Les jurys pour l'examen des candidats aux fonctions de médecin sanitaire maritime sont constitués dans les villes et

(1) Date de nomination à l'emploi de professeur.

aux époques ci-après : Marseille (mars), Paris (juin), Bordeaux (octobre).

LA SOCIÉTÉ MUTUELLE DE RETRAITE DES MÉDECINS DU FRONT, réunie en assemblée générale le 28 mars 1931, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du professeur Balthazard, a élu un Conseil d'administration, lequel a constitué ainsi le bureau :

Président : professeur Balthazard; vice-présidents : docteurs Nogué et Sénéchal; secrétaire général : docteur Pasquet; trésorier : M. Hufnagel; secrétaire général adjoint : M. Lévy.

Moyennant des versements, complétés par des subventions de l'Etat, variant de 25 à 60 p. 100, cette Société assure aux médecins munis de la carte de combattant des retraites de 6.000 fr., après dix années de versement, ramenées à quatre ans à partir de soixante ans.

Pour renseignements, s'adresser au docteur Pasquet, 42, rue de Bretagne, Paris (VIe).

BANQUET DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le IIe banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi 9 mai 1931, à 7 h. 1/2, dans les salons de l'hôtel Lutetia, sous la présidence du docteur Le Fur.

Une soirée dansante avec attractions suivra le banquet.

Non seulement les parents et amis de membres du S. M. S. y sont cordialement invités, comme de coutume, mais aussi tous les médecins du département de la Seine, syndiqués ou non syndiqués, qui ont répondu à l'appel de la Confédération et signé l'engagement d'honneur de s'opposer au bouleversement de l'exercice traditionnel de la médecine.

Ainsi en a décidé, à l'unanimité, le Conseil d'administration du S. M. S. dans sa séance du 3 mars.

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente, Paris (VIe).

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — Les élections au Comité de l'Association générale des étudiants auront lieu le jeudi 30 avril, de 9 h. à 21 h., à la Maison des étudiants, 15, rue de la Bûcherie.

La réorganisation de notre Association sur des bases nouvelles nous invite à engager les membres de la section de médecine à y participer en prenant part au scrutin.

Seront seuls admis à voter, les camarades français porteurs de la carte de l'Association et de la carte de l'immatriculation de la Faculté.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. F. BEZANÇON.) — A 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique :

Du 27 avril au 22 mai 1931 : Cours de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire par M. le professeur F. Bezançon; avec la collaboration de MM. Braun, assistant du centre de triage; A. Jacquelin, médecin des hôpitaux; R. Azoulay, Tribout, Destouches, Delarue et Oumansky, chefs de clinique.

Du 27 mai au 20 juin : Cours complémentaire par M. le professeur F. Bezançon, avec le concours de MM. M.-P. Weil, R. Moreau, L. de Gennes, E. Bernard, A. Jacquelin, médecins des hôpitaux; J. Celice, ancien chef de clinique.

Objet du cours : « Notions de thérapeutique générale des affections respiratoires. »

Du 29 juin au 3 juillet : trois leçons cliniques par M. le professeur F. Bezançon. Cures climatiques et hydrominérales dans les affections des voies respiratoires.

Lundi 29 juin : Thérapeutique hydrominérale de l'asthme.

Mercredi 1er juillet : Thérapeutique hydrominérale des rhinobronchites aiguës et chroniques.

Vendredi 3 juillet : Le facteur climatique en phtisiothérapie.

Pendant la durée de ces cours : les mardis, jeudis, samedis, visite dans les salles, de 10 h. 1/2 à 12 h.

— CONFÉRENCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY.) — M. le docteur Ch. Oberling, agrégé, commencera ses conférences le lundi 27 avril 1931, à 17 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, pendant les mois de mai et juin.

Objet du cours : « Les processus néoplasiques étudiés dans les différents tissus et organes. » (Programme de l'examen de 3e année.)

— CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Professeur : M. J.-L. FAURE.) — *Gynécologie. — Cours de perfectionnement.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques; M. Grinda et M. Claude Béclère, chefs de clinique, feront ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 27 avril au 9 mai 1931.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers, ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin, de 10 à 12 h., visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol; l'après-midi, de 5 à 7 h., cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

Une démonstration cinématographique aura lieu le 9 mai 1931.

Le droit à verser est de 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), de 14 à 16 h., lundi, mercredi et vendredi.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Le cours complémentaire sur la tuberculose du professeur F. Bezançon commencera le lundi 27 avril 1931, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique de l'hôpital Saint-Antoine.

La première leçon aura pour sujet : « Comment se pose pratiquement, à l'heure actuelle, le problème de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. »

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1930

PAR

Louis DELHERM et Jean LOUBIER

Chef du Service d'Electro-Radiologie de l'hôpital de la Pitié,

Chef du service d'Electrologie de l'Hôpital Américain.

I. APPAREILS ET TECHNIQUE

Interrupteur rhéostatique inverseur. (H. Bordier. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, mars 1930, avec fig.) — Cet interrupteur inverseur n'est autre que l'interrupteur rhéostatique rythmique que l'auteur fit construire en 1903, modifié de façon à le rendre en même temps inverseur du courant, que ce dernier soit continu, faradique ou galvano-faradique.

A propos de la méthode de Pariseau : effet thermique des courants de haute fréquence des milieux colloïdaux. (A. Walter. *Paris méd.*, 1er fév. 1930.) — L'auteur a légèrement modifié la technique de Pariseau, et apporte ses expériences personnelles.

Expériences sur les effets diathermiques dans les milieux colloïdaux. (Bordier. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, fév. 1930.) — Pour l'auteur, les expériences de Pariseau (de Montréal) ne renseignent pas suffisamment sur ce qui se passe en profondeur.

A propos d'une technique électrothérapique. Mise au point. (Pierron. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, fév. 1930.) — Le courant « d'Araya » n'est autre que le courant faradique, et les résultats obtenus par la technique « d'Araya » peuvent être réalisés par n'importe quelle bobine à gros fil.

Technique pratique en diathermie. (Denier. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1930.) — Indication de la manière de préparer soi-même des électrodes et de fabriquer les aiguilles pour diathermo-coagulation.

Présentation d'une table d'applications d'électrothérapie. (Walter. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1930.) — Cette table, à usages multiples et d'encombrement restreint, se transforme en quelques minutes pour les différents examens ou applications électriques.

Note sur les appareils de mesure de diathermie. (A. Walter. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1930.)

Quelques expériences de coupe électrique. (A. Walter. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1930.)

Présentation d'un appareil de diathermie mixte : bistouri-diathermie et tension à éclateur. (Walter. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1930.)

Sur la mesure de l'intensité efficace des courants de haute fréquence. (H. Mutel. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1930, t. CXC, p. 860.)

Un hémodrographe électrique. (Ph. Fabre. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1930, t. CXC, p. 1321.)

Appareil de liaison. Diathermie. Galvano-faradique. (Delherm, Laquerrière et Walter. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1930, avec fig.) — Appareil permettant de faire des applications mixtes. Il est intéressant de pouvoir combiner, par exemple dans la poliomyélite, les ondes alternatives à longues périodes et la diathermie.

Le polyatrodine. Un appareil d'électrothérapie à lampes. (Tellez-Pallencia. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1930.)

Sur la technique des applications de diathermie. (Gauducheau. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1930.) — L'auteur donne quelques directives avant, pendant et après une séance de diathermie.

Présentation d'un appareil de diathermie gynécologique. (G. Duflot. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1930, avec fig.)

Appareil transportable pour applications de haute fréquence. Haute tension. Modèle à vibreur. (G. Duflot. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1930, avec fig.)

II. PHYSIOBIOLOGIE

Recherches expérimentales sur l'ionothérapie électrique. Etudes histochimiques et biologiques. (E. Raszeja. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. CIII, p. 799.) — Etude de la distribution dans la peau du lapin du calcium et de son antagoniste le potassium avant et après l'application du courant électrique.

L'influence de la diathermie sur le fonctionnement de la barrière hémato-encéphalique. (L. Stern, S. M. Zeitlin et J. L. Rapoport. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. CIII, p. 299.)

Influence de la diathermie de la glande thyroïde sur le métabolisme basal. (J. Jankowski et L. Ptaszek. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. CIII, p. 42.) — Dans les variations du métabolisme basal on constate deux phases : d'abord une chute suivie ensuite d'une élévation. Si on pratique de nouveau la diathermie sur la glande thyroïde pendant la phase de chute, l'organisme ne réagit pas et la réaction devient de plus en plus faible à mesure des répétitions des stimulations.

Influence de l'excitation électrique des névromes de cicatrisation des nerfs spinaux sur la circulation sanguine chez le chien. (René Fontaine et Fernand Orban. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 886.)

De la dissymétrie créée par le courant continu dans les chaînes liquides complexes, initialement symétriques, cloisonnées ou non cloisonnées. (M. Chanoz. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 199.)

Abaissement du métabolisme basal par action des courants de haute fréquence chez les déséquilibrés endocrino-neurotoniques. (E. Joltrain et D. Morat. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIII, p. 1242.) — Recherche du métabolisme basal, puis séance de quinze minutes de lit condensateur, intensité 1.200 m. a.; aussitôt après la séance, nouvelle recherche du métabolisme. Chez les sujets sains le métabolisme n'est pas modifié; chez d'autres intoxiqués, surmenés, déprimés, anxieux, etc., on constate une baisse du métabolisme basal plus ou moins accentuée.

Les poisons curarisants et la fatigue musculaire. (Adrien Zelikowski. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 360.) — L'auteur démontre qu'il n'y a pas de relation entre la curarisation et la fatigabilité musculaire.

Interprétation théorique de la sommation d'influx nerveux. (Frederic Bremer et Georges Homès. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 806 et 810.)

Mécanisme des variations du pH dans les chaînes liquides cloisonnées traversées par le courant continu. Rôle des ions de l'eau. (M. Chanoz. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 998.)

L'électromyogramme, l'électroneurogramme et l'électromyélogramme de la grenouille surrénalectomisée. (H. Linford. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1930, t. XXVIII, n° 2.)

Différence de potentiel électrique entre l'épiploon et l'intestin normal ou lésé du lapin. (E. Soru. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CV, p. 52.)

Modification de la différence de potentiel électrique entre l'épiploon et l'intestin (normal ou lésé) après blocage de l'épiploon. (E. Soru. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CV, p. 54.)

Influence de la diathermie sur le métabolisme basal comme indice de la fonction hormonale des testicules chez les chiens. (L. Ptaszek. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 1007.)

Emploi de la réaction diathermique pour l'appréciation de l'insuffisance testiculaire après résection du canal déférent. (L. Ptaszek. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 1099.)

III. ACCIDENTS

Les brûlures graves par diathermie. A propos d'un récent arrêt de la Cour d'appel de Rennes. (Gauducheau. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1930.) — Cette communication donne lieu à une intéressante discussion. L'auteur est chargé de présenter un rapport.

Rapport sur les brûlures produites au cours des applications de diathermie médicale. (Gauducheau. *Bull. officiel de la Soc. franç d'électroth. et de radiol.*, juin 1930.) — Pour se mettre dans les meilleures conditions pour éviter les brûlures il faut envisager un certain nombre de précautions avant, pendant et après le traitement.

Réflexions sur un accident attribué à la diathermie. (A. Laquerrière et R. Lehmann. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1930.) — « Il faut avoir de l'expérience pour appliquer correctement la diathermie, il est regrettable qu'un médecin sans instruction spéciale puisse acheter un appareil de diathermie; mais il faut répéter à ce médecin qu'il ne doit jamais avec un appareil chercher à obtenir les intensités utilisées avec un autre appareil, la mesure des courants de haute fréquence étant actuellement très aléatoire. »

Accident électrique mortel dû à un courant de basse tension. (Duhem. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1930.) — Un soldat avait, par plaisanterie, attaché un fil d'éclairage (220 volts) à un bouton de porte. Un brigadier, ayant des chaussures mouillées, sur un sol très détrempé, fut électrocuté. L'auteur en profite pour demander que le public soit mieux instruit des dangers des courants électriques domestiques.

Les ampèremètres pour la mesure en haute fréquence. Au sujet des brûlures par diathermie. (Duflot. *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1930.)

A propos d'un accident au cours d'une séance de haute fréquence. Nécessité d'un bon isolement du primaire. (Henri Beau. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1930.)

IV. ÉLECTRODIAGNOSTIC

Modifications de l'excitabilité d'un nerf centripète consécutives à des interventions sur d'autres nerfs. Durée de ces modifications. (A. et B. Chauchard. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. CII, p. 1013.) — Chez le chien, la section du sciatique gauche produit une augmentation de la chronaxie du sciatique droit et des modifications de la loi de sommation.

Ces expériences montrent que l'excitabilité d'un neurone centripète est susceptible d'être influencée à distance par des excitations portant sur d'autres neurones.

La chronaxie de l'œsophage du chien. (Martha Brunner-Ornstein. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. CII. p. 855.) — La chronaxie de l'œsophage du chien varie de 0,30 à 0,44 millième de seconde de la partie orale à la partie stomacale. La chronaxie de l'estomac est comprise entre 20 et 40 millièmes de seconde.

Le changement de chronaxie du muscle cardiaque sous l'influence du nerf sympathique. (Richard Hauptfeld. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. CIII, p. 769.) — L'excitation du nerf sympathique augmente la chronaxie du muscle cardiaque.

Chronaxie et contraction musculaire dans la pellagre. (D. Dorogan et M. Capri. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. CIII, p. 449.) — Les chronaxies du membre supérieur sont très diminuées; celles du membre inférieur sont augmentées.

Action du sympathique sur la curarisation suivant le sens de l'hétérochronisme. (L. et M. Lapicque. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. CIII, p. 393.) — L'effet de la stimulation du sympathique sur l'efficacité de la commande nerveuse tient uniquement à la diminution de la chronaxie musculaire. On s'en est rendu compte en utilisant la nicotine qui diminue la chronaxie musculaire, dans une première phase, et l'augmente, à dose assez forte, dans une deuxième phase.

Sur la loi d'excitation neuro-musculaire par décharges électriques brèves chez l'homme. (Ph. Fabre. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 17 fév. 1930.)

Sur les lois d'excitabilité électrique par décharges très brèves sur les muscles rapides. (Ph. Fabre. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 3 mars 1930, t. CXC, p. 595.)

Oscillographie des courants utilisés en électrodiagnostic; modifications de leur forme dues à la présence du corps humain. (Desgrez et Dubost. *Revue d'actinol. et de physioth.*, déc. 1929.)

L'élément du temps dans l'excitation physico-chimique. (N. K. Koltzoff. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 30 déc. 1929, t. CLXXXIX.)

Action des nerfs sympathiques sur la chronaxie des muscles striés. (L. et M. Lapicque. *C. R. de la Soc. de biol.*,

1930, t. CIII, p. 875.) — La faradisation du sympathique chez la grenouille produit dans le muscle curarisé une diminution de la chronaxie qui peut descendre jusqu'à la moitié de la valeur primitive. Sur le muscle normal on produit également une diminution considérable de la chronaxie en faradisant les fibres sympathiques qui se rendent à ce muscle.

Action de quelques sels d'ammonium sur l'excitabilité du nerf et du muscle de la grenouille. (P. REISS. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIII, p. 985.)

Sur un dispositif de mesure de résistance et capacité du corps humain par l'oscillographe cathodique. (Ph. FABRE et SWYNGEDAUW. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIII, p. 1018.) — Description d'une technique permettant d'utiliser l'oscillographe cathodique en montage haute fréquence pour étudier la fermeture et la rupture d'un courant traversant le corps humain.

A propos des rhéotomes mécaniques. (André STROHL. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 645.)

Sur la chronaxie de constitution des muscles squelettiques chez l'homme normal. (G. MARINESCO et A. KREINDLER. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 184.)

Influence de l'alcool sur la chronaxie des centres psycho-moteurs. (G et P. VARÉ, H. VERDIER et M. VIDACOVICH. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIII, p. 1255.)

Enregistrement oscillographique du courant de polarisation du corps humain. (Ph. FABRE et Jean SWYNGEDAUW. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 560 et 562.)

Nouveau chronaximètre. (L. BRILLOUIN et A. ZIMMERN. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 180.) — Appareil dans lequel la durée du courant est commandée par les variations de la résistance du circuit de décharge d'un condensateur. L'onde de décharge est transformée par des *lampes triodes* en courant à peu près rectangulaire.

Les mesures de chronaxie qui ont été faites avec ce dispositif donnent des valeurs égales à celles déterminées par Bourguignon.

Au sujet des chronaximètres à lampes. (FABRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1930.) — Critique du chronaximètre Brillouin-Zimmern.

Au sujet de la communication de M. Fabre sur les égersimètres. (POITTEVIN. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1930.)

Au sujet des chronaximètres à lampes. (BRILLOUIN et ZIMMERN. *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1930.) — Ces deux dernières communications sont des réponses aux critiques faites par M. Fabre au dispositif Brillouin-Zimmern.

Note sur un procédé d'électrodiagnostic classique automatique. (DELHERM, LAQUERRIÈRE et WALTER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1930.) — Présentation d'un dispositif dans lequel : 1° la manœuvre du rhéostat se fait avec le pied; 2° les passages et les inversions de courant sont assurés par un collecteur-inverseur Laquerrière-Nuytten; 3° le milliampèremètre est mobile et peut être accroché n'importe où. L'opérateur n'a donc qu'une main occupée pour tenir le tampon.

Action de la saignée sur l'excitabilité du centre respiratoire et des fibres centripètes du pneumogastrique. (A. B. CHAUCHARD. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 80.)

Influence de l'augmentation de l'espace mort sur l'excitabilité du pneumogastrique. (A.-B. CHAUCHARD. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 275.)

Sur les schémas équivalents au conducteur humain. (A. STROHL. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1930.)

Recherches sur la relation entre la vitesse fonctionnelle et la chronaxie. (M. et Mme CHAUCHARD. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 21 juillet 1930.)

Comparaison de la durée du courant d'action du nerf et de son muscle. (D. AUGER. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CV, p. 277.)

Chronaxies dans la paraplégie spasmodique et leur modification par la rachi-anesthésie. (A. KREINDLER et E. FAÇON. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CV, p. 277.)

Période latente du muscle circulaire entérique de la grenouille, soumis à l'excitation galvanique. (G. MORIN. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CV, p. 650.) — Ces expériences montrent que la période latente n'est pas fonction seulement de l'intensité du courant mais aussi de la position des électrodes, de la nature de l'excitation utilisée et des actions développées aux deux pôles lors de la fermeture ou de l'ouverture du circuit.

Changements dans les chronaxies périphériques sous l'influence de l'alcool. (L. LAPICQUE et S. KAGIWARA. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CV, p. 632.)

Sur l'étude oscillographique des courants de haute fréquence redressés et capables de produire des phénomènes d'excitation. (J. CLUZET et P. PONTHUS. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CV, p. 643.) — Les phénomènes d'excitation observés après le redressement des courants diathermiques produits par les postes à lampes peuvent être dus, suivant la valeur de la tension entre les électrodes, soit à des ondes unidirectionnelles de haute fréquence, soit à des ondes unidirectionnelles ayant seulement la fréquence du courant alternatif de secteur.

Chronaximètre Brillouin-Zimmern. (A. ZIMMERN. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1930.)

Excitation neuro-musculaire par ondes cunéiformes de second genre. (Ph. FABRE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 1298.)

L'excitabilité neuro-musculaire dans le tabes. (G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CV, p. 50.)

Les schémas de conductibilité suivant la structure de la peau. (STROHL. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1930.)

V. DERMATOSES

Efficacité de la d'Arsonvalisation médicamenteuse dans le lupus érythémateux. (H. BORDIER. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 6 janv. 1930, t. CXC.) — Les injections intramusculaires d'hydroxyde de bismuth, combinées à une introduction locale par d'Arsonvalisation médicamenteuse, donnent des guérisons constantes.

Emploi du bistouri diathermique en dermatologie. (VIGNAT. *Bull. de la Soc. méd. de l'Elysée*, fév. 1930.) — L'auteur se sert de l'appareil de Walter. Le bistouri permet d'enlever les lésions superficielles sans hémorragie et sans escarrification. Dans les angiomes et les nævo-carcinomes, la diathermo-coagulation est préférable.

Un cas d'actinomycose guéri par ionisation iodée. (MOUTARD. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1930.) — Guérison obtenue avec de très faibles doses appliquées localement alors que par ingestion il faut 4, 6 et même 8 grammes par jour pour obtenir à la longue une régression.

La diathermo-coagulation dans le traitement des cancers cutanés. (Danel, Lamblin et David. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 24 août 1930.) — Treize observations d'épithéliomas cutanés qui montrent que la diathermo-coagulation est la méthode de choix pour le traitement des néoplasmes cutanés de toutes natures.

Traitement physiothérapique des verrues planes juvéniles. (Lepennetier. *Revue d'actinol. et de physioth.*, mars-avril 1930.)

Verrues séborrhéiques. (Lepennetier. *Revue d'actinol. et de physioth.*, mai-juin 1930.) — Revue des traitements à employer : effluve de haute fréquence, radiothérapie, électrolyse et électrocoagulation.

VI. APPAREIL DIGESTIF

La diathermie dans le traitement des périviscérites douloureuses. (L. Delherm, R. Savignac et Morel-Kahn. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, fév. 1930.) — La diathermie constitue un traitement à la fois efficace et inoffensif des périviscérites douloureuses; elle possède une action sur les échanges cellulaires, provoque une vaso-dilatation et une suractivité sanguine; enfin elle a une action antispasmodique et analgésique.

Les auteurs apportent leur statistique : dans les cas opérés, guérison dans 25 p. 100 des cas; amélioration dans 50 p. 100; dans les cas non opérés, 100 p. 100 de succès.

Parmi les variétés de périviscérite, celle qui leur a paru être la plus favorablement influencée est celle qui réalise le syndrome ilio-colique droit.

Le traitement est long et il faut quelquefois plus de cinquante séances de diathermie pour obtenir un résultat durable.

Colite ulcéreuse; 28 cas traités par ionothérapie. (J. Burnford. *Brit. med. Journ.*, 18 oct. 1930, p. 640.)

Les périviscérites digestives et leur traitement médical. (P. Oury et Mézard. *Pratique méd. franç.*, nov. 1930.) — La diathermie possède un pouvoir analgésiant considérable et donne d'excellents résultats. Elle est antispasmodique, active la circulation et diminue la congestion et l'œdème.

Le lavement électrique; indication technique, essai d'interprétation du rôle du chlorure de sodium. (Henri Beau. *Revue d'actinol. et de physioth.*, juillet-août 1930.) — L'introduction électrolytique de l'ion Cl semble plus capable de neutraliser les toxines que le vulgaire lavement salé.

VII. APPAREIL CIRCULATOIRE

Electrocardiogramme ventriculaire et destruction du muscle cardiaque. (E. Coelho et José Rochetta. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV, p. 425.) — La destruction du muscle cardiaque par des agents chimiques entraîne des altérations de l'accident T et de l'espace RT de la ligne isoélectrique. L'élargissement du groupe QRS ne s'obtient qu'en atteignant les branches ou les terminaisons du faisceau de His.

De l'importance de l'électrocardiographie dans l'étude clinique et pathogénique du syndrome angine de poitrine. (C. Lian, Vidrasco et O. Vian. *Ann. de méd.*, avril 1930, t. XXVII.) — Déformations électrocardiographiques dans l'angor aigu coronarien fébrile : 14 cas. Déformations électrocardiographiques dans la forme commune de l'angor pectoris et aussi dans les formes réflexes, névropathiques de l'angor : 62 cas. Les auteurs étudient également les déformations expérimentales et tirent les déductions pathologiques et cliniques.

VIII. SYSTÈME NERVEUX

Les applications cliniques des ondes galvaniques alternatives à longues périodes. (A. Laquerrière. *Journ. de radiol. et l'électr.*, mars 1930.) — L'auteur expose les actions gymnastiques pour les muscles dégénérés et les effets trophiques. Avec les ondes on obtient des actions trophiques, soit générales, soit locales, bien supérieures à celles données par le métronome et le courant constant d'une part, et par le courant ondulé d'autre part. L'auteur donne pour chaque cas des exemples et apporte des observations.

Migraines et diathermie. (Ferrier. *Pages médicales et parisiennes*, déc. 1929.) — L'auteur apporte cinq observations où la diathermie antéro-postérieure du crâne a donné de bons résultats dans les migraines dites hépato-hypophysaires.

Influence de la diathermie médullaire sur la dyshydrose et l'hyperhydrose des mains. (Leszcynski. *Presse méd.*, 8 janv. 1930.) — La diathermie en séances quotidiennes de vingt minutes avec 500-700 m. a. a donné des résultats satisfaisants.

Essai de classification des paralysies faciales périphériques. (Zimmern et Chavany. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1930.) — 1° *Paralysie faciale nucléaire* : c'est la paralysie rhumatismale ou *a frigore*.

2° *Paralysie faciale tronculaire* : blessure du nerf, compression par tumeur, paralysies dues à la syphilis.

3° *Paralysie faciale otitique.* L'otite peut rester ignorée.

Le schéma d'Erb ne s'applique vraiment qu'aux paralysies nucléaires.

Indications et résultats de l'électro-radiothérapie dans les affections de l'axe cérébro-spinal. (Delherm, Morel-Kahn et Beau. *La médecine*, juin 1930.) — Article très documenté. Les médications pathogéniques comprennent l'ionothérapie calcique ou iodée, la radio et la curiethérapie. Les médications symptomatiques consistent en radiothérapie, courant continu, haute fréquence, ultra-violets, infra-rouges, etc. Il faut traiter de bonne heure et longtemps mais avec prudence.

Prédominance de l'action de l'électrothérapie sur celle de la radiothérapie dans certains cas de maladie de Graves. (Delherm. *Bull. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1930.)

Quelques données sur la physiologie de la douleur et le mode d'action des agents physiques sur la douleur. (F. et H. Biancani. *Revue d'actin. et de physioth.*, mars, avril et mai-juin 1930.)

Le traitement de la paralysie faciale dite « a frigore ». (Mathieu. *Revue d'actin. et de physioth.*, mai-juin 1930.) — L'ionisation iodée par voie auriculaire est le traitement de choix. On peut y ajouter la faradisation par chocs espacés, en cas de contracture.

Poliomyélite et agents physiques. Traitement classique et technique de Bordier. (Portret. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juil. 1930.) Présentation de 5 observations de malades traités par le courant continu et de 4 observations où l'on a utilisé la radiothérapie, la diathermie et souvent le courant galvanique.

Traitements physiothérapiques du lumbago. (Charbonnier. *Revue d'actinol.*, sept.).

Paralysie spinale infantile avec symptômes pyramidaux. (G. Goubert et A. Lesbros. *Cahier de pratique médico-chirurgicale*, mai-juin 1930.) — L'association du sérum de Petit et de la méthode de Bordier a donné un résultat excellent.

Les sciatiques. Formes cliniques et traitement des sciatiques rhumatismales. (Henri Roger. *Revue neurol.* Rapport à la XIe Réunion annuelle neurologique internationale, Paris 3 et 4 juin 1930.) L'auteur classe les sciatiques suivant leur localisation anatomique : lombo-sciatiques, ou sciatiques hautes; sacro-iliosciatiques, ou sciatiques moyennes. Enfin les sciatiques inférieures : névrosciatiques, myosciatiques, cellulosciatiques. Chez le même malade on peut voir toutes ces formes.

Séquelles nerveuses des électrocutions. (Crouzon. *Progrès médical*, 1er nov. 1930.)

A propos des traitements de la paralysie infantile. (A. Laquerrière. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1930.) — Discussion de la communication de Portret présentée en juillet et analysée plus haut. Nous n'aurons jamais assez d'armes pour lutter contre la paralysie infantile, il est donc bon de se servir de la radiothérapie et de la diathermie, mais il ne faut pas oublier les anciennes méthodes qui ont fait leurs preuves. L'auteur ne se déclare pas partisan de la radiothérapie *pénétrante* chez les tout jeunes enfants.

Paralysie obstétricale du membre supérieur. (André Rendu. Rapport au Congrès d'orthopédie, in *Revue d'orthop.*, sept. 1930, p. 459 à 521 avec nomb. fig.). Les principaux types sont :

1° Type radiculaire supérieur (Duchenne, Erb), forme de beaucoup la plus fréquente ;

2° Type paralysie totale, forme rare ;

3° Type radiculaire inférieur, très rare dont on ne connaît que quelques exemples.

IX. APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

L'étincelage à vessie ouverte dans le cancer infiltré de la vessie. (Bœckel et Djardievitch. *Revue méd. de l'Est*, déc. 1929.)

L'étincelage dans l'uréthrite chronique. (Phelip. *Le Monde méd.*, 2 janv. 1930.) — L'étincelle de résonance est le procédé le plus sûr et le plus rapide contre l'uréthrite chronique.

Un cas de stérilité secondaire post-abortum. Traitement par électro-coagulation. Grossesse ultérieure. (J. Martin. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1930.)

Le traitement physiothérapique des salpingo-ovarites. (Dausset et Chenilleau. *Revue d'actinol. et de physioth.*, mai-juin 1930.)

L'électrothérapie dans les prolapsus génitaux. (Jeanneney et Bressand. *La Médecine*, juin 1930.) — La faradisation à chocs espacés peut rendre de grands services. Elle a l'avantage de décongestionner le muscle utérin; elle est surtout utile lorsque l'opération est contre-indiquée.

Traitement des tumeurs de la vessie. (Marion. *Progrès méd.*, 1er nov. 1930.)

Le traitement des métrites chroniques par la diathermo-coagulation et le curettage diathermique. Nouvelles électrodes. (J.-E. Marcel. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1930, avec fig.) — L'auteur présente une électrode conique, monopolaire pour l'orifice du col, quelle que soit la forme de ce dernier et une électrode linéaire pour le canal cervical. Pour le curettage il montre une curette à anse escamotable de Walter.

X. AFFECTIONS CHIRURGICALES

Diathermo-coagulation dans le traitement du cancer du col de l'utérus. (De Fourmestraux. *Le Courrier méd.*, déc. 1929.) — La diathermo-coagulation, de plus en plus employée en chirurgie, est une méthode précieuse, supérieure au radium, dans les cancers du col de l'utérus; elle présente le double avantage de détruire les bourgeons cancéreux et d'assurer une aseptie relative du col. Abrasion des bourgeons au bistouri diathermique; bougie de Hegar comme électrode active pour stériliser le col.

Gastro-entérostomies, gastrectomies, colectomies à l'aide de la diathermie. (Victor Pauchet. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1930, n° 4, p. 160.) — Principalement dans les cancers inopérables, l'aiguille diathermique permet toutes les anastomoses gastriques et intestinales, sans ouverture des cavités digestives.

Electrothérapie des entorses. (Baud et Nicolle. *Revue générale de méd. et chir. de l'Afrique du Nord*, 20 fév. 1930.) — Deux conditions pour obtenir de bons résultats par le courant faradique tétanisant : 1° avoir affaire à une entorse vraie à l'exclusion de toute lésion osseuse; 2° être en présence d'une lésion récente.

Traitement de la cataracte par la diathermo-ionisation. (Denier. *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1929.) — L'auteur pratique d'abord la diathermie puis l'ionisation avec l'iodure de rubidium (pôle +). Dans les cataractes où l'opacification se fait par lignes on constate : vue meilleure; condensation et rétraction des stries entre lesquelles le cristallin redevient clair.

La diathermie en oto-rhino-laryngologie. (H. Bourgeois. *Progrès méd.*, 11 janv. 1930.) — L'auteur rappelle les indications si nombreuses de la diathermie en oto-rhino-laryngologie et sur les excellents résultats obtenus dans le traitement des synechies, des polypes, des cancroïdes du nez, des angiomes, des tuberculoses nasales et laryngées, etc.

Sur l'action hémostatique du bistouri électrique. (Champy et Heitz-Boyer. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. CIII, p. 385.)

Le traitement électrique des hémorroïdes. (Marchand. *Les Cahiers de radiol.*, janv. 1930.) — Etude des méthodes médicales, principalement de la méthode de Doumer, et chirurgicales : électro-coagulation, méthodes sclérosantes. L'auteur estime que les méthodes médicales sont un traitement des symptômes; la cure radicale serait réalisée par les méthodes sclérosantes; en cas d'échec recourir à la méthode chirurgicale électrique de préférence aux interventions sanglantes.

La diathermie employée comme cholérétique au cours du tubage duodénal. (Dillenseger et Audony. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1930.) — La diathermie active la sécrétion biliaire, mais ne fait pas contracter la vésicule.

Epithélioma de Rœntgen ulcéré guéri en une seule séance par la diathermo-coagulation. (J. Nicolas. *Presse méd.*, 7 mai 1930.) — Auto-observation d'un radiologiste traité par Bordier. Deux mois après le traitement, cisatrisation complète, aucune gêne fonctionnelle, cicatrice souple.

Efficacité de la diathermo-coagulation dans le rhinophyma. (Bordier. *Presse méd.*, 19 avril 1930.) — Coagulation diathermique par la méthode bipolaire, anesthésie locale. Résultat esthétique parfait.

Le traitement diathermo-chirurgical des malformations de la cloison nasale. (Jouffray. *Revue d'actinol. et de physioth.*, janv. 1930.) — La diathermie est indiquée dans toutes les formes de crêtes ou de déviation ne relevant pas absolument de l'intervention chirurgicale; on obtient la désobstruction sans faire de perforation, même lorsqu'elle est inévitable par la méthode sanglante.

Action favorable de la diathermie dans la sténose rectale non maligne. (FARRERAS MINNER. *Arch. d'élect. méd. et de physioth. du cancer*, fév. 1930.) — 3 observations démonstratives.

La diathermie guérit les nodosités consécutives aux injections bismuthiques. (TOULANT. *Algérie médicale*, janv. 1930.) — La diathermie fait disparaître les douleurs et les nodosités produites par les injections de bismuth métallique. Mais la diathermie peut provoquer des phénomènes d'intoxication en activant l'absorption du médicament; aussi doit-on faire des séances espacées et courtes (quinze minutes).

Les tumeurs bénignes hémorroïdaires. (MARCHAND. *Pratique médicale française*, nov. 1930.)

Libération et discission du pôle supérieur de l'amygdale d'adulte par le bistouri électrique. (FOUQUET. *Ann. d'oto-rhino-laryng.*, 1930.) — 85 adultes opérés dans le service de M. Bourgeois n'ont présenté aucun incident. Les suites opératoires sont bénignes et bien supportées.

L'électro-coagulation, traitement de choix dans le lupus des fosses nasales. (G. DIDIER. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 28 déc. 1930.) — 5 cas, dont 3 guéris et 2 en bonne voie de guérison. L'électro-coagulation est préférable aux autres procédés parce qu'il n'y a pas d'effusion de sang et que les cicatrices ne sont pas rétractiles. Anesthésie locale; comme électrode, la pointe de Marteret qui permet d'attaquer les cornets sans glisser. On laissera écouler trois semaines entre deux séances pour permettre aux points traités de se cicatriser entièrement.

Coliques néphrétiques et diathermie. (DÉNIER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juil. 1930.) — Quatre observations démonstratives.

Opérations à l'aide du couteau électrique et de l'électro-coagulation des tumeurs malignes progressantes. (H. von SEEMEN. *Münch. mediz. Woch.*, 18 avril 1930.)

Technique diathermique pour le traitement des hémorroïdes procidentes. (BORDIER. *Le monde méd.*, 1er mai 1930.)

Traitement des surdités par les courants de haute fréquence. (LEROUX-ROBERT. *Le monde méd.*, 1er mai 1930.) — On peut utiliser avantageusement : 1° la diathermie : une électrode sur la mastoïde et le conduit auditif, l'autre pôle à la cuisse, par exemple; 2° l'effluvation de haute fréquence avec une électrode de Mac Intyre appliquée au méat auditif externe.

XI. DIVERS

Les indications de la diathermie médicale. (DELHERM et LAQUERRIÈRE. *Journ. de radiol. et d'élect.*, août 1930, p. 443 et 445.) — Revue générale des indications de la diathermie, indications très nombreuses, car elle agit sur la nutrition, sur la circulation, sur les phénomènes spasmodiques, etc... « Mais quelle que soit sa très haute valeur, elle ne nous paraît pas devoir faire tomber dans l'oubli ni les autres modalités des courants de haute fréquence, ni le courant continu, ni le courant faradique » Les vieux procédés méritent d'être conservés parce qu'ils ont fait amplement leurs preuves.

La thérapeutique de la cellulite par les agents physiques. (J. AIMARD. *Journ. de radiol. et d'élect.*, sept. 1930, p. 486.) — Revue générale. La cellulite doit être traitée suivant les cas par le massage, l'électrothérapie sous ses formes diverses, la lumière et la radiothérapie, sans oublier la douche d'air chaud.

Courants de haute fréquence. (PASTEUR. *Arch. de méd. et pharm. militaires*, déc. 1929.) — Claire revue d'ensemble des appréciations et des usages médicaux des courants de haute fréquence.

Traitement des arthrites rhumatismales par l'action simultanée de l'ionisation et de la diathermie complétée par l'ambrinothérapie. (CONSTANTIN. *Bull. de la Soc. de rad. méd. de France*, oct. 1930.)

Action des courants de haute fréquence sur le métabolisme basal chez les endocriniens sympathiques. (E. JOLTRAIN et O. MORAT. *La Médecine*, sept. 1930.) — Il semble que les résultats ont été plus faciles à obtenir avec la cage qu'avec le lit condensateur. Sur les 40 malades examinés le métabolisme basal a toujours baissé, qu'il soit diminué ou augmenté avant la séance.

Nouveau procédé d'application de la diathermie dans le traitement des glandes endocrines. Le procédé par choc diathermique. (RADU et ACKERMAN. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1930.)

La thérapeutique du muscle. (DUHEM. *Revue d'actinol. et de physioth.*, juillet-août 1930.) — Revue des différents excitants du muscle; dans l'électricité, nous trouvons les ondes galvaniques alternatives à longues périodes.

Intolérance pour la physiothérapie et plus particulièrement pour les procédés thermiques. (LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1930.) — Quatre observations concernant des névrites, des névralgies ou des douleurs articulaires, dans lesquelles, sous l'influence de la diathermie ou des infrarouges, il y a eu des réactions pénibles soit locales, soit générales.

XII. BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic et thérapeutique électro-radiologique des affections du système nerveux. (A. ZIMMERN et J.-A. CHAVANY. 1 vol. de 625 p. avec 254 fig. dans le texte, schémas et radios, 120 fr.; 1930, Masson, éditeur.) — Ouvrage très documenté et très bien édité qui sera consulté avec profit par l'électro-radiologiste professionnel.

La d'arsonvalisation directe (diathermie) dans le traitement de la blennorragie. (E. ROUCAYROL. Préface de M. le prof. D'ARSONVAL. 1 vol. in-8, 251 p., 60 fig., Vigot frères, Paris.)

L'ionisation et ses applications médicales. (Paul DUHEM et Jean DUBOST, les *Actualités physioth.*, 1 vol. in-8, 105 p. avec fig., prix : 15 fr. Gauthier-Villars, éditeur, Paris.) — Ouvrage en deux parties : 1° physique et physiobiologie de l'ionisation; 2° ionisation en thérapeutique. Ouvrage d'une lecture facile où l'ionisation est exposée d'une façon claire.

L'eutropie, son rôle dans le développement historique de la thermodynamique. (Charles BRUNOLD, professeur agrégé de physique au Lycée Saint-Louis; 1 vol. de 277 p., prix : 80 fr. Masson et Cie, éditeurs.)

Le problème de l'affinité chimique et l'atomistique; étude du rapprochement actuel de la physique et de la chimie. (Charles BRUNOLD. 1 vol. de 118 p., 1930, prix : 20 fr. Masson et Cie, éditeurs.)

Atlas d'électrocardiographie pratique. (J. WALSER et L. DEGLAUDE. Préface de Ch. LAUBRY. 1 vol. in-4, 92 p. avec reproduction de 38 électrocardiogrammes. Cartonné, 90 fr.). — Cet atlas permet d'interpréter avec facilité tous les électrocardiogrammes enregistrés couramment en clinique et il doit faire partie de la bibliothèque du praticien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1931)

Blocage du système réticulo-endothélial et chocs anaphylactoïdes. — MM. Auguste LUMIÈRE et Maurice BOURGEOIS.

L'amylase du sérum de cheval au cours de nombreuses saignées successives. Ses relations avec les protéines sériques. — Mme G. GRUZEWSKA et M. G. ROUSSEL.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1931)

M. le professeur CHAUFFARD donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie aux obsèques de M. Maurice de Fleury.

Fièvre jaune. — L'Académie adopte les conclusions du rapport de M. A. Pettit sur la valeur immunisante de certains vaccins contre la fièvre jaune.

Rappelons ces conclusions :

« Actuellement, aucune méthode de vaccination, de sérothérapie ni de chimiothérapie n'est suffisamment étudiée pour passer dans la pratique.

Le sérum de convalescent paraît jouir de propriétés préventives, qu'il convient d'expérimenter au point de vue de la thérapeutique humaine.

Le sérum antiamaril de singe et de cheval est prophylactique et curatif chez le singe, mais ses effets chez l'homme sont inconnus. Quant à la vaccination, il faut s'assurer de son innocuité, préciser ses conditions de préparation et d'efficacité.

Les essais de chimiothérapie de la fièvre jaune n'ont encore fourni aucun résultat pratique. »

Les droits de la science. — M. Lucien KLOTZ fait une très importante communication sur la propriété scientifique. Il délimite ainsi le droit du savant. « Ce droit naîtrait le jour de la publication de sa découverte ou invention théorique et serait subordonné à cette publication. Il serait attaché à la personne et insaisissable au-dessous d'un certain chiffre, Le salarié ne pourrait pas l'abandonner d'avance à un patron. L'exercice du droit commencerait le jour où le savant déposerait, se référant à sa publication théorique antérieure, un mémoire revendiquant ce droit sur les applications pratiques. La durée envisagée pour le droit serait de cinquante ans à partir de ce dépôt. Les dépôts donneraient lieu à un examen par un Conseil supérieur des découvertes et inventions scientifiques qui aurait à se prononcer sur la valeur de la découverte ou de l'invention. Voilà des garanties formelles et très simples. Quant à la perception, pourquoi offrirait-elle plus de difficultés que la rétribution des possesseurs de brevets d'invention? Ce n'est peut-être pas un paradoxe d'affirmer que la loi sur la propriété scientifique sera d'une application plus facile que les lois sur la *propriété* tout court... »

L'orateur, très écouté, conclut ainsi :

« La propriété scientifique seule résoud le problème, seule elle permet d'aider le savant sans attenter à sa dignité.

La science rapporte des milliards. Il est temps qu'on lui donne les millions qu'elle demande pour le bien de l'humanité.

Si l'Académie pense ainsi elle voudra bien le dire en nous faisant l'honneur d'émettre un vœu en faveur de la propriété scientifique. »

— L'Académie nomme une Commission chargée d'examiner ce vœu. Elle est composée de MM. Hanriot, d'Arsonval, Mme Curie, MM. Sergent, Léon Bernard et F. Bezançon.

Les polynévrites alcoolo-tuberculeuses. — MM. A. LEMIERRE, E. BOLTANSKI et L. JUSTIN-BESANÇON. A côté des polynévrites purement alooliques ou purement tuberculeuses, il y a lieu d'envisager l'existence de polynévrites dans l'étiologie desquelles interviennent simultanément l'alcoolisme et la tuberculose. Fréquentes dans certains hôpitaux de la périphérie parisienne, ces polynévrites alcoolo-tuberculeuses frappent presque exclusivement les femmes exerçant certains métiers où l'abus du vin et des liqueurs est habituel et excessif. Tantôt on voit s'installer simultanément les symptômes d'une tuberculose à marche rapide et les accidents paralytiques. Tantôt c'est au cours d'une tuberculose grave évoluant depuis plusieurs semaines qu'apparaît la polynévrite.

A la période d'état, le tableau clinique est sensiblement identique chez toutes les malades. Amaigrissement extrême avec fonte musculaire généralisée, grande asthénie, fièvre irrégulière, paralysie plus ou moins complète des membres inférieurs avec abolition des réflexes et troubles de la sensibilité, gagnant parfois les membres supérieurs; désordres intellectuels; signes de tuberculose pulmonaire, ou plus rarement pleuro-péritonéale; hépatomégalie douloureuse avec urobilinurie, et parfois subictère et même purpura.

A l'autopsie : tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse étendue; parfois granulations tuberculeuses sur le foie, la rate et les reins; hypertrophie considérable du foie avec stéatose massive plus souvent que cirrhose vraie.

La maladie, dans la grande majorité des cas, évolue rapidement vers la mort.

Des facteurs complexes interviennent dans la pathogénie des polynévrites alcoolo-tuberculeuses ; il est probable que la tuberculose, aggravée elle-même par les excès de boissons, agit comme facteur déclenchant de la polynévrite alcoolique, en même temps qu'elle donne un coup de fouet à des lésions hépatiques demeurées jusque-là latentes et qui, elles-mêmes, jouent peut-être un rôle dans la production des accidents nerveux. En tout cas, chez la femme, moins résistante que chez l'homme à l'alcoolisme, le syndrome : tuberculose, polynévrite et insuffisance hépatique apparaît comme la conséquence la plus redoutable de cette intoxication.

Autres communications :

Rôle des saisons et des pluies dans l'évolution de certaines maladies contagieuses. — M. PAQUET.

Le traitement de l'hypercholestérinémie par la thyroxine. — M. et Mme Max LÉVY.

De la réflexothérapie des céphalées. — M. G. SCHOENGRUN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 4 MARS 1931)

Sur un cas de perforation du cæcum. — M. BERTRAND. A propos de cette observation l'auteur attire l'attention sur la valeur séméiologique de la sonorité préhépatique.

Le malade ne présentait aucune contracture abdominale et l'indication opératoire fut posée sur la seule constatation de la disparition de la matité hépatique.

Kyste du mésentère. — M. MARTIN présente une pièce opératoire de kyste du mésentère. Il s'agit d'un kyste uniloculaire contenant de la matière sébacée. Mais sur la face interne de la paroi du kyste on ne trouve ni épithélium ni endothélium. M. le professeur Argaud qui a examiné la pièce et les préparations histologiques pense qu'en raison de certaines dilatations vasculaires (de vaisseaux sanguins et lym-

phatiques) qu'il a observées dans la paroi, il s'agit d'un chylangiome.

Pseudarthrose. — M. Lefebvre étudie, à propos d'un cas de pseudarthrose des deux os de l'avant-bras, les conditions de la physiologie mécanique de ce segment de membre, il conclut que l'os le plus important, au point de vue de la statique, est le cubitus. C'est donc cet os que le chirurgien doit s'attacher à restaurer dans sa forme et ses rapports normaux, en particulier fixer par ostéosynthèse; le radius, os mobile, voit se réduire spontanément ses déplacements une fois le cubitus convenablement restauré. Ce n'est que s'il persiste un déplacement anormal des fragments radiaux après restauration intégrale du cubitus que le chirurgien a à traiter de même le radius.

Plaie de l'abdomen par balle. — MM. Bertrand et L. Dambrin. A propos de cette observation où il existait 7 perforations du grêle, les auteurs insistent sur la contracture douloureuse généralisée de l'abdomen, l'absence de sonorité préhépatique.

Après fermeture en bourse des perforations, une heure après le coup de feu, un drain fut placé dans le Douglas, guérison très simple. A ce sujet les auteurs se posent la question de l'utilité de ce drain sus-pubien très en honneur à l'heure actuelle, mais qui dans le cas particulier n'a rien donné et ne paraît pas avoir été d'un grand secours pour le malade.

Torsion d'un diverticule de Meckel. — MM. L. et R. Dieulafé rapportent l'observation d'un volvulus simple du diverticule de Meckel opéré dans les premières heures de la crise.

Opération de Schauta-Wertheim avec ou sans hystérectomie fundique. — M. Ducuing.

Le devenir des fibromes utérins chez les vieilles femmes. Occlusion intestinale chronique par compression du rectum produite par un vieux fibrome enclavé dans le Douglas. — MM. M. Dambrin et Louis Dambrin.

De l'emploi du chlorure de sodium hypertonique contre les accidents toxiques des brûlures étendues. — MM. P. Fabre et J.-P. Tourneux présentent l'observation d'un ouvrier très gravement brûlé par de la soude en fusion. Sous l'influence des injections de chlorure de sodium (à 12 p. 100 — 20 cc.) amélioration manifeste de l'état général, arrêt immédiat du hoquet, langue humide, polyurie succédant à une oligurie des plus marquées.

Fracture du cubitus et fracture du col du radius associées. — M. Boularan. L'examen clinique du coude d'une enfant de cinq ans ayant fait une chute, rendait probable le diagnostic de fracture de Monteggia.

L'examen radiographique montra qu'à la fracture complète du cubitus avec gros déplacement, à l'union du tiers



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Rapide de soirée. — Paris-Saint-Etienne. — A partir du 15 mai, un nouveau rapide de toutes classes avec wagon-restaurant sur tout le parcours quittera Paris à 16 h. 15 et arrivera à Saint-Etienne-Châteaucreux à 23 h. 55, desservant Nevers à 19 h. 59, Moulins à 20 h. 55, Saint-Germain-des-Fossés à 21 h. 32, Roanne à 22 h. 41.

A Saint-Germain-des-Fossés, ce train trouvera une correspondance immédiate sur Clermont (arrivée à 23 h. 11).

supérieur et du tiers moyen venait s'ajouter, non pas la luxation en avant de la tête radiale, mais une fracture du col qui laissait la tête en place et rejetait en dehors le fragment diaphysaire.

La réduction et la contention ne purent se faire que dans l'extension et le résultat (anatomique et fonctionnel) fut excellent.

Le mécanisme de ces fractures associées est vraisemblablement le même que celui de la fracture de Monteggia. Le cubitus superficiel et solidement fixé à l'humérus se brise d'abord au point d'impact. Puis, si la violence extérieure n'a pas épuisé son action, elle agit sur le radius qui, au lieu de se briser, se luxe dans le sens de la violence.

Néanmoins, il peut arriver parfois, mais rarement, que la tête radiale ne se luxe pas mais se brise, et c'est ce qui fait l'intérêt de cette observation.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1931)

Hépatite amibienne survenant chez un ancien colonial sans passé dysentérique. — MM. CANTEGRIL et GUILHEM. Amibes dans les selles. Guérison par l'émétine.

Canitie récidivante due à une pelade vitiligineuse. (*Présentation de malade.*) — M. Jean CALVET.

Deux cas de carcinose miliaire pleurale. (*Présentation de pièces.*) — MM. STILLMUNKES et GADRAT. Les deux malades offraient le tableau clinique de l'asystolie avec pleurésie hémorragique.

Subluxation congénitale bilatérale de la hanche. — M. Raymond DIEULAFÉ. Claudication apparue à l'âge de douze ans. Lésions radiologiques très marquées.

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1931)

A propos de deux cas de pneumothorax « idiopathique » bénin. — MM. LAPORTE, Louis MOREL et GAYRAL. Deux observations de pneumothorax spontané survenant chez des individus absolument indemnes de tuberculose et se maintenant depuis plusieurs années en parfaite santé.

Anomalie des carotides internes. — M. Maurice ESCAT. Nécessité de l'incision strictement médiane des abcès rétro-pharyngiens.

Hépatite syphilitique maligne. — MM. Jean TAPIE et BAUDOT. Observation d'une femme de trente-sept ans hospitalisée pour une syphilis hépatique maligne à forme pseudo-néoplasique; cirrhose mutilante à la fois périveineuse et péricellulaire, lésions vasculaires, nodules lymphocytiques, dégénérescence graisseuse; bref lésions massives expliquant l'échec du traitement antisyphilitique trop tardivement institué.

A propos de deux cas d'anévrisme de l'aorte. (*Présentation de pièces.*) — MM. STILLMUNKES, GADRAT et GENIES. L'un d'entre eux se présentait avec la symptomatologie d'un cancer du poumon.

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1931)

A propos de deux cas d'épithélioma spino-cellulaire du dos de la main et du pied. — MM. RIEUNAU et CASTEX. Caractères évolutifs, indications, présentation de pièces et de malades.

Forme pseudo-néoplasique de la tuberculose du sein. — MM. RIEUNAU et Guy LAZORTHES.

Œdème de Quincke à forme laryngée. — M. BOUNHOURE.

Un diagnostic à faire à propos d'une hyperpyrexie. — MM. STILLMUNKES et DUPRÉ rapportent l'observation d'une psittacose probable. Contagion due à la conservation du cadavre d'une perruche. Rôle possible des eaux de pluie.

Sur un cas de cancer du cæcum. — MM. DALOUS, STILLMUNKES et GADRAT. Existence d'un ganglion inguinal gauche histologiquement néoplasique.

(SÉANCE DU 7 MARS 1931)

Rein globuleux à trois pyramides. (*Présentation de pièces.*) — M. J. SERMET. Report du hile sur la face ventrale.

Endopéricardite rhumatismale. (*Présentation de pièces.*) — MM. DALOUS et GADRAT. Allure fébrile, anémique de l'insuffisance cardiaque qui se manifesta à deux reprises par un œdème aigu du poumon.

A propos d'un cas de tétanos guéri par la méthode de Dufour. — MM. CANTEGRIL et GUILHEM. Dix-neuf jours après la fin du traitement, accidents méningés graves qui ont duré huit jours et se sont terminés par la guérison. Discussion de leur pathogénie.

Deux cas de luxation traumatique de la hanche. — M. RIEUNAU.

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostic et thérapeutique électro-radiologiques des affections du système nerveux (1), par A. ZIMMERN, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, directeur de l'Institut médical d'électro-radiologie, et J.-A. CHAVANY, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Institut municipal d'électro-radiologie.

Aussi bien en thérapeutique que pour le diagnostic, le concours apporté par l'électro-radiologie à la neurologie devient chaque jour plus intime et plus étroit.

La sémiologie nerveuse, la plus précise de toutes les sémiologies, gagne en clarté et en finesse par les constatations que lui permettent de faire l'électro-diagnostic classique d'une part, si utile en pratique courante, et les mesures chronaxiques d'autre part, si précieuses dans certains cas et qui ont permis d'éclairer d'un jour nouveau plusieurs points encore obscurs de la physiopathologie nerveuse. L'image radiologique, par la radio simple ou l'artifice des injections préalables de gaz ou de substances opaques, est devenue un complément indispensable dans tout examen complet de bon nombre d'affections neurologiques. Nous n'en voulons comme exemple que l'histoire que nous voyons s'écrire sous nos yeux des tumeurs cérébrales ou des compressions médullaires.

Depuis très longtemps déjà les neurologistes que la dite thérapeutique ne laisse pas indifférents s'adressent aux modalités électriques pour guérir parfois, soulager et améliorer toujours les algiques et les paralytiques qui viennent leur demander conseil. En matière de maladies du système nerveux, la thérapeuthique électro-radiologique tient actuellement une place de premier plan.

Un livre embrassant toutes ces questions à cheval sur deux branches également importantes de la médecine ne pouvait être écrit que grâce à la collaboration intime de deux médecins rompus chacun aux difficultés de leur spécialité et

(1) Un volume de 654 p. avec 254 fig. — Prix : broché, 100 fr.; relié, 120 fr. — Paris, Masson et Cie.

sachant parfaitement ce que celle-ci peut et doit attendre de sa voisine. En outre des vues personnelles que chacun des collaborateurs a pu apporter, en plus de l'importante documentation tant technique qu'iconographique que contient cet ouvrage, une de ses caractéristiques essentielles est l'esprit critique qui l'anime et l'impartialité avec laquelle sont rapportés les résultats bons ou mauvais des différentes méthodes qui ont été préconisées en électro-radiologie clinique ou thérapeutique des maladies du système nerveux.

L'ouvrage qui comporte 654 pages et 254 figures (schémas, dessins et radios) est divisé en quatre parties.

La première traite de l'électro-diagnostic. Après l'électrodiagnostic classique, la chronaxie y est exposée avec toute l'ampleur qu'elle mérite et avec toute la clarté désirable. Suit un court exposé du vertige voltaïque et de l'électromyographie.

Le radio-diagnostic (deuxième partie), très largement iconographié, envisage d'abord la radiographie des enveloppes osseuses du cérébraxe et deux problèmes très intéressants de la radiographie médiate des centres nerveux : la coeliographie gazeuse et la myélographie (lipiodol sous-arachnoïdien et épidural).

La troisième partie en indiquant les directives générales des méthodes de traitement clôt les considérations théoriques de l'ouvrage.

En effet, dans la quatrième et dernière partie, de beaucoup la plus étendue, les auteurs se plaçant sur le terrain de la pratique médicale courante, passent en revue systématiquement toutes les affections organiques du système nerveux et un certain nombre de syndromes paraneurologiques tels que le Basedow, la tétanie, le pithiatisme. Après un exposé clinique succinct de chaque affection, ils envisagent sa symptomatologie électro-radiologique et s'étendent ensuite sur les divers moyens physiques appropriés à chaque cas concret en insistant, sans tomber dans la banalité, sur tous les détails importants de la technique de chaque application. Les résultats obtenus sont analysés avec rigueur.

Par sa grande documentation et par l'exposé très complet des méthodes les plus récentes, ce livre doit être lu avec profit par l'électro-radiologiste ou le neurologiste professionnel; par son éclectisme, il permettra au médecin praticien de se faire une idée d'ensemble des ressources que l'électroradiologie peut fournir dans le diagnostic et le traitement des maladies du système nerveux.

L. G.

Radiologie de l'estomac et du duodénum (1), par F. Ramon et C. Jacquelin.

Voici un livre qui n'est pas seulement technique. Si l'on trouve exposées de façon précise, les différentes méthodes d'examen d'exploration, la préparation minutieuse des malades, les positions d'examen les plus favorables, les précautions à prendre pour mettre en évidence les images difficiles, on y sent en outre à chaque page qu'il est écrit par des médecins; pour des médecins. La pathologie digestive présente les problèmes les plus variés et souvent les plus complexes. Dans chaque cas, les auteurs nous montrent quel secours les rayons X apportent au diagnostic, dans quelle large et pour ainsi dire, systématique mesure, nous devons y faire appel, quelle sécurité en prend souvent le diagnostic; mais il faut reconnaître qu'ils n'ont pas craint non plus d'indiquer les difficultés de l'interprétation radiologique, parfois les incertitudes des résultats. Louons-les de leur sincérité à nous rappeler que la radiologie digestive est un art minutieux, patient; que le profane ne doit pas sur la foi de certains livres d'images triées parfois parmi des milliers de films, garder l'illusion qu'on est toujours en présence d'images simples à déchiffrer.

(1) Deuxième édition. Un vol. in-8 de 210 pages, 167 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, N. Maloine.

A travers leur livre, l'examen radiologique apparaît comme une palpation plus profonde, plus intime, plus lucide, du malade.

Le dernier chapitre accompagne même le malade après son opération pour en mesurer le bénéfice, en préciser ou en prévenir les complications.

Edité sous un format élégant, illustré à chaque page de nombreuses figures qui à elles seules forment une histoire complète des maladies gastro-duodénales, écrit dans un style sobre, rendu d'une grande facilité de maniement par un index alphabétique abondant et minutieux, ce livre a sa place marquée sur la table du médecin, du spécialiste, du radiologue.

L. G.

NOTES DE PRATIQUE

CHORÉE DE SYDENHAM

Traitement causal (songer à la syphilis).

Instituer la cure mixte d'arsenic et de vanadium par la Vanadarsine : x gouttes par jour données en deux doses avant les deux principaux repas. Augmenter cette dose de II gouttes par jour jusqu'au total de x gouttes. On continue vingt jours, on interrompt dix jours et l'on reprend.

Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 28 avril. — Jury : MM. Claude, président; Lereboullet, Nobécourt et Aubertin. — M. Letrésor. Etude des troubles vasculaires dans la catatonie, ischémie horizontale. Rougeur cyanotique de déclivité. — M. Delaffond. L'eczéma des nourrissons. Essai de diététique. — M. Schalit-Resche. Manifestations péritonéales du rhumatisme articulaire aigu.

Mercredi 29 avril. — Jury : MM. Couvelaire, président; Ombrédanne, Baudouin et Quénu. — M. Lachaud. Traitement de la poliomyélite antérieure aiguë. Maladie de Heine-Medin par la radiothérapie. — M. Pradaude. Fonctionnement du service obstétrical de la Maternité de Baudelocque. — Mlle Vimeux. Exploration tubaire et stérilité — M. Ceccaldi. Indications et technique opératoire pour les fractures du condyle externe de l'humérus.

Jeudi 30 avril. — Jury : MM. Cunéo, président; Jeannin, Sebileau et Terrien. — Mlle Choquart. De l'extrait hypophysaire ocytocique et en particulier de l'association de la pituitrine et de l'anesthésie chlorokélène au cours de l'accouchement normal. — M. Victor. La maternité de l'hôpital de Rothschild. Son fonctionnement jusqu'en 1930. — M. Pesqué. L'amygdalectomie totale chez les enfants par l'énucléation instantanée. — M. Masure. Un cas d'épithéliome des glandes de Meibomius.

Jury : MM. Achard, président; Bernard, Roussy et Leroux. — M. Gouraud. Etude des savons (rôle dans l'organisme et applications thérapeutiques). — M. Hubault. A propos du traitement des méningococcies. — M. Blumberg. Valeur de l'ascension et de l'immobilité du diaphragme pour l'interprétation des résultats de la phrénicectomie chez les tuberculeux. — M. Barré. Les métastases cutanées dans les épithéliomas spino-cellulaires cutanés.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 34. — MERCREDI 29 AVRIL 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 29 AVRIL 1931. — N° 34.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
L'épidémiologie de la dengue. Pandémie d'Athènes de 1928, par M. le Professeur W. Bensis.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de pédiatrie.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Le Sénat et les médecins étrangers, par M. Mordagne.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Méningite cérébro-spinale. Signes, diagnostic, traitement (suite).

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — Paris. — *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 18 mai 1931, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1917.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au 9 mai inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1931.

— *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 19 mai 1931, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 16 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1927.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au 9 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1931.

Légion d'honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Colonies. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Carle (de la Guadeloupe).

Avis de concours. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, pour les dispensaires antituberculeux de la Drôme (Valence excepté).

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le statut du Comité national, avec les avantages des fonctionnaires départementaux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Le registre d'inscription reste ouvert jusqu'au 30 mai.

Monument a la mémoire du docteur Henry Delagenière. — La ville du Mans ayant décidé l'érection, sur le territoire de la commune, d'un monument à la mémoire du docteur Henry Delagenière, il vient de se créer dans ce but un Comité d'honneur comprenant des personnalités françaises et étrangères ; et un Comité local composé des amis sarthois du grand chirurgien, sous la présidence du docteur Gabelle, adjoint au maire du Mans.

Les souscriptions sont reçues chez Mme Mercier, trésorière, 9, rue Lionel-Royer, au Mans, et au compte de chèques postaux : Comité Henry Delagenière, Hôtel de Ville, Le Mans (Sarthe), C. C. 1554.70.

Exposition organisée a l'occasion du VIe Congrès international de thalassothérapie. — Une exposition (produits pharmaceutiques, appareils de prothèse, radiographie, électricité) aura lieu pendant les journées du Congrès, à l'Hôpital Maritime. — Pour tous renseignements concernant cette exposition, s'adresser à M. Maujoint, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Réunions trimestrielles d'actinologie. — L'Institut d'actinologie a décidé de reprendre ses réunions trimestrielles interrompues lors de la préparation du Ier Congrès international d'actinologie.

Chaque réunion comprend :

1° Une discussion sur un sujet d'actualité après rapport ;

2° Des communications diverses concernant la lumière;

3° La présentation, par leurs constructeurs, des appareils à dispositifs nouveaux.

Le but de ces réunions trimestrielles est de contribuer, par l'échange des opinions sur un sujet déterminé, à mettre en évidence les points acquis et ceux sur lesquels il y a lieu de conseiller des recherches.

L'admission est libre. — S'inscrire au secrétariat de l'Institut, 6, passage Dombasle, Paris (XVe).

LABORATOIRE D'HYGIÈNE. — EXAMEN D'APTITUDE AUX ONCTIONS DE MÉDECIN SANITAIRE MARITIME. — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène sous la direction du professeur Tanon, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de MM. les docteurs Joannon, agrégé d'hygiène; Henry Thierry, inspecteur général honoraire des services techniques d'hygiène de la Ville de Paris; Cambessédès, Marcel Clerc et Neveu, assistants d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris; Navarre, chef des travaux de l'Institut d'hygiène, et André Villejean, de l'Office international d'hygiène publique, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le cours durera du 1er au 11 juin. Il comprendra des cours de démonstrations pratiques qui auront lieu chaque jour, de 16 à 18 h., et une visite à une station de désinfection.

Seront admis les docteurs en médecine et les étudiants titulaires de 16 inscriptions, français et du sexe masculin.

Les inscriptions sont reçues les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h. (guichet n° 4). Droit : 200 fr.

Pour renseignements, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

PERMIS DE CONDUIRE LES AUTOMOBILES. — Ont été désignés pour faire partie de la Commission permanente chargée d'établir une liste indicative des incapacités physiques pour lesquelles le permis de conduire les automobiles ne pourrait être délivré et de donner son avis sur toutes les questions soulevées à l'occasion de la délivrance de ce permis : MM. les professeurs Sebileau, Claude, Vaquez et MM. Behague, médecin examinateur neurologue du centre d'aviation du Bourget, et Fombeure, médecin oculiste du ministère des Travaux publics.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Augagneur, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, député du Rhône, ancien ministre, ancien gouverneur général de Madagascar; M. le médecin général Lacronique, du cadre de réserve, père du docteur Gaston Lacronique, stomatologiste des hôpitaux de Paris; M. le docteur Scrini (de Paris).

HÔPITAL BROCA. (Services des docteurs TOURAINE et WEISSENBACH.) — Un cours élémentaire et pratique de dermato-vénéréologie aura lieu du 18 mai au 17 juin 1931. Ce cours s'adresse particulièrement aux étudiants en fin d'études, aux jeunes médecins qui désirent acquérir les notions essentielles de la pratique des affections cutanées et vénériennes.

Chaque leçon a lieu le matin, à 11 h., et permet d'assister, à partir de 9 h. 1/2, aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie et de blennorragie, aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 100 fr.

S'inscrire auprès du docteur Renault, chef de laboratoire à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe).

Le même cours aura lieu du 9 novembre au 8 décembre 1931.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SÉNAT ET LES MÉDECINS ÉTRANGERS

L'action dirigée par le Corps médical contre les équivalences du baccalauréat français trop libéralement octroyées aux étudiants en médecine étrangers entre dans une phase décisive.

L'*Information universitaire*, qui a signalé depuis deux ans les étapes successives de cette réforme, vient d'analyser les idées essentielles émises par le docteur Dentu, sénateur de l'Orne, dans son rapport fait pour la Commission de l'enseignement, au sujet de la proposition de loi du docteur Armbruster et de 84 de ses collègues tendant à modifier la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine.

M. Dentu précise que la pléthore médicale dénoncée en avril 1930 par le manifeste du doyen Balthazard et du docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération nationale des syndicats médicaux, est due à l'afflux croissant des étrangers. Les graphiques établis par M. le doyen Balthazard, dans son rapport au Comité consultatif de l'enseignement supérieur, ne laissent aucun doute sur ce sujet : le nombre d'étudiants à Paris reste sensiblement le même qu'en 1914 grâce à l'appoint de 1.500 étrangers.

Pour limiter cet afflux progressif « le Corps médical ne demande pas l'interdiction d'exercer en France à tous les étrangers ; nullement. Il réclame tout simplement que pour pratiquer la médecine en notre pays, Français et étrangers soient astreints aux mêmes obligations ». Et c'est justice, car le rapporteur expose ensuite comment « par de larges dispenses de scolarité et d'examens le gouvernement peut favoriser singulièrement les étrangers, soit en facilitant la transformation du diplôme d'Université en doctorat d'Etat, soit par l'octroi d'équivalences discutables »...

Sur ces dernières, l'éminent professeur Sergent écrit dans la *Revue de France* du 15 janvier 1931 :

Il m'est arrivé de faire avouer à certains étudiants étrangers que le certificat d'études auquel on avait conféré chez nous la valeur d'une équivalence avec notre baccalauréat était insuffisant dans leur pays pour autoriser l'inscription dans une école ou une faculté.

La valeur de l'équivalence nous importerait peu si le décret du 17 août 1928, dont la Commission demande l'abrogation, n'avait pas exagéré les facilités pour la transformation du diplôme universitaire en doctorat d'Etat. Sachons, par exemple, que ce décret peut « dispenser de scolarité, même totale » et autorise « le remplacement du baccalauréat de notre enseignement secondaire par d'autres titres universitaires ». La Commission exige que le docteur d'Université qui postule le doctorat d'Etat passe le baccalauréat et le P. C. N., repasse les cinq examens probatoires et refasse un minimum de deux ans de scolarité.....

Il y a lieu de remercier la Commission de l'enseignement et son rapporteur d'avoir adopté les principes mêmes du projet Armbruster que, dès la première heure, des parlementaires de grande lignée comme Léon Bérard, les docteurs Chauveau et Debierre, Maurice Sarraut et le comte de Blois avaient signé.....

MORDAGNE.

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA DENGUE

PANDÉMIE D'ATHÈNES DE 1928 [1]

Par W. BENSIS,

Professeur de clinique médicale à Athènes.

Mesdames, Messieurs, évidemment un conférencier qui se trouve en face d'un auditoire français est largement handicapé. Il est largement handicapé parce que si vous vous plaisez à rappeler que Démosthène était des nôtres, il semble bien que son érudition, ou plutôt que son éloquence ait trouvé son meilleur milieu de culture en France. Un de vos grands penseurs, Renan, a parlé de « la simplicité par profondeur »; eh bien, cette simplicité par profondeur est vraiment l'attribut de la pensée française actuelle. Nous l'avons un peu perdue à cause de faits historiques que vous connaissez; nous tâchons de la rattraper, nous espérons la rattraper et nous la rattraperons par vous.

Et puis, comment ne serais-je pas ému en entrant dans cet amphithéâtre, dont il y a trente ou trente-cinq ans je connaissais tous les coins, époque où alors je promenais à travers cette salle mes rêves d'adolescent. Et je me souviens même qu'un jour, après le cours du professeur Gariel, je m'étais aventuré à descendre jusqu'où je suis aujourd'hui, voulant contempler cet amphithéâtre d'un endroit d'où je ne l'avais pas encore vu. Il n'y avait plus personne dans la salle, j'ai été pris de frayeur, et j'ai quitté vivement celle-ci. Il a fallu votre engageante sympathie d'aujourd'hui pour me faire retrouver une deuxième fois cette émotion — je dirais même ce cauchemar.

J'ai toujours eu comme idée directrice que la pensée française, toute faite de clarté, de simplicité, de lumière, était comme une brise qui aurait caressé la frise du Parthénon. C'est pourquoi il m'était particulièrement cher d'accepter l'invitation de venir parler dans cette Faculté. Lorsque M. le professeur Hartmann, qui est le grand animateur de l'A.D.R.M., à son dernier passage à Athènes, m'avait demandé le sujet de mes conférences, j'ai choisi pour sujet la dengue et le kala-azar, deux maladies que l'on n'a guère l'occasion de voir en France, où cependant dans ces dernières années des mises au point remarquables leur ont été consacrées par MM. les professeurs Tanon, Frabard et Dopter.

Je commencerai aujourd'hui par l'*Epidémiologie de la dengue* et la *pandémie d'Athènes de 1928*.

Si vous m'aviez demandé, il y a trois ans, de vous parler de la dengue, je ne l'aurais fait que dans des conditions désastreuses.

Il y avait, en effet, deux maladies dont je lisais la description dans les livres et auxquelles je ne croyais pas : l'une était la dengue, l'autre la fièvre récurrente. Cependant en feuilletant davantage des ouvrages, des travaux, je me suis dit : cela doit tout de même exister, mais j'en doutais encore. Eh bien, ces deux maladies semblent cruellement se venger de mon incrédulité, car jamais je n'ai vu autant de dengue et de fièvre récurrente que depuis les guerres balkaniques. C'est après la première de ces guerres, en 1912, que nos hôpitaux ont été si totalement remplis de fièvre récurrente, que j'ai dû me rendre à l'évidence et j'ai été obligé non seulement de reconaître l'existence de la dengue et de la fièvre récurrente mais de les étudier, en particulier, la dengue endémique que nous avons dû subir en Grèce, en 1928.

La dengue, mais ce n'est même pas une maladie, je dirais presque que c'est une guerre, car réellement toute la population civile a été atteinte à cette époque, et c'est même une guerre de l'avenir; c'est une guerre où ce n'est pas seulement sur le front qu'il y a des combattants, mais aussi à l'arrière et peut-être plus encore à l'arrière. Tous les services d'hôpitaux ont été désorganisés au moment de cette épidémie, à tel point que je n'oublierai jamais ce détail qui en dit long sur l'importance de ce fléau : un jour, passant dans une rue d'Athènes, je vis écrit au crayon rouge sur une maison : « Si vous voulez entrer, donnez-nous un verre d'eau; nous sommes tous malades et il n'y a personne pour nous soigner »; c'est dire à quel point nos Services d'hôpitaux étaient envahis. Dans la région de l'Attique, plus de 400.000 cas ont été notés, en Boétie, 600.000; les 9/10es de la population ont subi la maladie.

J'ouvre une parenthèse à propos d'un petit point assez intéressant au point de vue de la transmission des maladies infectieuses par l'aviation. Il y a, en effet, un facteur dont on ne tient pas assez compte aujourd'hui, c'est celui de l'aviation commerciale; lorsque celle-ci, et également l'aviation touristique prendront un essor plus grand, lorsque des milliers d'avions circuleront dans toutes les parties du monde, les maladies contagieuses dites tropicales ne seront plus qu'un mot; aujourd'hui déjà on comprend, sous cette dénomination, des maladies qui ont fini par atteindre le continent européen.

Cette petite réflexion notée au passage, revenons à l'étude de la dengue.

La dengue est, vous le savez, une maladie contagieuse, maladie que je décrirai sous deux aspects : on l'appelle, en effet, dengue méditerranéenne et dengue tropicale. Je laisse de côté deux autres maladies qui lui sont apparentées quoiqu'elles n'aient rien de commun avec elle : la fièvre jaune, qui heureusement n'existe pas dans nos parages, et la fièvre de trois jours, due à un insecte qui transmet la maladie, le phlébotome. Eh bien, même aujourd'hui, on note encore chez certains auteurs une petite hésitation en ce qui concerne la dengue méditerranéenne et la dengue dite tropicale, il est encore des gens qui plaident en faveur de la thèse qu'il ne s'agit pas là de la même maladie.

On a voulu y voir des différences cliniques assez importantes : par exemple la présence de l'exanthème dans l'une et son absence dans l'autre. On a voulu aussi trouver une différence dans le mode de transmission de la maladie. Sabit bey, qui est un des plus grands partisans de la dualité de ces deux maladies, prétend que du moment que l'infection se

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris.

fait d'une façon massive, il ne peut pas s'agir d'une infection due à un moustique et transmise par lui. Il plaide même cette thèse que le moustique ne serait même pas l'agent de transmission de la maladie... C'est aller un peu loin.

La pandémie d'Athènes a mis les choses au point, non pas peut-être au point de vue clinique, mais au point de vue expérimental où la question est tout à fait élucidée. Pour ma part, je ne vois aucune raison de croire que la dengue méditerranéenne est différente de la dengue tropicale : il s'agit de la même maladie, et s'il y a un polymorphisme clinique et surtout une différenciation clinique, entre les deux, cela est dû à ce que cette même maladie revêt souvent des formes cliniques différentes. C'est ce qui s'est produit dans la pandémie d'Athènes qui, commencée sous une forme de la maladie, s'est terminée sous une autre.

Ce qui prouve que le polymorphisme clinique n'a rien qui puisse faire dévier de notre conception, c'est que dengue méditerranéenne et dengue tropicale ne sont qu'une seule et même maladie.

En ce qui concerne la dengue méditerranéenne, celle que nous avons essuyée en Grèce en 1928, à Athènes, un fait prouve réellement la transmission de la maladie par un moustique et surtout par la stégomyie. Ce fait est le suivant, il n'est pas du domaine expérimental, mais du domaine de l'observation clinique : c'est que tous les quartiers d'Athènes n'ont pas été infectés de la même façon et en même temps. Par conséquent Sabit bey a beau dire qu'il y a eu une infection massive — chez nous du moins, l'invasion a été massive puisqu'elle s'est répandue comme un incendie — mais l'infection par elle-même n'a pas été réellement massive. Au début, en effet, il y eut des cas isolés dans chaque quartier; certains quartiers ont été beaucoup plus infectés que d'autres. Et puis il y eut des reprises de la maladie; il y eut des retours d'offensive dans les quartiers infectés les premiers; puis cela a fait le tour de la ville. Vous voyez bien que tout ceci cadre bien avec les données que nous avons aujourd'hui de l'infection par les moustiques. Du reste, des travaux faits à Athènes par un de vos compatriotes, le docteur Blanc avec Caminopetros et ceux de Manoussakis ont prouvé péremptoirement qu'il s'agit là d'une infection due à la stégomyie. La chose n'est plus discutable aujourd'hui.

Je laisserai de côté le phlébotome et la fièvre de trois jours, car c'est actuellement une erreur de croire que la fièvre de trois jours est une dengue atténuée.

La fièvre de trois jours est une fièvre qui a son extériorisation clinique tout à fait caractéristique et qui est transmise par le phlébotome papatacci. Il n'y a aucun doute à ce sujet. Par conséquent, on ne peut absolument pas établir de comparaison entre la stégomyie qui donne la dengue et le phlébotome papatacci qui donne la fièvre de trois jours.

Une autre maladie encore rentre dans le même cadre et suscite les mêmes complications, les mêmes doutes : c'est la fièvre jaune. La fièvre jaune est transmise par le même moustique, par la stégomyia asciata qui est l'agent de transmission de la fièvre jaune comme elle est l'agent de transmission de la dengue. Et précisément à cause de ce même agent de transmission des deux maladies, à cause de certaines analogies qu'elles présentent entre elles, on a prétendu que ces deux maladies, qui sont évidemment apparentées, n'en faisaient qu'une, et que la dengue n'était qu'une forme atténuée de la fièvre jaune. Or, les expériences ont prouvé le contraire et nous le verrons plus loin.

Il y a, en particulier, une notion qui prime toutes les autres en ce qui concerne la dengue, à mon avis, c'est qu'il faut faire une distinction entre la *dengue épidémique* et la *dengue endémique*.

La dengue se présente sous deux grandes formes : sous la forme endémique, entre 25° et 27° de latitude nord; et à partir de 27° jusqu'à 40° sous la forme épidémique.

En Grèce, nous avons subi l'une des plus grandes pandémies qui aient été notées en ces derniers temps. Et pourtant jamais, j'en suis sûr, la dengue ne sera endémique en Grèce, le climat s'y oppose. La stégomyie ne peut pas survivre à l'hiver, sauf quand l'hiver est exceptionnellement chaud; pour cette raison la dengue est obligatoirement une maladie épidémique. Elle peut s'y développer sous forme d'épidémie ou de pandémie, mais pas sous forme endémique. Et si la dengue endémique devient la dengue épidémique, c'est que celle-ci revêt une allure différente de maladie « inapparente », ainsi que l'a dénommée et décrite pour la première fois Nicolle : c'est un malade qui, sans aucun signe apparent, est capable de transmettre la maladie à un autre.

Pour vous faire comprendre ces choses, je vais commencer tout d'abord par vous parler de l'épidémie de ces deux dernières années que nous avons pu étudier en Grèce.

En premier lieu voyons l'épidémie de 1927. Avant cette période nous avions eu déjà, en Grèce, deux petites épidémies de dengue, l'une en 1889 dont personne ne se souvient et une en 1910 qui ne sévit qu'au Pirée. Il y eut 10.000 cas de dengue si je me souviens bien, mais, je le répète, l'épidémie ne se produisit qu'au port du Pirée.

Quant à l'épidémie de 1927 qui fut la première depuis 1910, elle commença au mois d'août-septembre, c'est-à-dire relativement tard pour une maladie estivale, à moustique. Cette épidémie de 1927, durant laquelle on put noter 20.000 cas de dengue, a duré pendant les mois d'octobre jusqu'à fin novembre, la maladie ayant été arrêtée par l'hiver. Mais elle reprit en juin et on peut voir immédiatement la continuité existant entre la pandémie de 1928 et l'épidémie de 1927. Il y eut, en effet, en 1927 une épidémie de dengue assez légère à Alexandrie, en Egypte, et il est bien certain qu'une famille venant d'Alexandrie a dû apporter la maladie à Athènes, si bien qu'on peut penser sans aucun doute que cette épidémie de 1927 qui a sévi à Athènes nous était venue d'Alexandrie.

La dengue a donc tâché d'évoluer durant les deux mois d'été qui lui restaient encore et, l'hiver venant, elle s'est arrêtée. On se demande alors comment le virus de la dengue, pendant l'hiver, alors

que l'agent de transmission qui est un moustique et est censé ne plus exister à cette époque, comment la dengue a pu reprendre pendant l'été de 1928. Toutes les expériences faites, tous les bactériologistes, et surtout MM. Blanc et Caminopetros, ont prouvé les faits de façon évidente, à tel point qu'ils considèrent que cette preuve a toutes les qualités d'une preuve mathématique.

Mais que s'est-il passé à ce moment? A cette époque on était en train de creuser près la rue du 3-Septembre, à Athènes, un tunnel auquel on travailla tout l'hiver, et on a remarqué que c'est dans le quartier où on travaillait à ce tunnel, et dans les quartiers l'avoisinant, que la maladie s'est propagée; ce sont ces quartiers-là qui furent d'abord infectés, de là elle se propagea aux autres parties de la ville; mais durant l'hiver elle avait été absolument jugulée, quoique certains prétendent avoir vu des cas de dengue pendant les mois d'hiver.

Les expériences de Blanc et Caminopetros ont prouvé que le virus de la dengue peut se conserver dans les stégomyies infectées qui survivent pendant 200 à 220 jours. Ainsi donc l'épidémie de 1928 a repris grâce aux stégomyies infectées qui ont survécu jusqu'au printemps de 1928 puisque, en effet, cette épidémie est apparue de nouveau en juin; puis, au mois de juillet, elle commença de prendre l'allure de véritable pandémie qui devint extrêmement importante en août.

Il y a un fait digne d'être noté à propos de l'épidémie de dengue à Athènes, et qui a du reste fait l'objet d'une publication, c'est qu'il y eut des quartiers aux environs de la ville, où de nombreux cas de dengue se sont produits alors qu'à côté, à quelques mètres de distance, il y avait une agglomération qui n'a jamais été touchée.

Nous en arrivons donc à étudier le rôle de l'agent de transmission de la maladie, rôle qui est aujourd'hui bien connu de tout le monde.

Il y a, vous le savez, trois phases à considérer dans le phénomène de transmission de la dengue par le moustique. Elles ont été décrites déjà en 1903 par Graham à Beyrouth, en Syrie, qui le premier écrivit que la dengue était une maladie qui était transmise par un moustique. Graham fit des expériences excessivement curieuses à ce sujet. Il a prélevé des moustiques dans une chambre de malades, les a transportés hors de la ville, dans la montagne où la maladie n'avait jamais pénétré; puis il fit piquer des volontaires, lesquels ont été atteints de dengue; donc, il n'y a pas de doute que la transmission de la dengue était faite par un moustique. Mais Graham, qui n'était pas un entomologiste remarquable, commit une erreur; il crut que l'agent de transmission était un autre moustique que la stégomyie et qu'il s'agissait du culex pipiens, alors que c'est la stégomyie qui coexiste avec le culex pipiens et le culex fatigans. Mais le principe était posé que la maladie était due à un moustique, et la preuve en était bien donnée.

Et ce n'est qu'ensuite aux Philippines, en 1924, que Siller, Hall et Hitchens ont publié un travail tout à fait remarquable qui, mettant les choses au point, a prouvé que l'infection ou la transmission de la dengue s'opérait uniquement par la stegomyia fasciata et non pas par le culex pipiens et le culex fatigans. Mais même après cette description en 1924, même après les travaux de ces trois auteurs qui ont étudié les faits aux Philippines, le doute subsistait dans l'esprit de certains et ce n'est que durant la dernière pandémie d'Athènes que, par les travaux des deux bactériologistes Blanc et Caminopetros la preuve péremptoire fut donnée du mode de transmission de la dengue.

Je ne vous citerai que quelques-uns de leurs travaux qui vous montreront de quelle façon ils ont pu établir cette preuve.

MM. Blanc et Caminopetros ont recueilli des stégomyies dans des chambres de malades et sous les moustiquaires de malades atteints de dengue. Ils les ont transportées loin de la ville, dans une région de la Crête, à Spinalonga où la dengue ne sévissait pas. Avec ces stégomyies ils ont tâché de faire piquer des volontaires; les stégomyies s'y sont refusées. Alors ils les ont broyées dans de l'eau physiologique et ont injecté le produit de ce broyage sous la peau des volontaires. Ceux-ci furent atteints de dengue. Donc, les stégomyies étaient bien infectées sans doute possible.

Ces auteurs ont fait encore autre chose de plus caractéristique : ils ont refait la même expérience à quelques kilomètres d'Athènes où il y a un asile d'aliénés. Ils ont transporté des stégomyies infectées, et ils ont fait piquer des malades atteints de différentes maladies dans lesquelles on emploie la pyrétothérapie. Au lieu donc de transmettre le paludisme, ils ont transmis la dengue ; et alors que tous les malades piqués par les stégomyies infectées ont contracté la dengue expérimentale, ils n'ont pas pu pourtant la constater chez les autres malades de l'Asile. Car l'agent de transmission (la stégomyie) était absent dans l'endroit et les environs de l'hôpital.

Un point curieux est que la stégomyie est par excellence un moustique domestique qui ne peut se développer que là où il y a des eaux stagnantes; il suffit du plus petit récipient, d'un seau, d'une boîte à sardines laissés dans une cour ou dans un jardin pour que l'eau qui peut y stagner, l'eau de pluie par exemple, soit un milieu de culture favorable à la stégomyie qui y dépose ses œufs qui y resteront jusqu'à l'éclosion de la lymphe. C'est là une différence toute particulière entre la stégomyie, moustique domestique par excellence, et les autres moustiques qui ont une tendance à se développer en plein air. La stégomyie aime les maisons, les sous-sols, les greniers, les jardins; il suffit qu'il y ait de l'eau courante pour que la stégomyie disparaisse immédiatement, si bien que partout où il y a des eaux courantes la dengue n'a jamais fait son apparition.

Un autre point curieux à étudier dans notre épidémie de 1928 : certains quartiers de Salonique ont été touchés d'une façon excessivement importante par l'épidémie, alors qu'à côté de ceux-ci il y eut des quartiers qui n'ont jamais été éprouvés par la maladie; or, ce sont précisément les endroits où l'on trouve de l'eau courante.

MM. Blanc et Caminopetros ont poursuivi leurs travaux; ils ont refait leurs expériences d'une autre

manière : ils ont tâché de faire piquer des malades atteints de dengue par le culex pipiens et le culex fatigans en même temps et parallèlement avec la stégomyie. Ils ont constaté que les culex qui ont sucé du sang de malades atteints de dengue ne pouvaient pas transmettre, par piqûre, la dengue aux volontaires, tandis que les stégomyies au contraire l'ont transmise dans une proportion de 7 sur 10 : donc le culex pipiens ne joue aucun rôle dans la maladie et la stégomyie est l'unique agent de transmission de la maladie.

La stégomyie est un moustique qui ne se développe qu'entre 40° de latitude nord et 40° de latitude sud, il ne dépasse donc guère 40°, quoiqu'on ait prétendu qu'il allait jusqu'à 42°, mais en tout cas il ne va jamais plus loin.

Si on essaie de se rendre compte de la répartition géographique des stégomyies et de la dengue on remarque une coexistence absolue, mais où cette coexistence est encore plus frappante c'est lorsqu'on observe ce qui se passe dans nos provinces de Macédoine occidentale (à Cosanie, Verria, Vodena, Castoria, Florina). Toutes ces régions ont été épargnées par la dengue, à part peut-être quelques cas isolés dans chacune de ces villes, 40 à 50 cas environ, et encore s'agissait-il de sujets qui avaient fait leur incubation dans d'autres villes de Grèce et qui étaient venus dans ces pays. Mais jamais ces malades atteints de dengue n'ont pu transmettre la maladie à d'autres individus. Or, dans ces régions on n'a jamais non plus constaté de stégomyies.

Les stégomyies offrent encore certaines particularités en ce qui concerne leur développement. Ces moustiques qui s'élèvent très bien à 20° de latitude meurent à 25°, du moins ne résistent pas à une température de plus de 25° à l'étuve. C'est un fait assez curieux, puisqu'en réalité ils survivent à des températures beaucoup plus grandes.

Les preuves dont je viens de vous parler étant données d'une façon péremptoire il reste à voir comment se fait l'infection des stégomyies.

On s'est demandé tout d'abord quelle était la période de la maladie chez l'homme où la stégomyie peut s'infecter le plus facilement.

Eh bien, ce n'est pas du tout durant tout le cours de la maladie qu'elles s'infectent ; c'est surtout pendant les dernières douze heures de l'incubation; c'est avant la période d'infection que la stégomyie s'infecte le plus facilement; mais elle s'infecte tout aussi facilement pendant les deux premiers jours de la maladie, beaucoup plus rarement le troisième jour, elle continue à s'infecter jusqu'au cinquième jour; après le cinquième jour l'infection ne se fait plus jamais. Elle se fait donc, je le répète, plus particulièrement pendant les dernières heures d'incubation et les deux premiers jours de la maladie.

La stégomyie infectée garde son infection pendant toute sa vie, mais elle ne devient pas infectante immédiatement après son infection. Supposons par exemple qu'une stégomyie ait été infectée aujourd'hui, elle ne sera infectante que dans huit jours. Il doit se passer dans le corps de ce moustique une incubation de huit jours avant qu'elle ait acquis un pouvoir infectant, c'est la preuve qu'il se produit dans l'organisme de la stégomyie, ce qui se produit chez le protozoaire du paludisme qui subit une évolution dans l'organisme femelle avant de devenir infectant.

Il ne s'agit donc pas pour la stégomyie d'une infection purement due à ce que le virus de la dengue a été sucé par ce moustique, il s'agit de quelque phénomène qui se passe dans l'organisme de celui-ci et qui aboutit à le rendre infectant huit jours après son infection. Mais à la suite de cette incubation de huit jours, la stégomyie conserve son infectiosité durant tout le reste de sa vie, c'est-à-dire durant 200 à 222 jours.

Le grand réservoir du virus de la dengue est donc la stégomyie pendant la période de l'hiver, et voilà pourquoi il y a des régions où la dengue est endémique alors que dans d'autres elle est épidémique; elle est endémique là où les stégomyies ne meurent pas en hiver; elle est au contraire épidémique là où elles meurent en hiver.

La question se pose maintenant de savoir sous quelle forme le virus de la dengue existe dans l'organisme de la stégomyie.

Des expériences ont prouvé qu'il n'y a plus aucun doute à propos de l'existence de ce virus dans le corps de ces moustiques, et même on a été jusqu'à montrer qu'on peut broyer des stégomyies dans de l'eau physiologique, puis, nous l'avons vu tout à l'heure, injecter ce broyage à des volontaires, et leur donner la dengue. Mais sous quelle forme ce virus existe-t-il?

Le virus de la dengue est un virus filtrant, il filtre à travers un filtre Chamberland L2 ou L3 sous pression; le filtrat est toxique et donne la maladie. Nous sommes donc en présence d'un virus très filtrant.

Récemment un de nos bactériologistes, Moutoussis et le trio Siller, Hall et Hitchens ont trouvé une chose intéressante, ils ont vu que, dans l'organisme des stegomyies infectées par le virus de la dengue, il existait en même temps une rickettsia; ils l'ont trouvée dans le tube digestif et même dans d'autres organes de ces stégomyies infectées. J'ai vu les préparations de M. Moutoussis qui a fait sa communication en même temps que MM. Siller, Hall et Hitchens; il n'y a aucun doute : il s'agit bien de rickettsia, peut-être semblable à la rickettsia Prowazeki considérée autrefois comme l'agent pathogène du typhus exanthématique; aujourd'hui on n'est pas sûr du rôle de la rickettsia dans ces affections. Mais le fait de retrouver ce parasite dans le tube digestif des stégomyies infectées par le virus de la dengue, et seulement chez celles-là et non pas chez celles qui n'étaient pas infectées, a permis à M. Moutoussis d'arriver à cette conclusion que la rickettsia serait l'agent pathogène de la dengue.

Evidemment, je ne partage pas son opinion étant donné que les rickettsias passent tout de même, actuellement, pour être un peu problématiques et inconnues. Peut-être y revient-on un peu, mais les choses à ce sujet sont loin d'être au point. En tout cas, ce qui est certain, c'est que des travaux, faits chez nous, en Grèce, ne sont point parvenus à déceler dans l'organisme des stégomyies infectées des spirochètes pas plus que dans l'organisme de ma-

lades atteints de dengue, et j'insiste sur ce fait, car les spirochètes ont toujours été considérés comme les agents capables de créer ces maladies. Mais vous savez aussi que dans la fièvre jaune on a considéré jusqu'à ces derniers temps le spirochète ictéroïde de Noguchi comme étant l'agent véritable de la fièvre jaune, mais cette opinion a été tout dernièrement battue en brèche, surtout après les travaux si démonstratifs faits à l'institut Pasteur par A. Pettit et G. Stefanopoulo.

Ces auteurs ont prouvé qu'il n'y a rien de commun entre le spirochète de Noguchi et la fièvre jaune. D'ailleurs Blanc et Caminopetros ont pu faire des expériences très intéressantes qui consistent à étudier l'action qu'aurait pu avoir le sérum de convalescents ou de malades atteints de fièvre jaune, ainsi que le sérum antiamaril de Pettit et Stefanopoulo sur le virus de la dengue. Ces réactions sérologiques effectuées ont prouvé qu'il n'y a rien de commun entre le virus de la dengue et celui de la fièvre jaune et que le sérum antiamaril n'a aucune action sur le virus de la dengue, alors qu'on sait très bien qu'au contraire ce même sérum exerce une action neutralisante sur le virus de la fièvre jaune. Stefanopoulo enfin par la recherche de l'immunité croisée démontre définitivement l'origine différente de la dengue et du typhus amaril.

Au point de vue clinique également il existe des différences entre la dengue et la fièvre jaune; il y en a surtout deux très importantes et je ne vois vraiment pas comment ceux qui ont bien étudié ces deux affections peuvent encore les confondre en une seule et même maladie : la dengue en effet est une maladie bénigne, tandis que la fièvre jaune est une maladie grave; la première est une maladie éruptive, l'autre est presque toujours hémorragique.

Evidemment il existe entre elles des analogies, elles rentrent peut-être toutes deux dans une même famille, mais je ne crois pas qu'on puisse arguer que cliniquement ou par les épreuves de laboratoire elles peuvent être assimilées.

Le virus de la dengue a certaines propriétés qui ont été surtout bien étudiées par Siller, Hall et Hitchens, et aussi par Blanc et Caminopetros qui ont poussé leurs recherches jusqu'à un point extrêmement intéressant.

Ils ont trouvé d'abord qu'il s'agirait peut-être comme pour la plupart des virus filtrants, d'une globuline. Blanc et Caminopetros n'osent pas l'affirmer d'une façon absolue, mais ils pensent que cette opinion est exacte; c'est ainsi qu'en précipitant les globulines du sérum sanguin avec du sulfate de magnésie, ils ont pu séparer le virus de la dengue qui était entraîné avec les globulines : premier point.

Mais il y a encore quelque chose de remarquable, c'est d'étudier l'influence des agents physiques et des agents chimiques sur ce virus.

Les agents physiques, vous le savez, exercent une grosse influence sur les virus; à une température de 50 degrés, ainsi que Manoussakis l'a prouvé, le virus de la dengue est tué. La dessication également joue un rôle neutralisant sur le virus de la dengue. L'inverse se produit avec les agents chimiques qui n'exercent pas une grosse influence : le formol, l'alcool, le réactif de Lugol sont tout à fait incapables de le neutraliser à doses faibles. La seule substance chimique pouvant agir sur ce virus, est la bile; elle exerce d'ailleurs une influence néfaste sur la plupart des virus filtrants. Mais ici, contrairement à ce qui se passe avec les autres virus filtrants, où ce sont les sels biliaires contenus dans la bile qui exercent cette action, sur le virus de la dengue ces sels sont sans action. Les expériences de Blanc et Caminopetros ont prouvé que la cholestérine était complètement inactive; mais la bile elle-même neutralise le virus de la dengue et c'est précisément avec des virus biliés que Blanc et Caminopetros ont fait des essais d'immunisation chez des malades atteints de dengue. Ils ont remarqué d'abord qu'aux doses de 1 p. 5, 1 p. 10 ou 1 p. 15 le virus est complètement neutralisé dans un délai de cinq minutes; tandis que quand on emploie 1/15 de solution de bile dans 20 minutes le virus n'est pas complétement tué; et c'est avec des solutions au 20e que Blanc et Caminopetros sont parvenus à faire leurs essais d'immunisation. Ils ont vu que si une seule injection préventive n'est pas capable d'immuniser l'organisme d'animaux, même à la deuxième injection de virus, on peut très bien avec les solutions au 12e ou au 15e préparer l'animal de façon à ce qu'il puisse neutraliser le virus au 20e. C'est déjà quelque chose puisqu'il y a une tendance d'immunisation.

Cette preuve de l'immunisation n'a peut-être pas été formelle, mais il y a quelque chose qui prouve que des injections répétées à sept, huit, dix jours et même trois semaines d'intervalle avec du virus bilié atténué ont conféré une immunisation chez des animaux.

Il n'y a que deux espèces d'animaux de laboratoire qui soient sensibles au virus de la dengue, et Blanc et Caminopetros ont dit qu'il n'y en avait pas d'autres, ce sont le singe et le cobaye. C'est surtout sur le singe qu'ont porté leurs expériences et ils ont pu souligner un point tout à fait important, que Nicolle avait déjà noté, c'est ce qu'il a appelé la « maladie inapparente », le singe étant moins sensible au virus de la dengue que l'homme; ce virus lorsqu'il lui est injecté lui donne une maladie apyrétique et inapparente, dont on ne peut se rendre compte que par l'examen.

Si de ce singe infecté avec le virus de la dengue qui ne réagit pas, qui n'a pas de fièvre, si de son organisme après le cinquième jour d'inoculation on retire le sérum, qu'on l'inocule à un autre sujet, ce sérum est capable de transmettre la maladie. Mais il ne la transmet pas immédiatement, ce qui prouve qu'il ne s'agit pas d'un passage temporaire dans son organisme, mais de quelque chose qui se développe dans cet organisme et qui devient infectant au bout du cinquième ou du huitième jour; ce pouvoir infectant ne commence guère avant et ne se poursuit jamais après.

C'est là un fait très intéressant, car il prouve que le singe est un animal réceptif du virus de la dengue qui lui confère une maladie inapparente, et que le sérum de ce singe infecté est capable de transmettre la maladie, non pas à un autre singe qui ne réagirait pas à l'injection, mais à l'homme qui,

lui, réagit tout de suite, par une maladie grave.

J'ai encore quelques mots à vous dire à propos de l'immunité dans la dengue.

C'est une bien grosse question, encore très débattue ces derniers temps. Un auteur, tout dernièrement, a prétendu que la dengue n'était pas une maladie immunisante, et il appuyait cette opinion sur les notions mêmes de la clinique, disant : voilà une maladie qui est une maladie à rechutes, à deux ou trois mois de distance : c'est donc qu'elle n'est pas immunisante. Aujourd'hui nous avons des données cliniques d'une très grande précision et des preuves expérimentales qui montrent que la dengue est véritablement une maladie immunisante, et non pas pour un court laps de temps mais pour un assez long temps. On ne sait évidemment pas jusqu'où va cette immunisation, mais en tout cas elle dépasse un ou deux ans. La preuve nous en est fournie par ce fait : L'épidémie de 1927 a donné 20.000 cas de dengue; durant la pandémie de 1928, où tout le monde a été malade, j'ai vu des centaines de cas de familles qui étaient éprouvées par la maladie, chez lesquelles une seule personne restait indemne; or cette seule personne qui n'avait pas contracté la dengue en 1928 était précisément celle qui l'avait eue en 1927. Dans des familles où dix ou douze des membres étaient malades, j'ai vu un seul sujet resté indemne, parce que justement il avait eu la dengue à la précédente épidémie de 1927. Personnellement je puis dire que je n'ai jamais vu des malades atteints en 1927, contracter la dengue en 1928. C'est donc une preuve au moins que l'immunisation de la dengue se prolonge durant quelques mois et même une année.

Nous avons aussi des preuves expérimentales concluantes à propos de cette immunisation, preuves qui ont été données par les travaux de Manoussakis et aussi par les recherches de Blanc et Caminopetros. Ces auteurs ont pris des convalescents ou des sujets guéris de la dengue; ils leur ont injecté du virus de la dengue. Or sur une série de vingt à vingt-cinq personnes, alors que pareille tentative avait été faite, avec le même virus chez des personnes qui n'avaient pas eu la maladie, ils ont vu que tous les sujets qui ont réagi immédiatement — c'est-à-dire six ou sept jours après l'inoculation — étaient précisément ceux qui n'avaient pas eu précédemment la dengue, alors que les convalescents ou les guéris de cette maladie n'ont présenté aucune réaction.

Ils ont fait la même expérience sur des malades guéris tout récemment et en même temps sur des sujets dont la maladie datait de trois, quatre ou six mois et ils ont eu des preuves expérimentales tout à fait nettes qu'il y a une immunisation dans la dengue, immunisation prouvée également cliniquement et expérimentalement par les travaux de Manoussakis, de Blanc et Caminopetros.

Un autre fait également digne d'être connu, c'est que le sérum des convalescents de dengue et de sujets atteints de dengue n'a aucune action empêchante sur la dengue elle-même. Vous voyez donc que l'immunisation ne se fait pas par un anticorps existant dans le sang des sujets guéris et qu'il n'y a rien de commun entre ces deux faits.

Voici où nous en sommes à propos de l'immunisation dans la dengue. Je crois que des quelques faits que je vous ai exposés aujourd'hui, bien en raccourci d'ailleurs, nous pouvons déduire les conclusions suivantes :

D'abord qu'il n'y a rien de commun entre la fièvre de trois jours ou fièvre à phlébotome et la dengue; la répartition géographique est tout à fait autre que pour la stégomyia et la dengue. Entre ces deux maladies, fièvre de trois jours et dengue, un seul phénomène commun existe peut-être, c'est le syndrome méningé, mais il est impossible de trouver une analogie suffisante pour pouvoir les assimiler.

Donc, il est reconnu aujourd'hui que le moustique *agent de transmission* de la dengue est la *stégomyia*; les autres moustiques ne jouent aucun rôle dans cette transmission.

Il est reconnu également que la dengue est une maladie *immunisante*; qu'elle provoque une immunisation qui n'est pas temporaire mais peut se prolonger peut-être pendant une année, mais sur le temps exact de cette immunisation, nous ne savons encore rien; il faut laisser passer deux ou trois ans pour être fixé.

Au point de vue de la prévention et des moyens de combattre la maladie, nous dirons que :

Prévenir la maladie est chose facile si chacun voulait y mettre du sien. Etant donné que la stégomyia est le seul agent de transmission de la dengue, combattre la stégomyia, c'est combattre la maladie. Si donc chacun voulait, dans sa propre maison, s'attacher à détruire ce moustique, la chose serait aisée : il n'y a qu'à supprimer toutes les eaux stagnantes, les récipients d'eau, tout ce qui peut favoriser le développement de la stégomyia, ce n'est pas très difficile pour l'habitant.

Mais la tâche est beaucoup plus difficile pour l'Etat qui ne peut pas exercer un contrôle rigoureux dans chaque maison, intervenir d'une façon trop intime dans l'hygiène domestique, car il s'agit là surtout d'un problème domestique. Ici, la question n'est pas la même qu'en ce qui concerne les anophèles, agents de transmission du paludisme qui eux, existent partout où il y a des marécages ou des eaux stagnantes. Ici, il s'agit d'un moustique purement domestique, qu'il faut combattre chez soi et pour cela il faut que chacun s'y attache; il faut que chacun soit éduqué, comprenne le danger et sache combattre cet insecte. Il n'y a qu'à donner des indications à chaque habitant, le rôle d'un inspecteur d'hygiène serait précisément de favoriser cette lutte domestique, on ne pourra jamais venir à bout de ce fléau qu'est la dengue sans le concours individuel.

Evidemment, il y aurait encore une façon d'éviter la contagion en temps d'épidémie; ce serait d'isoler les malades mais nous en sommes là; nous avons le même problème qui se pose ici comme le paludisme, problème en somme excessivement difficile à résoudre, car isoler des malades de dengue, maladie qui se propage avec une si effrayante rapidité, est chose pratiquement impossible jusqu'ici. Toute la lutte doit donc, pour le moment, se borner à lutter contre le moustique, à lutter contre les stégomyies, et à lutter individuellement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 17 MARS 1931)

Les résultats du traitement de Bordier chez les poliomyélitiques. — M. Tixier constate une opposition formelle entre ses résultats et ceux apportés à la dernière séance par M. Duhem. Il considère que la radiothérapie a complètement modifié le pronostic de la poliomyélite, et estime que la méthode de Bordier réalise un progrès certain en augmentant le pourcentage des guérisons et en diminuant la durée du traitement. Il croit d'autre part que la réaction de dégénérescence est un test scientifique mais non clinique et que l'on peut observer des améliorations notables même sur des muscles qui en sont atteints.

Deux cas de fractures spontanées multiples chez le nourrisson. — MM. Weill-Hallé et Koang rapportent deux observations de fragilité osseuse avec fractures spontanées multiples.

Dans le premier cas, les fractures symétriques atteignent à leur partie moyenne les os du bras, de l'avant-bras et les péronés. L'enfant, issu d'alcooliques, présente par ailleurs un Bordet-Wassermann positif et son aspect général rappelle par l'anémie et les douleurs un état préscorbutique. Cependant les traitements antisyphilitique et antiscorbutique se montrèrent inefficaces et la guérison fut obtenue par le traitement antirachitique.

Le deuxième cas comporte des fractures multiples à siège variable et à fragments déplacés. Le rachitisme semble seul en cause.

Hypertrophie cardiaque essentielle primitive. — MM. Debré, Busson et Lhoste apportent l'observation clinique et radiologique ainsi que les pièces anatomiques d'une hypertrophie cardiaque du nourrisson.

Le début des accidents fut précoce : quelques jours après la naissance apparurent du cornage et de la gêne respiratoire. Cet état s'aggrava progressivement, le cœur se comportant comme une véritable tumeur du médiastin et provoquant une compression bronchique. L'enfant succomba subitement à l'âge de dix mois.

L'examen des pièces montra une hypertrophie et une dilatation légère prédominant sur les cavités gauches, sans aucune modification de la structure de l'organe.

Cette observation est remarquable par sa rareté et par le fait que le diagnostic a pu être fait du vivant de l'enfant.

Intoxication par le chlorate de potasse. — MM. Mathieu et Ch. Ribadeau-Dumas relatent un cas d'intoxication aiguë par le chlorate de potasse survenu chez une fillette de six ans qui s'est empoisonnée en absorbant des pastilles de ClO^3K trouvées dans le commerce. Ils rappellent à ce propos les signes classiques de cette intoxication.

Abcès latéro-pharyngien consécutif à des cautérisations amygdaliennes. — M. H. Rouèche rapporte l'observation d'une enfant de six ans qui à la suite de cautérisations amygdaliennes présente au bout de quinze jours un abcès latéro-pharyngien, dont il a pu suivre toute l'évolution. L'incision amena la guérison en quelques jours. Cette observation montre les dangers des cautérisations amygdaliennes dans le jeune âge.

Un cas de méningite lymphocytaire d'origine otitique. — M. H. Rouèche rapporte l'observation d'un enfant de trois ans qui présenta tous les signes cliniques d'une méningite tuberculeuse. Il fut admis deux fois dans un service hospitalier, et le même diagnostic fut posé. Entre temps est apparu un écoulement purulent de l'oreille avec légère réaction mastoïdienne. Un évidement petro-mastoïdien. Ces cas ne sont pas rares et l'attention a été attirée sur eux depuis Lermoyez par les otologistes.

Il faut donc faire une place importante à l'origine otique dans les méningites lymphocytaires simulant la méningite tuberculeuse.

A propos des formes curables de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — M. Ameuille rapporte trois cas de spléno-pneumonie tuberculeuse de l'enfant guéris sans pneumothorax artificiel. Il conclut à la nécessité d'attendre des preuves d'ulcération avant de faire un pneumothorax chez l'enfant, d'autant plus que celui-ci lui semble donner des résultats moins favorables que chez l'adulte.

MM. P. Armand-Delille et Ch. Lestocquoy ont observé des formes curables de tuberculose pulmonaire de l'enfant; mais ils pensent que malheureusement il existe des cas où avec des ombres radiologiques tout à fait identiques, on voit survenir la mort par aggravation locale ou par granulie.

Ils considèrent donc qu'en présence d'une lésion pulmonaire se traduisant par une ombre localisée, il est prudent d'instituer le pneumothorax artificiel même si on ne trouve pas encore de bacilles dans le contenu gastrique. Ils insistent sur l'éventualité d'une maladie anergisante intercurrente, telle que la rougeole, qui peut aggraver une lésion non collabée et concluent qu'il y a peut-être plus de dangers à s'abstenir qu'à intervenir.

MM. Lesné, Debré et Paraf partagent d'autre part complètement l'opinion de M. Ameuille et pensent que le pneumothorax n'a chez l'enfant que des indications exceptionnelles.

LIVRES NOUVEAUX

Les épices. Plantes condimentaires de France et des Colonies. Leur histoire. Leurs usages alimentaires. Leurs vertus thérapeutiques (1), par le docteur H. Leclerc.

Le volume que le docteur Henri Leclerc consacre aux épices est la suite obligatoire de celui qui traitait des légumes : conçu sur le même plan, il n'est pas douteux qu'il n'obtienne le même succès. Sans nier les inconvénients qu'entraîne l'usage exagéré des épices, l'auteur a démontré que l'on aurait tort de les condamner toutes à l'ostracisme et que, s'il en est quelques-unes qu'on ne doit employer qu'avec une sage modération, il en est d'autres qui peuvent rendre de réels services au diététicien et au thérapeute, et c'est ainsi qu'il étudie, du double point de vue de l'alimentation et de la médecine, une trentaine de plantes condimentaires dont les unes sont d'un usage courant, comme le poivre, le gingembre, la vanille, les piments, les autres, moins connues, comme le curcuma, le cardamome, l'aneth, le carvi, etc.

Après avoir envisagé l'histoire de chacune de ces espèces, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, M. Henri Leclerc en indique la composition chimique, les effets physiologiques, les applications culinaires, l'action pharmacodynamique et la posologie. Il nous montre, par exemple, la cannelle, le ginnamôn des Hébreux, embaumant les vêtements de l'épouse du *Cantique des Cantiques*, servant de bûcher funéraire aux obsèques de Poppée, aromatisant la plupart des mets chers à la gastronomie médiévale, formant le principal ingrédient de l'hypocras célébré par Rabelais; viennent ensuite l'énumération de ses vertus médicinales chez les anciens et chez les modernes avec quelques formules dont les praticiens pourront faire leur profit et l'étude de ses consti-

(1) Un volume de 134 p. — Prix : 15 fr. — Paris, Masson et Cie.

tuants; enfin son rôle dans l'alimentation sert d'occasion à des recettes (massepains de cannelle, toasts à la cannelle, yoghourt à la cannelle) que les maîtres queux auront tout intérêt à inscrire sur leurs tablettes. Tous les autres chapitres sont traités suivant les mêmes directives et, pour que l'agréable se joigne à l'utile, l'auteur les corse d'anecdotes qui, présentées en un style alerte, plein de verve et de pittoresque, permettent aux lecteurs de s'incorporer de précieux enseignements théoriques et pratiques et de se procurer un régal littéraire, un salutaire délassement de l'esprit.

L. G.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Les Baléares par Marseille. — La Compagnie de navigation mixte organise, toutes les semaines, au départ de Marseille, des croisières de cinq ou douze jours aux Iles Baléares.

Les prix de ces croisières sont très abordables. Ils sont, de plus, forfaitaires. Le touriste, lorsqu'il embarque à Marseille sur le paquebot de luxe *Djemila*, n'a plus à se soucier ni de son transport, ni de ses repas, ni de son gîte sur mer comme à terre. Tous soucis lui sont épargnés, même ceux des pourboires.

C'est en ce moment que ces croisières sont le plus attrayantes, car c'est l'époque où Majorque, avec sa baie, ses vallées ses monts, ses grottes, ses monuments sarrasins, se présente sous les plus riantes couleurs.

NOTES POUR L'INTERNAT

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

SIGNES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT [1]

Souvent l'évolution traîne. *La méningite prolongée à forme cachectisante*, si l'on peut observer pendant des mois, des alternatives d'amélioration et d'aggravation, est souvent la conséquence d'une ventriculite cloisonnée. Le diagnostic et le traitement n'en sont possibles que par la *ponction ventriculaire* que l'on fera par voie transcraniofrontale aussi précocement que possible et qui portera le sérum au foyer du mal.

A l'opposé de ces formes traînantes, parfois chroniques, de la méningite cérébro-spinale, il faut signaler des

III. **Formes suraiguës** avec érythèmes généralisés, hémoculture souvent positive. Le sérum n'agit pas, la mort est rapide. Il existe même des formes à *début foudroyant*, formes convulsives, formes comateuses d'emblée.

IV. **Formes septicémiques**. — Enfin la méningite apparaît parfois comme l'une des manifestations d'une *méningococcémie*.

a. C'est un malade qui a :

1° Une température intermittente, à type pseudo-palustre;

2° Des *arthralgies*;

3° Une *éruption* polymorphe :

— A type pétéchial,

— A type papulo-noueux surtout;

4° On percute souvent une GROSSE RATE.

b. On pense à une *méningococcémie* :

1° On recherche les signes méningés variables depuis la simple réaction méningée jusqu'à la véritable méningite;

2° On fait une hémoculture au moment du frisson. Elle montre la véritable nature de l'infection. On peut également chercher le méningocoque par *séro-diagnostic* ou par examen du *liquide de suintement* obtenu après scarification des taches purpuriques (Netter).

c. La sérothérapie intramusculaire ou même intraveineuse est inefficace.

Ces formes septicémiques relèvent surtout des moyens thérapeutiques dits « adjuvants » :

— Vaccinothérapie,

— Abcès de fixation,

— Chimiothérapie acridinique.

d. C'est dans ces formes que l'on peut décrire certaines complications, non pas de la méningite, mais de l'état septicémique : pyarthroses, bronchopneumonies, pleurésies, endocardites, orchy-épididymite.

B. **Nourrisson**. — Méningite cérébro-spinale EXTRÊMEMENT GRAVE, et ceci pour deux raisons :

1° *Souvent méconnue* : début banal, température, vomissements, diarrhée. On croit à une *gastro-entérite*. D'autres fois des phénomènes convulsifs, l'hyperesthésie inciteront à rechercher la raideur de la nuque, la *tension des fontanelles*;

2° Souvent *pyocéphalie* par cloisonnement méningé qui nécessite la sérothérapie intraventriculaire par ponction de la fontanelle antérieure. Il faut pratiquer cette thérapeutique, de façon précoce, dans tous les cas de méningite cérébro-spinale grave résistant au sérum intrarachidien. Certains auteurs proposent de faire systématiquement d'emblée l'injection ventriculaire jointe à la sérothérapie intrarachidienne, car la méningite du nourrisson serait une *épendymite primitive*.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 30, p. 590. et n° 32, p. 628.

Même si la guérison survient, l'*hydrocéphalie* est une séquelle fréquente.

C. **Vieillard**. — Méningite cérébro-spinale rare et insidieuse.

PRONOSTIC

La gravité de la méningite cérébro-spinale tient à

1. *L'âge* (très grave chez le nourrisson);

2. *La variété B* qui se rencontre le plus couramment, actuellement, et qui est la plus résistante à la sérothérapie;

3. L'infection secondaire du liquide céphalo-rachidien du fait d'une *surinfection d'origine sanguine* due au pneumo ou au strepto;

4. Le *cloisonnement*, notion capitale, sur laquelle l'on ne saurait assez insister.

DIAGNOSTIC

A. **Clinique**. — I. Ordinairement facile dans les cas moyens chez l'adolescent et l'adulte.

DÉBUT. — *Grippe à forme nerveuse*.

— Début de *variole*.

— Chez l'enfant :

a. Pneumonie,

b. Affection gastro-intestinale avec réaction méningée.

ETAT. — *Tétanos*. — Diagnostic surtout livresque.

Tous les syndromes méningés.

Hémorragie méningée : signes infectieux manquent,

Ponction lombaire = sang.

Mais *il existe des méningites cérébro-spinales avec hémorragies méningées*.

Méningites : *otitique* : anamnèse,

Examen de l'oreille.

Réactions méningées au cours d'une infection générale.

Méningite tuberculeuse : début progressif, contractures moins accusées.

Signes infectieux moins marqués. Son évolution particulière chez l'enfant. Mais chez l'adulte son polymorphisme, d'où la nécessité de la ponction lombaire = liquide clair, lymphocytose, bacille de Koch.

Formes méningées :

D'une *poliomyélite*,

D'une *encéphalite épidémique*.

Les signes concomitants d'atteinte du névraxe,

La ponction lombaire,

Méningite à pneumocoques : diagnostic de laboratoire.

II. MÉNINGITE VENTRICULAIRE. — Tumeur du cerveau.

Abcès du cerveau surtout,

Méningite tuberculeuse.

III. FORMES FOUDROYANTES. — Epilepsie, urémie.

IV. ENFIN, EN CAS DE MÉNINGOCOCCÉMIE. — Se demander s'il y a ou non méningite.

B. **Laboratoire**. — Le diagnostic de la méningite cérébro-spinale repose essentiellement sur la *ponction lombaire*.

Liquide céphalo-rachidien. — *Aspect macroscopique*. — Liquide louche, prenant rarement l'apparence du pus épais.

Examens. — 1. *Cytologique* :

Polynucléaires altérés, puis à la période de régression : *lymphocytose*.

2. *Bactériologique* : *Le méningocoque*.

a. Diplocoque en grain de café, *ne prenant pas le Gram*.

b. *Intracellulaire* le plus souvent.

c. *Peu nombreux*. Le rechercher patiemment.

(*A suivre*.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

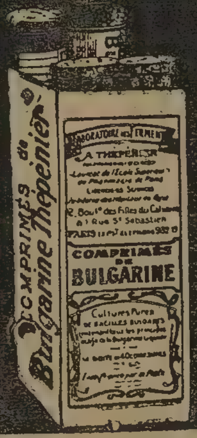
PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE ASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

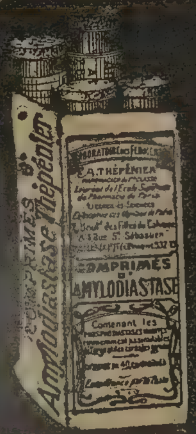
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Réactions méningées chez l'enfant (avec 4 figures), par M. L. Babonneix.
DEUXIÈME RÉUNION SCIENTIFIQUE ANNUELLE DE LA LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME
Communications et discussions.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société des chirurgiens de Paris.
Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
PRATIQUE MÉDICALE
Le bromure de sodium en thérapeutique, par M. L. Tibi.
NÉCROLOGIE
Le Professeur V. Vedel (de Montpellier).
CORRESPONDANCE
A propos de la « douleur-signal ».
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Tirage au sort du jury du concours de nomination de médecin des hôpitaux :

MM. les docteurs Grenet, Bruhl, Babonneix, Laroche, Ribadeau-Dumas, Guillain, Trémolières, Courcoux, Laederich, Schwartz et Lesné.

Tous ces médecins ont accepté.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Tirage au sort du jury du concours de nomination de chirurgien des hôpitaux :

MM. les docteurs Auvray, Mathieu, Baumgartner, Desmarest, Mauclaire, Guimbellot et Vallery-Radot.

Tous ont accepté.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DU PREMIER DEGRÉ D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par arrêté en date du 28 avril 1931, une session pour les concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine s'ouvrira, le 6 novembre 1931, pour les catégories ci-dessous désignées :

Catégorie A. — Anatomie.
Catégorie B. — Histologie.
Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie.
Catégorie D. — Bactériologie.
Catégorie E. — Anatomie pathologique.
Catégorie F. — Physiologie.
Catégorie G. — Chimie.
Catégorie H. — Physique.
Catégorie I. — Médecine générale.
Catégorie J. — Chirurgie.
Catégorie J *bis*. — Ophtalmologie.
Catégorie J *ter*. — Oto-rhino-laryngologie.
Catégorie K. — Obstétrique.
Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique.
Catégorie M. — Pharmacie.
Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Un arrêté ultérieur fixera les dates de chacun de ces concours.

Le nombre des candidats qui pourront être déclarés admis à la suite des épreuves de ces concours est fixé au maximum, ainsi qu'il suit, pour l'ensemble des facultés de chaque catégorie :

Catégorie A. — Anatomie	3
Catégorie B. — Histologie	2
Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie	2
Catégorie D. — Bactériologie	2
Catégorie E. — Anatomie pathologique	3
Catégorie F. — Physiologie	4
Catégorie G. — Chimie	6
Catégorie H. — Physique	5
Catégorie I. — Médecine générale	15
Catégorie J. — Chirurgie	12
Catégorie J *bis*. — Ophtalmologie	2
Catégorie J *ter*. — Oto-rhino-laryngologie	2
Catégorie K. — Obstétrique	4
Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique	2
Catégorie M. — Pharmacie	2

Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie 3

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Gustave Bureau, professeur de bactériologie et d'hygiène, est nommé professeur d'histologie et d'anatomie pathologique.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La date des élections au Conseil supérieur de l'Assistance publique est fixée au 13 mai 1931. (*J. O.*, 28 avril 1931.)

JUBILÉ DE M. LE PROFESSEUR HARTMANN. — La remise de la médaille jubilaire offerte à M. le professeur Hartmann aura lieu à l'Hôtel-Dieu le dimanche 3 mai 1931, à 10 h. précises.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur Léon Bernard vient d'être élevé à la dignité de grand officier de la couronne d'Italie.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE. — Cette assemblée aura lieu le dimanche 17 mai 1931, à 14 h., dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés locales et les membres de la Presse médicale invités.

Le soir, banquet au Cercle d'Iéna, 10, avenue d'Iéna, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 15 mai, leur adhésion et le prix du banquet (50 fr.) à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). Chèques postaux : Paris 186.07. Téléphone : Littré 61-43.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Paul Dalché de la Rive de Desplanels, médecin honoraire des hôpitaux de Paris; William Nicati (de Marseille).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Lans, professeur d'histologie générale et embryologie à la Faculté de médecine de l'Université de Gand, fera au petit amphithéâtre de la Faculté, à 18 h., les trois conférences suivantes :

Mardi 5 mai : L'œuf pendant sa période d'accroissement.

Jeudi 7 mai : L'œuf mûr et l'œuf fécondé, morphologie et physiologie.

Samedi 9 mai : L'œuf segmenté, matériel d'expérience.

Ces conférences seront accompagnées de projections.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE DE LA CHARITÉ. (Professeur : M. Emile SERGENT.) — Le cours de perfectionnement sur la tuberculose aura lieu du 8 juin au 4 juillet inclus.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX. — CHIRURGIE DE L'APPAREIL OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Cours de technique opératoire, sous la direction du professeur Pierre Sebileau, par MM. les docteurs Rossert et Georges, chefs de clinique à la Faculté. — Nombre des leçons : 10. — Jours et heures des leçons : tous les jours, à 14 h. — Début du premier cours : lundi 4 mai 1931.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Un diplôme leur sera délivré à la fin du cours.

CORRESPONDANCE

Monsieur le rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*,

Un journal de publicité pharmaceutique envoyé au Corps médical exclusivement et non vendu en librairie publie un extrait de mon travail sur la Douleur signal paru dans la *Gazette des hôpitaux* du 24 janvier 1931.

Mon article ne comportait aucune figure.

Or, cet extrait est accompagné de figures destinées à la publicité d'un fabricant de ceintures.

Je trouve très opportun de vous en aviser, afin que les lecteurs de mes travaux ne croient pas que j'ai changé ma manière de voir.

Depuis plusieurs années, j'ai renoncé à toutes les ceintures avec ou sans pelote pour relever l'estomac, et je n'utilise à cet effet qu'une très large bande de crêpe posée de la façon que j'ai indiquée dans une série de publications parues au cours de ces dernières années.

Croyez, Monsieur le rédacteur en chef, à mes sentiments les plus dévoués.

24 avril 1931. Dr G. LEVEN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pratique médico-chirurgicale (tomes III et IV), troisième édition entièrement nouvelle, publiée sous la direction de MM. COUVELAIRE, LEMIERRE et Ch. LENORMANT, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. Secrétaire de la rédaction : André Ravina.

Tome III : Un volume grand in-8 de 1.008 pages avec nombreuses illustrations, relié tête dorée. Prix : 150 fr. — Tome IV : Un volume grand in-8 de 904 pages avec nombreuses illustrations, relié tête dorée. Prix : 150 fr.

Les huit volumes reliés, 1.200 fr. — A partir du 1er juillet le prix de l'ouvrage complet sera porté à 1.300 fr. — Paris, Masson et Cie.

La Sciatique. Clinique et thérapeutique, par J.-A. CHAVANY, chef de clinique à la Faculté de Paris, médecin assistant de l'hôpital de la Pitié, médecin de l'Institut municipal d'électro-radiologie. In-8 de 50 pages avec figures dans le texte et hors texte. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Professeur V. VEDEL (de Montpellier)

1869-1931

Une grave maladie avait tenu, cet hiver, le professeur Vedel éloigné pendant un certain temps de toute activité scientifique et médicale. Mais voici près de deux mois qu'il avait repris ses occupations professionnelles. Il était arrivé de Paris, le 14 avril, au matin, à Montpellier. Et dans la nuit du 14 au 15 une complication brutale, imprévue, l'emportait en quelques heures.

Dans le magnifique discours qu'il a prononcé à ses obsèques le professeur G. Giraud a fixé en termes émouvants la belle figure du Maître, qui n'était pas seulement un parfait clinicien, mais un homme essentiellement droit et bon. Nous ne pouvons mieux faire que d'en publier quelques extraits :

« Une jeunesse studieuse, vécue à l'école d'un père qui est l'honneur de notre profession, avait admirablement préparé Victor Vedel à ses nouveaux travaux; rompu aux grandes disciplines, bachelier ès lettres, bachelier ès sciences, il s'assimile avec aisance les connaissances indispensables à la pratique de l'art médical. Il devint en peu de temps un médecin complet; sa scolarité fut de celles qu'on remarque, il en franchit rapidement tous les échelons, toutes les récompenses scolaires lui furent décernées. Externe des hôpitaux en 1889, il entrait, deux ans plus tard, dans le corps de l'internat et s'adonnait à l'étude du malade avec une passion qui ne s'éteignit plus jamais; devant le mystère de la maladie, son esprit ne pouvait être en repos, rien ne l'attira plus que la poursuite d'un diagnostic difficile. Son savoir étendu se doublait d'un sens clinique aiguisé, qui n'était chez lui qu'une forme de cette belle pondération, de ce robuste bon sens que nous lui avons vu apporter dans toutes les circonstances de la vie. Il excellait à hiérarchiser en quelques instants les signes de la maladie, à découvrir et à retenir le symptôme essentiel qui allait le conduire au diagnostic, au pronostic, au soulagement.

. . . .

. . . .

Admirablement intuitif, il ne se laissait jamais entraîner par cette facilité; son opinion faite, il la contrôlait par tous les moyens — si souvent renouvelés — que le laboratoire moderne met à la disposition du clinicien, et à la mise en œuvre desquels il n'a cessé de s'intéresser directement lui-même. D'autres, passionnés comme lui de la recherche de la vérité clinique, ont pu oublier parfois, ce faisant, ce qu'est cette triste et douloureuse chose qu'un homme malade, tourmenté dans sa chair, assailli d'anxiété morale. Lui ne cessa d'y penser; s'il puisa souvent dans une rudesse apparente la force de faire tout ce qui devait être fait et de combattre un attendrissement par lequel il ne voulait point se laisser amollir, aucun de ses malades, à l'hôpital comme à la ville, ne s'y trompa; il n'est aucun de ceux qui ont vu se pencher à leur chevet son bon visage et son regard compatissant, qui ne se sente aujourd'hui déchiré au fond de lui-même.

. . . .

. . . .

Interne, puis chef de clinique du professeur Grasset, dont il fut l'élève chéri, avant de devenir son ami et son collaborateur, et à l'égard duquel il conserva toujours une piété filiale, chef du laboratoire des cliniques de l'hôpital Suburbain, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté, Victor Vedel, en 1901, fut institué agrégé des Facultés de médecine, dans la section de médecine générale; en 1902 il devenait chef du service hospitalier consacré aux maladies des vieillards; en 1905, il remplaçait le professeur agrégé Brousse, dans son service de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, dont il devait conserver la direction jusqu'en 1920; c'est en grand clinicien qu'il aborda l'étude de ces affections, au moment où la récente découverte du tréponème et des médications arsenicales transformait le champ de la syphiligraphie. Aussi la Faculté de médecine fut-elle unanime à décider qu'elle conserverait Victor Vedel dans son sein, lorsqu'il parvint au terme légal de ses fonctions d'agrégé; elle le prolongea d'abord de 1910 à 1913, puis elle se l'attacha à titre définitif, comme chargé de cours en 1912, comme professeur en 1919.

En 1920, la mort foudroyante de son ami, le professeur Rauzier, pour l'avènement duquel Grasset était descendu en pleine vigueur de sa chaire de clinique médicale, laissait vacante cette tribune. C'est à Vedel que la Faculté de médecine songea lorsqu'elle eut à doter ce poste d'une primordiale importance. Il n'a cessé de l'occuper depuis, apportant dans son œuvre de médecin et d'enseigneur ses qualités maîtresses, sa science profonde et toujours renouvelée, sa sûreté diagnostique, la conscience de ses responsabilités, qu'il savait prendre hardiment et jusqu'au bout assumer, sa tendre, sa paternelle, sa réconfortante bonté.

. . . .

Médecin consultant recherché, sa clientèle s'étendait au loin et lui demeurait attachee et fidèle. Consciencieux et probe dans la recherche scientifique, il n'a publié que des travaux patiemment étudiés, tels que sa thèse sur les infections mixtes dans la tuberculose pulmonaire, les multiples mémoires expérimentaux qu'il a rédigés avec le professeur Bosc, sur les injections intraveineuses d'eau distillée et de solutions salines; le remarquable rapport qu'avec le même collaborateur il présenta au Congrès de médecine de Paris, en 1904, sur la tension artérielle dans les maladies, la part contributive qu'il apporta à la rédaction des consultations médicales de Grasset et du Traité des maladies des vieillards de Rauzier, les innombrables notes et mémoires cliniques qu'il a écrits au cours de sa carrière, seul ou avec le concours de ses collaborateurs immédiats,

Le souvenir du XXe Congrès français de médecine, qu'il présida à Montpellier, en 1929, avec une autorité sans égale, est encore dans toutes les mémoires. Son discours inaugural, dont le retentissement a été grand, fut une profession de foi néo-vitaliste, qui s'acheva par la lecture du texte immortel du serment d'Hippocrate : à ce moment, la salle entière se leva, et la grandeur de cet instant fut telle que les voyageurs américains, attirés, ce jour-là, par le hasard, dans l'enceinte de notre Université, ont pu, à leur retour, écrire dans leurs journaux qu'un frisson, à cette minute, les avait secoués.

Le lendemain, au cours d'une des journées de ce même Congrès, le professeur Vedel eut la joie de présider à l'érection du monument élevé à la mémoire de son maître Grasset, œuvre dont il avait pris l'initiative et patiemment poursuivi la réalisation.

Il avait, en effet, le culte de la reconnaissance, comme aussi le culte de l'amitié, de la loyauté, et de tous les sentiments délicats et nobles. On ne pouvait l'approcher longtemps sans découvrir, sous le masque dont il enveloppait une sensibilité affinée, ce trésor intime qui rendait si attachant le commerce de cet homme foncièrement bon. Au chevet de ses amis, nous l'avons vu se prodiguer sans repos; s'il échouait, sa peine était muette, comme était silencieux aussi et discret l'actif dévouement qu'il mettait aussitôt au service de ceux que le sort venait de frapper et sur lesquels il reportait toute l'affection qu'il vouait au disparu.

. . . .

Ferme croyant convaincu de l'éternité de la vie de l'âme, il avait longuement réfléchi dans la solitude de sa chambre de malade, aux grands problèmes de la destinée, qui, depuis toujours, ont assailli les hommes; par la certitude qu'il avait atteinte, son énergie naturelle s'était retrempée; nul doute qu'il n'y ait puisé des forces nouvelles pour faire face à l'épreuve, la grande épreuve qui l'attendait. »

A. P.

RÉACTIONS MÉNINGÉES CHEZ L'ENFANT[1]

Par L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

Messieurs,

Pour Bichat, la méninge constitue une séreuse dont les deux feuillets, situés l'un en dedans de la dure-mère, l'autre en dehors de la pie-mère, délimitent un espace virtuel, la cavité arachnoïdienne. Théorie justement en faveur auprès des anatomistes, mais dont, à vrai dire, la pathologie n'a que faire. Des trois méninges, laquelle nous intéresse? La dure-mère? Un peu. La pie-mère? Beaucoup. Les espaces limités en dehors par l'arachnoïde viscérale, en dedans par la pie-mère, doublée de sa membrane limitante sous-pie-mérienne? Passionnément. La cavité arachnoïdienne? Pas du tout. Quelle séméiologie pourrait résulter des altérations d'une cavité qui n'existe point? Combien plus importantes les réactions de ces espaces sous-arachnoïdo-pie-mériens si bien décrits par le regretté J. A. Sicard dès 1898! Le liquide céphalo-rachidien y circule, baignant non seulement les vaisseaux se rendant aux centres nerveux ou en venant, mais encore paires craniennes et racines rachidiennes. Toutes les fois qu'ils seront le siège de processus morbides, toutes les fois que sera rompue la barrière hémo-méningée, le tissu nerveux sous-jacent sera lui-même troublé dans sa nutrition. A la conception anatomique de Bichat, opposons donc la conception clinique de Sicard, et définissons les réactions méningées l'ensemble des perturbations qu'apportent au fonctionnement du système nerveux les lésions sous-arachnoïdiennes. En raison de leur fréquence chez l'enfant, elles méritent une étude particulière. Nous envisagerons successivement :

1° leurs principaux symptômes ;
2° leur signification ;
3° leur traitement.

*
* *

Y a-t-il lieu d'étudier en détail les différents **symptômes** par lesquels la méninge sous-arachnoïdienne traduit sa souffrance? Rien de moins certain. Ils n'ont, en effet, rien de spécial au jeune âge. Qu'il suffise donc de les énumérer.

Ils sont de deux ordres : clinique, biologique.

A. Des manifestations d'ORDRE CLINIQUE, la plus importante est la *céphalée*, cruelle et par son intensité et par sa persistance, dont l'enfant déjà grand se plaint sans cesse et que les tout petits accusent par ce *langage de signes* dont parlait West : mouvements alternatifs de flexion, d'extension ou de latéralité de la tête, frictions des tempes ou du front. La seconde est la *constipation*, à peu près constante ; la troisième, les *vomissements sans effort, en fusée*, de type cérébral. A ces trois éléments fondamentaux qui constituent le *trépied méningitique*, viennent bientôt s'adjoindre d'autres troubles portant sur les fonctions :

Motrices : contractures douloureuses, prédominant soit sur les muscles du cou et occasionnant une telle *raideur de la nuque* qu'on ne peut soulever la tête du petit malade, soit sur les membres inférieurs, s'opposant à l'extension de la jambe sur la cuisse (*signe de Kernig*), soit sur les muscles vertébraux, déterminant l'attitude si caractéristique en *chien de fusil ; convulsions; paralysies incomplètes des nerfs craniens ; grincement des dents et mâchonnement ; dysphagie* ;

Sensitives : *hyperesthésie* s'étendant à toute la surface du tégument et assez accusée pour rendre pénible le moindre contact ; aussi les enfants atteints de méningite sont-ils *grognons*, *hostiles* et ne se prêtent-ils qu'avec peine à l'examen médical ;

Sensorielles, surtout visuelles (*ptosis, strabisme, photophobie*), poussant l'enfant à se tourner contre le mur, à rechercher l'ombre et l'obscurité ;

Psychiques : excitation ou, au contraire, dépression, *somnolence* entrecoupée de gémissements et de profonds soupirs ;

Respiratoire et circulatoire : respiration et pouls sont accélérés ou ralentis, mais surtout *irréguliers*. Pouls et température n'évoluent pas d'une manière parallèle, celle-ci oscillant aux environs de 38°5, celui-là battant à 60, ou même moins : *la fièvre est dissociée ;*

Sur les fonctions sympathiques et parasympathiques : alternatives brusques de pâleur et de rougeur ; rétraction du ventre *en bateau* ; apparition, sur l'endroit du tégument où l'on a avec l'ongle tracé une ligne, d'une raie rouge (*raie vaso-motrice*), tardive et prolongée, *rétention d'urines.*

B. Des manifestations d'ORDRE BIOLOGIQUE portant sur le liquide céphalo-rachidien, modifié dans ses *qualités physiques :* modifications de pression, de limpidité, comme dans sa *formule chimique* : hyperalbuminose, hyperglycorrachie, augmentation de l'urée; *cytologique* : mononucléose (habituellement de type lymphocytaire), polynucléose, présence d'hématies ou de cellules endothéliales ; *bactériologique* : présence de bacilles de Koch, de méningocoques, de germes divers, présence ou absence de réaction de fixation.

On admet que, dans la méningite tuberculeuse, le liquide est clair, sous pression, riche en albumine et en lymphocytes, d'apparence stérile à un examen sommaire ; que la méningite cérébro-spinale a pour elle les caractères suivants : polynucléose, hyperalbuminose, présence de méningocoques, caractère puriforme du liquide.

Ces réactions méningées, rien de plus malaisé que de les interpréter. Sans avoir la prétention de résoudre toutes les difficultés, voyons celles avec lesquelles le médecin est journellement aux prises.

---

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Louis, annexe Grancher, le 20 mars 1931, et qu'en complète une autre intitulée : *Encéphalites aiguës de l'enfance*, laquelle sera publiée, très prochainement, par la *Gazette des hôpitaux*.

*
* *

Etude séméiologique (1). — Les plus importantes des réactions méningées sont, par définition, celles qui s'observent au cours des affections nerveuses : pour la clarté de la description, distinguons en deux groupes.

I. — Dans le premier, rentrent les *affections du névraxe proprement dit* : tumeurs cérébrales, poliomyélite aiguë, encéphalopathies infantiles.

Voici un enfant de constitution lymphatique qui présente de la micropolyadénopathie, des signes d'adénopathie trachéobronchique ; il a les cils longs, le regard velouté, le *facies amabilis*, le thorax maigre, allongé, les membres grêles ; chez lui, la cuti-réaction est positive. Un beau jour, convulsions généralisées survenant sans cause. Spontanément, elles disparaissent et l'état de santé redevient satisfaisant. Soudain, nouvelle convulsion, évoluant isolément, elle aussi, sans le moindre trouble nerveux ni psychique. Au bout de trois ou quatre crises analogues, éclate une méningite tuberculeuse. Il s'agissait d'un *tubercule cérébral*, situé dans la profondeur d'une circonvolution et qui, conformément à la loi qui porte toutes les productions pathologiques à évoluer vers la surface, a lentement gagné les méninges. Lorsqu'il les atteint, s'il ne s'est pas constitué un barrage d'adhérences, il les ensemence largement, produisant ainsi une méningite bacillaire. Telle est la *tuberculisation chronique du cerveau* de Rilliet et Barthez dont vous pourrez parfois faire le diagnostic, et par la constatation de ces épisodes convulsifs, et, dans certains cas, comme nous l'avons vu avec le professeur Terrien, par l'examen ophtalmoscopique, qui vous montre un de ces tubercules de la choroïde, si bien étudiés jadis par Bouchut (2).

Que de causes d'erreur ont occasionnées les réactions méningées de la *paralysie infantile* signalées, dès 1878, par Duquesnoy !

Vers 1911-1912, un certain nombre d'enfants étaient en traitement dans le service du professeur Hutinel. Chez tous, le diagnostic de méningite tuberculeuse paraissait certain. Ne se fondait-il pas sur les signes cliniques, comme sur les résultats de la ponction lombaire montrant la lymphocytose et l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien ? Mais voici que, vers le quinzième jour, leur état s'améliore. Ils font mille agaceries aux élèves qui suivent la visite, tirant les cordons de leur tablier, leur mettant des jouets dans les poches, leur chatouillant la main. Sont-ce bien là les gestes d'un sujet atteint de méningite tuberculeuse et arrivé à la fin de la deuxième semaine ? Assurément non. Le diagnostic commença donc à chanceler. Il devint inacceptable quand on eut la joie d'assister chez ces enfants à la guérison. N'en est-il pas hélas ! de nos jours comme du temps où Franck « à qui l'on racon- « tait qu'Heim avait guéri trente hydrocéphales (1), « Goelis, quarante et un sur cent, et Formey, « presque tous ceux pour lesquels il avait été appelé « à temps, répondit en termes d'une latinité d'ail- « leurs douteuse : « *Etsi viri graves de hoc* « *sibi suaviter blanditi sint, absque ulla in istos* « *injuria quæ in nos ipsos non recaderet* (?), *dubi-* « *tare licebit* ? » Il fallait donc chercher dans une autre voie. La constatation de paralysies flasques atrophiques, avec troubles graves des réactions électriques, établit qu'il s'agissait, non de « méningite », mais de paralysie infantile à forme méningée. Des faits de ce genre ont été observés, à cette époque, par de nombreux auteurs : ils ont fait l'objet des leçons du professeur Hutinel, de communications dues à MM. Achard et Grenet, Bérard, Guinon et Paris, Netter, L. Bernard et Maury, Triboulet, Harvier et Vaudescal, P. Nobécourt et Roger Voisin, Zappert, etc., de l'excellente thèse de M. Pignot.

En 1919, j'étais appelé à voir une fillette de sept ans qui, quelques mois auparavant, avait été prise de fièvre, de céphalée, de vomissements. A l'examen, raideur de la nuque, signe de Kernig, raie vasomotrice. A la ponction lombaire, liquide clair, sans germes, en état d'hypertension, riche en lymphocytes. On affirme donc la méningite tuberculeuse. Au bout de quelques jours, comme la maladie ne paraissait pas s'aggraver, on se demande si l'on n'aurait pas affaire à une méningite cérébro-spinale à liquide clair et on pratique plusieurs injections sous-arachnoïdiennes de sérum antiméningococcique. Cette médication n'ayant produit aucun résultat, les médecins prennent le père à l'écart et lui disent d'un ton péremptoire : « Vous avez jadis contracté la syphilis. Vous auriez bien mieux fait, dans l'intérêt même de votre fillette, de nous le dire tout de suite. » Le père nie toute contamination. « Vos dénégations, lui est-il répondu, confirment encore nos soupçons. » Et incontinent, on recourt aux frictions mercurielles, aux injections de novarsénobenzol, etc. Cependant, la maman d'observer que le membre inférieur gauche est incapable de mouvement, qu'il paraît froid et « rabougri ». Paralysie infantile, ainsi que le démontrèrent l'existence d'une épidémie de poliomyélite dans la région habitée par l'enfant, comme l'évolution ultérieure des accidents !

J'aurais d'autant plus tort de critiquer ces confrères que, quelques années plus tard, j'ai moi-même, après avoir écrit tant d'articles sur les formes méningées de la paralysie infantile, qui ont fait l'objet de la thèse de mon élève M. Martinet (2), commis la même erreur. Un praticien distingué, ancien interne des hôpitaux, m'appelle aux environs de Paris pour voir un jeune garçon de quatorze ans : « Déplorable cas, me dit-il ; méningite tuberculeuse arrivée à la période de coma ! » J'examine l'enfant, et j'accepte d'autant plus ce diagnostic que la ponction lombaire

(1) L. Babonneix. Réactions méningées chez l'enfant, *Monde méd.*, 1er-15 déc. 1926, n° 609.

(2) L. Babonneix et Roger Voisin. Deux cas de tumeur cérébrale, *Gaz. des hôpit.*, 26 oct. 1909, n° 122.

(1) La méningite tuberculeuse était jadis appelée *hydrocéphalie*.

(2) Martinet, *Th. de Paris*, 1927.

avait décelé de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. Un seul point, cependant, paraissait obscur. Comment s'était faite la contagion? Les parents avaient une santé parfaite. Sans doute, y avait-il eu une « fuite » et la contamination s'était effectuée insidieusement, comme cela est si fréquent. Un mois après, coup de téléphone du médecin : « Notre malade est guéri de la méningite, mais il garde une paralysie flasque et atrophique des jambes ». Cette paralysie, je l'ai vue : impossible de ne pas la rattacher à une poliomyélite antérieure aiguë. Ici, comme dans les cas précédents, la maladie principale avait été méconnue, les réactions méningées occupant la première place dans le tableau clinique. Comment, à ce sujet, ne point évoquer la thèse de notre regretté collègue Courtellemont? Il avait, en 1907, demandé à ses maîtres comme à ses amis de lui fournir des observations de paralysies survenues au cours de la méningite cérébro-spinale. Il en avait lui-même recueilli un certain nombre. Des unes comme des autres, il avait fait le sujet de sa thèse. Vient-on à la relire aujourd'hui, on voit que la plupart concernent des paralysies infantiles à forme méningée.

Ces faits soulèvent deux questions, une théorique, une pratique.

Question théorique. A quoi attribuer ce syndrome méningé? Indiscutablement, aux lésions de la séreuse sous-arachnoïdienne, congestionnée, infiltrée, parcourue de vaisseaux dilatés ou même rompus. Ecoutez, à ce sujet, un des meilleurs neurologistes de notre époque, M. J. Lhermitte : « Au début, le « liquide céphalo-rachidien est surtout abondant au-



Fig. 1. — *Paralysie infantile. Moelle.* — Sillon médian antérieur, infiltré de mononucléaires, que l'on retrouve encore dans les parties voisines de la méninge molle. (Schéma de M. A. Miget.)

« tour de la moelle. Dans les plus hautes régions du « névraxe, les coupes, à l'état frais, montrent une « hyperhémie considérable de la pie-mère et une « inhibition séreuse des régions atteintes », et, plus loin : « Les exsudations cellulaires que nous venons « de décrire ne se limitent pas exclusivement à la « substance grise de la moelle, bien qu'elles y pré- « dominent toujours. On en voit, en effet, des « ébauches dans la pie-mère ». (1) Ces ébauches, vous les voyez très nettement sur ces figures, extraites d'un travail jadis publié avec mon regretté collègue A. Coyon (2) [fig. 1].

Question d'ordre pratique. Comment différencier des méningites vraies ces paralysies infantiles à forme méningée?

En s'appuyant sur trois éléments :

Survenance, au cours d'un état méningé, d'une paralysie flasque et atrophique. — Pratiquement, et malgré tout l'intérêt qui s'attache aux travaux de M. L. van den Bogaert, une telle paralysie ne s'observe que dans la poliomyélite antérieure aiguë.

Caractères du liquide céphalo-rachidien. — Limpidité, hyperalbuminose, lymphocytose, absence de tous germes : bacille de Koch, méningocoques, décelables à l'examen direct ou grâce aux cultures.

Evolution caractéristique. — C'est quand les réactions méningées ont disparu que l'on découvre l'existence d'une paralysie qui s'accompagne d'hypotonie ou d'atonie, d'aréflexie tendineuse, d'amyotrophies, de troubles profonds des réactions électriques.

Le professeur Hutinel, à l'enseignement duquel je dois le meilleur de mes connaissances médicales, nous a montré bien souvent des enfants atteints d'*encéphalopathie infantile*, qu'il s'agisse de troubles moteurs : hémi ou diplégie, choréo-athétose, ou de troubles intellectuels : idiotie, imbécillité, et qui, brusquement, étaient pris de convulsions. En même temps, apparaissaient de la raideur des membres et de la nuque, des intermittences du pouls et de la respiration, une raie vaso-motrice nette. Méningite, et, particulièrement, méningite tuberculeuse? Non, mais réactions méningées déclanchées par une infection banale chez des sujets dont le cerveau, en raison même des lésions dont il était le siège, se trouvait en état de moindre résistance. Ces réactions se terminaient par la guérison, quittes à récidiver.

II. — Abordons maintenant l'étude des *méningites* proprement dites et, de celles qui l'emportent de beaucoup, par leur importance, sur les autres : la *méningite tuberculeuse*, d'une part, la *méningite cérébro-spinale*, de l'autre. Rapprochons-en les *hémorragies méningées*.

Inutile de redonner, après tant d'auteurs, une description complète de l'une et de l'autre. Ne vaut-il pas mieux insister sur quelques particularités de leur histoire?

1° Dans certains cas, un enfant, jusque-là bien portant, est pris brusquement de fièvre et de malaise, tandis qu'apparaissent chez lui des réactions méningées qui l'emportent en quelques jours. A l'origine de cette *méningite tuberculeuse primitive*, que trouvons-nous? *Une contamination par quel-*

(1) J. Lhermitte. Lésions de la poliomyélite antérieure aiguë, *Gaz. des hôpit.*, 24 fév. 1931, n° 13.

(2) A. Coyon et L. Babonneix. Un cas de paralysie ascendante aiguë, *Gaz. des hôpit.*, 9 fév. 1911, n° 16.

qu'un de l'entourage. Il y a déjà bien longtemps, dans une même famille médicale, quatre enfants succombaient l'un après l'autre, à une méningite. Les parents étaient en parfaite santé. Impossible de les mettre en cause. Mais, en poursuivant l'enquête, on apprend que le grand-père maternel, qui prenait souvent ses petits-enfants sur les genoux, les caressait, les embrassait, était un vieux tousseur dont les crachats fourmillaient de bacilles. On lui conseilla de rester chez lui ; sa fille eut, depuis lors, de beaux enfants qui s'élevèrent à merveille. Autre cas. Je voyais, ces jours-ci, avec mon ami H. Grenet, une jeune fille manifestement atteinte de méningite tuberculeuse. Pourquoi cette infection chez une enfant dont, jusqu'à il y a quelques mois, la bonne mine faisait la fierté des siens? Elle avait fait, en vacances, du « camping » avec un oncle et, en sa compagnie, couché sous la tente. Funeste imprudence, qu'elle devait payer de sa vie : l'oncle était porteur d'une tuberculose testiculaire fistulisée.

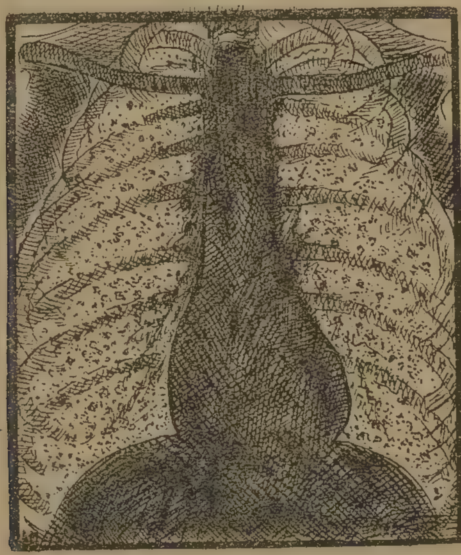


Fig. 2. — *Radiographie du thorax chez l'enfant dont il est question dans le texte. Granulie pulmonaire.* (Schéma de M. A. Miget.)

2° Un enfant de constitution lymphatique est pris d'une fièvre qui dure et qui s'accompagne de phénomènes généraux sévères. On pense à une typhoïde, mais il n'y a ni taches rosées, ni stupeur; il ne se produit aucune des complications habituelles, dont, surtout, la « myocardite ». Hémoculture et sérodiagnostic sont négatifs. Entérite? Diagnostic commode, dont on abuse souvent, et qui ne saurait être maintenu, étant donné l'absence de tout trouble digestif sérieux et la conservation fréquente de l'appétit. Fièvre de Malte? Nullement, malgré la présence de grandes ondes thermiques (V. Hutinel) durant des mois. Infection *cryptogénétique*? Mot vide de sens! Fièvre rhumatismale? Pourquoi, si l'on admet une telle hypothèse, cette absence de tout phénomène articulaire ou cardiaque? Pourquoi l'échec du salicylate de soude, même donné à fortes doses? Et, pendant qu'on hésite, apparaît une méningite tuberculeuse typique. Il s'agit d'une *fièvre tuberculeuse continue*, dont l'origine doit être parfois cherchée dans une adénopathie trachéo-bronchique, « réchauffée » par une rougeole ou une coqueluche intercurrente (V. Hutinel), mettant le patient en état d'anergie envers la tuberculose. *Rubeola vestibulum tabis*, disaient les anciens, en donnant, au mot de *tabes*, le sens étymologique de consomption. Vous avez vu ces jours-ci, dans nos salles, un enfant de sept ans, qui, entré pour un état fébrile indéterminé (fig. 3), fit, sous nos yeux, une granulie, confirmée par l'examen radiographique (fig. 2) et qui se termina par pie-mérite.

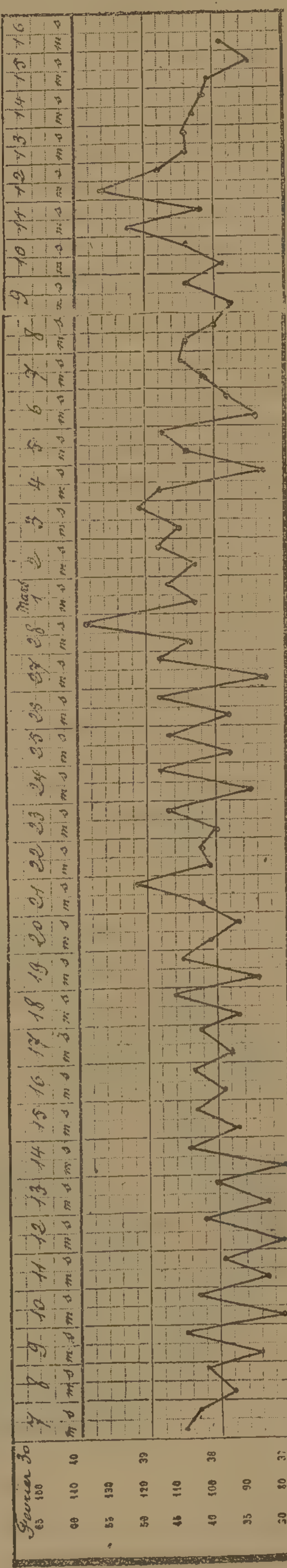


Fig. 3. — *Courbe thermique dans le même cas de typho-bacillose terminée par méningite.*

3° Je lisais, ces jours-ci, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, un excellent article de M. H. Durand, où il était question de tuberculose et, particulièrement, de méningite tuberculeuse débutant à la suite de rhinopharyngite aiguë. Ces cas, bien connus des auteurs américains, qui en ont peut-être exagéré la fréquence, posent souvent une angoissante question. Voici un enfant qui est manifestement un adénoïdien. Il a déjà eu plusieurs otites. Son développement se fait mal. Mais c'est aussi un « lymphatique », et, chez lui, la cuti-réaction est positive. Faut-il l'opérer et risquer de déclancher une méningite tuberculeuse? Dans des cas de ce genre, j'ai résolu la question par l'affirmative, en partant du principe que, de deux dangers, il faut choisir le moins probable, et, que, somme toute, mieux valait sacrifier un risque éventuel à un risque immédiat, étant bien entendu, par ailleurs, qu'il n'y a pas eu récemment de poussée aiguë de rhino-pharyngite.

4° Jadis, on considérait comme exceptionnelle la *présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien*. Un savant polonais qui travaillait au laboratoire du professeur Grancher, M. X. Lewkowicz,

faisait alors observer qu'avec une bonne technique et de la patience, on arrive presque toujours à mettre le bacille en évidence. Il avait raison, comme le montrait aussi, dès la même époque, M. A. Jousset. Aujourd'hui, dans les deux tiers des cas, cette recherche fournit des résultats positifs. Et de quelle valeur! Tout peut tromper : la lymphocytose, l'hyperalbuminose, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Seule, la présence du bacille apporte des données décisives. Un soir que j'étais dans mon service de la Charité, je demandais à mon interne, M. Rivallier, ce qu'avait une jeune fille qui venait d'entrer. « Méningite tuberculeuse », me répondit-il. J'examine la malade, je cause avec elle, et je dis à M. Rivallier : « Mais elle a très peu de réactions méningées, ne se plaint pas de la tête, et a toute sa connaissance! — Possible, mais j'ai vu des bacilles dans son liquide céphalo-rachidien ». Le lendemain, elle était dans le coma.

5o Vous verrez quelquefois des *épisodes méningés tuberculeux curables* (Barbier), des *méningites tuberculeuses en plaques* [Combe, Babonneix (1)], ou des *méningites tuberculeuses à prédominance médullaire*, bien étudiées par Rendu et par Hutinel, et dont le diagnostic n'est pas aisé.

6o Moins toutefois que celui des *méningites tuberculeuses du nourrisson* où il y a un minimum de signes, et encore souvent trompeurs. Quelques convulsions; un peu de raideur de la nuque; parfois de la somnolence (Lesage et Abrami). Et pourtant elles sont très fréquentes. Avec mon interne d'alors, M. Buc, nous avons, à Trousseau, en 1919, souvent constaté des lésions de méningite tuberculeuse à l'autopsie de nourrissons considérés comme de simples athrepsiques.

7o Dans la méningite tuberculeuse peuvent s'observer des *mouvements choréiformes*, qui contribuent, pour un temps, à égarer le diagnostic [Gonnet, L. Babonneix et G. Paisseau (2)].

8o Un enfant présente les signes habituels de la méningite tuberculeuse. Et pourtant, à l'examen du liquide céphalo-rachidien, on trouve de la *polynucléose*. A quoi est due cette polynucléose, depuis longtemps connue des spécialistes? A une infection associée [Armand-Delille et Babonneix (3)]? A l'existence de placards caséeux? A la période agonique? Toutes ces explications sont plausibles. Retenons seulement que les méningites tuberculeuses avec polynucléose semblent évoluer plus vite encore que les autres, et que, dans la majorité des cas, le pronostic est fatal à brève échéance (Weil et Mouriquand, de Lyon).

Dans la méningite cérébro-spinale, que de formes diverses, que d'aspects différents!

(1) L. Babonneix. Méningite tuberculeuse en plaques, *Soc. anat.*, 3 juin 1911.

(2) L. Babonneix et G. Paisseau. Méningite tuberculeuse et mouvements choréiformes, *Gaz. des hôpit.*, 1910, no 148.

(3) P. Armand-Delille et L. Babonneix. Une variété de diplocoques associés au bacille de Koch dans un cas de méningite tuberculeuse, *Soc. de biol.*, 10 mai 1901.

Un enfant de six ans, habituellement bien portant, est pris soudain de troubles généraux d'une excessive gravité : ascension thermique à 40 degrés, vomissements, tendances syncopales, délire, agitation. Aucune réaction méningée. A l'examen, c'est à peine si l'on trouve quelques taches discrètes de purpura sur les téguments. Avec le professeur Hutinel, nous pensons à un *purpura fulminans*. Mais les jours suivants se montre une raideur, d'ailleurs modérée, de la colonne vertébrale. Une ponction lombaire ramène un liquide trouble, riche en méningocoques. Après de longues semaines, où le petit malade maigrit et se cachectise, la convalescence s'établit, laissant, comme séquelle, une surdité labyrinthique unilatérale.

Chez d'autres, à la méningite fait suite une *atrophie optique* due, comme la surdité, à la propagation du processus aux gaines sous-arachnoïdiennes des nerfs craniens. Nous avons jadis étudié ces cas avec M. L. Tixier (1). Ils ont été, depuis lors, l'objet d'un important mémoire de MM. Terrien et Bourdier.

Parfois, surtout chez les nourrissons, à la méningite s'associent des signes de tétanie (2).

Dans le service du professeur Hutinel, nous avons eu bien souvent des enfants qui, en apparence guéris de leur méningite, étaient ramenés parce qu'ils étaient devenus insupportables, capricieux, coléreux, difficiles à vivre, en état hypomaniaque. Ces troubles du caractère, bien étudiés par M. Paisseau, s'expliquent sans doute par l'existence d'adhérences méningées, irritant le cortex sous-jacent.

Dans quelques cas exceptionnels, le diagnostic est celui de méningite cérébro-spinale, et pourtant, impossible de mettre en évidence le méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien. Nous avons eu l'occasion de voir, avec M. Noël Fiessinger, un enfant entrant dans cette catégorie. Il parut se remettre et, pendant deux ans, reprit ses occupations. Puis rechute, avec, cette fois, présence indiscutable de méningocoques, et mort en quelques semaines. Sans doute, le germe était-il resté tapi dans quelque coin de l'épendyme et, si on ne l'avait pas trouvé dans le liquide retiré par ponction lombaire, c'est qu'il y avait interruption des communications entre les espaces sous-arachnoïdiens du crâne et ceux du rachis.

Autres faits : ce sont ceux — et ils ne sont pas rares — où le sérum n'agit pas. On a affaire alors à une variété spéciale de méningocoques, contre laquelle les sérums habituels restent inactifs, n'étant pas spécifiques (Netter).

Dernier cas : voici un nourrisson qui vient d'avoir une méningite cérébro-spinale. Les phénomènes d'ordre nerveux ont disparu, mais il reste maigre, pâle (Netter et Debré). Il mettra des mois et des semaines à guérir de cette cachexie, si toutefois il en réchappe. A quoi attribuer ces troubles profonds

(1) L. Babonneix et L.-E. Tixier. L'atrophie optique au cours des affections méningées de la première enfance, *Soc. de pédiatrie*, juin 1908.

(2) L. Babonneix et L.-E. Tixier. Méningite cérébro-spinale et étanie chez le nourrisson, *Soc. de pédiatrie*, avril 1908.

du métabolisme, sinon à l'action du germe sur les centres infundibulo-tubériens?

Il y a des réactions méningées dues à des *germes inconnus*. Le professeur Nobécourt en a cité un cas, que ses collaborateurs et lui ont soigneusement étudié au point de vue clinique et biologique. Avec M. le docteur Leclerc-Montmoyen, nous avons vu, en 1924, un nourrisson atteint d'indiscutables réactions méningées; à l'examen du liquide céphalo-rachidien, pratiqué par M. Bauer, pas de bacilles de Koch, pas d'autres microbes; réaction de Wassermann négative, lymphocytose minime, très rares hématies, albumine 0,10, cultures stériles. En somme, dissociation manifeste entre la clinique et le laboratoire. L'enfant guérit.

L'an dernier, une importante communication de MM. Roch, Erich Martin et Mlle V. Monedjikova à la Société médicale des hôpitaux (n° 10 des *Bulletins*, 24 mars 1931, p. 402-437), a, à nouveau, attiré l'attention sur la *méningite aiguë lymphocytaire bénigne, de nature indéterminée, simulant la méningite tuberculeuse*. Ces auteurs ont eu, en peu de temps, l'occasion d'observer douze cas où tout concourait à faire porter le diagnostic de méningite tuberculeuse, tout : les antécédents héréditaires ou personnels de tuberculose; les signes cliniques : céphalée, raideur de la nuque, fièvre, ralentissement du pouls, etc.; les réactions sérologiques : liquide céphalo-rachidien clair, en état d'hypertension, riche en albumine, et dans lequel le microscope permet de déceler une lymphocytose pure et d'ailleurs persistante. Tuberculose? A ce diagnostic, le premier qui vienne à l'esprit, trois objections : 1° terminaison par guérison complète et définitive; 2° résultat négatif des inoculations du liquide céphalo-rachidien au cobaye; 3° absence de toute image suspecte, à l'examen radiologique du thorax. Syphilis? Aucune raison, clinique ni sérologique, d'y penser. Méningite vermineuse? Une fois seulement, il a été trouvé du trichocéphale dans les selles. Oreillons, encéphalite épidémique, poliomyélite antérieure aiguë, herpès, varicelle, vaccination? Sauf dans un cas, disent les auteurs, « nous n'avons pas trouvé de manifestations « de nature à orienter notre diagnostic vers l'une ou « l'autre de ces maladies ». De même les examens spéciaux ont permis d'éliminer l'hypothèse d'abcès cérébral, d'otite, de sinusite. S'agit-il de méningite due à un virus tuberculeux atténué, ou, plutôt, d'une forme particulière d'encéphalite épidémique? La communication de ces auteurs a été l'origine d'une intéressante discussion à laquelle ont pris part de nombreux auteurs. M. Netter incrimine, dans un certain nombre de faits, la paralysie infantile. M. Lemierre pense, avec réserves, à la méningite cérébro-spinale. M. Rist insiste sur le caractère épidémique de ces méningites qu'ont aussi observées MM. Jacob et Pagniez, dont la nature reste mystérieuse, mais auxquelles il ne convient pas de nous attacher davantage puisque, somme toute, elles sont assez rares chez les enfants (Apert).

Les *hémorragies méningées* se produisent dans deux conditions bien différentes.

Chez le *nouveau-né*, elles sont, le plus souvent, d'origine traumatique; notez d'ailleurs que le traumatisme n'agit qu'à condition que les vaisseaux cérébro-méningés aient été fragilisés, sensibilisés par une cause pathologique, qui est l'hérédo-syphilis. A celle-ci, le rôle prédisposant, à celui-là, le rôle déterminant [Couvelaire, V. Hutinel et L. Babonneix (1), Voron et Pigeaud (de Lyon)]. Ces hémorragies méningées sont-elles abondantes : l'enfant naît étonné et ne tarde pas à succomber. Sont-elles moins abondantes, elles sont compatibles avec l'existence, mais sont l'origine de bien des accidents ultérieurs, qu'ils soient d'ordre moteur, hémiplégie et diplégie infantiles (Sarah Mac Nutt), mal comitial, ou psychiques : arriération intellectuelle, anomalies du caractère.

Chez l'enfant *plus grand*, certaines reconnaissent les mêmes causes que chez l'adulte. J'ai vu, dans le service du professeur Hutinel, alors que j'avais l'honneur d'être son chef de clinique, un petit garçon de quatre ans, entré pour purpura et qu'un matin, on trouva dans le coma : hémorragie sous-arachnoïdienne, ainsi que le démontra l'examen nécropsique. D'autres sont d'origine inconnue, dues probablement à un virus neurotrope. Avec M. Bertheaux, j'en ai observé un cas mortel, chez un lycéen. D'autres ont guéri. Tout dépend assurément, dans ces cas, de la virulence du germe, du nombre, de l'abondance et du siège des hémorragies.

*
* *

Rien de plus curieux que les réactions méningées dans les **troubles digestifs des nourrissons**. Voici un enfant de vingt et un mois, entré chez le professeur Hutinel pour les signes suivants : semi-coma, légère tachycardie, ébauche de signe de Babinski, raideur des membres. La plupart des élèves du service avaient porté le diagnostic de méningite. Et cependant, le liquide céphalo-rachidien était à peu près normal. Il s'agissait d'une simple réaction méningée, consécutive à une entérite aiguë, qui guérit sans incidents.

Au sujet de ce cas, le savant clinicien fait valoir que le plus souvent, il s'agit moins de méningite à proprement parler que de réactions méningées consistant, dans les formes les plus sévères, en congestion pie-mérienne avec suffusions sanguines et même thrombose des sinus; dans les autres, en une fluxion simple des vaisseaux encéphaliques, avec augmentation de quantité du liquide céphalo-rachidien, légèrement modifié dans ses caractères biochimiques. Ces réactions sont particulières aux enfants retardés dans leur développement et, surtout, aux athrepsiques; leur maximum de fréquence est le quatrième mois. Chez les tout petits, ce qui prédomine, c'est le coma; chez les autres, ce sont les convulsions, partielles ou généralisées, qu'expliquent, non seulement les lésions méningées, mais encore

(1) V. Hutinel et L. Babonneix. Maladie de Little. Anatomie pathologique, étiologie et pathogénie, *Congrès des pédiatres de langue française*, Paris 1912.

toutes sortes d'altérations viscérales, glandes à sécrétion interne, foie, reins.

Elles *peuvent aussi se voir chez des enfants plus grands,* à l'occasion d'une crise d'entérite. Rien de moins aisé que leur diagnostic, à peu près impossible en dehors des résultats fournis par la ponction lombaire et des effets d'un régime approprié. Retenez, d'ailleurs, qu'après avoir fait cinq, six, dix fois des réactions méningées, le petit malade peut être emporté par une véritable méningite. La méninge avait-elle été sensibilisée? Toujours est-il que, selon une comparaison chère au professeur Hutinel, l'arbre tombe toujours du côté vers lequel il penche.

*
* *

Au cours des **affections respiratoires**, les réactions méningées sont fréquentes. On les a signalées dans le *coryza simple*, non spécifique (Ribadeau-Dumas et Prieur), dans la *bronchite* aiguë des jeunes enfants (Rilliet et Barthez), dans certaines *pleurésies* (Id.), mais c'est surtout dans la *pneumonie* et dans la broncho-pneumonie qu'elles acquièrent toute leur intensité.

Les anciens auteurs ne craignaient pas de « consacrer un paragraphe particulier à la pneumonie compliquée d'accidents cérébraux ». Ils faisaient observer, non sans raison, que « sa fréquence, son apparence trompeuse, les erreurs de diagnostic qu'elle fait commettre aux praticiens les plus exercés, justifient cette description spéciale ». La *pneumonie cérébrale*, continuent Rilliet et Barthez, auxquels nous avons emprunté la citation qui précède, « se présente sous deux formes : l'une que nous appellerons *éclamptique*, l'autre à laquelle nous donnerons le nom de *méningée*, celle-ci étant comateuse ou délirante. C'est presque exclusivement dans les pneumonies du sommet que l'on observe les symptômes convulsifs et comateux ». Ceux-ci seraient l'apanage des enfants de deux à cinq ans, ceux-là, des enfants de cinq à dix ans.

Laissons de côté la pneumonie cérébrale éclamptique, encore que nombre de ses manifestations tiennent sans doute à une irritation méningée, et occupons-nous exclusivement de la *forme méningée* dont « l'assoupissement, le délire, la céphalalgie, les vomissements sont, dans certains cas, les principaux symptômes. L'assoupissement est d'autant plus trompeur qu'aux symptômes précités se joint quelquefois la constipation. Le facies revêt aussi l'aspect propre aux affections cérébrales, l'œil peut même être strabique. Mais la somnolence n'est jamais aussi caractérisée que celle des maladies encéphalitiques proprement dites : on peut en faire sortir l'enfant; et elle n'est accompagnée ni de cris automatiques, ni de soupirs, ni de grincements de dents, ni de changement fréquent de coloration du visage, ni de cette expression d'indifférence et de sécheresse, si caractéristique de la méningite. L'assoupissement disparaît le plus souvent à partir du quatrième ou du cinquième jour... Le délire est, dans des cas beaucoup plus rares, le symptôme le plus apparent... Il n'est pas violent. Nous l'avons vu très prononcé chez des enfants de sept à dix ans à l'époque où la maladie passait à la résolution, il faut être prévenu du fait pour ne pas croire à une complication de méningite.

« Les symptômes cérébraux qui donnent à la maladie sa physionomie spéciale effacent par leur nombre et par leur intensité les symptômes ordinaires de la pneumonie, c'est-à-dire, si l'on fait attention à la toux qui, du reste, est rare, le point de côté et l'expectoration manque... La marche de la pneumonie cérébrale est moins régulière que celle de la pneumonie normale, et sa gravité est beaucoup plus grande ».

A l'autopsie, que trouve-t-on? Exceptionnellement une méningite aiguë purulente (Rilliez et Barthez, Desfossé), le plus souvent, des lésions discrètes portant : 1° sur la pie-mère; 2° sur les parties superficielles de l'encéphale (P. Nobécourt et R. Voisin), et reconnaissant elles-mêmes deux causes : l'action directe du germe ou des toxines sur les méninges et sur l'encéphale; peut-être aussi les modifications biologiques consécutives aux troubles des échanges organiques.

Conséquence. Etes-vous embarrassé en présence d'une réaction méningée? Vous demandez-vous s'il s'agit de méningite cérébro-spinale ou de pneumonie cérébrale? Faites une ponction lombaire. S'il s'agit de méningite : liquide trouble, franchement purulent, riche en albumine, en polynucléaires et en germes. S'agit-il de pneumonie? Liquide clair, stérile, de formule chimique et leucocytaire voisine de la normale (V. Hutinel).

*
* *

En principe, les réactions méningées peuvent s'observer dans toutes les **infections** : *paludisme* (A. Porot), *varicelle* (G. de Toni), *diphtérie* [Saint-Clair (1)], *rhumatisme articulaire aigu* (P. Nobécourt et Darré), etc... En pratique, elles se voient surtout dans la *fièvre typhoïde*. Chez l'adulte, rien de plus dissemblable que *fièvre typhoïde* et *méningite tuberculeuse*. Aucun moyen de les confondre. Chez l'enfant, il n'en est pas de même. Il y a plus de vingt-cinq ans, entrait salle Parrot, aux Enfants-Malades, une fillette pour laquelle, avec M. Méry, nous portâmes aussitôt le diagnostic de méningite tuberculeuse. N'avait-elle pas, au grand complet, tous les signes de cette affection : raideur de la nuque, attitude en chien de fusil, signe de Kernig, raie vaso-motrice, modifications du pouls et du rythme respiratoire? Le résultat de la ponction lombaire, en décelant l'hyperalbuminose et la lymphocytose classiques, ne semblait-il pas devoir confirmer notre hypothèse? Mais, vers le quinzième jour, le ventre se ballonne, la rate devient perceptible, la fosse iliaque droite se met à gargouiller. Il s'agissait bien d'une fièvre typhoïde avec réactions méningées, ainsi que le démontrèrent et le séro-

(1) L. Babonneix. Les paralysies diphtériques et la théorie de la méningite, *Gaz. des hôpit*, 1903, n° 145. — L. Babonneix et Pollet. Paralysie diphtérique avec réaction méningée totale, *Soc. méd. des hôpit.*, 29 mai 1925.

diagnostic (on ne connaissait pas encore l'hémoculture) et l'évolution de la maladie, qui se termina par guérison complète (1).

Ainsi, voilà un cas où une fièvre typhoïde a été prise pour une méningite tuberculeuse. L'inverse peut aussi s'observer. Une fillette de douze ans, dont les parents sont bien portants, mais dont la sœur présente de l'adénopathie trachéo-bronchique, est prise d'une fièvre légère avec malaise et troubles digestifs. A l'examen, langue saburrale, pouls rapide, ventre légèrement ballonné, rate appréciable à la percussion, aucune réaction méningée. Il semble donc qu'il s'agisse d'une banale fièvre typhoïde. Et, pourtant, l'hémoculture reste négative. Au bout de huit à dix jours, raideur des membres, mâchonnement, signe de Kernig, délire, bientôt suivi de coma, annonçant l'approche de la terminaison fatale; à la ponction lombaire, liquide eau de roche, coulant sous pression, riche en albumine et en lymphocytes.

Les cas de ce genre ne sont pas exceptionnels. Il y a longtemps que les cliniciens ont attiré l'attention sur les fièvres typhoïdes avec réactions méningées (Fritz). Elles ont fait l'objet de nombreux mémoires, dont, surtout, celui de MM. Moizard et H. Grenet. Quant aux méningites tuberculeuses à début typhoïde, elles sont expressément signalées par Rilliet et Barthez : « Dans des cas rares, les symptômes du début de la première période sont plus aigus, plus fébriles; la peau est un peu plus chaude, le pouls un peu plus accéléré. L'enfant se plaint à la fois de mal de tête et de mal de ventre; il ne vomit pas, mais il est *constipé d'une manière opiniâtre*; il ne pousse pas de cris, il ne soupire pas et ne grince pas des dents. Pendant six à douze jours, les symptômes persistent, la fièvre est continue, la langue couverte d'un enduit épais. le ventre un peu gros et légèrement douloureux. L'enfant a de la tendance à l'assoupissement, mais on l'en tire facilement; il répond aux questions avec une netteté parfaite; la lumière n'est pas pénible; les pupilles sont naturelles, le pouls, régulier, égal, atteint ou dépasse 120; on ne trouve de taches et de sudamina en aucun point du corps; l'expression du visage n'est pas celle de l'hydrocéphale. Le médecin diagnostique une fièvre typhoïde, mais il est cruellement détrompé par l'apparition ultérieure de symptômes caractéristiques de la seconde période de la méningite. »

Il y a quelque vingt ans, un médecin d'enfants estimé apportait à M. le docteur L. Tixier, alors chef de laboratoire du professeur Hutinel, un liquide céphalo-rachidien prélevé sur un enfant qui présentait quelques réactions méningées discrètes. M. Tixier centrifuge, étale, sèche, colore, examine et s'écrie : *Oreillons!* Pourquoi cette affirmation aussi nette et d'ailleurs conforme à la réalité? C'est que le liquide était le siège d'une lymphocytose infiniment plus abondante que celle qu'on observe dans les autres variétés de méningites : tuberculeuse, syphilitique, etc. Découverte dans le laboratoire du professeur Hutinel, par M. Monod, cette lymphocytose reste d'habitude muette, c'est-à-dire qu'elle ne traduit son existence par aucun symptôme. Il y a pourtant des exceptions, et tous les médecins d'enfants ont vu des cas d'oreillons compliqués de réactions méningées : bradycardie et, surtout, labyrinthite, des cas où les réactions méningées précédaient la tuméfaction parotidienne, d'autres où ils constataient la maladie tout entière. Mon éminent ami, le professeur Morquio, a récemment consacré à ces faits un très intéressant article et bien montré que « la caractéristique de la méningite ourlienne est la cessation des manifestations après avoir atteint une période d'état clinique et cytologique assez importante et surtout sa terminaison favorable en peu de jours ».

Un jeune enfant est pris de convulsions, il vomit, se plaint de la tête, se couche en chien de fusil, fuit la lumière. Réunies à son chevet, les commères d'incriminer les vers. Sont-elles, comme à l'habitude, dans l'erreur, ou n'exprimeraient-elles point, pour une fois et sans en prendre garde, une incontestable vérité?

Peu de questions ont été aussi débattues. La plupart des médecins restent sceptiques. Ils feraient volontiers leur la boutade d'Henri Roger pour qui les *vers*, les *glaires*, les *vents* et les *dents* sont les quatre romans de la médecine infantile. Longtemps, j'ai été comme eux. Aujourd'hui, j'ai changé d'idée. Sans aller jusqu'à attribuer à l'*helminthiase* la plupart des réactions méningées observées chez l'enfant, et tout en reconnaissant qu'un sujet atteint de méningite tuberculeuse peut, par surcroît, héberger quelque ténia [Lépine, Lambert et Salin (de Lyon)], je crois que, dans un certain nombre de cas, les vers intestinaux peuvent provoquer des réactions méningées impressionnantes, qui simulent la méningite tuberculeuse la plus classique, non seulement par les manifestations cliniques, mais encore par les modifications du liquide céphalo-rachidien : hypertension, lymphocytose, hyperalbuminose, et qui guérissent presque subitement lorsque le ver est expulsé. J'ai vu des cas de ce genre, dans lesquels j'avais procédé moi-même aux examens de laboratoire. D'autres, et non des moindres, les ont vus aussi. Le professeur Marfan ne soutient-il pas, sur ce sujet, des idées très voisines des miennes? M. P. Gautier, professeur de clinique infantile à Genève, MM. Cassoute et Marcou, Giraud et Docca n'ont-ils pas rapporté des cas de méningite vermineuse chez l'enfant?

Les réactions méningées de l'*hérédo-syphilis* peuvent être d'ordre biologique ou clinique.

Aux premières ressortissent diverses altérations du liquide céphalo-rachidien : lymphocytose (Tobler) assez fréquente, mais non caractéristique, puisqu'on la retrouve dans les dermatoses les plus banales du nourrisson (Ravaut, Ferrand), présence, d'ailleurs exceptionnelle, du tréponème dans ce liquide (Benda, Roch, Gianelli, Dupérié), existence d'une réaction de fixation positive.

Quant aux secondes, elles sont extrêmement va-

(1) H. Méry et L. Babonneix. De la valeur du cyto-diagnostic en médecine infantile, *Soc. de pédiatrie*, fév. 1902.

riées. Voyez ce jeune sujet qui paraît atteint de *méningite aiguë* (Roch, Pellegrini, Billiet, V. Hutinel, Haller et Walker) ou *subaiguë* (Mahot et Barthélémy) : c'est, en réalité, un hérédo-syphilitique, pour lequel le traitement spécifique s'impose. Cet autre est atteint, soit de *surdité labyrinthique* (Natier), soit d'*ophtalmoplégie externe* portant sur la troisième (B. Bramwell, Ginestous et Campana, Quilliet, de Spéville, Fromaget, Ginestous et Mengot, Grossmann), ou sur la sixième paire (Nathan); soit d'*atrophie optique* (1) : c'est un hérédo-syphilitique et les accidents qu'il présente sont tous d'origine méningée. C'est également une méningite chronique liée à la même cause qui intervient dans la production de la plupart des *hydrocéphalies*. De même, certains *arrêts de développement* : anencéphalie, pseudencéphalie (Ed. Fournier) relèvent d'une méningite fœtale (Rabaud, Chambrelant et Brindel) déterminée par l'action directe du tréponème sur la pie-mère. Cette énumération est-elle complète? Assurément non : elle n'est qu'*énonciative* et non *limitative*, pour emprunter à l'administration son inénarrable jargon (2). Le professeur Hutinel pense que l'hérédo-syphilis exerce une action favorisante, sensibilise le cerveau à d'autres infections, favorise le développement de la méningite tuberculeuse. Ne peut-on étendre sa théorie aux traumatismes obstétricaux et admettre que, s'ils laissent parfois des « séquelles », c'est parce qu'ils ont agi sur un tissu cérébral fragilisé, sur des artères qui, de par l'hérédo-syphilis, se trouvaient en état de moindre résistance?

*
* *

Réactions méningées dans les intoxications. — Voici un nourrisson qui, à la suite d'une infection : broncho-pneumonie, entérite, a maigri et qui, depuis quelques jours, présente d'indiscutables réactions méningées : raideur de la nuque et des membres, attitude en chien de fusil, vomissements répétés, signe de Kernig, respiration de Cheyne-Stokes, convulsions, somnolence. Méningite tuberculeuse? Non, le liquide céphalo-rachidien ne contient aucun germe; il n'est habituellement le siège d'aucune leucocytose, et surtout, il renferme de fortes proportions d'urée : de 0g80 à 2g50. Il s'agit de *méningite toxique* liée à l'**azotémie**, et dont l'étude a été faite très complètement par le professeur Nobécourt et par son école (Bidot, Darré, Harvier, Maillet, Sevestre).

A quoi attribuer cette azotémie? Moins à un barrage rénal qu'à des troubles profonds du métabolisme, produits par une infection grave, et pour tout dire, à une véritable autophagie. Elle frappe surtout les nourrissons anorexiques qui, de par leurs vomissements incessants et par leur continuelle diarrhée, subissent de très importantes déperditions aqueuses; leurs tissus se déshydratent, leur plasma se concentre, comme si l'organisme n'avait plus à sa disposition assez d'eau pour entraîner les déchets azotés. Ces déchets s'accumulent dans le sang; ils passent de là, en raison de l'extrême diffusibilité de l'urée, dans le liquide céphalo-rachidien, irritent la séreuse sous-arachnoïdienne, provoquent de l'œdème pie-mérien, et expliquent ainsi les réactions méningées que Parrot avait signalées dans l'athrepsie et qu'il mettait sur le compte de l'urémie, sans toutefois pousser l'analyse aussi loin que l'a fait le professeur Nobécourt.

Cliniquement, deux formes principales (Nobécourt, Maillet) : l'une avec *somnolence respiratoire*, spéciale aux affections gastro-intestinales aiguës des nourrissons, caractérisée par les signes suivants : somnolence, torpeur, fixité du regard, myosis, respiration de Cheynes-Stokes, léger strabisme, signe de Kernig, convulsions; la ressemblance est grande avec la méningite tuberculeuse à forme somnolente et l'erreur à peu près impossible sans la ponction lombaire; l'autre, *méningitique*, qui traduit son existence, soit par des convulsions, soit par des signes de méningite aiguë, soit par des symptômes de méningite séreuse, et fait penser à toutes les variétés de méningites : tuberculeuse, cérébro-spinale, coli-bacillaire, etc.

A la ponction lombaire, liquide clair, en état d'hypertension, sans réaction cellulaire, ou avec lymphocytose modérée, sans germes, ni à l'examen direct, ni aux cultures, mais contenant de 1 à 2g50 d'urée. Retenons, à ce sujet, qu'il n'existe pas de parallélisme net entre la quantité d'urée et la gravité des accidents, et que la constatation de l'azotémie a surtout une valeur diagnostique. Le pronostic est toujours sérieux : il peut être amélioré, dans une certaine mesure, par des restrictions sévères portant sur l'azote alimentaire.

Réactions méningées d'origine locale. — Il y a deux ans, j'étais appelé en province, par un ancien camarade d'internat, pour son fils soi-disant atteint de méningite tuberculeuse. Assurément, il existait d'inquiétantes réactions méningées, dont le signe de Kernig. D'ailleurs, aucune raison valable de penser à la tuberculose. Il fallait donc chercher ailleurs. Un examen soigneux, pour lequel nous nous fîmes assister et par l'oto-rhino-laryngologiste et par le radiologiste, nous permit de mettre en cause l'ethmoïde. Ethmoïdite aiguë, consécutive à la grippe, et qui guérit par un traitement approprié. Moins heureux fut le cas d'une fillette, suivie avec le docteur Lecœur, et qui mourut de méningite aiguë purulente consécutive à une otite moyenne aiguë.

Notons, enfin, qu'il y a des *malformations du cerveau et de ses enveloppes* sans la moindre réaction méningée. Nous n'en voulons pour preuve que le cas suivant, où une hernie des méninges molles et, probablement aussi, du cerveau à travers une paroi frontale agénésiée ne s'accompagnait d'aucun trouble nerveux (1) [fig. 4].

---

(1) On trouvera toute la bibliographie de la question dans la thèse de notre élève D. HERVAUX, Paris 1926.

(2) V. L. BABONNEIX. *Hérédo-syphilis nerveuse*, Paris 1930, Masson, in-8° de 432 pages.

(1) L. BABONNEIX. Méningo-encéphalocèle, *Soc. de pédiatrie*, séance du 17 juin 1930.

*
* *

De ces quelques considérations, que conclure? C'est que les réactions méningées les plus diverses d'origine peuvent prendre des allures très voisines, et même identiques. Seul, l'examen du liquide céphalo-rachidien permet de les différencier. La ponction lombaire s'impose donc dans tous les cas, si vous ne voulez pas passer à côté d'une cérébro-spinale, confondre une méningite tuberculeuse avec une réaction méningée due à la paralysie infantile, à la fièvre typhoïde, à la pneumonie, méconnaître une méningite azotémique, si vous voulez, en un mot, opposer aux troubles constatés le seul traitement qui convienne, le traitement causal.



FIG. 4. — *Méningo-encéphalocèle chez un bébé de huit mois.*

A ce sujet, quelques réflexions.

1° Rien de mieux, dans les réactions méningées de la *poliomyélite antérieure aiguë*, que d'utiliser les méthodes habituelles: ponction lombaire, injections de sérum, administration d'uroformine, bains chauds, radiothérapie de la moelle.

2° Dans la *méningite tuberculeuse*, les médications classiques : application de glace sur la tête, administration de calomel, etc., donnent des résultats bien médiocres. Aussi, le monde médical a-t-il accueilli avec faveur les communications que M. André Jousset, seul ou avec son élève Périsson, a consacrées au traitement de cette affection par l'allergine. Cet auteur, dont on sait les belles recherches sur la tuberculose, n'a-t-il pas rapporté sept cas de méningite tuberculeuse authentique guéris par l'allergine? 7 cas sur 120, soit 1 sur 20, c'est beaucoup plus que n'en donne n'importe quelle autre méthode! Nous devons à la vérité de dire que nous avons été moins heureux, et que, dans aucun de nos cas, nous n'avons constaté le moindre changement dans l'état des malades. Peut-être sommes-nous tombé sur une mauvaise série. Peut-être nos cas ne sont-ils pas assez nombreux pour nous permettre de conclure. Aussi continuerons-nous, jusqu'à nouvel ordre, en cas de méningite tuberculeuse, à utiliser l'allergine le plus tôt possible et à l'injecter sous la peau trois jours de suite, conformément aux indications de son inventeur, réservant son sérum aux typho-bacilloses.

3° Dans la *méningite cérébro-spinale*, faites d'abord du sérum polyvalent, puis, dès que les recherches d'identification sont terminées, le sérum correspondant au germe en cause. En cas de ventriculite chez le nourrisson, pratiquez une ponction ventriculaire en introduisant le trocart à l'angle externe de la grande fontanelle et, si vous retirez du pus, injectez le sérum en plein ventricule. N'oubliez ni la tripaflavine (F. Coste), ni les bains chauds, ni les frictions au collargol, ni l'abcès de fixation. Rappelez-vous, d'ailleurs, que les injections sous-arachnoïdiennes de sérum antiméningococcique peuvent, comme le sérum antipoliomyélitique (P. Nobécourt et Darré), déclancher des réactions sériques graves. J'ai vu, avec le docteur Martin Saint-Laurent père, une malheureuse jeune fille atteinte de méningite cérébro-spinale, chez laquelle chaque injection était aussitôt suivie de troubles inquiétants : perte de connaissance, avec relâchement des sphincters, convulsions, exophtalmie, si bien que l'on se trouvait en présence d'un cruel dilemme : ou assister, impuissants, aux progrès du mal, ou agir, et risquer en agissant de tuer la malade. Plus tard, la protéinothérapie trouvera ses indications. Que l'on emploie les injections sous-cutanées de lait, les injections intraveineuses de peptones, l'iso-hémothérapie, les injections de protéine méningococcique (Luton), les résultats seront bons à condition que : 1° le choc soit suffisamment violent et prolongé; 2° qu'il soit provoqué au bon moment, que l'on appréciera grâce à une intradermo-réaction pratiquée avec le germe homologue tué (F. Coste).

4° Dans toute « méningite », pensons toujours à la possibilité d'*une hérédo-syphilis latente*, d'*une infection locale*, telle qu'otite, ethmoïdite, d'*une intoxication vermineuse*, et comportons-nous en conséquence.

Et surtout, alors même que vous auriez les meilleures raisons de redouter une méningite tuberculeuse, ne laissez pas entendre aux parents que la partie est perdue. Sinon, il vous arrivera la même mésaventure qu'à ces très honorables confrères qui, s'étant crus autorisés à porter un pronostic fatal, furent aussitôt « limogés ». Le charlatan, appelé à leur place, ne manqua pas d'appliquer sur le crâne de l'enfant un pigeon vivant coupé en deux. Quelques jours après, amélioration, suivie de guérison. Est-ce à une médication barbare autant que dégoûtante qu'il fallait attribuer cet heureux résultat? Nullement. Il s'agissait de méningite lymphocytaire aiguë bénigne et non de pie-mérite bacillaire. Faut-il ajouter que les parents, imprégnés du *Post hoc propter hoc* cher aux philosophes, restèrent persuadés que le charlatan avait triomphé là ou les officiels avaient échoué, et, réservant à ceux-ci leurs sarcasmes, gardèrent à celui-là toute leur reconnaissance?

DEUXIÈME RÉUNION SCIENTIFIQUE ANNUELLE DE LA

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME

La deuxième Réunion scientifique annuelle de la Ligue française contre le rhumatisme a eu lieu le 26 mars, à Paris, sous la présidence de M. le professeur Marcel Labbé, président sortant.

M. le professeur Fernand Bezançon a accepté la nouvelle présidence.

M. le professeur Etienne, MM. le professeur R. Leriche et Laignel-Lavastine sont nommés vice-présidents, et le renouvellement de la moitié du Conseil a donné lieu à l'élection de MM. Rathery, Loeper, Mouriquand, Leriche, Crouzon, Mathieu-Pierre Weil, Grenet, Weissenbach, Coste, Lacapère, Dausset et Roederer.

COMMUNICATIONS ET DISCUSSIONS

Bases actuelles de la parathyroïdectomie dans certaines polyarthrites ankylosantes. — MM. le professeur René Leriche et A. Jung. Dans certains cas de polyarthrite ankylosante progressive très douloureuse avec hypercalcémie, l'ablation d'une ou de deux parathyroïdes, ou la résection de l'artère thyroïdienne inférieure à sa terminaison, amène une chute du calcium sanguin, fait disparaître instantanément les douleurs et améliore durablement les fonctions articulaires partout où l'ankylose n'est pas anatomiquement constituée. Ces résultats sont si manifestes qu'en présence d'une maladie aussi grave il y a lieu désormais d'essayer la méthode chirurgicale de réduction de la rétention calcique aussitôt que l'hypercalcémie a été mise en évidence dans la polyarthrite ankylosante. Cependant, dans des conditions cliniques apparemment semblables, on trouve tantôt de l'hypercalcémie, tantôt une calcémie normale ou légèrement diminuée. En tout cas, les parathyroïdectomies ne doivent pas à l'heure actuelle être faites au hasard. Elles ne peuvent être indiquées présentement que par l'hypercalcémie.

Discussion. — M. Weissenbach. La mesure de la calcémie ne semble pas encore suffire à elle seule pour établir l'indication thérapeutique et pour constituer un critère de guérison.

M. Mathieu-Pierre Weil. On peut observer des améliorations fonctionnelles dans certaines polyarthrites ankylosantes sans modifications nettes sur les clichés radiographiques.

MM. Marcel Labbé, Escalier et Justin-Besançon appuient les considérations des auteurs précédents en présentant les radiographies d'un malade atteint de spondylose rhizomélique et traité par le thorium X. Malgré l'amélioration fonctionnelle considérable, on constate plutôt sur certaines radiographies une exagération de certaines lésions anatomiques.

M. Saïdman discute le rôle de la contracture musculaire dans les manifestations fonctionnelles du rhumatisme chronique.

M. Coste demande si l'on a observé une recalcification des os après parathyroïdectomie.

M. Leriche. La recalcification est difficile à juger. En général, il n'y a pas, à la suite de l'opération, de modifications objectives; les malades gardent leur déformation malgré une très grosse amélioration fonctionnelle.

Deux cas de maladie rhumatismale à évolution chronique. — MM. le professeur Etienne, Douet et Neumann exposent deux observations de rhumatisme articulaire aigu vrai qui, par la suite, semblent avoir évolué vers des manifestations articulaires chroniques. Dans les deux cas, un certain nombre d'arguments cliniques plaident en faveur de la maladie de Bouillaud. Ces observations semblent militer en faveur de l'évolution possible vers la chronicité de certains rhumatismes articulaires aigus vrais.

Discussion. — M. Mathieu-Pierre Weil discute l'étiologie des syndromes observés par les auteurs, et maintient que la maladie de Bouillaud n'évolue pas vers la chronicité.

M. Jacques Forestier. La maladie de Bouillaud est essentiellement une maladie du jeune âge et ses manifestations cliniques ne semblent pas en rapport avec les processus articulaires chroniques observés ultérieurement.

M. Fernand Bezançon. Dans quelques cas, à la suite des poussées de rhumatisme articulaire aigu, on observe quelques lésions de rhumatisme fibreux déjà décrites par Jaccoud. Mais il ne semble pas que le rhumatisme articulaire aigu conditionne les polyarthrites symétriques progressives. Il est d'ailleurs très difficile, souvent, de porter le diagnostic de maladie de Bouillaud.

Le rhumatisme tuberculeux. — MM. le professeur Fernand Bezançon, Mathieu-Pierre Weil, Delarue et Oumansky exposent des cas indiscutables de polyarthrite symétrique progressive de nature bacillaire. Dans un certain nombre de cas de ce genre, la nature tuberculeuse des lésions a pu être nettement établie par l'étude histologique et par l'inoculation au cobaye. La notion de rhumatisme tuberculeux repose donc maintenant sur des bases anatomo-pathologiques et microbiologiques précises.

Discussion. — M. Leriche rappelle les travaux de Poncet sur le rhumatisme tuberculeux.

Syndrome douloureux vertébral par micro-traumatisme et malformation congénitale. — MM. le professeur Marcel Labbé, Escalier, Justin-Besançon et Stuhl rappellent d'abord les nombreux travaux qui sont venus établir la notion du rôle important des traumatismes minimes et répétés à l'origine de certains processus de rhumatisme chronique. Puis ils évoquent les travaux d'André Léri sur les syndromes douloureux vertébraux par malformation congénitale, en particulier par lombalisation de la Ire vertèbre sacrée. Ils présentent l'observation clinique et les radiographies d'un jeune malade atteint d'une malformation congénitale du rachis (ébauche de lombalisation de la Ire sacrée avec spondylolisthésis), et chez qui évolua un syndrome rhumatismal très douloureux par micro-traumatisme professionnel (trépidation du camion sur lequel le malade travaillait assis).

Ces lumbagos par micro-traumatisme, favorisés par une malformation congénitale, sont intéressants par les conséquences thérapeutiques qu'ils entraînent et parce qu'ils prêtent à des considérations du point de vue des accidents du travail.

M. Mathieu-Pierre Weil insiste sur le rôle des minimes luxations rachidiennes à l'origine d'un certain nombre de syndromes douloureux vertébraux.

Influence de certaines cures thermales sur le métabolisme du calcium dans les pseudarthroses et dans les arthropathies rhumatismales. — M. Gay (de Bourbonne-les-Bains) présente des radiographies qui mettent en évidence le travail d'ostéogenèse suscité par les cures thermales chlorurées dans des pseudarthroses constituées et dans des foyers d'ostéite ayant subi plusieurs esquillotomies.

Les ions calciques sont mobilisés et fixés à la faveur des réactions vaso-motrices provoquées, renouvelées et progressivement intensifiées autour des foyers.

Dans les fractures classiques, la surminéralisation de l'axe du cal est obtenue en quelques jours; elle active la résorption des exubérances périphériques et favorise le rétablissement fonctionnel.

Mais cette fixation du calcium intervient utilement aussi

dans les retards de croissance, dans les troubles trophiques de la paralysie infantile, dans les ostéomyélites chroniques, dans la maladie de Paget.

Beaucoup d'arthropathies rhumatismales, inflammatoires et trophiques se développent sur des segments osseux déminéralisés et présentent en même temps des ostéophytes dus à des réactions de défense. La résorption de ces hyperplasies osseuses commence lorsque les zones déminéralisées ont pu fixer assez de calcium; c'est le bénéfice le plus tardif des cures thermales, et il faut souvent les multiplier pour guérir un état douloureux lié à leur développement.

Exemples cliniques d'arthrites déformantes d'origine traumatique. — M. le professeur agrégé Moulonguet-Doléris a démontré expérimentalement que la pulvérisation des extrémités articulaires constitue un des mécanismes de production des rhumatismes chroniques. Une série d'observations cliniques des plus démonstratives vient à l'appui de ces recherches. Il présente les radiographies des coudes d'ouvriers manipulant des perforatrices pneumatiques; sous l'influence des trépidations répétées, il se produit une pulvérisation des extrémités articulaires du coude. Il rapporte ensuite un exemple d'ossification péri-articulaire à la suite d'une entorse du genou, lésion améliorée d'ailleurs par la radiothérapie. Enfin, le mécanisme de la pulvérisation des extrémités articulaires doit être retenu à l'origine de certaines arthropathies tabétiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 20 avril 1931)

Recherches sur l'immunité humorale chez les animaux à sang froid. — MM. E. Wollmann et V. Uribe.

Microdosage de substances organiques en solutions diluées par oxydation sulfochromique. Application particulière au microdosage de l'alcool éthylique. — M. Maurice Nicloux.

Nouvel appareil pour courant faradique. — MM. Delherm et Laquerrière.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 28 avril 1931)

Injections sous-cutanées de vaccin B. C. G. chez les tuberculeux traités et guéris par le pneumothorax bilatéral. — M. E. Coulaud. Estimant qu'une lésion tuberculeuse locale, limitée, est susceptible d'augmenter la résistance de l'organisme vis-à-vis de la tuberculose, l'auteur a pratiqué une injection sous-cutanée de B. C. G. chez douze anciens malades guéris de lésions graves par le pneumothorax bilatéral.

Ces injections ne se sont pas accompagnées de réactions ganglionnaires. La réaction générale a été nulle. La lésion locale obtenue a varié selon la dose utilisée (de 1/400 à 1/100 de milligramme) d'un simple nodule à un abcès froid qu'il a été nécessaire de ponctionner une ou deux fois. Dans un cas, on a observé un véritable phénomène de Koch. Jusqu'ici aucune rechute n'a été observée chez les sujets ainsi traités alors qu'il n'en a pas été de même chez les anciens malades qui n'ont pas reçu d'injections de B. C. G.

Pression moyenne et éclampsie. — MM. Ed. Lévy-Solal, N. Kisthinos et F. Lepage étudient les variations de la pression moyenne avant, pendant et après les crises d'éclampsie. Des recherches de ces auteurs, il résulte :

1° Que l'augmentation de la pression moyenne est considérable avant et pendant la crise d'éclampsie, même dans les cas où les pressions extrêmes restent voisines de la normale;

2° Que l'augmentation de la pression moyenne peut être considérée comme un signe précurseur d'éclampsie, même dans les cas où on ne constate pas d'albumine dans les urines;

3° Que l'albuminurie persistant après la crise d'éclampsie semble avoir une marche parallèle à celle de la légère hypertension moyenne qui parfois persiste après la crise.

Examen radiologique de la colonne vertébrale. — M. Ledoux-Lebard indique les procédés d'examen radiologique de la colonne cervicale, montre les difficultés de l'obtention d'une image complète de profil de toutes les vertèbres cervicales et décrit une technique qui permet d'obtenir ce profil intégral chez tous les sujets avec le maximum de certitude et le minimum de difficulté.

— Autres communications :

De l'asphyxie par submersion. Essai de traitement rationnel des noyés d'après les données expérimentales. — Mlle Yvonne Schaeffer et M. Cot.

Fonctionnement et résultats de la crèche dépositaire des Enfants-Assistés et de l'Abri maternel des Bouches-du-Rhône. — M. Cassoute.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 6 mars 1931)

Guérison d'un iléus paralytique post-opératoire par le sérum hyperchloruré. — M. Raymond Bonneau fait un rapport sur un travail de MM. Trajan Gruesco et Aurel Dragos (de Galatz, Roumanie). Il est d'accord avec les auteurs pour reconnaître qu'à côté des actions rechlorurante et antitoxique, le sérum hyperchloruré a une action péristaltique directe particulièrement efficace dans les fausses occlusions post-opératoires.

Nouveau procédé de plastie pour atrésie post-traumatique du conduit auditif externe. — M. Dufourmentel fait un rapport sur un travail de MM. Lafite-Dupont et Henri-Fischer (de Bordeaux). Les auteurs présentent une technique d'élargissement du conduit auditif au moyen d'un lambeau cutané prélevé sur la région cervicale et retourné par torsion de son pédicule.

Sur un cas rare de mastoïdite latente. — M. Bourguet fait un rapport sur un travail de M. Henri Fischer (de Bordeaux). L'auteur donne l'observation d'un malade qui fait une mastoïdite au cours d'une rougeole. Son diagnostic, malgré l'absence de douleurs, de gonflement rétro-auriculaire, est basé sur une suppuration abondante. Il opère ce malade et trouve une nécrose profonde de la corticale interne avec mise à nu de la dure-mère cérébelleuse. Il donne comme conclusion que toute suppuration auriculaire qui se prolonge au delà de quelques semaines, après otite aiguë suppurée, doit être opérée.

Sur un cas de grossesse ectopique tubaire ayant évolué jusqu'au terme normal. — M. Dartigues fait un rapport sur un travail de M. Lavoix (de Saint-Lô). Femme de vingt-huit ans. Au terme de la grossesse, cessation des mouvements actifs du fœtus et des bruits du cœur fœtal. Pas de faux-travail. La malade attend encore deux mois et demi. L'auteur l'opère au deuxième mois et demi de la grossesse et, par laparotomie, extirpe en bloc le kyste fœtal développé dans la trompe gauche : le fœtus pesait 4 kilogrammes. Si le dia-

gnostic avait pu être soupçonné il eût été possible d'extraire un enfant vivant en opérant en temps opportun. Le rapporteur pense que la radiographie, dans ces cas, peut rendre des services; il rappelle quelques cas de grossesses prolongées.

L'anesthésie interrompue en chirurgie gastrique. — M. Hautefort rapporte les résultats qu'il a obtenus en interrompant l'administration de l'anesthésique pendant une grande partie de l'opération. L'anesthésique (éther, balsoforme ou protoxyde d'azote) est donné, comme il est habituel, pendant l'ouverture de la paroi abdominale et l'exploration des lésions; il est suspendu pendant les résections et anastomoses, puis repris pour la fermeture de la paroi. L'auteur communique douze observations dans lesquelles ce mode d'anesthésie a été suffisant et paraît avoir réduit notablement le shock opératoire.

A propos de l'action du sérum hyperchloruré intraveineux dans les occlusions du grêle. — M. P. Laurent communique deux observations : l'une, personnelle, d'étranglement rural avec sphacèle d'une anse grêle, traité par extériorisation simple, puis secondairement par anastomose iléocæcale; l'autre, de M. Lascaux, de volvulus du grêle traité par résection et anastomose termino-terminale. Dans ces deux cas, l'emploi du sérum hyperchloruré avant ou aussitôt après l'intervention d'urgence et continué pendant deux à trois jours, a eu une action anti-toxique et péristaltique des plus favorables, rendant les suites opératoires rapidement simples et assurant la guérison sans incidents.

Gastrostomie (procédé de Depage). — M. Victor Pauchet expose la technique de ce procédé. Il le préfère aux autres procédés parce que, dans les cas de gastrostomie définitive, il donne une bouche continente.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(Séance du 24 mars 1931)

Réflexions sur la pyrétothérapie dans la paralysie générale. (*A propos de cinquante cas personnels*). — M. Le Grand a employé tantôt la malariathérapie, tantôt la dmelcothérapie. Il estime que ces méthodes de pyrétothérapie ont modifié notablement le pronostic de la paralysie générale, mais sans que l'on puisse parler de guérisons fréquentes.

La malariathérapie lui paraît plus économique; la dmelcothérapie, moins dangereuse, plus facile à doser et susceptible d'être employée en dehors de services spécialisés. Au point de vue des résultats, l'avantage revient au dmelcos associé à la tryparsamide.

PRATIQUE MÉDICALE

LE BROMURE DE SODIUM EN THÉRAPEUTIQUE (1)

Par le docteur D. L. Tibi.

Dans les affections excessivement nombreuses où les symptômes nerveux dominent la scène, le bromure de sodium, sous forme de sédobrol, rend les plus grands services, car il

(1) *Courrier méd.*, Paris 1930, n° 1.

est toujours admirablement accepté par les malades les plus délicats, les vieillards, les femmes et même par les enfants, dans les si nombreux cas de pratique médicale, chirurgicale et stomatologique où il est indispensable de calmer le système nerveux hyperexcité. Au surplus, on sait que le sédobrol n'a pas sur le cœur l'action déprimante qui caractérise en général la médication bromurée; il est infiniment moins toxique que le KBr, tout en ayant les mêmes effets sédatifs, et, point très important, il est toujours très bien toléré.

LIVRES NOUVEAUX

Exploration fonctionnelle des reins (1), par H. Chabanier et C. Lobo-Onell, avec la collaboration de M. Lebert et E. Lelu. Préface du professeur Legueu.

Depuis 1905, date à laquelle Albarran avait publié son *Exploration des fonctions rénales*, aucun ouvrage d'ensemble n'avait paru sur l'exploration fonctionnelle des reins; et pourtant aucune époque ne fut plus riche en travaux de toutes sortes qu'ont illustrés Albarran et plus récemment Widal et Ambard.

Aussi, s'il est un livre qui fut jamais attendu et désiré par le monde médical c'est bien ce nouveau Traité de l'exploration fonctionnelle des reins. Le sujet est de haute importance; il confine aux problèmes les plus ardus qui se posent tous les jours, non seulement en urologie et en médecine, mais aussi en chirurgie générale. Les praticiens et les chercheurs trouveront réunies dans un même ensemble les dernières acquisitions de la science.

Cette œuvre d'analyse et de synthèse inspirée d'un esprit à la fois critique et original est le fruit d'une longue collaboration au laboratoire et à la clinique urologique de l'hôpital Necker.

Ce livre aborde successivement le diagnostic et le pronostic des fonctions rénales.

Ainsi la contexture de ce livre est essentiellement orientée en vue de la solution des problèmes pratiques, et le praticien trouvera dans les chapitres de synthèse des schémas directement applicables aux problèmes qui l'intéressent.

Mais dans les parties critiques du livre, l'aspect purement doctrinal n'a pas été éludé et a permis de donner aux conclusions toute l'assise nécessaire. Lorsque la nécessité conduisait à des aspects plus particulièrement spéculatifs, les auteurs ont traité isolément ces questions en appendices, comme les hyperazotémies par manque de sel et le mécanisme de la sécrétion rénale.

L. G.

Les grandes endémies tropicales. *Études de pathogénie et de prophylaxie*. Conférences faites au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine (2), par MM. les médecins du Corps de santé coloniale.

Il résulte de l'importance qu'ont prise les questions coloniales dans la vie des nations européennes qu'un enseignement d'hygiène destiné aux médecins ne saurait être complet s'il ne comportait quelques notions sur la prophylaxie des maladies tropicales. Le professeur Tanon a fait appel aux médecins coloniaux pour compléter le cours d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris en apportant le résultat de leur expérience sur les grandes endémies des pays chauds. Ces leçons complémentaires permettront chaque année à ceux d'entre eux qui se seront plus spécialement attachés à l'étude d'une question de faire connaître leurs recherches.

Cet ouvrage s'adresse non seulement aux médecins qui exercent dans les pays d'outre-mer, aux administrateurs civils et militaires, mais encore à tous ceux qui s'intéressent aux questions générales de pathogénie et de prophylaxie.

Cette seconde année contient les six conférences suivantes : M. Blanchard, Les spirochétoses dans les problèmes d'hygiène coloniale. F. Cazanove, Pratique de l'épidémiologie et de la prophylaxie de la peste au Sénégal. F. Heckenroth, Les problèmes des porteurs de germes dans l'interpénétration des races. M. Léger, Epidémiologie et prophylaxie de l'ankylostomiase dans les pays chauds. G. Martin, La collaboration administrative et médicale dans l'hygiène coloniale appliquée. M. Vaucel, La lutte contre le paludisme en Italie.

L. G.

Les Auberges de France et le Club des Sans-Club.

Nous venons de recevoir l'édition 1931 des *Auberges de France* publiée par le Club des Sans-Club. L'initiative de ce groupement qui comprend les plus grands noms de la Presse, des Lettres et des Arts mérite d'être signalée car elle tend à faire connaître les recoins gastronomiques de nos routes avec une vigilance et des précisions vraiment déconcertantes. Aucun palace ou hôtel classé, mais la table insoupçonnée d'obscures auberges présentée dans ses moindres détails.

Le Club est arrivé à constituer ainsi un vaste circuit d'étapes. Il le surveille et en encourage la prospérité naissante grâce en partie à la collaboration de ceux qui roulent avec *Les Auberges de France*. En effet, par la possession de ce livre, dont le prix de 20 fr. tient lieu de cotisation et la couverture de carte d'adhérent, on devient membre du Club pour l'année.

A ce titre on bénéficie d'abord d'un accueil privilégié dans les auberges marquées CSC et on est certain ensuite que réclamations, suggestions ou éloges trouveront leur écho immédiat, puisque toutes les prospections sont recommencées à nouveau chaque saison.

Jamais dans le domaine touristique, une telle organisation n'avait pu même être envisagée.

Ajoutons, détail important au point de vue gastronomique, que près de 200 médecins font partie du Club (42, rue de Trévise, Paris) que patronne le doyen de nos grands Cuisiniers, A. Escoffier.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 4 mai. — Jury : MM. Lemierre, président ; Ombrédanne, d'Allaines et Moreau. — M. Eleftherian. Etude du cancer de la tête du pancréas chez les jeunes. — M. Brisard. Arthrorisis antérieure et postérieure dans les pieds équins et talus.

Mercredi 6 mai. — Jury : MM. Bernard, président ; Tanon, Cathala et Debré. — M. Guigner. Les amaigrissements liés au pneumothorax artificiel. — M. Leveiller. Les traitements actuels des artérites sténosantes non diabétiques. — M. L. Roth. Etude de la relation entre la tuberculose humaine et la tuberculose des volailles.

Jeudi 7 mai. — Jury : MM. Guillain, président ; Lenormant, Roussy et Fiessinger. — M. Baqué. Etude clinique des luxations exposées du coude. — M. Moutard. La maladie polykystique du foie.

Samedi 9 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Achard, président; Rathery, Tanon, Panisset, Robin, Henry et Lesbouyries. — M. Devillers. La résistance globulaire dans la piroplasmose du chien. — M. Roux. Le rat musqué. Notion sur la classification, les mœurs, l'élevage et la pathologie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE ASSETTE.

(1) Un volume de 570 pages. — Prix : 70 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) *Deuxième année*. 1 vol. in-8 raisin de 108 p. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères.


Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme.
D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS
MÊME COMPOSITION
MÊMES INDICATIONS :
SIROP GIRARD
MÉDECINE INFANTILE
2 à 3 cuillérées à bouche selon l'âge.
GRANULÉ GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
2 à 4 cuillérées à café pour Enfants & Adultes
VIN GIRARD
A. GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Quelques faits relatifs à la pathologie thyroïdienne, par M. le professeur L. LANGERON (de Lille).
VIIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE. (Compte rendu par M. CAUSSIMON.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
Société de stomatologie de Paris.
NÉCROLOGIE
Le professeur Eugène Derrien (de Montpellier), par M. P. CRISTOL.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Méningite cérébro-spinale. Signes, diagnostic, traitement (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — CHALON-SUR-SAÔNE. — M. le docteur Vachet, ancien interne des hôpitaux de Lyon, a été nommé chirurgien des hôpitaux de Chalon.

AGRÉGATION (1er degré). — L'arrêté du 28 avril 1931, que nous avons publié dans notre dernier numéro, est complété au *Journal officiel* du 3 mai 1931 par l'article suivant :

« Les registres d'inscription seront ouverts dans les secrétariat des Académies du 6 juillet au 5 septembre 1931 inclus ».

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de clinique obstétricale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira le 20 octobre 1931 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

— GRENOBLE. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble s'ouvrira le mercredi 28 octobre 1931 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :

Officier d'Académie. — M. le docteur Chassagne (de Lezoux, Puy-de-Dôme).

CHIRURGIENS DENTISTES. — Le *Journal officiel* du 30 avril 1931 publie le décret suivant :

ARTICLE PREMIER. — Les droits à percevoir, pour études des aspirants au titre de chirurgien-dentiste, tel qu'il est organisé par les décrets des 11 janvier 1909, 20 juillet 1912, 13 février 1920 et 22 février 1929, sont fixés ainsi qu'il suit :

12 droits trimestriels d'inscription à 60 fr., 720 fr.;
12 droits trimestriels de bibliothèque à 10 fr., 120 fr.;
12 droits trimestriels de travaux pratiques, de 150 à 200 fr. (Suivant décision du Conseil de la Faculté.)

ART. 2. — Les inscriptions de stage, réglementées par le décret du 11 janvier 1909 (art. 3 et 4) et par le décret du 22 février 1929 (art. 1er) sont gratuites.

Toutefois, les élèves qui accompliront, près les facultés de médecine, les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, le stage de deux ans prévu à l'article 1er du décret susvisé, seront soumis chaque année à l'immatriculation.

Ils seront, en outre, astreints au payement d'un droit trimestriel de travaux pratiques obligatoires de 200 fr.; dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, ce droit sera perçu dans les universités dans les conditions et sous les réserves prévues par l'article 13 du décret du 21 juillet 1897; dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, il sera perçu au profit des villes.

ART. 3. — Le présent décret sera applicable à partir du 1er mars 1931.

TROUPES COLONIALES. — Le *Journal officiel* du 30 avril 1931 publie un arrêté ministériel fixant les conditions du concours pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant des troupes coloniales.

Le concours s'ouvrira au Val-de-Grâce le 1er décembre 1931.

Les demandes d'admission devront être adressées avec les pièces énumérées dans l'arrêté au ministère de la Guerre, direction des troupes coloniales, 3e bureau avant le 1er novembre 1931.

PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Le prix de médecine navale pour 1931 a été attribué à M. le médecin de 1re classe Querangal des Essarts, pour son étude appliquée de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. dans le personnel de la marine et pour l'ensemble de ses publications concernant ses travaux de laboratoire.

D'autre part, les récompenses ci-après ont été accordées à cette occasion aux officiers du Corps de santé dont les noms et les travaux suivent :

Mention très honorable. — 1° A M. le médecin en chef de 2e classe Cristol, pour son mémoire intitulé : *L'assistance médicale aux ouvriers et le problème de la tuberculose dans les arsenaux.*

Mention honorable. — 1° A M. le médecin principal Penaud, pour son *Guide pour l'application de la loi des pensions du 31 mars 1919 ;*

2° A M. le médecin principal Darleguy, pour son *Rapport sur la croisière autour du monde effectuée d'avril en décembre 1929 par le* « Tourville »;

3° A M. le médecin de 1re classe Godal, pour ses notes médicales recueillies au cours d'une croisière de deux ans dans le Pacifique;

4° A M. le médecin de 1re classe Siméon, pour son étude intitulée : *Considérations sur les causes prédisposantes des fractures du col fémoral.*

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Le *Journal officiel* du 29 avril 1931 publie une circulaire relative aux spécialités pharmaceutiques et à leur prescription conformément à la loi sur les Assurances sociales. La liste des spécialités autorisées sera arrêtée le plus tôt possible. Jusqu'à nouvel ordre, les caisses devront rembourser à concurrence de 85 p. 100 toutes les spécialités dont la vente est légale en France et pour lesquelles des décisions individuelles d'exclusion ne leur auront pas été notifiées.

GROUPEMENT DES SYNDICATS GÉNÉRAUX DE MÉDECINS SPÉCIALISÉS. — Le bureau est ainsi composé :

Président d'honneur : M. Rénon; président : M. Caillaud; vice-président : M. Dubar; secrétaire général : M. Herpin; secrétaire général adjoint : M. Fernet; trésorier : M. Bourguignon.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE TOULOUSE. — La Session Générale-Congrès de la Société d'hydrologie et de climatologie a eu lieu le dimanche 26 avril 1931, à la Faculté de médecine de Toulouse, sous la présidence de M. le Doyen Sabatier, membre de l'Institut, et de M. le Doyen Abelous.

Le Professeur Eugène DERRIEN

Ancien doyen de la Faculté de médecine de Montpellier

(1879-1931)

La Biochimie française et la Faculté de médecine de Montpellier viennent de subir une perte considérable en la personne du docteur Eugène Derrien, professeur de chimie biologique et médicale. Après une longue maladie qui le tenait éloigné de son laboratoire, le professeur Derrien est mort à Montpellier le 9 avril 1931. Il est impossible à l'heure actuelle de se rendre compte encore du vide immense que crée cette disparition et le temps, loin de nous faire oublier, ne fera qu'augmenter nos regrets à tous.

C'est qu'en effet, E. Derrien ne se cantonnait pas dans une spécialisation étroite. Son cerveau puissant, grâce à une force de travail et surtout à une intelligence vraiment prodigieuses, avait fait de lui un savant complet. Ceux d'entre nous, et ils sont nombreux, qui ont eu l'occasion de recourir à ses conseils se souviennent avec quelle bonne grâce souriante, avec quelle rapidité, avec quelle clarté et quelle précision ils obtenaient satisfaction. Aucune science et même aucune discipline scientifique et expérimentale ne lui était étrangère. Doué en outre d'un véritable « don des langues » il pouvait lire dans les textes la plupart des travaux étrangers et se tenir ainsi constamment au courant des dernières productions scientifiques du monde entier. Cette parfaite connaissance de la bibliographie, il la mettait d'ailleurs perpétuellement à la disposition de tous, améliorée en outre et enrichie par une critique sagace.

Le professeur Derrien laisse une œuvre scientifique considérable constituée par plus de cent travaux originaux publiés dans les diverses revues et journaux scientifiques.

Ses recherches de prédilection ont porté sur la matière colorante du sang. En 1905-1906 ses travaux ont été rassemblés dans sa thèse de doctorat en médecine *Sur la méthémoglobine*, thèse remarquable dont les conclusions ont résisté à l'épreuve du temps et des nouvelles méthodes chimiques, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la lecture de la thèse de Roche (1925). Jusqu'en 1913 s'échelonnent encore des travaux sur les pigments sanguins, et enfin depuis 1924 c'est la longue liste des publications sur les « porphyrines » dont il a été le premier à donner un procédé élégant et rapide de détection et à montrer le rôle important dans de nombreux phénomènes biologiques.

A ces travaux s'ajoutent ceux sur l'indol et ses dérivés biologiques : oxydations de l'indol, réactions de l'indoxyle, l'indoxylémie (que confirment les recherches les plus récentes) et ses études si intéressantes sur la chimie biologique de la pourpre, par lesquelles il explique d'une manière originale le mécanisme de la sulfoconjugaison.

La notion de chimisme hémo-méningé qu'il a introduite en chimie clinique en 1918 a fait l'objet de travaux nombreux et, il faut le dire, a été confirmée à peu près universellement par les divers auteurs qui ont su se plier aux règles expérimentales sévères que Derrien avait édictées dès le début.

Il faut d'autre part rappeler ses recherches sur les éliminations azotées et l'acidose, et en clinique le nom de Rapport de Derrien restera attaché à juste titre au rapport si simple et si pratique de l'azote formol à l'azote hypobromite. De nombreux autres sujets ont été approfondis par Derrien notamment les réactions des acides biliaires et des sucres, des questions de chimie analytique et de chimie toxicologique dont la plus importante est la question de l'ictère simulé par l'acide picrique qui peut être facilement décelé par la diazo-réaction qui porte son nom, etc.

Mais E. Derrien fut plus qu'un savant et qu'un chercheur, ce fut un enseigneur et un chef d'école. Depuis 1919 nombreux étaient les jeunes travailleurs qui se pressaient dans ses laboratoires. Plusieurs d'entre eux sont devenus des professeurs à leur tour. Il en était justement fier. Ses élèves lui sont toujours restés fidèles car ils savaient qu'ils avaient en lui un maître incomparable universellement estimé et toujours prêt à les aider. Mais ce qu'ils connaissaient et appréciaient surtout en lui et ce que nous n'oublierons jamais c'est sa paternelle et souriante bonté.

P. CRISTOL.

QUELQUES FAITS RELATIFS A LA PATHOLOGIE THYROIDIENNE

Manifestations basedowiennes avec abaissement du métabolisme basal et syndrome de Raynaud avec augmentation de l'oscillométrie. — Crises angineuses au cours du traitement par les extraits thyroïdiens et parathyroïdiens. — Œdèmes liés à l'hyrothyroïdie et guéris par l'opothérapie.

Par L. LANGERON,
Professeur de clinique médicale à la Faculté libre de Lille.

Les observations suivantes n'ont entre elles d'autres liens que d'avoir été réunies par les hasards de la clinique dans le même laps de temps; publiées isolément elles n'auraient eu qu'un intérêt restreint; groupées au contraire elles m'ont paru intéressantes pour servir à l'étude des manifestations thyroïdiennes de nature vaso-motrice; l'une d'elles se caractérise en plus par la singularité d'un abaissement remarquable du métabolisme basal avec cependant des manifestations nettes de basedowisme.

Syndrome basedowien avec abaissement du métabolisme basal. Intervention, retour du métabolisme à la normale après une phase de diminution. Syndrome de Raynaud intercurrent avec augmentation de l'oscillométrie.

Comme l'indique son titre, cette observation est faite de paradoxes, qui me semblent légitimer sa présentation; un syndrome basedowien, fruste mais net, s'accompagne d'abaissement du métabolisme basal, on enlève un adénome thyroïdien, les signes cliniques s'améliorent mais le métabolisme s'abaisse encore, puis finit par revenir à la normale; entre temps un léger syndrome de Raynaud fait son apparition puis régresse spontanément, mais on note à ce moment une augmentation de l'oscillométrie dans le membre intéressé.

Sans prétendre les résoudre, cette observation pose donc divers problèmes, indépendance relative des divers éléments du syndrome basedowien, et en particulier discordance du métabolisme basal avec les autres symptômes d'hyperthyroïdie, rapports de ce syndrome avec celui de Raynaud, rapports du syndrome de Raynaud avec les données oscillométriques.

B... (Germaine), vingt-neuf ans (1928, F1, 17); jeune fille qui vient à l'hôpital pour un goitre; deux frères ou sœurs sont morts, de méningite et de grippe, deux autres sont bien portants; père mort d'un cancer du rectum, mère porteuse d'un goitre sans signes d'hyperthyroïdie. Dans la localité qu'elle habite il existe quelques cas de goitres (Pas-de-Calais).

Pas de maladies antérieures sauf une otite chronique et des symptômes d'obstruction nasale chronique pour lesquels elle est en traitement.

Le goitre est apparu à l'âge de quatorze ans, après des suppurations froides (?); il est resté pendant deux ans sans autres manifestations, puis sans qu'il ait changé de volume, d'autres symptômes apparurent, faiblesse générale, tremblement, amaigrissement, palpitations.

On note : un goitre charnu développé aux dépens du lobe gauche, non adhérent, non douloureux, de la taille d'une mandarine; le pouls est régulier à 105, pas de souffles au cœur, tension de 13/6, tremblement léger des extrémités, pas de signes oculaires : rien à l'abdomen ni aux poumons, irritabilité et nervosité générales; rien dans les urines; rien à la radioscopie : pas de température : Bordet-Wassermann négatif.

Le métabolisme basal (docteur Legrand) est trouvé de — 14 p. 100.

Après une période de traitement médical par iode et hématoéthyroïdine, l'état restant le même, on décide l'intervention, et étant donné cet abaissement du métabolisme on se contente de l'extirpation d'un nodule thyroïdien gauche sans faire de thyroïdectomie plus complète (docteur Camelot); le pouls descend à 80, l'état nerveux est meilleur, quinze jours après le métabolisme est trouvé de — 20 p. 100.

Un mois après le pouls est à 70, l'état reste bon. Depuis l'opération, et sans qu'auparavant elle ait jamais rien présenté de semblable, elle se plaint de sensations désagréables dans le bras droit, douleurs provoquées par le froid et exagérées par lui, avec engourdissement et pâleur de la main, la chaleur soulage nettement ces phénomènes : le bras est en effet plus pâle et plus froid, mais l'index oscillométrique est de 2 à droite contre 1 à gauche (côté sain).

Revue trois mois après, elle va toujours bien, elle a engraissé de 7 kilogs, n'est plus essoufflée et n'a plus de palpitations, le pouls est habituellement à 60 : elle a présenté des sensations de froid analogues à celles du bras dans la tête et à la face, puis tout a fini par disparaître : l'index oscillométrique est actuellement de 3 à droite et de 2 à gauche.

Le métabolisme basal est devenu normal.

Il s'agit donc d'une histoire qui serait assez banale, de symptômes peu accentués de l'ordre du Basedow avec constatation d'un petit goitre et disparaissant par l'extirpation d'un noyau thyroïdien : les deux particularités sont, les chiffres paradoxaux du métabolisme basal, et la présence de symptômes qui sans aller jusqu'au syndrome de Raynaud complet s'apparentent cependant à cette famille pathologique, avec cette constatation également paradoxale d'un index oscillométrique plus élevé du côté malade que du côté sain.

Crises angineuses au cours du traitement par les extraits thyroïdiens et parathyroïdiens.

On connaît l'existence de manifestations angineuses au cours des états hypothyroïdiens : Laubry, Mussio-Fournier et Walser en ont rapporté un exemple associé à des symptômes d'insuffisance cardiaque (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1924, p. 1592), qu'ils considèrent comme un trouble fonctionnel sans lésions et sous la dépendance de l'insuffisance cardiaque, elle-même liée à la déficience endocrinienne; on connaît, par ailleurs, l'existence d'athérome pouvant amener l'obstruction coronarienne et l'angor, après thyroïdectomie expérimentale (Eiselberg, Pick) ou opératoire (Parizot, Marfan, Jeandelize).

Les faits que je rapporte ici constituent la contrepartie des précédents puisque les manifestations angineuses ont paru liées à l'administration d'extrait thyroïdien; j'en rapproche deux autres cas où il s'agissait d'extraits parathyroïdiens. Ces cas sont purement cliniques et ne sont évidemment susceptibles d'aucune conclusion pathogénique ferme, mais rapprochés d'autres analogues, dans d'autres territoires vasculoires, ils peuvent quand même présenter quelque intérêt à être connus.

Une femme de cinquante-trois ans (1927, F2 95) sans passé ni lésions cardio-aortiques, non hypertendue (15/8) non albuminurique, obèse et rhumatisante depuis sa ménopause, présente en même temps des signes qui font penser à l'hypothyroïdie, peau épaisse infiltrée, sécheresse des téguments. On la soumet, de ce chef, à l'extrait thyroïdien, 0g10 par jour; au bout de huit jours de traitement, elle présente brusquement une douleur précordiale intense, avec irradiation dans l'épaule et le bras gauches et dans la région épigastrique, angoisse, troubles vaso-moteurs, transpirations, sans dyspnée ni signes pulmonaires; il n'y a rien au cœur, le pouls est calme; cette crise dure trois heures et se termine par une piqûre de morphine; il persiste le lendemain un endolorissement du bras gauche. On suspend le traitement et ces phénomènes, qui ne s'étaient jamais produits auparavant, ne se renouvellent pas.

II et III. Deux malades sont soumis, pour des raisons diverses, rhumatisme chronique et maladie de Dupuytren, à des injections d'extrait parathyroïdien; au bout de 10 injections, ils présentent tous les deux des sensations cardiaques douloureuses avec irradiations et angoisse; ces manifestations sont spontanées, elles disparaissent rapidement, elles ne s'accompagnent d'aucun symptôme objectif en dehors de quelques manifestations vaso-motrice, rougeur de la face et sueurs : l'un était un cardiaque arythmique de façon paroxystique (fibrillation auriculaire paroxystique), l'autre était indemne à ce point de vue; chez l'un, l'inhalation de nitrite d'amyle fut suivie d'une sédation immédiate. Les manifestations pathologiques pour lesquelles avait été faite cette thérapeutique n'ont été d'ailleurs nullement influencées.

Chez ces trois malades, il s'agissait évidemment de manifestations très frustes à la limite des simples algies et de l'angor, mais qui s'apparentent quand même à cette dernière : leur relation avec l'extrait glandulaire semble indubitable.

Pour expliquer cette apparition on ne peut faire que des hypothèses, mais rapprochées d'autres faits vasculaires observés dans les mêmes conditions, ces hypothèses peuvent être intéressantes pour rendre compte de l'angor.

On sait que des manifestations vaso-motrices nettement appréciables dans les territoires périphériques sous la forme de crises vaso-constrictives ou vaso-dilatatrices ont été observées au cours des syndromes thyroïdiens et parathyroïdiens : j'en ai, pour ma part, observé un, analogue au syndrome de Raynaud, après une thyroïdectomie partielle pour phénomènes basedowiens (1); de là que ces phénomènes sont possibles à la périphérie, il n'est pas illogique d'en supposer l'existence au niveau des artères coronaires avec la conséquence clinique de l'accès angineux plus ou moins caractérisé; un équilibre vaso-moteur peut être instable antérieurement, autrement, est brusquement rompu dans le sens de la vaso-constriction et les manifestations cliniques en découlent.

Si succints que soient ces faits, ils peuvent donc servir à l'histoire des manifestations angineuses liées à des phénomènes de spasme coronarien, comme ils sont des exemples des incidents auxquels peut donner lieu d'administration de ces extraits glandulaires.

(1) Publié ci-dessus.

Œdèmes liés à l'hypothyroïdie et guéris par l'opothérapie.

On a, à plusieurs reprises, attiré l'attention sur l'existence d'œdèmes siégeant, soit à la face, soit aux extrémités, et paraissant, de par le contexte clinique et les résultats de l'opothérapie, liés à un fonctionnement défectueux du corps thyroïde, spécialement dans le sens d'un hypo-fonctionnement.

En 1928, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, plusieurs observations en ont été rapportées : Pagniez, p. 268; Vaucher, p. 933; Apert, p. 939; il s'agit dans ces cas de malades ne présentant aucune autre affection susceptible de s'accompagner d'œdèmes et présentant, soit au niveau des membres, soit à la face, soit ailleurs, des manifestations œdémateuses améliorées et même guéries par l'emploi de l'opothérapie thyroïdienne; Pagniez rappelait également des observations antérieures analogues. La pathogénie de ces œdèmes est encore obscure; ils paraissent évidemment en rapport avec un trouble de nature déficitaire de la glande en cause, mais le mécanisme même par lequel est réalisé l'œdème reste encore mystérieux; on peut le supposer à la suite des rapports du XIXe Congrès français de médecine de Paris, 1927 et spécialement de celui de Gowaerts, dans un trouble de la perméabilité capillaire avec diminution de la tension des protéines.

Quelle que soit d'ailleurs l'explication de ces faits, on doit les distinguer, au moins sur le terrain clinique, car du point de vue pathonénique, il existe certainement entre eux des rapports, de l'action de l'extrait thyroïdien dans les œdèmes cardiaques hépatiques ou rénaux; dans les cas envisagés ici, il s'agit d'un œdème purement thyroïdien, il n'existe aucun facteur, ni cardiaque, ni hépatique, ni rénal.

L'observation que je rapporte ici est de ce genre; le trouble thyroïdien est authentifié par l'abaissement du métabolisme basal, le résultat thérapeutique est la confirmation de la conception théorique.

D... (Jeanne), trente-sept ans (1042); pas d'antécédents particuliers, 6 enfants en bonne santé, pas d'albuminurie pendant les grossesses; depuis le dernier accouchement; il y à cinq mois, les règles ne sont pas revenues, malgré qu'elle n'ait nourri qu'un mois; elle se sent nerveuse et perd ses forces.

Depuis un mois sont apparus des œdèmes de la face, des lèvres, du cou et des mains, elle a été obligée d'enlever ses bagues; il s'agit d'une bouffissure, indolore, plus disgracieuse que gênante, fugace et capricieuse dans son apparition, plus marquée le matin que le soir.

L'état général est intact malgré un léger amaigrissement; l'examen est entièrement négatif, il n'y a rien au cœur, ni dans les urines, la tension est de 12/8 avec un index de 6, donc un peu augmenté; rien aux yeux, ni au système nerveux, rien à l'auscultation ni à la radioscopie; pas de signes de Basedow, pas de goitre; le cou est seulement un peu gros.

La figure est bouffie, les yeux un peu larmoyants; les doigts sont boudinés; la malade n'a jamais eu d'engelures; l'examen du sang est normal à tous points de vue; Bordet-Wassermann négatif.

Les choses se bornent donc à la constatation de ces œdèmes qu'accompagnent quelques manifestations nerveuses subjectives d'irritabilité générales, compréhensibles et excusables chez une femme jeune et jolie, et de troubles de la menstruation.

Le métabolisme basal (docteur Legrand) est trouvé abaissé de — 20,66 p. 100; cette constatation permet d'interpréter les troubles et indique la thérapeutique; on donne de l'extrait thyroïdien à raison de 0g10 par jour.

Ce traitement est très bien toléré; les œdèmes cèdent presque aussitôt; les règles reviennent normalement.

Revue quatre mois après, elle a engraissé, malgré la prise régulière de corps thyroïde, fait d'ailleurs bien connu dans ces cas, elle se sent bien; mais le traitement doit être continué et sans lui les œdèmes réapparaissent immédiatement. Tout se passe donc comme si ces œdèmes étaient liés à la suppression d'une sécrétion que l'extrait thyroïdien remplace mais d'une façon transitoire si bien que son administration ne peut être interrompue sous peine de réapparition des accidents. Il n'existe d'ailleurs aucune cause visible de cette hypothyroïdie, en dehors des grossesses répétées, à la dernière desquelles a succédé cet état.

De toutes façons, les faits semblent suffisamment nets pour légitimer l'interprétation qui en est donnée et le titre de cette présentation.

VIIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE

Bordeaux, 30 mars-2 avril 1931 (1).

Le Congrès est ouvert, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique, dans le grand amphithéâtre de l'Athénée municipal. M. le doyen Sigalas, vice-président de la Fédération girondine des œuvres antituberculeuses, président du Congrès, prononce une allocution. Il rappelle l'orientation de la lutte antituberculeuse en France, et il indique tout ce qui a été fait en Gironde depuis la première heure. En termes émus, il évoque la grande figure du professeur Arnozan et l'œuvre sociale immense accomplie par le maître bordelais. Il trace le plan des travaux du Congrès. M. Blaisot, ministre, se fait l'interprète des encouragements du gouvernement. L'hommage qu'il rend au professeur Calmette, présent à la séance, soulève l'enthousiasme de l'auditoire.

Le problème de la Bactériolyse du bacille tuberculeux

Rapporteurs : M. le professeur Bezançon,
MM. les docteurs Philibert, Buc et Paraf (de Paris).

L'état réfractaire ne tient certainement pas aux propriétés bactéricides du sérum, et l'immunité acquise ne saurait se ramener à l'existence d'un pouvoir bactériolytique dans le sérum des animaux vaccinés. La bactériolyse ne saurait être exactement rapprochée de l'hémolyse. Le bacille de Koch est extrêmement résistant à toutes les causes de destruction. L'aspect granuleux que prend ce bacille dans certaines conditions ne peut pas être considéré comme la conséquence d'un phénomène de bactériolyse. Les granulations sont plutôt des formes de résistance dont il faut encore étudier la signification exacte. De même nous ne connaissons pas exactement la signification de la perte de l'acido-résistance du bacille. Mais à coup sûr, la disparition de l'acido-résistance n'implique pas l'existence d'une action bactériolytique. Il en est de même de la constatation des granulations acido-résistantes qui peuvent exister sans corps bacillaire visible. Les rapporteurs mettent en doute l'existence de granulations se colorant exclusivement par le Gram et non acido-résistantes. Pour eux toutes les granulations sont acido-résistantes avec de simples nuances dans l'intensité de la chromophilie.

Il est donc difficile de parler de bactériolyse en partant de constatations morphologiques.

Sur ce sujet les cultures ne peuvent donner aucun renseignement précis.

La pauvreté en bacilles des pus tuberculeux a été attribuée à la présence de la lipase. Il semble cependant que celle-ci n'ait qu'un faible pouvoir, que la question soit beaucoup plus complexe et qu'on ait exagéré l'importance de ce facteur.

Le sort des bacilles tuberculeux dans l'organisme est loin d'être élucidé.

Les constatations précédentes ont été mises au point dans le rapport de Bezançon et Philibert. Dans un second rapport, Bezançon et Buc étudient la bactériolyse dans les humeurs.

Pour ces auteurs, la présence de propriétés bactériolytiques dans les épanchements pleuraux vis-à-vis du bacille de Koch ne semble pas démontrée. Les cultures de ces liquides, leur inoculation au cobaye montrent qu'ils contiennent à tous les stades de leur évolution des bacilles. Malgré leur aspect granuleux et fragmenté, ces bacilles sont bien vivants et virulents. Il est également impossible de démontrer l'existence de propriétés bactériolytiques *in vitro*. Dans certains cas très rares (Rist et Jonesco), les exsudats se comportent comme s'ils exerçaient une action inhibitrice vis-à-vis du bacille de Koch. Mais même dans ces cas on ne peut pas parler d'action bactériolytique proprement dite.

Jean Paraf, rapporteur, étudie la bactériolyse du bacille de Koch dans les tissus. Il y a parallelisme entre les observations faites au cours d'inoculations à animal et celles faites dans les cultures de leucocytes infectés *in vitro*. Chez l'animal sain ou avec le leucocyte normal, c'est le phénomène d'encerclement bacillaire qui domine. Souvent les poisons bacillaires finissent par triompher de la barrière cellulaire (cellules géantes; caséification). Chez l'animal réfractaire, certains éléments cellulaires arrivent à détruire le bacille et on retrouve là, l'activité du monocyte tissulaire. C'est cette cellule ou une cellule voisine qui est l'agent de la grande destruction bacillaire que l'on observe *in vitro* avec les myéloblastes.

Discussion.

MM. Ch. Richet (fils) et Hauduroy. Il semble indiscutable qu'on puisse observer des phénomènes de bactériolyse au cours d'un séjour prolongé des crachats à l'étuve.

MM. P. Courmont et H. Gardère. On ne saurait nier le pouvoir bactéricide et par conséquent bactériolytique de certains sérums de tuberculeux. Ce pouvoir s'observe au maximum avec le sérum de malades chez lesquels la maladie évolue d'une façon favorable et aussi avec le liquide des pleurésies qui évoluent spontanément vers la guérison.

M. Rist. Cet auteur revient sur les phénomènes de bactériolyse qu'il a observés avec ses collaborateurs dans les liquides d'épanchement du pneumothorax. Il fait remarquer que certains de ces liquides qui sont très riches en bacilles sont très difficiles à cultiver. Ces mêmes liquides, malgré l'abondance des bacilles qu'ils contiennent, sont d'un bon pronostic. Cet auteur pense que ces épanchements ont sans doute un pouvoir inhibiteur sur la virulence des bacilles. Il se produirait aussi dans une certaine mesure une destruction des bacilles.

M. Rapin. Cet auteur rappelle très succinctement quelques circonstances au cours desquelles il a pu observer des phénomènes qu'il interprète comme relevant de la bactériolyse.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire

Rapporteurs : M. le professeur LEURET et M le docteur CAUSSIMON.

Le diagnostic d'activité d'une lésion tuberculeuse pulmonaire envisage l'activité actuelle de la lésion. Envisager l'activité potentielle, c'est étudier le pronostic. Outre la virulence des éléments bacillaires et la qualité du terrain, les manifestations de l'activité des lésions sont commandées par l'importance ou l'insuffisance de la réaction scléreuse d'enkystement des lésions. L'expression de l'activité est plus ou moins riche suivant que la lésion est ou n'est pas en communication avec le milieu intérieur (sang ou lymphe) et que la barrière périlésionnelle est plus ou moins solide.

Au point de vue biologique, une lésion est active aussi longtemps qu'elle contient des bacilles virulents. Au point de vue clinique, une lésion active est celle qui s'exprime par des signes cliniques ou des réactions humorales assez nets pour être enregistrés. Au point de vue anatomique, une lésion active et évolutive est celle qui creuse et s'étend.

Le diagnostic de l'activité d'une lésion pulmonaire consiste à trouver des signes ou des réactions humorales tellement sensibles et spécifiques que toute lésion bactériologiquement active puisse à coup sûr être décelée.

Les rapporteurs proposent la classification suivante :

1° Lésion inactive à la fois au point de vue bactériologique et au point de vue clinique. C'est la forme idéale de la tuberculose guérie. A signaler que ces lésions peuvent laisser des traces humorales et radiologiques.

2° Lésion active au point de vue bactériologique et silencieuse au point de vue clinique. C'est la tuberculose latente ou la tuberculose stabilisée (tuberculose fermée du côté de l'arbre respiratoire et du milieu circulant).

3° Lésion active au point de vue bactériologique et au point de vue clinique, mais non évolutive, car elle ne s'étend ni ne creuse. *a.* Elle peut être fermée du côté du milieu intérieur et du côté des bronches. C'est la tuberculose fermée active. *b.* Elle peut être fermée du côté du milieu intérieur et ouverte du côté des bronches : type de l'abcès froid pulmonaire.

4° Lésion active au point de vue bactériologique et au point de vue clinique, et en outre évolutive (phtisie pulmonaire commune chronique).

5° Lésion active au point de vue bactériologique et au point de vue clinique, non évolutive, mais infectante (forme septicémique continue ou intermittente).

6° Lésion active au point de vue bactériologique et au point de vue clinique et en outre évolutive et infectante (phtisies aiguës, subaiguës ou chroniques à évolution rapide).

Les perversions de la régulation thermique sont une expression fréquente, suffisante, mais non toujours nécessaire à l'activité tuberculeuse. A lésion pulmonaire d'activité analogue chaque malade fait son hyperthermie à sa façon. La fièvre exprime une activité d'autant plus forte qu'elle est plus élevée, plus durable et qu'elle s'accompagne d'un cortège plus important de signes généraux.

D'une façon générale, on peut dire que les diverses modalités de la fièvre chez les tuberculeux représentent des manifestations capitales de l'activité des lésions.

Cependant l'absence de fièvre n'implique pas nécessairement l'inactivité des lésions. Il existe de nombreuses formes actives de la maladie tuberculeuse qui se développent sans réaction thermique appréciable.

Parmi les épreuves qui révèlent l'instabilité thermique, celle de la marche peut être considérée comme un bon test d'activité lésionnelle.

Les altérations de l'état général correspondent presque toujours à des lésions actives, surtout l'amaigrissement. Il en est de même de l'instabilité de la courbe pondérale. L'absence d'altération de l'état général n'implique pas que les lésions soient nécessairement inactives.

L'étude de la décalcification, celle de l'équilibre acide-base ne donnent pas de renseignements pratiquement utilisables pour la mesure de l'activité lésionnelle. Par contre la mesure du métabolisme basal peut fournir des indications très précises. Le taux de la colestérolémie n'est nullement en rapport avec l'activité des lésions tuberculeuses. Les réactions de Moritz-Weiss et de Petzetakis peuvent être utilisées.

En matière de tuberculose pulmonaire, ce ne sont pas les lésions qui s'entendent le mieux à l'auscultation qui sont nécessairement actives. Inversement, des lésions inaudibles ou à peine perceptibles peuvent avoir une activité redoutable.

Il n'existe pas de syndrome d'auscultation pathognomonique d'une lésion tuberculeuse active. Les signes physiques et les signes fonctionnels doivent être interprétés par comparaison avec les signes généraux. Ce sont les signes généraux qui font de l'hémoptysie un témoin de l'activité lésionnelle.

La tachycardie est un bon signe d'activité. L'instabilité du pouls répond à l'instabilité de la courbe de poids et de la courbe de température.

L'hypotension artérielle n'est pas la règle dans les lésions tuberculeuses actives. La pratique des courbes oscillométriques en série donne des renseignements précieux.

Il existe des lésions pulmonaires actives que les techniques actuelles de la radiologie sont impuissantes à révéler. L'activité ou l'inactivité des lésions ne sont nullement en rapport direct avec l'absence ni avec l'abondance des images. L'intensité des ombres n'est pas proportionnelle à la gravité de la lésion, et inversement.

Pour apprécier l'activité et l'évolutivité des lésions, il est absolument indispensable de pratiquer systématiquement des radiographies en série. Dans tous les cas, c'est la clinique qui donne à l'aspect radiologique sa signification réelle.

La constatation d'une bacilloscopie négative vérifiée par des examens répétés et par les procédés biologiques n'implique pas que la lésion soit inactive.

Une lésion active fortement bacillifère peut n'être pas évolutive ni infectante. Une lésion paucibacillifère peut être fortement infectante.

L'albumine et la tyrosino-réaction peuvent apporter des renseignements confirmatifs.

La signification des réactions sérologiques est dominée par la notion d'équilibre ou de déséquilibre protéinique du sérum.

Le dosage comparé des diverses albumines du sérum est susceptible de traduire avec fidélité l'activité de la lésion, son évolutivité anatomique et l'intensité de la réaction de défense de l'organisme (diverses réactions de floculation et sédimentation des hématies).

Il faut faire une place à part à la réaction de Vernes; les courbes photométriques permettent de suivre l'évolution de la maladie.

Il y a le plus grand intérêt à comparer la réaction de Vernes avec les réactions de déviation du complément faites avec divers antigènes. L'étude des indices optiques bas doit être systématiquement reprise.

Il faut savoir également utiliser la cuti-réaction, l'urino-réaction de Wildbloz, les formules leucocytaires et la mesure de l'index opsonique.

En résumé, le diagnostic d'activité d'une lésion tuberculeuse pulmonaire ne peut être que la conclusion d'un ensemble de signes recueillis en série et comparés les uns aux autres, le résultat de l'observation suivie d'un malade et de la comparaison des signes relevés à différentes étapes de sa maladie permettant seul d'affirmer l'activité d'une lésion tuberculeuse.

Discussion.

M. GAUSSEL. Cette question du diagnostic de l'activité des lésions pulmonaires tuberculeuses est très importante au point de vue médico-légal, en particulier en ce qui concerne les expertises. Le diagnostic d'activité « actuelle » n'engage pas l'avenir et on risque de décider dangereusement des réintégrations d'anciens malades dans les administrations. Il est bon de faire remarquer que le temps dont dispose le surexpert est extrêmement court pour se faire une opinion valable. Il serait nécessaire que le surexpert puisse observer son malade six mois environ avant de prendre une décision.

M. P. COURMONT insiste sur l'importance des réactions de laboratoire dans le diagnostic d'activité lésionnelle. Il est indispensable d'utiliser plusieurs réactions sérologiques et de les coordonner. Il ne faut pas négliger d'utiliser les renseignements parfois précieux que peut donner l'intensité de la cuti-réaction. Il convient également d'accorder une place

Prophylaxie de la tuberculose dans l'armée métropolitaine.

Rapporteurs : MM. le médecin lieutenant-colonel PILOD et le médecin commandant LE BOURDELLÈS.

Ce travail extrêmement documenté met en lumière les difficultés techniques et administratives auxquelles se heurte la prophylaxie de la tuberculose dans l'armée. Les rapporteurs concluent en demandant une collaboration beaucoup plus étroite entre les organismes civils de prophylaxie et les organismes militaires.

Discussion.

M. le professeur RIEUX (du Val-de-Grâce) rapporte les résultats d'une expérience portant sur l'examen clinique et radiologique de 400 soldats à l'occasion d'une visite d'incorporation. M. le médecin général BOUFFARD rend compte de l'état actuel du dépistage de la tuberculose dans les troupes noires. M. le médecin principal JEAUNIAUD parle de la prophylaxie de la tuberculose dans la marine de l'Etat. Il souhaite que cette importante question soit reprise à un prochain congrès avec toute l'ampleur qu'elle mérite, et soit liée à celle de la prophylaxie de la tuberculose dans la marine marchande.

M. RIST insiste sur la nécessité d'améliorer le fonctionnement du service de santé et des dispensaires. M. MOUISSET fait sur ces deux points d'intéressantes suggestions.

M. SOTTY souhaite que les réservistes tuberculeux en charge dans les dispensaires soient signalés systématiquement à l'autorité militaire pour éviter leur appel en cas de guerre. M. le médecin colonel JULLIEN et M. ENCONTRE exposent plusieurs points particuliers du plus haut intérêt.

CAUSSIMON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 MARS 1931)

Maladie de Léo Buerger chez une jeune fille musulmane. — MM. J. TRABAUD et MREDDEN (de Damas).

Etude microscopique des lésions dans un cas de maladie de Léo Buerger chez une femme musulmane. — MM. J. TRABAUD et CHONKAT CHATY (de Damas).

Observation d'un cas d'état dysmélinique du corps strié (syndrome de Cécile et d'Oskar Vogt) avec atteinte hypothalamique. — MM. G. GUILLAIN et P. MOLLARET.

Un cas français de pellagre avec paraplégie. — MM. G. GUILLAIN, P. MOLLARET et J. LEREBOULLET.

Hydroa bulleux. — M. LORTAT-JACOB, à propos de la présentation d'un malade atteint d'hydroa bulleux, discute les relations qui existent entre le zona et l'érythème polymorphe.

Valeur pratique de la sédimentation globulaire au cours des rhumatismes chroniques (résultats de 600 déterminations). — MM. J. FORESTIER et F. COSTE.

Purpura fulminans. Septicémie à diplococcus crassus. — MM. P. HARVIER et R. CATTAN.

Action sur la tolérance hydrocarbonée du drainage chirurgical des voies biliaires dans un cas de diabète et de lithiase vésiculaire associés. — MM. P. HARVIER et J. CAROLI.

De la valeur du rapport azotémique dans la recherche de l'insuffisance hépatique. — MM. M. LABBÉ, NEPVEU et ROUBEAUX.

Deux cas de néphrose lipoïdique avec rémission prolongée. — MM. ACHARD, BARIÉTY et CODOUNIS présentent deux malades atteints de néphrose lipoïdique : gros œdèmes, grosse albuminurie, corpuscules biréfringents dans l'urine, hyperlipidémie, hypoprotéinémie avec diminution très importante de la sérine et inversion du quotient albumineux. Ces malades furent soumis à un régime hyperazoté auquel on ajouta 0g10 d'extrait thyroïdien. Les résultats furent remarquables. Ils portèrent non seulement sur les signes cliniques (les œdèmes ont totalement disparu), mais aussi sur le syndrome humoral.

En plus de l'intérêt d'ordre thérapeutique les auteurs soulignent plusieurs autres points : les antécédents syphilitiques du second malade; l'association avec une néphrite azotémique; l'importance des troubles lipidémiques pour le diagnostic, des perturbations protéiniques pour le pronostic.

Endocardites végétantes à staphylocoque : forme suraiguë et forme lente. — MM. A. LEMIERRE, A. LAPORTE et E. BOLTANSKI rapportent deux cas d'endocardite à staphylocoque très différents l'un de l'autre. Dans le premier, il s'est agi d'une forme maligne suraiguë classique, compliquée de méningite, dont le diagnostic fut posé immédiatement, grâce à l'existence d'éléments cutanés emboliques, ecchymotiques, centrés de bulles purulentes. La septicémie staphylococcique a eu pour point de départ l'utérus, consécutivement à un avortement provoqué.

Le deuxième cas a été complètement atypique. La maladie a duré quatorze mois, se traduisant pendant un an par des crises de défaillance cardiaque. La phase terminale, qui dura deux mois, fut marquée par une véritable explosion de phénomènes emboliques. Le diagnostic de la nature staphylococcique de l'infection fut seulement fait alors grâce à l'hémoculture et à l'examen d'un petit épanchement pleural purulent.

Xanthochromie d'origine alimentaire. — MM. Noël FIESSINGER et F. THIÉBAUT présentent une malade atteinte de faux ictère par carotine.

La teinte de la peau de tout le corps est fortement colorée d'un jaune légèrement teinté de rose.

Les muqueuses ne sont pas colorées, les urines sont normales. Aucun signe d'intoxication biliaire.

Le plasma et les urines ne contiennent pas de bilirubine.

Le sérum n'est pas imprégné de bilirubine (Bruysch négatif).

La coloration jaune intense du plasma est due à de la

carotine dosée à 7 milligrammes par litre de plasma, dont les auteurs présentent des extraits.

Cette carotinodermie résulte du régime de la malade fortement chargé en légumes verts et en oranges.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 AVRIL 1931)

Le B. C. G. peut-il devenir virulent par culture sur filtrats tuberculeux? — MM. J. VALTIS et F. VAN DEINSE ont observé par l'inoculation au cobaye, que la symbiose en culture du B. C. G. et de l'ultravirus tuberculeux n'exalte pas la virulence du B. C. G. et que réciproquement ce dernier n'augmente pas celle de l'ultravirus.

Sur l'apparition des anticorps spécifiques chez les lapins inoculés par voie veineuse avec du B. C. G. — M. C. KERESTHETZIS et Mlle A. ANGELO ont observé que l'inoculation du B. C. G. par voie veineuse chez les lapins provoque l'apparition d'anticorps spécifiques décelables par la méthode de fixation du complément avec l'antigène antituberculeux de MM. Boquet et Nègre.

Un instrument pour l'ablation de la moelle des singes : le rachisécateur. — M. P. LÉPINE présente sous ce nom une cisaille spéciale qu'il a fait construire, et qui permet, à l'autopsie des singes et des lapins, de prélever rapidement la moelle de l'animal dans sa totalité sans risque de la contaminer ni de l'endommager.

Préparation d'un vaccin. — MM. MOREAU, M. LARGET et J.-P. LAMARE présentent le mode de préparation d'un vaccin dont ils éprouvent l'efficacité depuis plusieurs années. Ce vaccin réunit les qualités des lysats (grâce à l'action du pyocyanique vivant et d'un pH spécial du milieu), les avantages des anatoxines (par action du pyocyanique et du formol), les effets des protéines par utilisation des bouillons de culture. Des associations microbiennes différentes permettent actuellement l'emploi d'un vaccin antipyogène, d'un vaccin abdominal et d'un vaccin antigonococcique chronique.

Le pouvoir excréteur de la muqueuse digestive. — MM. Félix RAMOND et DIMITRESCO-POPORICI rapportent leurs expériences sur le lapin. Le bleu de méthylène et le salicylate de soude injectés dans la veine marginale s'éliminent intensivement et immédiatement par la muqueuse gastrique et, avec un peu moins d'intensité, par celle du duodénum et du cæco-appendice. Plus tard l'excrétion se fait fortement par la bile, les reins, accessoirement par l'intestin grêle, et à un faible degré par les côlons transverse et descendant. Ces expériences, que les auteurs répètent sur d'autres produits injectables, paraissent avoir un intérêt réel pour la physiologie normale et pathologique du tube digestif tout entier.

Quelques précisions sur les effets cardio-vasculaires des embolies cérébrales. Augmentation tensionnelle en échelons déterminée par des embolies successives. — MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et Stanislas DE SÈZE montrent le parti qu'on peut tirer d'une technique précise d'embolie cérébrale expérimentale pour l'étude des phénomènes cardio-vasculaires déclanchés par la thrombose des artères du cerveau. Dans les conditions exactes où se sont placés les auteurs, ils ont pu réaliser, par des embolies successives, une élévation en échelons de la pression artérielle. Le degré de l'augmentation tensionnelle est donc, dans ces expériences, proportionnel à l'étendue du territoire cérébral lésé par l'oblitération artérielle.

Quelques précisions sur les effets cardio-vasculaires des embolies cérébrales. Sur la durée de l'hypertension réactionnelle. — MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et Stanislas DE SÈZE, poursuivant leurs recherches, sous le double contrôle de la radiographie des centres nerveux injectés et de l'enregistrement graphique des phénomènes cardio-vasculaires, montrent que la poussée hypertensive consécutive à l'embolie cérébrale expérimentale est d'autant plus longue que l'injection embolisante est plus volumineuse. Ces faits ne peuvent être observés que sur le chien soumis à la respiration artificielle, car les phénomènes respiratoires provoqués par l'embolie (apnée, asphyxie) changent complètement l'allure des phénomènes cardio-vasculaires.

Quinine et sang splénique. — MM. Léon BINET et René FABRE montrent, avec planche à l'appui, que dans la rate le sang peut contenir un taux de quinine double de celui noté dans le sang circulant, l'examen étant pratiqué quarante-huit heures après l'administration de la quinine.

Les auteurs montrent que la quinine est fixée sur les hématies dont le nombre peut être doublé dans le sang veineux splénique de chasse.

I. Action de la diélectrolyse transcérébrale des ions chlore et potassium sur la courbe oscillométrique chez les hémiplégiques. — II. Localisation de la lésion par l'action de la diélectrolyse dans un cas d'hémiplégie gauche avec aphasie. — MM. Georges BOURGUIGNON et Socrate ELIOPOULOS :

I. Dans ce travail, les auteurs montrent que les ions chlore et potassium qui, introduits électrolytiquement dans un hémisphère cérébral sain, sont inactifs, produisent une légère augmentation de l'indice oscillométrique au bras paralysé chez les hémiplégiques, lorsque l'ion est introduit dans l'hémisphère lésé. Lorsqu'il est introduit dans l'hémisphère sain, ces ions sont inactifs, comme à l'état normal.

La plus grande sensibilité à l'action des ions introduits électrolytiquement des centres vaso-moteurs cérébraux de l'hémisphère lésé dans l'hémiplégie, déjà signalée par les auteurs, trouve une confirmation nette dans le fait que des ions inactifs à l'état normal deviennent légèrement actifs dans l'hémiplégie.

II. Chez une malade atteinte d'hémiplégie gauche avec aphasie, l'action des ions iode, calcium et magnésium introduits électrolytiquement était directe au lieu d'être croisée. Le fait ne pouvait s'expliquer que par l'absence de décussation des voies vaso-motrices centrales. Les auteurs se sont donc demandé si cette absence de décussation n'existait pas aussi pour les voies motrices centrales, ce qui expliquerait la coïncidence d'une aphasie avec une hémiplégie gauche

Pour résoudre ce problème, les auteurs ont employé le procédé d'excitation du faisceau pyramidal par la voie orbito-occipitale.

Cette expérience a montré que les contractions sont directes et non croisées et que les chronaxies du faisceau pyramidal droit sont normales tandis que celles du faisceau pyramidal gauche sont augmentées.

Il y a donc bien absence de décussation des voies motrices comme des voies vaso-motrices. L'hémiplégie gauche, dans ce cas, tient donc à l'absence de décussation et non à un déplacement des centres du langage de gauche à droite.

L'étude des actions vaso-motrices de la diélectrolyse permet donc de reconnaître pendant la vie la localisation de la lésion dans les cas où, exceptionnellement, la décussation fait défaut. Les excitations et la mesure des chronaxies du faisceau pyramidal confirment les résultats de l'étude des actions vaso-motrices de la diélectrolyse.

La connaissance du siège de la lésion est importante pour l'application du traitement de l'hémiplégie par diélectrolyse transcérébrale de calcium.

Réticulocytose au cours de la maladie de Hodgkin. — MM. Noel FIESSINGER et C.-M. LAUR ont observé dans quatre

cas de maladie de Hodgkin des chiffres relativement élevés des réticulocytes, de 5 à 13 p. 100 des globules rouges (normale 0,3 à 1 p. 100). Les poussées de réticulocytes, signalées par Klima (de Vienne), se produisent à certaines périodes où l'état anémique est plus marqué. Ici il n'y avait pas une anémie suffisante pour expliquer la réticulocytose. Il faut admettre qu'il se produit un processus spontané réactionnel médullaire.

Virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce. — MM. Toulouse, Valtis, Schiff et van Diense ont pu déceler par passages au cobaye la présence d'un virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce. Il s'agit d'un fait isolé, mais sa confirmation appuierait les hypothèses émises sur le rôle de la tuberculose dans l'étiologie de la démence précoce.

Immunité et virus filtrables; recherche par l'électrophorèse du virus herpétique dans le névraxe des lapins immunisés. — M. S. Nicolau, Mmes L. Kopciewska et Val. Constantinesco infirment l'hypothèse d'Olitsky en ce qui concerne l'interprétation de l'immunité dans les maladies à ultravirus. Pour ce dernier, il y a présence de germes dans l'organisme, après la guérison des diverses maladies à ultravirus. Ces cas, très rares, sont considérés par les auteurs comme des porteurs de germes. Avec de nouvelles preuves à l'appui, ils montrent que l'immunité acquise contre les ultravirus, non seulement n'implique pas la survie du virus, mais, en règle générale, et, en dehors de rares cas de porteurs de germes, exclut la présence du virus dans l'organisme.

Action comparée des extraits de lobe antérieur d'hypophyse sur la maturation sexuelle et sur la croissance du rat et de la souris. — M. P. Lépine, expérimentant avec des extraits de lobe antérieur de bovidés montre qu'alors que la greffe ou l'injection du jus de glande détermine chez l'animal une accélération bien connue de la croissance, l'injection d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse à des rats et des souris impubères a déterminé chez ces animaux les phénomènes de maturation sexuelle précoce et d'hypertrophie du tractus génital caractéristique de l'hormone préhypophysaire, mais s'est par contre, montrée sans action sur la croissance et sur le poids des mêmes animaux. L'action de l'hypophyse antérieure sur la croissance est due à un facteur indépendant de l'hormone sexuelle sécrétée par cette glande.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(Séance du 17 mars 1931)

Tuberculose osseuse type carie sèche ou lésions osseuses trophiques, complications de lupus buccal? — Telle est la question que se posent MM. Dechaume et Chompret à propos de deux observations de fonte osseuse très particulière, d'ostéolyse sans suppuration ni séquestre chez deux malades atteints de lupus.

Les auteurs signalent l'heureuse action du bistouri électrique dans le traitement du lupus.

Stomatologie et gastro-entérologie. Nécessité et efficacité de leur collaboration dans le traitement de certaines maladies graves de l'appareil digestif. — M. Moutier donne plusieurs observations où cette collaboration a donné les plus heureux résultats.

Dans un cas notamment de duodénite hémorragique des plus graves, précédée d'un long passé infectieux avec lésions pyorrhéiques à marche parallèle, la numération globulaire était tombée au-dessous de 2 millions. Le malade avait été opéré six mois avant d'une cholécystite aiguë, on avait décelé dans sa vésicule un streptocoque hémolytique. Le microbe ne peut être retrouvé que par l'hémoculture gingivale pratiquée par M. R. Vincent, toutes les autres recherches étant restées vaines.

Traité, ainsi que les autres malades, par un vaccin partant du microbe recueilli dans le sang de la gencive (technique de M. R. Vincent) la guérison a pu être obtenue (la numération globulaire du malade citée plus haut est montée en trois mois à plus de 4 millions).

Suivent des considérations générales sur les infections gastro-intestinales et la conclusion que l'hémoculture gingivale ainsi que le traitement local du clapiu pratiqué par M. Vincent doit être d'un précieux secours pour l'identification microbienne et la guérison de nombre d'affections du tube digestif à pronostic réservé.

Le clapiu pyorrhéique. Interprétation et traitement. — M. Vincent. Avec un rappel de ses travaux sur la pathogénie de la pyorrhée et l'infection de source endogène, cause la plus fréquente des pyorrhées inflammatoires et microbiennes, l'auteur étudie le clapiu pyorrhéique du point de vue histologique, bactériologique et physiologique.

Il apparente cette lésion au furoncle et à l'ostéomyélite. Les microbes venus à la gencive par bactériémie demeurent alors même que leur foyer initial est tari. On les retrouve dans l'hémoculture gingivale au stade congestion et dans la zone active du clapiu, les réensemencent, de là l'organisme pour lequel ils sont un danger permanent.

Par la vaccinothérapie et par un traitement local, par injection intragingivale dans la zone inflammatoire d'un liquide bactéricide, il obtient les plus heureux et les plus rapides résultats dont témoignent les malades présentés par lui et les cas relatés par M. Moutier.

Ostéopériostite pseudo-kystique de la symphyse mentonnière. — M. Bercher donne trois observations de l'affection présentant cliniquement des caractères inflammatoires et radiographiquement l'image d'un kyste. A l'intervention on tombe sur un tissu de granulations sans limitante externe contenu dans une loge osseuse très nette. La prédilection pour la région symphysaire s'expliquant par la disposition anatomique des racines des incisives.

LIVRES NOUVEAUX

Guide pratique d'analyses pour l'urine, le sang, le suc gastrique, les matières fécales, etc. (1), par René Clogne, ex-chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, docteur en pharmacie. Préface de M. le professeur agrégé J. Castaigne.

M. Clogne avait déjà publié deux éditions de ce traité exposant sous une forme schématique la technique de l'analyse simplifiée avec le principe, le matériel nécessaire, les réactifs nécessaires et les valeurs normales.

Cette troisième édition se retrouve complétée de chapitres nouveaux : parasitologie, bactériologie, hématologie avec naturellement une place prépondérante pour la chimie biologique qui a subi un remaniement complet pour éliminer les vieilles méthodes et faire figurer les toutes dernières techniques.

L'auteur a conservé le plan qu'il avait inauguré dans sa première édition et a complété cet ensemble par deux chapitres des plus utiles aux praticiens; conseils pour les prélèvements et renseignements fournis à la clinique par les examens de laboratoire.

Sans nul doute, ce livre de vulgarisation concis, court, détaillé, écrit par un technicien de valeur, remportera le succès qu'il mérite. L. G.

(1) In-16, 472 p., 66 fig. — Prix : 32 fr. — Paris, Le François.

L'Année médicale pratique 1931 (1), 10e année, publiée sous la direction de C. LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux. Préface du professeur E. SERGENT.

Il suffit de connaître l'*Année médicale pratique* pour aimer davantage et exercer mieux la profession médicale. En effet, avec ce petit volume annuel on est immédiatement au courant de toutes les nouvelles notions médicales enrichissant la pratique du diagnostic, du pronostic et du traitement. Au lieu de faire des efforts inouïs et infructueux pour retenir la teneur de la multitude des journaux et livres médicaux, on savoure à la lecture de ce petit livre le choix des notions nouvelles et utiles, choix fait par une pléiade de spécialistes, chacun dans son domaine familier.

C'est un jeu de trouver parmi les articles, classés par ordre alphabétique, les méthodes dernier cri pour le diagnostic ou le traitement de toutes les maladies à l'ordre du jour. Au lieu de tempêter contre les nouveautés qui risquent de lui compliquer sa tâche, le lecteur de l'*Année médicale pratique* les accueille avec le sourire car pour chaque cas il se familiarise avec elles en quelques minutes.

La Fée blanche, roman (2), par Marguerite D'ESCOLA.

Mme d'Escola vient d'aborder une des questions qui préoccupent le plus l'opinion médicale.

A côté du péril social causé par la tuberculose, le cancer et les maladies vénériennes, les grandes intoxications par la cocaïne et l'opium font, malgré toutes les précautions prises, des progrès inquiétants. Progrès d'autant plus graves que les intoxiqués mettent « une ferveur apostolique à communiquer leur vice » et que le trafic des stupéfiants « trouve dans les cinq continents les complicités les plus adroites, les indulgences les plus inouïes, souvent les plus inattendues ».

L'auteur, avec son grand talent, a su intercaler son réquisitoire contre la *fée blanche* : la *coco*, dans un roman d'une lecture attachante que l'on voudrait voir entre toutes les mains.

F. L. S.

Petites cliniques (1re série), par Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laennec. Un volume de 200 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-16 de 635 pages et 6 figures. — Prix : 26 fr. — Paris, R. Lépine.
(2) In-16. — Prix : 12 fr. — Paris, Les Editions G. Crès et Cie.



NOTES POUR L'INTERNAT

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

SIGNES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT [1]

3. *Chimique.* — Albuminurie augmentée, sucre diminué.

Le simple frottis ne montre pas toujours la présence de méningocoque. L'examen direct n'a d'ailleurs, au point de vue bactériologique, qu'une valeur d'orientation.

Il faut ensemencer *le plus tôt possible* après la ponction et *abondamment* plusieurs tubes de gélose ascite. En vingt-quatre heures, colonies surélevées, arrondies, assez transparentes, d'un gris bleuté.

4. *Identification.* — a. *Procédés directs* :

Fermentation des sucres. — Le méningocoque fait fermenter le glucose et le maltose.

Agglutination. — Sert à identifier le méningocoque et à établir sa variété afin de pouvoir établir une sérothérapie spécifique.

L'agglutination doit être essayée *en présence de quatre sérums* agglutinant respectivement les méningocoques A, B, C, D. L'emploi de *sérums saturés* permet d'éliminer la co-agglutination et d'avoir une agglutination purement spécifique.

b. *Moyens indirects de diagnostic.* — On ne parvient pas toujours, malgré une bonne technique, à isoler du liquide céphalo-rachidien le germe pathogène. L'on est alors obligé, pour déterminer le type de méningocoque qui est en cause, de recourir à des moyens détournés en utilisant le *sérum du malade* :

1. Agglutination ;
2. Fixation de complément ;
3. Précipito-diagnostic.

b. *Recherche du méningocoque.* — 1° *Dans le sang* : hémoculture sur bouillon d'ascite.

2° *Dans le mucus rhino-pharyngé* :

Chez les convalescents ou pour la recherche des porteurs de germes.

Ensemencements sur gélose-ascite coulée en boîte de Pétri.

Eliminer par les divers procédés d'identification d'autres hôtes habituels du rhino-pharynx : micrococcus catarrhalis, diplococcus siccus et cinercus, diplococcus crassus, etc.

TRAITEMENT

Aucune règle absolue ne préside à ce traitement.

Le point capital c'est de porter le médicament au *contact même des lésions* car il semble agir de façon *directe, par sa présence*, qu'il s'agisse de sérum, ou d'endoprotéine, ou de médicament chimique. L'on pourra évidemment combiner l'action générale de ces médicaments en les injectant d'autre part par voie intramusculaire ou veineuse.

Pour obtenir la meilleure répartition locale des médicaments, il faut donc faire :

1. *La ponction lombaire classique* en mettant ensuite le malade en position la plus déclive possible, pour permettre au produit injecté de descendre vers les centres nerveux, en sens contraire du courant céphalo-rachidien.
2. *La ponction sous-occipitale* (technique in Teissier).
3. *Au besoin des ponctions étagées.*
4. *La ponction ventriculaire, couramment faite chez le nourrisson*, par la fontanelle antérieure, sera plus facilement faite chez l'adulte par la corne occipitale. Il faut d'ailleurs savoir qu'on ne ponctionne aisément que des *ventricules dilatés*.
5. *Le lavage ventriculo-spinal* a été proposé par Achard, Sicard.

Quoi qu'il en soit, sérothérapie, endoprotéinothérapie, chimiothérapie, acridinique constituent trois armes sérieuses. On saura substituer à temps l'une à l'autre quand la première ne donnera pas les résultats attendus.

A. **Sérothérapie. — I. Intra-rachidienne :**

— *Polyvalente*,

— *Plus monovalente*, quand le germe sera identifié, on a dit récemment que leur action paraissait égale (Teissier).

Sérothérapie : précoce, massive, 40-60 centimètres cubes chez l'adulte, 10-30 chez l'enfant.

Répétée jusqu'au moment où le *liquide céphalo-rachidien sera redevenu stérile*.

La méningite sérique = topo

Au fur et à mesure des réinjections, il faut s'entourer des précautions habituelles (Besdedka) et injecter d'abord 1 à 2 centimètres cubes intra-rachidien, interrompre pendant deux minutes, puis injecter le reste très lentement, en cinq à dix minutes, en surveillant le malade.

2. **Formes cloisonnées.** — Porter dans la cavité infectée le sérum (déjà vu). *Capital.*

Rappeler la thérapeutique de la forme du *nourrisson*.

3. **Formes septicémiques.** — Sérum :

— Intra-rachidien,

— Intra-musculaire,

— Même intra-veineux.

Est ici à peu près inefficace.

D'ailleurs sans que l'on puisse incriminer un cloisonnement : une septicémie méningococcique, la sérothérapie est devenue très souvent inopérante, ce qui tient en grande partie à l'intervention de plus en plus fréquente du méningocoque B et à la virulence plus grande de cette variété.

Devant l'inaction du sérum, il est alors préférable de s'adresser aux méhodes dites « adjuvantes ».

B. **Méthodes thérapeutiques adjuvantes.** — 1. **Vaccinothérapie spécifique avant tout.** — Stock vaccin.

— Auto-vaccin.

Cependant le vaccin n'enraye pas toujours l'évolution de la méningite cérébro-spinale ou de la *septicémie*. Essayer la

2. **Protéinothérapie.** — 1. *Injection de lait.*

2. *Abcès de fixation.*

3. *Isohémothérapie.*

3. **Endoprotéine** de Reilly et Luton, préparée en partant du méningocoque

— Intra-rachidienne,

— Intra-musculaire

A employer lorsque le sérum n'a pas assuré la guérison.

Pour qu'elle agisse, il faut que la maladie évolue déjà depuis quelques jours. Il est donc légitime de commencer par le sérum (cinq-six jours), puis de le *cesser* avant l'endoprotéine, *pendant trois jours*, car cette dernière agit moins si le malade est saturé de sérum.

Le test d'action de l'endoprotéine est un choc protéinique violent. S'il est absent, l'endoprotéine est inutile.

4. **Gonacrine** (Reilly et Coste), intra-veineuse et prudemment *intra-rachidienne*.

En matière de cérébro-spinale, aucune méthode thérapeutique n'est actuellement toute-puissante et il faut procéder par essais successifs des diverses méthodes.

A ces traitements adjoindre un traitement général : bains chauds, toni-cardiaques.

Prendre les mesures prophylactiques : isolement du malade, des porteurs de germes dont on désinfectera le rhino-pharynx par la gonacrine (Reilly et Coste).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 30, p. 590, n° 31, p. 628, et n° 34, p. 666.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE ASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Formes cliniques de l'insuffisance cardiaque, par M. M. WAHL.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
CHRONIQUE
Le jubilé de M. le professeur Hartmann, par F. L. S.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Les droits de la science.
LIVRES NOUVEAUX
REVUE DES THÈSES
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Liste des candidats :

MM. Azerad, Bariéty, Celice, Chevalley, Hillemand, Lambling, Péron, Pichon, Rachet, Ravina, Schulmann, Weissmann.

Consultation écrite. — MM. Celice et Azerad, 20 ; Pichon, Bariéty et Hillemand, 19 ; Lambling et Weissmann, 20 ; Chevalley, 19, 45 ; Péron, 20 ; Ravina, 19,45 ; Rachet, 20.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Liste des candidats :

MM. Banzet, Bernard, Fèvre, Huard, Leibovici, Ménégaux, Reinold, Seille, Thalheimer, Welti.

Epreuve clinique. — MM. Huard, 16 ; Reinold, 14 ; Bernard, 18.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — La chaire de clinique thérapeutique médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

La chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

— MONTPELLIER. — Par décret en date du 2 mai 1931, MM. Forgue et Estor, anciens professeurs de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS DE PARIS ET DE LA RÉGION PARISIENNE. — M. le docteur Ch. Buizard a été élu président du Syndicat des chirurgiens de Paris et de la région parisienne par le Conseil d'administration du Syndicat, dans sa séance du 20 avril 1931.

ASSOCIATION FRANÇAISE DES CHIRURGIENS-DENTISTES. — L'Association française des chirurgiens-dentistes réunie en Assemblée générale ordinaire le 19 avril 1931 à la Faculté de médecine de Paris.

A l'occasion des récents débats de l'Académie de médecine sur la réforme des études dentaires, prend acte de l'impossibilité définitive pour les odontologistes de concilier leurs désirs d'autonomie avec les prérogatives légitimes des professionnels et l'intérêt bien compris de la santé publique.

Constate que les résistances à la loi Milan-Rio ont surtout pour effet de retarder une mesure d'intérêt général et de décupler l'encombrement des écoles dentaires en préparant à bref délai une pléthore professionnelle sans exemple.

Désigne à la profession et aux pouvoirs publics responsables l'urgence du vote de la loi Milan-Rio exigeant le doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire. — Le secrétaire général : Paul Arnold. (Communiqué.)

APRÈS LA MANIFESTATION COLONIALE DU 27 MARS A LA SORBONNE. — La revue mensuelle *Le Jeune médecin*, 71, rue de Rennes, consacre son numéro de mai au médecin colonial. Nos jeunes confrères trouveront dans cette publication présentée d'une façon luxueuse et préfacée par M. le maréchal Lyautey, tous les renseignements concernant les carrières médicales aux colonies.

Envoi contre la somme de 3 fr. en timbres-poste.

LA XIe SESSION DES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES, consacrée à la mémoire et à l'œuvre de Fernand Widal, s'annonce dès aujourd'hui comme un brillant succès. Placée sous le haut patronage du roi et de la reine, et la présidence du professeur Auguste Ley, elle réunira les noms des savants qui furent à l'école du grand clinicien français et qui continuent aujourd'hui cet enseignement médical qu'il avait marqué de sa puissante personnalité : Abrami, Ambard, F. Bezançon, Brissaud, Brulé, de Gennes, Joltrain, Lagrange, Lau-

rens, Lecomte du Nouy, Lemierre, Louis Le Sourd, Merklen, Ravault et Pasteur-Valléry-Radot. Parmi les belges, les professeurs Péchère et H. Frédéricq, et le docteur Lucien Brouha ont voulu se joindre à leurs collègues français pour honorer la mémoire du maître.

Le professeur Vaquez, l'éminent cardiologue, fera la conférence inaugurale le samedi 20 juin, au Palais des Académies.

Afin de donner à cette manifestation de reconnaissance scientifique internationale un cadre digne d'elle, l'Université libre de Bruxelles a accordé l'usage de ses locaux pour y tenir les séances et installer l'Exposition des sciences et les arts appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire.

C'est donc au Solboch, dans le cadre somptueux des nouveaux bâtiments universitaires, à proximité du Bois de la Cambre, que se tiendront les Journées Médicales de 1931.

Au point de vue chirurgical, les professeurs Lambret (Lille) et Desmarest (Paris) ont promis d'adjoindre leur précieux concours à celui des chirurgiens bruxellois.

Le corps médical spadois, avec le concours de la Compagnie fermière, qui recevra les congressistes, organise à Spa, le mercredi 24, une journée Widal, au cours de laquelle sera inauguré le laboratoire du professeur Henrijean.

Enfin, en plus de cette excursion, toute une série de festivités est prévue : banquet, soirée, représentation théâtrale.

Les adhésions et les cotisations (75 francs pour les médecins, 50 francs pour les dames) peuvent être envoyées au docteur R. Beckers, secrétaire général, 145, rue Belliard, à Bruxelles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Henri Plivard, Léon Détape, Georges Hattat et Jean Dumont (de Paris), Charles Larivière (d'Angers), Rocheblave (de Quissac, Gard), Gustave Barral (de Nîmes), Scheving (de Paris).

CHRONIQUE

LE JUBILÉ DE M. LE PROFESSEUR HARTMANN

Les élèves et les amis de M. Hartmann se sont réunis dimanche à l'Hôtel-Dieu pour lui offrir une médaille en hommage de reconnaissance et d'admiration. Ce fut une cérémonie très simple, très intime comme le désirait M. Hartmann, mais aussi profondément émouvante.

A côté de M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur qui présidait, avaient pris place M. Hartmann, M. le recteur Charlety, M. le secrétaire général de l'A. P. représentant M. Mourier, empêché, M. le professeur Emile Forgue (de Montpellier), M. le doyen Balthazard, M. le professeur Cunéo et M. le professeur Dominguez (de La Havane).

Dans l'assistance, autour de Mme Hartmann : M. E. Roux, MM. les professeurs Pinard, Pouchet, Roger, Gosset, Achard, Vaquez, Carnot, Rouvière, Strohl, M. le professeur Bérard (de Lyon), MM. Siredey, Michon, Rist, Morax, Dujarier, Baudouin, le médecin général inspecteur Lemoine, le médecin général Rouvillois, les professeurs Sergent, Jeanselme, Couvelaire, MM. Récamier, Noir, de Langenhagen, Dartigues, Mme Bertrand-Fontaine. Au fond du couloir où l'on s'entasse, j'aperçois Victor Pauchet, les professeurs Roussy, Lereboullet, Clerc, Lenormant, Grégoire, Brumpt, Rathery, puis Leven père et fils, Chauvel (de Quimper), Urbain Guinard (de Saint-Etienne), Danjean (d'Aix), Regaud, Sainton, Joltrain, Etienne Chabrol, Rivière, M. Talamon. Sur les gradins, le docteur Mathé, Mlle Huré, de l'A. D. R. M. et tous les collaborateurs et les collaboratrices de M. Hartmann au centre du cancer.

C'est M. CAVALIER, directeur de l'enseignement supérieur président, qui prend le premier la parole et apporte les excuses des absents et les félicitations qu'un grand nombre d'étrangers adressent à M. Hartmann. M. DOMINGUEZ, ancien doyen de la Faculté de La Havane, ancien ministre de l'Instruction publique de Cuba, apporte au nom des républiques sud-américaines, le vibrant hommage d'une affection qui ne s'est jamais démentie. M. le doyen BALTHAZARD salue au nom de la Faculté de médecine l'homme, le savant et le praticien qui donna un constant et rare exemple d'honnêteté chirurgicale. Au nom de M. MOURIER, M. Chennevier, secrétaire général de l'A. P. vient dire la reconnaissance de l'administration et celle des malades de M. Hartmann.

M. FORGUE lui succède. Nous admirons depuis longtemps son éloquence précise, fine, pleine de cœur et d'esprit, à la forme élégante et ciselée. Il se surpassa, et ce fut un charme de l'entendre rappeler ses débuts, et ceux de M. Hartmann en chirurgie. Tous deux eurent l'incomparable fortune « partis du cataplasme pour arriver à la technique moderne » de parcourir tout le cycle de l'évolution chirurgicale, et tous deux, on doit le dire, ont joué un rôle primordial dans cette évolution.

C'est ensuite M. Yves DELAGÉNIÈRE, le fils de notre si regretté collègue du Mans, qui apporte l'hommage des internes du patron. Il le fait avec une émotion qui fut communicative.

M. CUNÉO, enfin, l'élève aimé de M. Hartmann, salue en lui le clinicien, le chirurgien, l'opérateur, le savant, le patron qui, sous une figure sévère, dissimule mal une très grande bonté; enfin, il salue respectueusement Mme Hartmann, admirable compagne et incomparable collaboratrice, et il offre à M. Hartmann la belle plaquette jubilaire due au docteur De Hérain.

Au milieu des applaudissements, M. Hartmann se lève. Avec une émotion qu'il a peine à contenir, il remercie ceux qui viennent de parler. Il jette un regard derrière lui, parle de ses parents qui lui donnèrent le goût du travail, de ses camarades Achard, Broca, Roger, Varnier, de ses maîtres Kirmisson, Duplay, Félix Guyon, Lannelongue, Terrier. Il remercie enfin ses élèves et, en particulier, Cunéo qui lui a permis de continuer, après la retraite, à travailler dans le centre du cancer de l'Hôtel-Dieu.

Puis, en foule, les assistants défilèrent et vinrent saluer avec autant de respect que d'affection le savant qui a donné et donne toujours l'exemple d'une vie de droiture et de labeur.

F. L. S.

REVUE GÉNÉRALE

FORMES CLINIQUES DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Par le docteur Maurice WAHL,
Ex interne des hôpitaux de Marseille.

Le début de l'insuffisance cardiaque peut être lentement progressif ou brutal, ce qui donne lieu à deux formes : insuffisance cardiaque aiguë, insuffisance cardiaque paroxystique. D'habitude, l'évolution se fait par poussées, lentement jusqu'à la grande crise d'asystolie. A cette période primitive deux causes extérieures viennent donner la clef de la marche de l'affection. D'une part les excès alimentaires (qui portent sur la quantité ou sur le volume, sur les aliments solides ou liquides), et d'autre part les excès de fatigue physique. Occasionnellement la moindre affection générale ou pulmonaire, le moindre accroc, déclancheront l'asystolie: c'est qu'en effet, l'organisme est en état de *méiopragie* ou d'*insuffisance latente* que de petits signes permettent déjà de soupçonner.

Prodromes. — On voit quelquefois apparaître à l'occasion d'un effort et de façon fugace quelques vagues *algies précordiales*, ayant un caractère constrictif, et souvent angoissant. Elles deviennent plus tard persistantes et surviennent dans la seconde moitié de la journée. *Le sommeil* peut être irrégulier avec des réveils brusques sous une impression pénible. La céphalée des hypertendus peut persister la nuit chez les malades d'un certain âge. A l'occasion de l'effort ou le matin au réveil surviennent des *vertiges* qui sont un peu spéciaux à certaines formes étiologiques de l'insuffisance cardiaque.

Syndrome d'encombrement vasculaire progressif. — Les différents stades de l'insuffisance cardiaque progressive, dans sa marche vers la décompensation, ont fait l'objet de bien des études et les schémas de l'asystolie en marquent bien les modalités cliniques. Récemment Lian a ramené la dissystolie et l'hyposystolie à l'étude du syndrome d'encombrement vasculaire progressif.

Ce syndrome est très général et Lian l'oppose aux syndromes d'encombrement ventriculaire dont la description doit être scindée en deux.

Au stade dissystolie l'encombrement vasculaire se révèle par la seule dyspnée d'effort, surtout pendant la marche en terrain montant ou la montée d'un escalier. A l'examen les signes physiques sont réduits au minimum aussi bien au niveau des viscères qu'à la périphérie. Tout au plus si les jugulaires se dilatent de façon frappante lors de la pression sur l'hypocondre. La pression veineuse est plus élevée qu'il n'est habituel.

Hyposystolie. — C'est le stade de la congestion œdémateuse des viscères; cette stase capillaire peut être aggravée par des processus vaso-moteurs actifs comme Laubry l'a bien montré. Le tableau est banal avec les râles sous-crépitants aux bases pulmonaires, le foie gros et douloureux, les urines foncées. Souvent le syndrome prend certaines figures plus anormales et se localise d'emblée au niveau du *poumon* ou au niveau du *foie*. Il n'est pas rare non plus dans l'insuffisance cardiaque au début que les malades se plaignent uniquement de *troubles dyspeptiques* qui cèdent au traitement (Lian et Faroy). Au niveau de l'utérus des métrorragies jouent le rôle de signal symptôme.

Tels sont les signes assez précoces mais inconstants de l'insuffisance cardiaque progressive. Les autres formes de l'insuffisance cardiaque restent plus latentes; aussi pour les déceler a-t-on mis en avant certaines méthodes : les unes qui sont tirées de l'étude du cœur lui-même et qui correspondraient à ce que Lian a appelé le syndrome d'encombrement ventriculaire, *les autres reposant sur l'analyse de la notion d'insuffisance cardiaque, grâce à* des épreuves *basées sur l'appréciation directe de la valeur fonctionnelle de l'appareil circulatoire.*

Avant d'étudier ces deux grands groupes de méthodes, nous nous attacherons tout d'abord à bien définir cliniquement *les asystolies localisées* dont la valeur sémiologique est fort grande; elles peuvent être découvertes fortuitement au cours d'un examen complet et doivent en tout cas être analysées minutieusement chez tous malades ayant déjà présenté d'autres signes d'insuffisance cardiaque plus ou moins graves.

Poumon cardiaque. — Il arrive fréquemment chez les scléreux pulmonaires ou les malades ayant de grandes déformations thoraciques qui gênent la circulation, que le tissu pulmonaire s'engorge et « fait éponge », surtout au niveau des bases où on voit apparaître de la submatité; le murmure vésiculaire est diminué d'intensité et des râles sous-crépitants s'y entremêlent; à un degré de plus la dyspnée augmente et l'on perçoit de gros râles humides non rythmés par la respiration qui envahissent toute l'étendue du champ pulmonaire et s'ajoutent à des râles de petit et de moyen calibre. Il est rare que le *foie* ne soit pas en même temps augmenté et douloureux: le cœur peut être régulier ou arythmique.

Les phénomènes bronchitiques et l'évolution de l'expectoration doivent être surveillés et la thèse classique qui est le résultat de la thérapeutique à la sédation de la bronchite nous paraît vraie dans ses grandes lignes. Il nous semble toutefois d'un intérêt immédiat de tenir compte de l'élément spasmodique presque constamment surajouté, et qui peut fort bien exister isolément, car c'est lui qui entretient cette congestion. Ces malades, en effet, *réagissent admirablement aux antispasmodiques*.

L'hypostase fait naître aussi des foyers congestifs fugaces, rapides et diffus ressemblant à des bronchopneumonies torpides, tenaces, mais qui finissent en général par s'amender; à la période de convalescence, on craindra les embolies pulmonaires qui compliquent souvent la dilatation du cœur droit.

La pleurésie droite des cardiaques est ensuite l'obstacle le plus fréquent à la guérison et c'est le plus difficile à déceler : nous voulons parler de cet

hydrothorax, unilatéral, enkysté et récidivant qui s'installe à bas bruit, sans point de côté, sans recrudescence ou presque, de la dyspnée, du moins tant que son volume n'est pas considérable.

Pour Sergent, l'examen de la face antérieure du poumon droit où ces épanchements ont une tendance toute spéciale à se collecter — est le seul qui soit très probant : la matité antérieure s'élève du cinquième au troisième espace ; le malade étant percuté couché, puis assis, l'élévation du niveau liquide (signe du dénivellement de Arnozan et Pitres) est ici constatable. La radio ne donne le plus souvent aucun élément de diagnostic, il faut bien distinguer ces épanchements, des pleurésies infectieuses (rhumatismales ou autres) des cardiaques, ainsi que des épanchements pleuraux enkystés par cardiopathie artérielle (Bucquoy, Huchard, Boinet) qui sont rapidement curables.

En présence d'une de ces formes d'hyposystolie qui traînent un peu, sans hésiter, on explorera systématiquement les bases : la ponction évacuatrice sera le second temps qui soulagera **momentanément** le malade.

Le foie cardiaque. — Est souvent lié au poumon cardiaque et survient à une période assez précoce de certaines cardivalvulites décompensées. Pour Vaquez, il est d'autant plus précoce que l'affection causale a un retentissement plus marqué sur les cavités droites, (lésions mitrales, péricardique chronique avec symphyse) et, souvent il est l'unique symptôme du rétrécissement tricuspidien. Dans les lésions aortiques il est ultime et grave.

Le foie cardiaque est souvent soupçonné par quelques troubles digestifs, mais l'examen local le met facilement en lumière ; le diagnostic s'aide grandement de l'épreuve classique du reflux hépato-jugulaire pratiquée avec douceur. La rate conserve son volume normal dans les formes pures, l'ictère vrai est grave.

Quand l'hépato-mégalie persiste après une crise d'asystolie on est en présence de l'**asystolie hépatique** de Hanot ; elle peut évoluer vers la cyrrhose ascitogène, en restant compatible avec des années de survie. Son évolution est plus rapide et irréductible dans le rétrécissement tricuspidien, dans la symphyse cardio-tuberculeuse de l'enfant, et s'accompagne de dyspnée et du cortège des grands œdèmes périphériques. A l'autopsie, on constate sur les coupes l'alternance de zones foncées, violacées, avec des zones claires, jaunâtres : c'est le « foie muscade ». Histologiquement la zone porte paraît plus résistante et c'est dans la zone sus-hépatique, plus fragile, que se rencontrent les lésions hémorragiques (Géraudel).

Les faux cardio-rénaux. — Si les moindres variations de la stase ou de la dilatation des capillaires pulmonaires sont immédiatement perceptibles par l'augmentation de la suffocation et de la dyspnée, il est capital de mettre en lumière un parallélisme non pas aussi rapide, mais bien aussi étroit entre le débit urinaire et le débit cardiaque. Josué et Parturier ont eu le mérite de mettre en lumière que les *moindres diminutions du débit urinaire signent une défaillance cardiaque souvent imperceptible autrement, chez ces malades*. Cette défaillance ne tardera pas à se faire jour dans des accidents plus graves. C'est ici le lieu de signaler les diverses interprétations des auteurs sur le rôle de la prédisposition rénale dans la production des petites albuminuries chez les hyposystoliques. Il en est de même d'ailleurs pour l'interprétation pathogénique. Anatomiquement le « rein cardiaque » se définit pour Chauffard comme le passage de la stase veineuse à la chronicité. Les lésions d'engorgement qui en résultent pourraient évoluer vers la dégénérescence et leur spécificité résiderait seulement dans la persistance de zones congestives à côté de zones de sclérose. Vaquez précise qu'il n'existe jamais d'îlots conservés entièrement sains dans le rein cardiaque comme cela se voit dans la néphrite. Bright niait autrefois toute évolution dégénérative.

En clinique, la discrimination entre la congestion pure du rein et celle qui vient se greffer sur des lésions antérieures évolutives est tout aussi difficile à faire et les signes en sont tout autant discutés. *On s'est basé sur l'étude du rythme d'élimination des urines et des chlorures* : celui-ci augmente pendant la nuit (nycturies). L'étude du point cryoscopique de l'urine montre que celui-ci resterait voisin de celui du sérum en l'absence de lésions rénales. La présence de cylindres d'origine rénale est exceptionnelle. Il semble en outre que la dyspnée des malades purement cardiaques soit à prédominance nocturne plus marquée, que l'installation des œdèmes soit plus nettement ascendante et que la face (œdème palpébral) soit plus souvent respectée. En tout cas, l'albuminurie reste très faible, presque imperceptible chez les cardiaques et n'atteint un taux élevé avec nombreux cylindres qu'à la période terminale ou en présence de lésions du rein. L'azotémie reste également toujours au-dessous de 3 grammes. Enfin les toni-cardiaques en faisant disparaître l'hyposystolie amènent la sédation complète des symptômes rénaux. Dans certains cas le drainage au besoin chirurgical des œdèmes est nécessaire pour amorcer le fonctionnement des émonctoires : *on fera chez ces malades une incision parallèle à l'axe du membre au niveau du tenseur du fascia lata*, selon la méthode dont nous avons observé les beaux résultats dans le service de notre maître M. le docteur Sepet.

Le cerveau cardiaque. — L'insuffisance cardiaque, surtout quand elle s'accompagne des œdèmes, produit fréquemment des troubles nerveux plus ou moins intenses ; en dehors de la *respiration à type Cheyne-Stockes*, existent plusieurs autres types de dyspnées qui ont été décrits par Laubry et S. Bloch : dyspnée intermittente sans apnée, dyspnée périodique, et dyspnée désordonnée. On a pu constater des phénomènes épileptiques chez ces mêmes malades, des phénomènes d'amnésie, de la confusion mentale ou bien l'exagération de l'anxiété organique liée à la dyspnée ou aux crises d'angor. Les spasmes vasculaires-cérébraux pourraient être le fait de certaines formes d'insuffisance cardiaque, et on pourrait expliquer ainsi certaines épilepsies ou amau-

roses transitoires, certaines syncopes; les spasmes vasculaires cérébraux ont cependant été niés par certains auteurs : Brenner notamment (Congrès des Soc. d'O. N. O. de Marseille, 1928).

Quant aux thromboses elles ne sauraient relever en aucun cas de l'insuffisance du myocarde, mais plutôt de celle des vaisseaux; un apport insuffisant du flux sanguin est susceptible de favoriser leur établissement.

Nous venons de décrire ce qu'un examen clinique rapide doit faire connaître de l'insuffisance cardiaque dans sa forme la plus habituelle, nous allons maintenant étudier les méthodes plus délicates qui nous permettront de la soupçonner dans ses formes entièrement latentes ou dans ses formes frustes à évolution paroxystique ou aiguë. Les unes sont basées sur l'*appréciation de la valeur fonctionnelle de l'appareil circulatoire, les autres étudient directement le cœur lui-même.*

I. Méthodes d'appréciation de la valeur fonctionnelle de l'appareil circulatoire. — On peut apprécier « l'encombrement vasculaire périphérique » au niveau des artères, des capillaires et des veines.

Oscillométrie artérielle. — Nous définirons rapidement les trois données fournies par le Pachon-Gallavardin. La maxima correspond surtout à l'impulsion cardiaque; la minima, à la résistance opposée au déplacement de la masse sanguine; c'est la force d'inertie permanente. L'indice oscillométrique dépend surtout du volume de l'ondée sanguine, de l'élasticité artérielle et de la facilité plus ou moins grande du sang à progresser (ou à régresser), de la brusquerie de la contraction cardiaque. Vaquez et son école ont établi une série de recherches afin de préciser quelle est exactement la pression moyenne aux différents âges.

Au cours de l'évolution vers l'insuffisance cardiaque la tension maxima s'abaisse, ce qui indique par suite la faiblesse de la contraction du myocarde; parallèlement, les viscères s'engorgent, la vitesse du sang se ralentit et le rein élimine moins d'eau : la masse liquide à déplacer augmente alors, et pour toutes ces raisons la minima s'élève de telle sorte que la différence entre les deux tensions diminue. On dit que la tension différentielle s'abaisse.

D'après ce que nous venons de dire et comme l'ont constaté certains auteurs la diminution de la différentielle va de pair avec la diminution de l'indice oscillométrique. En tout cas, on considère un indice élevé comme un signe de bonne contractilité du cœur gauche.

La chute brusque et isolée de la tension maxima est toujours un signe d'alarme surtout chez les hypertendus; la minima peut s'effondrer isolément, ce qui signifie la survenue d'une insuffisance aortique fonctionnelle, étant écartés certains accidents vasculaires périphériques comme l'établissement d'une brusque communication artério-veineuse.

Les variations de la maxima sont fréquentes : son augmentation brusque et isolée est un signe d'alarme chez les hypertendus compensés.

Dans l'asystolie, la maxima et la minima sont très voisines, il existe d'ordinaire de l'arythmie complète et la maxima est très basse. Toutefois, on a pu constater une élévation paradoxale des tensions chez certains cardio-rénaux : c'est l'hypertension asystolique de Gallavardin; elle cède à la digitale qui ralentit le rythme et dégage les capillaires.

Lorsque la minima tend à s'élever, la dyspnée augmente presque infailliblement, les poumons s'emplissent de râles œdémateux et une expectoration spumeuse apparaît.

Les TRACÉS DU POULS ARTÉRIEL au cours de l'asystolie sont importants à considérer : l'onde pulsatile est généralement étalée et aplatie, ce qui tient au débit plus faible et à la contraction moins brusque de la pompe cardiaque.

Capillaroscopie. — Cette méthode théoriquement très intéressante, permettrait d'apprécier la stase ou le barrage périphérique actif qui semblent bien jouer un rôle dans certaines asystolies. Malheureusement les différentes méthodes d'études préconisées ne sont pas entrées dans le domaine de la pratique courante.

Examen des veines. — L'augmentation de volume des veines cervicales signe la stase auriculaire, mais elle peut être également symptomatique d'une compression médiastinale. Grâce à la recherche du reflux hépato-jugulaire, elle est susceptible de mettre en évidence la congestion passive des capillaires hépatiques.

Si l'on examine les jugulaires à jour frisant, on peut voir qu'elles sont animées de battements; l'auscultation stéthoscopique permet de distinguer trois bruits et *la méthode phlébographique* montre que ces bruits coïncident avec les soulèvements des veines. *Il existe trois soulèvements d'amplitude inégale que l'on désigne par les lettres a, c, v*; le soulèvement a est lié à la contraction de l'oreillette et traduit l'ébranlement qui prend naissance par le fait de cette contraction. Les soulèvements c et v se confondent presque l'un avec l'autre; ils précèdent et suivent immédiatement la pulsation artérielle et l'on suppose qu'ils traduisent respectivement l'ébranlement carotidien et la contraction ventriculaire.

L'interprétation des tracés permet de soupçonner et de diagnostiquer l'insuffisance des oreillettes, mais elle présente peu d'intérêt pour l'étude de la capacité fonctionnelle du cœur tout entier **dont l'efficience dépend presque uniquement de** l'activité **des ventricules.**

La mesure de la *tension veineuse périphérique* s'effectue au niveau du bras ordinairement; soit par ponction de la veine (méthode Villaret) ou bien à l'aide de l'appareil à double brassard de MM. Payan et Giraud (de Marseille). *La pression veineuse est toujours augmentée dans l'insuffisance ventriculaire droite compliquée d'hypertension artérielle*; elle est abaissée chez les hypertendus en état d'insuffisance ventriculaire gauche. Toutefois, la valeur des renseignements donnés par l'étude des tensions veineuses est discutée en raison des grandes variations individuelles.

II. **Epreuves fonctionnelles**, — Les méthodes que nous venons d'énumérer permettent d'explorer l'appareil circulatoire lors du fonctionnement normal du cœur. c'est-à-dire au cours de son effort minimum. On a voulu préciser le début de l'insuffisance cardiaque en mettant en évidence l'impossibilité pour le myocarde de fournir un effort supplémentaire au cours d'un travail donné. Certaines méthodes permettent de constater l'inadaptabilité du muscle cardiaque par l'apparition de la dyspnée d'effort. Mais ce signe est assez tardif. La persistance d'une tachycardie après *une minute de pas de gymnastique* sur place effectué à un rythme donné est une excellente épreuve sur laquelle Lian a beaucoup insisté. Elle n'échappe pas cependant à toute critique; l'accélération du rythme peut être le fait d'une hypersympathicotonie, et pour la déceler, Aubertin compte les pulsations sur le malade en décubitus, puis debout. *La tachycardie permanente* peut cependant se rencontrer chez les hypertendus comme seul signe prémonitoire de l'insuffisance cardiaque. Martinet préfère s'adresser à la *mesure de la tension artérielle avant et après un effort modéré.* Son épreuve consiste en des mouvements alternatifs de flexion et d'extension du tronc. La tension artérielle est mesurée avant et un certain temps après. Katzenstein admet que la *compression de l'artère fémorale* provoque une chute notable de la tension chez les malades en instance d'asystolie. Josué et Paillard ont remarqué que l'application d'une vessie de glace au niveau du pli du coude provoquerait de grandes variations de la tension artérielle chez les artério-scléreux.

Il faut mentionner enfin les méthodes qui étudient les variations du volume du cœur sous l'influence des excitations vaso-motrices. Si l'on s'adresse à l'examen clinique pour apprécier ces augmentations de volume, il ne semble pas qu'il soit possible en général d'objectiver ces variations qui restent faibles. Par contre, Lœper, Wagner et Dubois-Roquebert utilisent à cet effet l'*orthoradioscopie après injection d'un quart de milligramme d'adrénaline.* L'augmentation de volume peut être bien visible et susceptible de mesure. *La recherche du réflexe oculo-cardiaque* au cours de l'insuffisance cardiaque a donné des résultats très intéressants, entre les mains de Mougeot et plus récemment de Laubry.

III. **Syndrome de surcharge ventriculaire.** — Nombreux sont les cardiologues qui veulent chercher au niveau du cœur lui-même les signes d'une insuffisance légère, latente, les signes de la surcharge ventriculaire. Lian a insisté sur les troubles du rythme cardiaque et sur la valeur d'une tachycardie d'effort intense et persistante. La constatation de certaines extrasystoles survenant chez les cardiaques par groupes et plus ou moins fréquemment est également un signe de valeur. Mais ce sont là des faits qu'il faut interpréter à la lumière d'une analyse très approfondie. Pour Laubry, le diagnostic d'insuffisance cardiaque doit être posé de façon très précoce dans le rétrécissement mitral, notamment par *l'auscultation*, par *l'examen radiologique* et par *la lecture des tracés électro-cardiographiques* : « C'est ainsi, écrit-il, qu'on peut évaluer la capacité fonctionnelle des ventricules, bien avant l'apparition des signes de stase veineuse et de congestion viscérale périphérique ». Nous avons eu déjà l'occasion de citer les signes fonctionnels lors de l'étude du syndrome d'encombrement ventriculaire.

1° Insuffisances orificielles fonctionnelles. — Les modifications des souffles ont été analysés minutieusement par Potain. La survenue des insuffisances orificielles et fonctionnelles nécessite une étude très détaillée. Potain et Barié, Lian, Laubry, Doumer, Géraudel, attachèrent leurs noms à cette étude. Le diagnostic stéthoscopique ne peut être établi que chez un malade régulièrement suivi au point de vue auscultation.

Les *insuffisances mitrales fonctionnelles* sont fréquentes, parfois isolées ou associées au rétrécissement mitral. On les rencontre à l'état isolé dans toutes les défaillances du cœur de cause toxique ou infectieuse générales, particulièrement au cours de la fièvre typhoïde et des grandes pyrexies. On a prétendu qu'il existait une insuffisance mitrale fonctionnelle vraiment « primitive » apparaissant chez certains gros mangeurs surmenés physiques et alcooliques; cette affection se rattacherait à une myocardite hypertrophique primitive (Boucher, Bonafé). On la retrouve au cours des myocardies (de cause endocrinienne). D'ordinaire, l'insuffisance mitrale est secondaire à une lésion du cœur, et elle s'installe à bas bruit. Le diagnostic de la non-organicité du souffle repose sur l'analyse des circonstances cliniques. Il faut savoir que l'insuffisance mitrale fonctionnelle traduit simplement la dilatation du ventricule gauche. Les caractères du souffle n'ont rien de spécial; il est très fréquemment holosystolique, parfois mésosystolique, généralement doux et peu accusé, il peut se propager vers l'aisselle, ce qui est rare.

L'*insuffisance aortique fonctionnelle*, au contraire de l'insuffisance mitrale, est généralement isolée. Elle fut reconnue notamment par Laubry et Doumer, Gallavardin, et à leur suite par de nombreux cardiologues.

L'*insuffisance sigmoïdienne pulmonaire fonctionnelle* (Laubry et Largeau) s'observe surtout au cours du rétrécissement mitral qui provoque en même temps de l'hypertension dans le domaine de l'artère pulmonaire. Le souffle qui la traduit est humé, aspiratif, diastolique et s'entend le long du bord gauche du sternum.

2° Un symptôme très difficile à mettre en évidence et assez fréquent, présente une valeur certaine dans le diagnostic de l'insuffisance cardiaque; il s'agit à la fois d'un trouble du rythme et d'un signe stéthacoustique : nous l'avons défini le *bruit de galop.* Généralement présystolique dans sa forme la plus typique, il coïncide donc avec la systole auriculaire. Le bruit de galop protodiastolique s'entend au début des actes diastoliques; d'autres fois, il coïncide avec le début de la systole et l'on dit qu'il est protosys-

tolique. Il consiste à la fois, si l'on analyse bien ses caractères, dans la perception simultanée d'un trouble du rythme, sorte d'ondulation appréciable au palper et d'un bruit véritable généralement sourd et de tonalité basse que l'oreille enregistre, soit directement, soit au moyen d'un stéthoscope rigide. Il s'entend dans la région sus et endo-apexienne et se détache très peu du premier bruit du cœur qui prend alors un timbre voisin du sien; le deuxième bruit, au contraire, reste normal; au cardiogramme, on enregistre l'exagération de l'onde traduisant l'activité auriculaire et l'allongement de l'espace inter-systolique. L'électrocardiogramme présente des modifications qui semblent relever de l'insuffisance cardiaque. Les bruits de galop protodiastolique et protosystolique affectent des caractères cliniques un peu différents. Le premier donne lieu à un bruit beaucoup plus clair, le type en est le galop de la symphyse cardiaque, c'est le seul galop qui s'entende également dans l'arythmie complète. Il faut prendre soin d'ausculter en décubitus latéral gauche, thorax en expiration.

Deux conceptions s'affrontent au sujet de la valeur séméiologique du bruit de galop en pathologie cardiaque. Pour les uns, il se rattache presque exclusivement à la *dilatation du ventricule gauche*; pour d'autres, le bruit de galop est aussi fréquemment entendu à droite, son importance est égale à celle du bruit de galop gauche. En tout cas, la clinique nous le montre, quelle que soit sa forme, comme le résultat de l'action de trois grands syndromes : *néphrite chronique urémigène, hypertension artérielle, hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche*.

Insuffisance tricuspidienne. — L'arythmie complète s'accompagne presque toujours d'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle. Elle suffirait même pour quelques-uns à permettre d'affirmer l'existence d'une insuffisance légère. Le reflux du sang à l'orifice tricuspidien retentit non seulement sur l'oreillette droite, mais sur l'oreillette gauche et de là sur toute la circulation veineuse cervico-jugulaire; ce reflux tricuspidien s'extériorise donc sur les phlébogrammes par l'absence de la dépression « x » entre les deux soulèvements c, v; à un degré plus accentué, toute la courbe est arrondie en dôme tant que dure la systole ventriculaire i, é, le reflux tricuspidien; la dépression « y » est très profonde au début de la diastole générale du cœur.

La stase veineuse caractérisée par la dilatation des veines jugulaires n'a rien de pathognomonique et l'étude du mode de replétion des jugulaires n'est pas plus instructive. Certaines insuffisances tricuspidiennes s'objectivent parfois par la constatation d'un souffle holosystolique xiphoïdien localisé.

L'arythmie complète est presque toujours précédée d'extrasystole, c'est-à-dire de contractions prématurées des ventricules et des oreilles. Elles sont souvent transmises au pouls et toujours suivies d'un « repos compensateur ». Ces contractions irrégulières deviennent bientôt plus nombreuses et se présentent parfois sous forme de « salves » Elles sont nées au début d'une même région du cœur. Lorsque les oreillettes entrent en fibrillation, c'est-à-dire sont animées d'une sorte de tremblement fibrillaire, les ventricules se contractent d'une façon absolument anarchique et l'on assiste à une véritable folie du cœur, c'est l'arythmie complète. A la période d'état, la fréquence des pulsations irrégulières est assez voisine de celles du rythme normal (100 pulsations à la minute) et la tachycardie serait plus tenace et plus résistante encore à la thérapeutique. Elles sont parfois entrecoupées de « lambeaux réguliers » d'une durée plus ou moins grande; leur diagnostic peut devenir fort délicat et nécessiter le recours à l'électrocardiographie. Lorsque l'arythmie complète se surajoute à une dissociation auriculo-ventriculaire oreillette et ventricule peuvent battre chacun leur rythme propre.

L'arythmie complète n'est pas, comme on l'a cru longtemps, synonyme d'asystolie terminale irréductible; elle est au contraire précoce et parfois curable dans nombre de cardiopathies, comme le rétrécissement mitral. De plus, elle peut être très longtemps tolérée, son pronostic n'est pas toutefois absolument bénin.

3° Le pouls alternant permanent signe au contraire une insuffisance grave et irréductible; généralement il est formé par un rythme à deux temps d'une pulsation forte et d'une pulsation faible. On admet que cette dernière n'est qu'ébauchée parce qu'un groupe plus ou moins important de fibres cardiaques, épuisées par la contraction normale, ne retrouvent leur contractivité qu'après la systole pathologique. Le pouls alternant passe facilement inaperçu. La méthode oscillométrice est le procédé le plus sensible pour le mettre en évidence.

Nous ne décrirons point ici la méthode électrocardiographique dont les indications doivent être réservées pour l'étude de certaines formes évolutives un peu spéciales de l'insuffisance cardiaque.

Asystolie. — Nous rappellerons maintenant en quelques mots ce qu'est la crise d'asystolie décrite par Beau : le début en est rapide, on constate une dyspnée croissante et au bout de douze à quarante-huit heures l'aspect du malade est typique : assis dans son lit, dyspnéique et anxieux, craignant tout effort qui augmente la suffocation, la face cyanosée, violacée aux pommettes, les conjonctives un peu subictériques, l'expression du visage atone, bouche entr'ouverte, il est secoué par moment par une petite toux amenant une expectoration spumeuse et abondante; les veines jugulaires saillent démesurément à l'effort et battent de façon tumultueuse. Un œdème énorme violacé et dur, prédominant aux membres inférieurs, tend la peau aux chevilles et aux genoux. Les extrémités sont froides et plus spécialement cyanotiques. L'œdème infiltre chez l'homme les parties génitales et gêne la miction. Au thorax, des battements tumultueux semblent rouler jusqu'au creux épigastrique, ils s'étendent vers la gauche jusqu'à la ligne mamelonnaire, très bas. A l'auscultation, c'est une tachyarythmie sourde, parfois des souffles d'insuffisance sont devinés plutôt qu'entendus. Les bases pulmonaires sont mates, le

foie est gros et douloureux, l'abdomen œdématié, parfois ascitique. Enfin si l'on jette un coup d'œil sur le bocal d'urine, on n'aperçoit que quelques décilitres d'un liquide couleur acajou ou noirâtre : l'asystolique, comme l'ascitique, « pisse dans son péritoine ». (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1931)

Le plomb dans l'organisme des animaux. — MM. Gabriel Bertrand et V. Ciures ont démontré récemment qu'il y a quelques milligrammes d'étain dans les organes normaux du bœuf, du cheval et du mouton. Ils font connaître aujourd'hui qu'il y a aussi un peu de plomb : jusqu'à un milligramme par kilogramme d'organe frais. Toutefois, comme dans le cas du manganèse et de l'étain, la langue et surtout sa muqueuse ont une teneur beaucoup plus élevée. Ce fait confirme l'existence d'une fonction physiologique encore méconnue de l'organe du goût et de la parole.

Les protéines des épanchements articulaires. — MM. Achard et Piettre, étudiant la mucine des épanchements articulaires, ont trouvé que, dans les hydarthroses peu inflammatoires, où la synoviale ne pouvait être que peu altérée (œdèmes irréductibles, arthropathie tabétique, arthrite rhumatismale), la partie colloïdale du liquide était formée presque entièrement de mucine, les protéines du sérum sanguin étant absentes ou à l'état de traces impondérables. Le taux de mucine variait de 30 à 49 grammes p. 100. Dans une arthrite gonococcique aiguë, il y avait 55 grammes de mucine et 16 grammes de dépôt muco-fibrineux.

Mais dans une arthrite suppurée à pneumocoque, le liquide, après centrifugation d'un abondant dépôt de fibrine et de leucocytes, renfermait les protéines du sérum aux taux de 13g30 de sérine, 20g90 de globulines et fibrinogène, 15g80 de myxoprotéine. Le passage de ces protéines dans l'exsudat avait eu lieu sans doute à la faveur des altérations profondes de la synoviale, et l'absence de mucine tenait probablement à ce que cette membrane était devenue incapable d'en former.

Les liquides étaient généralement peu abondants, de 0g45 à 0g96 p. 1.000, sauf dans le liquide purulent : 3g50.

Sur le tréhalose de la levure. — M. Tanret montre que la levure de boulangerie renferme, en quantités abondantes, du tréhalose, sucre considéré jusqu'à présent comme assez rare : la levure de fermentation en est par contre dépourvue. (Note présentée par M. Desgrez.)

Recherches biochimiques sur le sérum des malades atteints de néphrose lipoïdique. — MM. A. Machebœuf et R. Wahl.

Les composés sulfhydrylés du sang humain à l'état normal et dans les états pathologiques. — MM. Marcel Labbé et F. Nepveux.

Election. — M. Simon Flexner est élu correspondant pour la section de médecine et de chimie par 39 suffrages contre 6 à M. Jean Cantacuzène et 3 à M. J. Abelons, en remplacement de M. Charles Nicolle, élu membre non résidant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 MAI 1931)

M. le professeur Edmond Sergent (d'Alger), membre correspondant, assiste à la séance.

Notice. — M. Lucien Camus lit une notice nécrologique sur M. Chaumier (de Tours), membre correspondant récemment décédé.

Néphrose lipoïdique chez un tuberculeux. — MM. Ch. Achard, A. Codounis et A. Horowitz rapportent l'observation d'un homme de quarante-deux ans, atteint de tuberculose pulmonaire avancée, avec œdèmes, albuminurie abondante (4 à 11 grammes par litre), cristaux biréfringents dans l'urine, abaissement des protéines du sérum (49 p. 1.000), prédominance de la globuline (32 grammes), sur la sérine (16 grammes), un peu d'élévation des lipides (8 grammes) et de la cholestérine (2g40), un peu de diminution du chlore (3g40) et de la réserve alcaline (50,2). L'azotémie était normale (0g29 p. 1.000). La réaction de Wassermann était négative.

Des accidents de méningite survinrent et le malade mourut.

A l'autopsie, outre les lésions tuberculeuses des poumons et des méninges, on trouva des reins qui avaient l'aspect du gros rein blanc. Les frottis montrèrent des corps biréfringents en abondance. L'examen histologique révéla des lésions glomérulo-tubulaires avec desquamation épithéliale dans les tubuli et les anses larges de Henle, dont les cellules contenaient des granulations graisseuses. Il n'y avait pas d'amylose.

A signaler l'intégrité macroscopique et histologique du corps thyroïde.

Rapport sur les liquides inflammables utilisées dans les salons de coiffure. — M. Breteau donne lecture de son rapport dont voici les conclusions :

L'Académie considérant que pour l'entretien de la chevelure l'usage des liquides inflammables ou toxiques s'est extrêmement répandu ;

Considérant que clientèle et personnel des salons de coiffure sont soumis à l'action continue de vapeurs délétères et qu'il en résulte des dommages quant à la santé publique ;

Considérant qu'une réglementation d'emploi ne saurait être efficace parce qu'un contrôle permanent ne pourrait être établi ;

Considérant que le tétrachlorure de carbone figure sur la liste des substances dangereuses du décret du 16 septembre 1916 et que l'article 44 de ce décret s'applique aux mélanges en contenant, mais que même dans les conditions d'application de ce décret, les inconvénients signalés plus haut ne seraient pas supprimés ;

Emet le vœu que sur tout le territoire de la République soient interdits par une loi, le commerce, la détention, l'emploi de tout liquide ou mélange de liquides inflammables ou toxiques destinés au lavage de la chevelure.

L'Académie adopte ce vœu à mains levées.

La septicémie à streptocoques. Son traitement par un nouveau sérum antistreptococcique. — M. H. Vincent. Les infections à streptocoques réclament une part importante dans la morbidité et la mortalité humaines ; les formes malignes de streptococcie et particulièrement la septicémie sont à peu près toujours rebelles à la thérapeutique. M. H. Vincent cite des cas de guérison très rapide par son nouveau sérum, d'érysipèle hypertoxique presque généralisé chez l'adulte (stupeur absolue, catatonie, albuminurie, incontinence des urines et des matières fécales, myocardite, escarre sacrée, etc.) et chez le nourrisson (érysipèle ombilical avec T = 42°) ; ce dernier a guéri en vingt-quatre heures.

L'action curative de cette méthode a été constatée dans la

septicémie à streptocoques avec culture positive du sang (L. Lœderich et Odru, C. Hubert, L. Girard et Hémon, Landry, etc.). M. H. Vincent apporte de nouveaux faits de guérison de la septicémie streptococcique, avec état typhoïde, délire, arthrites suppurées, phlébite, pleuro-pneumonie, pneumonie double, myocarcite intense. Le sérum antistreptococcique (100 centimètres cubes par jour au début) a amené une chute rapide de la fièvre, la cessation des symptômes toxi-infectieux variés, une crise urinaire, etc... L'hémoculture est devenue négative.

Mais bien que la guérison ait été obtenue chez deux malades infectées depuis un mois, ce résultat favorable est plus assuré lorsque l'*injection du sérum*, après la constatation du streptocoque dans le sang, *est faite précocement*. Dans ces conditions, la guérison est souvent très rapide.

On évitera d'employer simultanément d'autres médications (vaccins, abcès de fixation) qui troublent les effets de la sérothérapie spécifique et amènent quelquefois le retour de symptômes graves (placards érysipelatoïdes, arthrites). La sérothérapie doit être poursuivie sans interruption, aussi longtemps que persistent les symptômes infectieux.

L'endocardite à streptocoques a résisté à cette méthode sérothérapique. Cependant une malade ainsi traité a offert une rémission considérable arrêtée par ses imprudences. Chez une enfant atteinte de septicémie à streptocoques *et endocardite*, avec hémoculture positive, Landry (de Reims) a constaté la guérison de la septicémie et de l'état aigu de l'endocardite à la suite des injections du sérum de Vincent. La malade a repris son poids antérieur. Elle conserve une lésion chronique de l'endocarde. C'est, jusqu'ici, le seul cas connu de cette nature.

Discussion. — M. Netter reste partisan des abcès de fixation.

M. Vincent a constaté que l'emploi du sérum antistreptococcique, après un abcès de fixation, réveille cet abcès.

Il estime que l'on ne doit pas faire d'abcès de fixation dans les streptococcies très graves.

Le scorbut, maladie des conserves. — M. Jean Charcot, citant de nombreuses observations prises au cours de ses expéditions et notamment la sienne propre, et les comparant à celle d'un explorateur danois qu'il chercha à secourir en 1925, arrive aux conclusions suivantes :

« 1° La mort de l'explorateur danois, tout comme les décès récents de 3 colons français, à l'île Saint-Paul et deux autres aux îles Kerguélen, sont dues au scorbut moderne, soi-disant béri-béri ou plus justement maladie des conserves de viande et peut-être de poissons.

2° La guérison aurait pu être obtenue par la *suppression totale* même momentanée de ces conserves.

3° Il est indispensable que soit largement répandue la notion suivante :

Si dans les expéditions de quelque durée où les conserves entrent dans l'alimentation, une ou plusieurs personnes présentent une enflure des jambes (qui débute par de l'œdème prétibial), il faut supprimer totalement par tous les moyens possibles la consommation de viande de conserve. Les symptômes morbides ayant disparu, les conserves de viande peuvent être reprises si c'est nécessaire, mais doivent être de nouveau supprimées à la première alerte. Il ne servira à rien de manger de grandes quantités de viande fraîche, des légumes, des fruits, etc., disons le mot, des vitamines, si on continue à absorber des conserves, même en petites quantités; ce sont ces dernières qu'il faut supprimer totalement ».

La communication du commandant Charcot, vivante, bourrée de faits et de souvenirs du grand explorateur a été écoutée avec un intérêt tout particulier et fort applaudie.

Discussion. — M. Netter fait des observations au sujet du diagnostic du cancer et du béri-béri.

M. Lapicque apporte quelques faits à l'appui de la communication de M. Charcot. Il estime comme lui que les conserves sont d'emblée ou peuvent devenir dangereuses, et il propose, en conclusion, d'adopter la formule un peu familière mais frappante : « Fuyez la boîte ».

M. Charcot ne s'attarde pas aux distinctions théoriques entre le scorbut et le béri-béri, il se borne à signaler un danger et à apporter un remède qu'il a expérimenté lui-même.

L'Académie décide d'envoyer sa communication au ministère de la Santé publique.

Réaction de Légal. — MM. André Meyer et J. Jeannin. Dans un travail présenté par M. Desgrez, ont appliqué la réaction de Legal à la recherche de l'acide glycuronique et à l'étude de l'élimination urinaire de divers médicaments.

Sur les conditions indispensables pour la préparation industrielle de la vitamine D (ergostérol irradié). — M. Georges Tixier expose les conditions que doit remplir la préparation de la vitamine D par l'irradiation de l'ergostérol.

Nécessité de partir d'un ergostérol rigoureusement pur et conservé à l'abri de l'air et de la lumière; irradiation en solution, à l'abri de l'air en sélectionnant les radiations utilisées pour arrêter la réaction avant la destruction de la vitamine formée; irradiation uniforme et régulière assurant la constance du produit obtenu.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire, dans la IVe section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

Les candidats étaient ainsi classés :

En première ligne : M. Strohl.

En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Champy, André Mayer, Nattan-Larrier, Weinberg et Zimmern.

Adjoint par l'Académie, M. Vaudremer.

Au premier tour de scrutin, M. Adolphe Zimmern, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est élu par 43 voix contre 32 à M. le professeur Strohl, 2 à M. Vaudremer, 1 à M. Nattan-Larrier et 1 à M. Weinberg.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES DROITS DE LA SCIENCE

Nos lecteurs n'ont pas oublié la récente communication de M. Lucien Klotz qui, à l'Académie de médecine (voir *Gaz. des hôpit.*, 25 avril 1931, n° 33) a brillamment défendu la propriété scientifique.

Voici un extrait d'un important article que le *Monde illustré* consacre à cette question.

« Il est paradoxalement admis qu'une découverte scientifique, à partir du jour où elle a été publiée, tombe dans le domaine public. Par suite, elle peut être exploitée par n'importe qui sans que son auteur soit fondé à faire entendre la moindre réclamation. La propriété, qui est considérée en France, plus encore peut-être que dans aucun pays du monde, comme un droit sacré, et d'ailleurs respecté dans l'ensemble du cadre social, n'existe pas pour les savants !

Il y a là, disent les partisans de la propriété scientifique, une aberration et un déséquilibre qui soulèvent l'indignation quand on compare la misère de tel mathématicien, de tel physicien ou de tel chimiste illustre avec la prospérité de l'industriel qui gagne des millions en fabriquant et en vendant un produit qui est le fruit de leurs recherches.

Heureusement, de bons esprits ont pensé que cet abus doit cesser et que, si les savants sont mal payés et généralement désintéressés, ce n'est pas une raison pour qu'ils soient trai-

tés autrement que les autres travailleurs et frustrés de la récompense matérielle que méritent leurs efforts.

Il y a une dizaine d'années, en effet, M. Lucien Klotz, qui dirige une importante revue économique et venait à la suite d'une campagne acharnée dans sa publication et dans la grande presse, d'obtenir que la propriété artistique fût enfin réglementée par un statut précis et sévère, prit la tête du mouvement en faveur de la propriété scientifique. Il publia sur le sujet une série d'articles, puis il provoqua une réunion à laquelle assistaient notamment, sous la présidence de M. Appell, MM. Poincaré, Laubœuf, Painlevé, Gabriel Bertrand, etc...

Ce n'est cependant que quelques années après que son initiative pris corps, grâce à M. Edouard Herriot qui, profitant de ce qu'il était alors ministre de l'Instruction publique, nomma une commission et la chargea d'étudier un projet.

Cette commission, composée de parlementaires et de savants, se mit d'accord sur un texte qui définit le statut de la propriété scientifique.

« Les auteurs de découvertes ou inventions scientifiques reconnues originales, énonce l'article premier, jouiront de tous les droits appartenant aux auteurs, d'une œuvre de l'esprit, et spécialement du droit d'en tirer un profit pécuniaire, *même lorsqu'ils n'auront pas*, en publiant ces découvertes ou inventions, *indiqué les applications susceptibles d'être exploitées qui peuvent en découler, ou lorsque les applications précédemment indiquées ne présentaient aucune possibilité d'exploitation.* »

Aux termes de ce texte, il n'est donc pas indispensable, pour qu'une redevance puisse être exigée, que la découverte revête une forme pratique: il suffit qu'elle soit purement théorique et que l'industrie ait fait le reste. Cette distinction prévoit des possibilités extrêmement larges.

Les articles suivants précisent toutefois que les démonstrations, explications ou commentaires de résultats ou de procédés déjà acquis empiriquement et appliqués dans la pratique ne peuvent pas participer aux avantages envisagés, de même que les découvertes ou inventions contraires à la sûreté de l'Etat, à l'ordre public ou aux bonnes mœurs.

Quant à la durée du droit, elle est fixée à trente ans à partir du jour où la découverte a été exploitée pratiquement pour la première fois. Par contre, une découverte ou invention scientifique entre de plein droit dans le domaine public lorsqu'il s'est écoulé cent ans depuis sa publication « non équivoque ». A partir de l'expiration de ce délai, l'Etat peut, sans limitation de durée, percevoir des taxes sur les usagers au profit de la *Caisse nationale des Lettres, des Arts et Sciences*, qui reste d'ailleurs à créer. »

Souhaitons que la campagne de M. L. Klotz arrive enfin à faire reconnaître le *droit du savant*. L. G.

LIVRES NOUVEAUX

Le Livre blanc. — Formulaire médical publié sous le contrôle d'un groupe d'internes et d'anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris. Spécialités pharmaceutiques classées par indications (1).

Cet ouvrage a été conçu dans un esprit très moderne et ce n'est pas là un de ses moindres mérites.

Faciliter le travail journalier du médecin, lui présenter les spécialités pharmaceutiques classées enfin d'une façon ration-

(1) Editions H. Perrier.

nelle, telle est le but de ce formulaire. C'était une tâche considérable. Elle est ici parfaitement réalisée, grâce à une formule simple et très pratique.

En effet, dans la première partie de l'ouvrage, les spécialités sont classées par maladies. Et c'est vraiment la première fois que se trouve aussi clairement mise en évidence la place qu'un grand nombre de spécialités mérite d'occuper. Les fabricants de spécialités ne pouvaient souhaiter plus éloquente plaidoirie pour leurs produits.

Les jeunes médecins qui consulteront ce livre ignoreront l'embarras que leurs aînés ont souvent ressenti devant la marée montante des spécialités.

Il est à souhaiter que les éditions futures se suivent avec régularité et qu'on y trouve les produits nouveaux qui, chaque année, sont introduits dans la thérapeutique.

Quoiqu'il en soit, nous sommes convaincus que le Livre blanc recevra un accueil chaleureux du corps médical français.

L. G.

L'Enfant sain et l'enfant malade (1), par le professeur P. Rohmer et la doctoresse G. Ph. Bellocq.

Le présent ouvrage est un manuel destiné aux mères et aux infirmières; il est comme tel susceptible d'apporter au praticien une aide précieuse pour tout ce qui touche à l'observation de l'enfant et aux menus soins qui lui sont nécessaires dans diverses circonstances.

Il traite dans une première partie de l'enfant sain, qu'il soit normal ou que, prématuré ou débile, il faille l'entourer de soins plus particuliers.

Le reste de l'ouvrage, consacré à l'enfant malade, est constitué d'une série de brèves leçons où les indications succinctes de pathologie permettent dès avant l'arrivée du médecin une orientation générale propre à éviter toute perte de temps et toute fausse manœuvre. C'est naturellement sur le côté thérapeutique pratique que porte tout l'effort des auteurs.

Cet ouvrage comprend la matière des cours faits aux infirmières de la Clinique infantile de la Faculté de Strasbourg. Heureusement rédigé et d'une lecture aisée, c'est un guide précieux pour tous ceux qui doivent veiller sur les tout petits.

L. B.

REVUE DES THÈSES

Etudes sur les pleurésies tuberculeuses et leur traitement par les sels d'or (2), par le docteur Georges Roulin, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, médaille des épidémies.

Conclusions. — En l'état actuel, autant qu'il ressort des premiers essais pratiqués, on peut admettre que :

1° Les sels d'or constituent l'agent thérapeutique le plus efficace que nous possédions actuellement pour le traitement des pleurésies tuberculeuses.

2° Le procédé d'élection pour l'introduction du médicament est l'injection intrapleurale.

3° Les perforations pleuro-pulmonaires nous présentent les plus brillants succès de la méthode et sont très rapidement fermées.

4° Les épanchements purulents tuberculeux à pus épais sont rapidement rendus fluides et ponctionnables.

5° Les abcès froids pleuraux et les empyèmes tuberculeux infectants consécutifs au pneumothorax artificiel sont nettement améliorés : il y a ralentissement marqué de la sécrétion du pus.

6° Les pleurésies séro-fibrineuses a frigore sont également très rapidement améliorées : chute de la température, résorption du liquide.

7° Les pleurésies purulentes tuberculeuses spontanées donnent des résultats inconstants et médiocres.

8° Les fistules pleuro-pariétales ne sont pas influencées.

9° Les dangers de la méthode sont les mêmes que ceux de l'aurothérapie intraveineuse ou intramusculaire.

Par suite de tous ces faits :

10° Il faut traiter systématiquement par l'injection de sanocrysine dans la cavité pleurale :

— Les fistulisations pulmonaires des collections pleurales tuberculeuses.

— Les collections purulentes tuberculeuses à « pus épais ».

— Les épanchements purulents pleuraux du pneumothorax artificiel.

— Les pleurésies séro-fibrineuses spontanées qui persistent après un mois, sans marquer de tendance à la guérison.

11° Il faut essayer l'action de la sanocrysine intrapleurale :

— Dans les perforations pulmonaires en plèvre libre, qu'il s'agisse de pneumothorax spontané ou de pneumothorax artificiel, en injectant dans la cavité pleurale une solution huileuse de sels d'or.

— Dans les pleurésies séro-fibrineuses des oléothorax, également par injections de solution huileuse.

— Dans les pleurésies séro-fibrineuses du pneumothorax artificiel qui s'accompagnent de formation rapide du liquide et nécessitent des ponctions.

— Dans les pleurésies purulentes tuberculeuses spontanées.

12° Il faut s'abstenir de ce traitement dans les cas de fistules pleuro-pariétales, le résultat étant nul.

13° La conduite du traitement sera la suivante :

Débuter par une injection de 0g05.

Faire des injections hebdomadaires en élevant progressivement les doses jusqu'à 0g50 au maximum.

Les épanchements purulents nécessitent l'accès aux fortes doses et des traitements prolongés.

Les épanchements séro-fibrineux doivent imposer des doses plus faibles ne dépassant pas 0,30.

La pleurésie séro-fibrineuse spontanée peut voir sa guérison obtenue par deux ou trois injections à faibles doses.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 13 mai. — Jury : MM. Teissier, président; Legueu, Harvier, Cathala. — M. Krassilchik. Etude de la vaccinothérapie intra-veineuse dans l'épidydimite et le rhumatisme blennorragique. Lelourdy. Sur quelques débuts insolites du cancer des côlons.

Lundi 16 mai. — Jury : MM. Achard, président; Nobécourt, Chabrol, Gastinel. — Grabli. Recherches sur le rhumatisme gonococcique. Allergie et proténiothérapie. — Challe. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire infantile. Jacquet. Etude des anémies graves du nourrisson au cours de la première année.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Tiffeneau, président; Henry, Nicolas. — Adeline. L'intoxication par l'if à baies (Taxus baccata).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Paris, Doin et Cie.
(2) *Th. de Paris*, 1930. — Paris, A. Legrand.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement moderne des varices. La cure des affections variqueuses par l'emploi simultané des injections sclérosantes et des bandes gommées, par Humbert LOUIS. In-18 de 101 p. — Prix : 10 fr. — Paris, Le François.

Les Affections douloureuses de l'intestin terminal. Diagnostic. Traitement, par C. BONORINO-UDAONDO, professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, membre de l'Académie nationale de médecine, et Lucio V. SANGUINETTI, médecin de l'hôpital Ramos Méjia à Buenos-Ayres. « La Pratique médicale illustrée. » In-8 de 26 pages avec figures dans le texte. — Prix : 9 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

RAPIDE DE SOIRÉE. PARIS. VICHY. — A partir du 15 mai un nouveau rapide de soirée permettra aux voyageurs quittant Paris à 16 h. 15 d'arriver à Vichy à 21 h. 33.

Wagon restaurant entre Paris et Saint-Germain-des-Fossés.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Bases actuelles de la parathyroïdectomie dans certaines polyarthrites ankylosantes, par M. le professeur R. LERICHE et M. A. JUNG.
Hémihypertonie infantile (avec 1 fig.), par MM. L. BABONNEIX et A. THÉVENARD.
VIIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE (*fin*). (Compte rendu par M. CAUSSIMON.)
SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES DE PARIS. (Compte rendu par M. J. SÉRANE.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
Société de médecine de Paris.
Société de thérapeutique.
CHRONIQUE
Le dîner de printemps de l'U. M. F. I. A., par F. L. S.
NOTES POUR L'INTERNAT
Hémothorax traumatique. Signes et diagnostic.
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 6 mai. — MM. Péron, 20; Rachet, 19,18; Lambling, 19,36; Weissman, 20; Azerad, 19,27; Célice, 19,63.

Seront proposés à la nomination de M. le directeur général les candidats dont les noms suivent :

MM. Weissman et Péron, 40; Célice, 39,63.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 mai. — MM. Thalheimer, 20; Banzet, 18; Seillé, 17.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE, — Le XLe Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris. du 5 au 10 octobre 1931, sous la présidence de M. O. Lambret, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Des ulcères peptiques post-opératoires (pathogénie et traitement).* — Rapporteurs : MM. Gosset (de Paris) et Leriche (de Strasbourg);

2° *Traitement chirurgical immédiat des fractures ouvertes de jambe.* — Rapporteurs : MM. Roux (de Montpellier) et Sénèque (de Paris);

3° *Les péritonites à pneumocoques.* — Rapporteurs : MM Bréchot (de Paris) et Nové-Josserand (de Lyon).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 1er août, le titre et les conclusions de leurs communications au secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris (VIe).

Extrait du règlement. — Les chirurgiens, qui désirent faire partie de l'Association, doivent envoyer au secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, de ses anciens chefs de service. Les membres du comité ne peuvent accepter de parrainage, sauf pour les candidats étrangers.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — SÉANCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 5 MAI 1931. — A propos des cours en anglais, qui doivent avoir lieu en juin et juillet, les professeurs Dubé (de Montréal) et Smithies (de Chicago) se sont chargés de les faire connaître au Canada et aux Etats-Unis. La publicité qu'ils ont faite a amené une série de médecins étrangers à demander des renseignements sur ces cours; dès aujourd'hui il a été reçu quelques inscriptions.

Une filiale de l'A. D. R. M. vient d'être fondée au Canada sous la présidence d'honneur des doyens Rousseau (Québec), Lotbinière Harwood (Montréal), Martin (Université Mc Gill, de Montréal) et Primerose (Toronto). Président : professeur Dubé, vice-président : Desloges, secrétaire-trésorier Benoit.

L'Association Isha (Association Internationale d'Accueil Universitaire) a demandé d'organiser des visites hospitalières pour douze gastro-entérologistes américains, puis pour une douzaine de femmes médecins.

L'Inter-State Post-Graduate Medical Assembly of North America a demandé de vouloir bien dresser comme les années précédentes le programme du séjour de ses membres qui viendront à Paris fin juin.

Le docteur Coca, directeur de *La Medicina Ibera*, met à la disposition de l'A. D. R. M. son journal *La Medicina Ibera* dont le correspondant à Paris est le docteur Mathé.

Le professeur Cunéo, représentant de l'A. D. R. M., s'est rendu à la suite d'une entente avec la filiale hellénique de l'A. D. R. M. à Athènes où il a fait plusieurs conférences.

Election de nouveaux membres : MM. Blatter, Cardinaux, Compagnie générale de radiologie, M. Delherm, Ecole odontotechnique, International Student Hospitality Association, MM. Maingot, Frank, Smithies, Société Immobilière et Fermière des Eaux thermales et minérales de Dax, MM. Villain, Wallgren.

LE JUBILÉ DU PROFESSEUR ALBERT LEMAIRE (DE LOUVAIN). — Une grande et belle manifestation universitaire vient d'avoir lieu à Louvain, où un grand nombre de médecins belges et étrangers sont venus fêter le professeur Lemaire qui achève sa trentième année de professorat.

Successivement professeur d'hygiène, d'anatomie pathologique, de pathologie interne et de clinique médicale, le professeur Lemaire a formé un nombre considérable d'étudiants et il y a longtemps que sa renommée a dépassé les bornes de son pays.

Parmi les savants étrangers qui s'étaient rendus à Louvain, signalons MM. Marcel Labbé, Bezançon et Weinberg (de Paris), Arloing et Mouriquand (de Lyon), Etienne (de Nancy), etc,

CRÉATION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET DU SYNDICAT DES GYNÉCOLOGUES FRANÇAIS. — Sous le nom de Société française de gynécologie, une Société scientifique réunissant les médecins dont l'activité principale est consacrée à l'exercice de la gynécologie médicale, chirurgicale ou physiothérapique, vient d'être constituée. Son siège social est 95, rue du Cherche-Midi. Elle a pour objet l'étude de toute question scientifique ayant trait à la gynécologie. Le bureau est ainsi composé : président, M. F. Jayle; vice-présidents, MM. X. Bender et L.-M. Pierra; secrétaire général, M. Maurice Fabre; trésorier, M. F. Papillon. Pour renseignements et adhésions, s'adresser à M. F. Jayle, 20, rue Cassette, Paris (VIe).

Le Syndicat des gynécologues français a pour principal objet la défense des intérêts professionnels des gynécologues. Son siège social est 95, rue du Cherche-Midi. Un conseil d'administration composé de MM. Briault, Buquet, X. Colanéri, Maurice Fabre, Guyot, F. Jayle, Raymond Petit, Régnard, M. Sénéchal, Violet, a été nommé. Le Conseil de famille est composé de MM. Bender, F. Jayle, Raymond Petit, H. Sénéchal. Le Conseil d'administration se réunira prochainement pour élire le bureau du Syndicat.

Provisoirement, adresser les demandes d'admission à M. Maurice Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris (IXe). Ces deux groupements ont pour but de réaliser l'indépendance de la gynécologie qui a toujours été inféodée soit à la médecine, soit à la chirurgie, soit à l'obstétrique et d'affirmer cette indépendance tant du point de vue professionnel que du point de vue scientifique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du docteur Jean Dumont, secrétaire de la rédaction de la *Presse médicale*. Nous adressons l'expression de notre sympathie la plus vive au Comité de rédaction de la *Presse médicale* ; — Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Jean Garel, professeur honoraire à la Faculté ds médecine de Lyon, médecin honoraire des hôpitaux, décédé à l'âge de 80 ans. On sait que le professeur Garel fut l'un des premiers et l'un des plus éminents spécialistes en oto-rhino-laryngologie; Bretin, professeur de matière médicale et botanique à la Faculté de Lyon; L. Manificat (de Pontcharra), Lecreux (de Suancourt), Vesselle (de Saint-Dizier).

CHRONIQUE

LE DINER DE PRINTEMPS DE L'U. M. F. I. A.

L'U. M. F. I. A., union médicale latine, vient de donner son dîner de printemps au Cercle interallié en l'honneur des médecins canadiens qui gardent si fidèlement le souvenir et les traditions de leur ancienne patrie.

Le dîner était présidé par S. E. Philippe Roy, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Canada en France, et par M. le professeur Sergent, représentant les médecins français qui se sont rendus en mission au Canada.

Réception extrêmement brillante comme d'habitude, et empreinte de la cordialité que Dartigues, Molinéry et tous les dirigeants de l'U. M. F. I. A. savent apporter à toutes leurs réunions. Près de 400 convives se pressaient dans le beau palais du faubourg Saint-Honoré.

Nous avons reconnu, autour du Président S. E. Philippe Roy, S. E. Caballero de Bedoya, ministre du Paraguay; les professeurs Sergent, Roussy, Lereboullet, Clerc, Achard, Hartmann, Desgrez, Legueu, Grégoire, Lemierre, M. Labbé, Baudouin, Guillain, Nattan-Larrier, J. Renault, A. Pettit, G. Petit, Mauriac (de Bordeaux), Roule, Montane (du Muséum); les médecins généraux inspecteurs Sieur, Boyé, Cadiot, Emily ; le médecin général Rouvillois; MM. Basset, Busquet, Lian, Le Lorier, Okinczyc, Crouzon, Devraigne, Durand, Gaudard d'Allaines, Lafourcade, Huber, Milian, Trémolières, Weissenbach, G. Labey, Pinard, Belot, Laquerrière, Joltrain, Armand-Delille, Rist, Moulonguet, Bellencontre, Barbarin, Desfosses, Joly, Charpentier, Francis Bordet, Dioclès, Simon, Gastou, Roucayrol, etc. M. le sénateur Gadaud, MM. Caujolle et Briquet, députés.

La colonie canadienne était très largement représentée par plus de cinquante médecins canadiens.

Des discours furent prononcés par Molinéry, secrétaire général, par Dartigues, président fondateur, qui surent tous deux exprimer avec cordialité et avec une éloquence vibrante les sentiments des médecins français pour leurs confrères canadiens.

Puis le professeur agrégé Simiard, délégué de l'Union médicale canadienne, parla au nom de ses confrères.

M. le professeur Grandin, commissaire spécial du gouvernement canadien, dans une allocution pleine de bonhomie, dit combien les traditions françaises, l'accent même du terroir français sont conservés au Canada. Et cet aveu de fidélité n'était-il pas très émouvant de la part d'un père canadien dont le fils tomba sur le front de France pendant la grande guerre?

M. Sergent dit à son tour combien les médecins français sont émus lorsqu'en arrivant au Canada ils se trouvent dans une vieille province française où les habitants, sans cesser de garder leur loyalisme envers l'Angleterre, restent des Français et des meilleurs.

S. E. Philippe Roy, diplomate et médecin, termina la série des discours par une remarquable et bien attachante étude historique de la médecine au Canada.

Avant de se séparer les confrères canadiens et français assistèrent à la projection d'un beau film présenté par notre ami Desfosses et consacré à la vie canadienne.

Et ce fut une agréable conclusion à cette belle réunion qui montre une fois de plus la vitalité de l'U. M. F. I. A. et le grand rôle qu'elle joue pour le resserrement des liens d'amitié entre les médecins de culture latine. F. L. S.

BASES ACTUELLES DE LA PARATHYROIDECTOMIE DANS CERTAINES POLYARTHRITES ANKYLOSANTES

Par René LERICHE et Adolphe JUNG.
(Clinique chirurgicale A, Strasbourg.)

Qu'il y ait une relation entre l'hyperparathyroïdie et certaines polyarthrites ankylosantes, c'est une chose certaine.

Les faits ont ici une rigueur expérimentale. Ils ne peuvent être discutés. En voici la substance :

Dans des cas de polyarthrite ankylosante progressive très douloureuse avec hypercalcémie, l'ablation d'un ou de deux parathyroïdes, ou la résection de l'artère thyroïdienne inférieure à sa terminaison, amène une chute du calcium sanguin, fait disparaître instantanément les douleurs, et améliore durablement les fonctions articulaires partout où l'ankylose n'est pas anatomiquement constituée.

Il importe de ne pas laisser obscurcir des faits aussi objectifs par la série des observations contradictoires et des théories prématurées qui surgissent toujours au début de l'étude d'une question neuve, et réussissent habituellement à la troubler. Il faut donc partir de la notion d'hypercalcémie, test parathyroïdien sûr, et de l'efficacité des opérations parathyroïdiennes quand il y a hypercalcémie, pour étudier les polyarthrites ankylosantes dans un esprit nouveau.

Dès maintenant, on peut considérer comme acquis quelques faits nouveaux, et comme dégagées certaines constatations d'interprétation difficile qui doivent devenir désormais des objets d'étude.

1° Fait certain. — *Il y a des polyarthrites ankylosantes avec hypercalcémie* que la parathyroïdectomie améliore.

Les constatations faites par Oppel et ses collaborateurs ont été retrouvées par d'autres et ne peuvent plus être mises en doute. Pour Oppel, il y a quelques années (1928), la calcémie dans la polyarthrite ankylosante est dans les deux tiers des cas au-dessus de 11 milligrammes sur 100 centimètres cubes de sérum, la limite normale étant — pour la méthode qu'il emploie — de 9 à 11 p. 100 par litre de sérum et le phosphore organique du sang restant en quantité normale ou à peine augmenté.

Plus récemment, avec Dobytschin, Oppel (1) a étudié à nouveau le métabolisme du calcium dans 14 cas, le bilan étant fait du calcium ingéré d'une part, et, d'autre part, du calcium rejeté. Ils trouvent 2 malades présentant un bilan négatif, rejetant plus qu'ils n'ingèrent, 2 en équilibre dont les pertes équivalaient les gains, et 10 à bilan positif, les gains dépassant de beaucoup les pertes. *Il y aurait donc rétention de calcium dans la majorité des polyarthrites ankylosantes.*

Personnellement, nous avons étudié 20 polyarthrites. Dans 10 cas, où il semblait y avoir à l'origine une infection (tuberculose, blennorrhagie, etc.), la calcémie a été trouvée normale, fait vu aussi par Mathieu-Pierre Weill et Ch.-O. Guillaumin. Et dans 10 cas où il n'y avait aucune particularité étiologique décelable, il y avait trois fois une hypercalcémie nette, quatre fois une calcémie normale, et trois fois une calcémie nettement diminuée.

Il y a donc incontestablement des polyarthrites ankylosantes avec hypercalcémie. Leur proportion exacte reste à déterminer.

C'est à des cas de ce genre que Oppel a appliqué la parathyroïdectomie, et nous l'avons imité.

La parathyroïdectomie peut être considérée comme la contre-épreuve de l'influence de la rétention calcique.

On sait, en effet, depuis Mac Callum et Voegtlin, que la parathyroïdectomie chez le chien est suivie d'une hypocalcémie avec augmentation du taux du calcium des urines et des matières fécales. Evidemment, il y a des opinions contradictoires (Cooke, Gross et Underhill, Salvesen et Linde). Mais elles ne portent que sur des détails, sur l'existence ou non d'un taux anormal de la calcémie, ou de l'élimination fécale, qui est probablement variable. Le fait essentiel est que la parathyroïdectomie peut faire cesser la rétention calcique.

Chez l'homme, il en est également ainsi.

Récemment, Oppel et Dobtschyn dans le mémoire plus haut cité, rapportent le détail de leurs études sur le bilan calcique après parathyroïdectomie. En apparence, il est assez contradictoire (1). D'après leurs chiffres, la parathyroïdectomie a une influence très variable sur le bilan calcique : cinq fois, Oppel et Dobtschyn l'ont vu ne pas changer, deux fois, la rétention calcique avait augmenté, quatre fois seulement elle diminua.

Mais quand on lit avec soin leurs tableaux, on voit que *les 4 seuls cas où il y eut réduction du taux du calcium sanguin*, une fois avec sécrétion calcique augmentée, deux fois avec excrétion diminuée, et une fois sans modification [cas 3, 7, 8 et 10] (2), *étaient les cas où il y avait hypercalcémie.*

Cela nous a frappés, bien que Oppel ne le remarque pas.

Il n'est peut-être pas très étonnant que l'hémiparathyroïdectomie n'influence le bilan calcique que dans les cas où il y a dysparathyroïdie. Quand les parathyroïdes restantes sont normales, il est probable qu'elles peuvent suffire à assurer l'équilibre calcique.

Pour l'instant, retenons le fait : *quand il y a hy-*

---

(1) W. A. Oppel. Einige Bemerkungen über die Hyperfunktion der Epithelkörperchen, *Endokrinologie*, 1930, Bd VI.

(1) On pourrait reprocher à Oppel de ne pas dire si la preuve histologique a été faite dans ses cas de la réalité de la parathyroïdectomie. Il a opéré ses onze malades par hémithyroïdo-parathyroïdectomie. Ses élèves eux-mêmes ont apporté, après les physiologistes, la preuve que ce n'est pas un procédé certain de parathyroïdectomie, même quand on en a une grande expérience. Il est vrai que dans tous ses cas les vaisseaux thyroïdiens ont été liés. Mais tout de même cela laisse un petit doute dans l'esprit.

(2) Nous renvoyons à leurs tableaux, sachant trop par expérience ce que deviennent des chiffres en passant d'un mémoire à l'autre, à partir duquel ils sont régulièrement transmis avec des erreurs.

percalcémie, la parathyroïdectomie semble efficiente.

Nos propres observations concluent dans le même sens.

Dans un premier cas, la calcémie étant avant la parathyroïdectomie de 0g127 (méthode de Hirth), le lendemain de l'opération, elle est tombée à 0g082; quatre semaines plus tard, elle était à 0g090 (le chiffre normal avec cette méthode est de 0g093), six semaines plus tard à 0g095. Dans un second cas, après résection de la terminaison de l'artère thyroïdienne inférieure droite, la calcémie passe de 0g11 à 0g090 le lendemain. Quatre mois plus tard, elle était de 0g078 (1). Dans un troisième cas, avant parathyroïdectomie, la calcémie est de 0g11, et quelques jours après de 0g060. Dans un quatrième cas (qui n'était pas une polyarthrite), une résection de la partie terminale de la thyroïdienne inférieure fait tomber la calcémie de 0g11 à 0g098. Huit jours plus tard, une ablation de la parathyroïde droite au cours d'une ramisection abaisse la calcémie à 0g082.

En somme, comme dans les cas de Oppel, là où il y a hypercalcémie, la parathyroïdectomie unilatérale et la résection de la terminaison de l'artère thyroïdienne inférieure gauche font tomber le taux du calcium sanguin et diminuent la rétention calcique.

Y a-t-il des modifications parallèles des symptômes cliniques?

Oui, et extrêmement frappantes : en quelques heures, les douleurs cessent, les articulations non anatomiquement ankylosantes deviennent plus souples, l'amplitude de leurs mouvements s'accroît. Le malade a l'impression d'une transformation radicale.

Cette amélioration est-elle stable? Il est impossible encore de parler de résultats définitifs. D'après ce que nous avons vu dans 2 de nos cas, au bout de quatre mois l'amélioration persistait. Ces résultats nous ont paru si manifestes que nous en avons conclu qu'en présence d'une maladie aussi grave pour l'avenir fonctionnel de l'individu, d'une maladie qui fait en quelques mois d'un homme jeune et actif un infirme définitif, *il y aurait lieu désormais d'essayer d'urgence la méthode chirurgicale de réduction de la rétention calcique, aussitôt que l'hypercalcémie a été mise en évidence dans la polyarthrite ankylosante, cette recherche devant être faite très précocement,* aussitôt que le diagnostic clinique de la maladie est posé, ce qui peut *être fait de très bonne heure.*

On voit par ces quelques considérations ce qui paraît acquis actuellement au point de vue de la relation de la dysparathyroïdie, de l'hypercalcémie, et de la parathyroïdectomie dans la polyarthrite ankylosante.

*
* *

2° Faits douteux. — A côté de ces faits très précis, il y a des notations troublantes et inexplicables. *Dans des conditions cliniques apparemment semblables, on trouve tantôt de l'hypercalcémie, tantôt une calcémie normale ou légèrement diminuée.*

Faut-il faire l'hypothèse que la calcémie change au cours de la maladie, et qu'à un stade de rétention calcique initial déclanchant la maladie articulaire, succède au bout d'un certain temps un retour à la normale du métabolisme calcique? Ce n'est pas impossible. La maladie pourrait comprendre une étape parathyroïdienne, cause de tout, laissant après elle un état articulaire définitif évoluant ultérieurement pour son propre compte très lentement. Cela peut très bien se comprendre. La pathologie articulaire tout entière est dominée par le fait des échanges locaux, par des mutations calciques locales, sous des influences vasculaires, dans lesquelles la parathyroïde ne semble pas intervenir. Il serait fort possible qu'après une étape de déséquilibre parathyroïdien entraînant une rétention calcique générale, troublant et désorganisant les épiphyses articulaires dans leur constitution même, la maladie ne soit plus qu'articulaire, chaque articulation évoluant pour son propre compte au gré des poussées fluxionnaires locales, et des traumatismes menus que comporte la vie articulaire fonctionnelle de chaque jour. Dans ces conditions, la maladie, à partir d'un certain moment, pourrait très bien comporter des troubles de l'excrétion calcique de type inverse du type initial.

Ce n'est là qu'une hypothèse, que seules des études ultérieures en série pourront faire accepter ou rejeter. Elle permettrait de comprendre les effets heureux des injections d'extrait parathyroïdien, comme ceux rapportés par Weissenbach.

Le détail du métabolisme calcique dans ses relations avec les états pathologiques articulaires, ne comporte, en effet, guère que des inconnues.

Le fait suivant le montre bien :

Une malade de cinquante et un ans entre à la clinique, le 20 janvier 1931, pour une polyarthrite ankylosante, évoluant au niveau des extrémités depuis 1912. Mains, coudes, cou-de-pied sont douloureux, déformés, enraidis à divers degrés. Les genoux sont immobilisés en une demi-flexion, irréductible à cause des douleurs. La radiographie montre des surfaces articulaires floues, entourées d'ostéophytes; l'os est raréfié à distance. La calcémie est de 0g096 par litre de sérum. Ce chiffre faisant rejeter toute idée d'intervention parathyroïdienne, nous décidons de réduire tout d'abord la flexion des genoux et de faire ensuite des opérations sympathiques. Or, le simple fait de réduire la flexion des genoux sous anesthésie générale, a transformé la malade pendant quelques jours : diminution des douleurs, non seulement au niveau des extrémités inférieures immobilisées en bonne position dans une gouttière plâtrée, mais encore au niveau des mains et des coudes. Or, à ce moment, la calcémie était montée à 0g107 (chiffre au-dessus de la normale pour un microdosage de Hirth). Nous avons depuis fait chez cette malade, en deux séances, des ramisections cervicales qui ont considérablement amélioré la fonction de ses membres. Le taux du calcium n'a pas varié.

---

(1) R. Leriche et A. Jung. Des effets de la résection d'une des artères thyroïdiennes sur la calcémie et la symptomatologie fonctionnelle dans un cas de polyarthrite ankylosante, *Gaz. des hôpit.*, 3 déc. 1930, p. 1733.

* * *

De tout ceci, nous ne voulons pas conclure. Le moment n'est pas venu de le faire autrement qu'en marquant l'extrême intérêt des opérations parathyroïdiennes dans les polyarthrites à hypercalcémie, les autres ressortissant pour nous, dans certains cas, à des opérations sympathiques. Mais c'est là une autre question, sur laquelle nous reviendrons plus tard. Les parathyroïdectomies ne doivent pas à l'heure actuelle être faites au hasard. Elles ne peuvent être indiquées présentement que par l'hypercalcémie. L'avenir nous dira s'il y a lieu d'étendre ou de restreindre cette indication.

HÉMIHYPERTONIE INFANTILE

Par MM. L. BABONNEIX et A. THÉVENARD.

Observation. — Marie-Louise C..., âgée de onze ans, est née de parents en bonne santé, ne possédant aucun antécédent notable.

Elle a eu quatre aînés dont trois sont bien portants; le quatrième est mort à un an de broncho-pneumonie compliquée de méningite. Un sixième, âgé de neuf ans, est en bonne santé.

Elle est née à terme, sans application de forceps et dans des conditions normales. A l'âge de dix mois, elle eut deux convulsions dans une même journée. Puis on ne remarque rien d'anormal dans son état jusqu'à l'âge d'un an environ : alors, on constate qu'elle ne peut tenir sur les jambes. La tête n'est pas ballante, la dentition se fait normalement, mais l'enfant ne peut marcher et parle à peine jusqu'à l'âge de trois ans.

De trois à sept ans ce retard se corrige et elle peut aller en classe avec les enfants de son âge.

A sept ans, sans qu'il y eut de perte de connaissance, elle est prise un soir d'agitation avec gêne respiratoire et cornage. On fait une injection de sérum antidiphtérique; le lendemain, retour à l'état normal. Il semble bien qu'il se soit agi d'une crise convulsive larvée avec spasme laryngé.

Six mois après, on remarque une gêne de la marche avec rotation interne du pied gauche. Puis, gêne des mouvements du membre supérieur gauche, enfin depuis six mois se manifeste l'innervation du tronc vers la droite avec rotation de la tête vers ce côté. Le tronc se renverse, les chutes deviennent fréquentes; de plus la parole s'embarrasse.

L'enfant possède un développement statural normal, et son état général est satisfaisant. Il n'y a aucun signe de puberté.

Examen de l'enfant couchée. — Le corps se place normalement en rectitude. La tête esquisse une rotation discrète vers la droite.

Les membres droits sont normaux, réserve faite de quelques mouvements à type choréo-athétosique, rares et discrets, constatés au membre supérieur droit.

Quant à l'avant-bras gauche, il demeure fléchi sur le bras et écarté du thorax. La main est en hypertension sur l'avant-bras, les doigts allongés dans une attitude qui rappelle celle de la tétanie.

Le membre inférieur gauche est légèrement contracturé en extension, le pied immobilisé par une forte contracture avec rétractions tendineuses dans une attitude forcée de vaso-équinisme.

Si l'*enfant s'assied*, l'attitude du membre supérieur gauche s'affirme et se fixe. Le bras est collé au flanc, mais l'avant-bras s'écarte du tronc et se fléchit à angle aigu sur le bras, tandis que la main s'allonge en forte hyperextension, la paume tournée vers le haut. Enfin le tronc s'incline en avant et à droite, de sorte que l'enfant doit prendre appui de sa main droite sur le lit.

Lorsqu'elle *est debout*, on voit immédiatement s'exagérer la contracture du membre inférieur gauche et l'aspect d'enroulement du pied sur son bord interne.



Hémihypertonie infantile.

Le tronc s'incline du côté droit sans qu'il y ait de spasme musculaire décelable. La tête s'incline sur l'épaule droite et la face se tourne vers la droite. Au bout de quelques secondes la plicature en arrière apparaît et se développe rapidement entraînant la chute en arrière.

Si l'on soutient quelque peu l'enfant, on peut observer l'attitude du membre supérieur gauche; elle est à peu près la même que dans la position assise, avec cette différence que de la main droite la petite malade s'oppose à la flexion exagérée de l'avant-bras sur le bras. Quelquefois l'avant-bras gauche est rejeté derrière le dos.

La *marche* est impossible sans soutien surtout lorsque l'enfant est fatiguée. Elle exagère la contracture du bras et de l'épaule gauches. Le bras s'écarte du tronc et s'élève comme une aile. Le renversement du tronc en arrière est très exagéré dans le pas antérieur gauche. Le pied gauche ne pose sur le sol que par la pointe.

La marche à reculons est un peu mieux exécutée, mais ne peut se faire sans soutien.

Le *tonus musculaire* au repos ne présente de modifications nettes qu'aux membres gauches. Au membre supérieur, il existe une contracture offrant certains caractères de plasticité, et accompagnée d'une légère exagération des réflexes de posture au biceps et aux extenseurs de la main.

Au membre inférieur, la rétraction musculo-tendineuse empêche l'appréciation exacte du réflexe de posture du jambier antérieur et du réflexe d'attitude à gauche.

Aux muscles postérieurs de la cuisse, les réflexes de posture sont un peu exagérés.

Le tonus musculaire semble normal aux membres droits.

La *force musculaire* normale, à droite, semble un peu dimi-

nuée à gauche. Toutefois la manœuvre de la jambe est négative.

Les *réflexes tendineux* existent tous et sont tous plus vifs du côté gauche.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité à ses différents modes.

L'examen de la face ne montre pas de paralysies de la septième paire. La bouche est maintenue ouverte de façon habituelle. Il n'y a pas d'hypersalivation.

La motilité oculaire est normale. Les pupilles sont égales et réagissent parfaitement. Il n'existe pas de cercle cornéen de Fleischer.

Il n'y a rien d'anormal à signaler dans le domaine des autres nerfs craniens.

La parole spontanée est un peu lente, mais les modifications de l'arthrie apparaissent mieux quand on demande une réponse rapide à une question précise.

Il apparaît un spasme peu buccal discret, quoique assez net et il y a un temps perdu appréciable avant l'élocution de la réponse. Les mêmes phénomènes spasmodiques apparaissent plus nettement encore dans le rire.

Le *psychisme* nous a paru celui d'un enfant de six à sept ans. La petite est instable, turbulente et se met facilement en colère. Son affectivité semble normale, et ses parents ne signalent aucune perversion du caractère. Le sommeil est normal.

L'examen somatique n'a révélé aucun signe anormal. Nous n'avons constaté en particulier aucun symptôme de dysfonctionnement hépatique.

Aucun examen biologique n'a pu être pratiqué. Mentionnons qu'une réaction de Bordet-Wassermann pratiquée chez la mère a été négative.

*
* *

En résumé chez une enfant de onze ans qui a souffert à un an et à sept ans de phénomènes convulsifs transitoires, nous avons constaté un syndrome d'hypertonie des membres du côté gauche, sans participation du système pyramidal et de dystonie d'attitude sous forme de plicature postéro-latérale droite. Ce syndrome s'est développé en trois ans environ, et rien dans l'examen clinique de la malade, non plus que dans l'étude de ses antécédents, ne permet de lui assigner d'étiologie précise.

VIIe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE [1]

Bordeaux, 38 mars-2 avril 1931 [fin] (2)

Discussion.

M. Gaussel. Cette question du diagnostic de l'activité des lésions pulmonaires tuberculeuses est très importante au point de vue médico-légal, en particulier en ce qui concerne les expertises. Le diagnostic d'activité « actuelle » n'engage pas l'avenir et on risque de décider dangereusement des réintégrations d'anciens malades dans les administrations. Il est bon de faire remarquer que le temps dont dispose le surexpert est extrêmement court pour se faire une opinion valable. Il serait nécessaire que le surexpert puisse observer son malade six mois environ avant de prendre une décision.

M. P. Courmont insiste sur l'importance des réactions de laboratoire dans le diagnostic d'activité lésionnelle. Il est indispensable d'utiliser plusieurs réactions sérologiques et de les coordonner. Il ne faut pas négliger d'utiliser les renseignements parfois précieux que peut donner l'intensité de la cuti-réaction. Il convient également d'accorder une place plus importante à la séro-agglutination qui suit très sensiblement les variations de l'activité. Il en est de même de la déviation du complément et de la réaction de Vernes. Il ne faut pas utiliser ces réactions isolément, car ainsi elles ne peuvent donner que des renseignements unilatéraux. Il est indispensable de les grouper et de confronter leurs résultats.

M. le professeur Léon Bernard propose une classification des formes de la tuberculose pulmonaire suivant le degré d'activité. Une forme évolutive est celle dans laquelle les dégâts anatomiques se développent en progressant. L'activité de la lésion n'implique pas nécessairement la progression des dégâts anatomiques. L'orateur rappelle ce qu'il a décrit sous le nom d'état séquelle et sur sa latence. Il décrit les périodes d'activité et caractérise la maladie par l'alternance des périodes d'activité et d'inactivité. Il ne pense pas que les signes physiques et les signes radiologiques puissent passer au premier plan dans l'établissement du diagnostic d'activité. Il n'en est pas de même des signes fonctionnels qui sont d'une importance capitale. Il est également utile de pratiquer la mesure du CO^2 alvéolaire.

M. le médecin colonel Jullien. Dans cette question la réaction de Vernes est très importante. L'orateur pose la question des indices très bas qui peuvent correspondre à des lésions stagnantes. Les lésions extensives correspondent à ces indices élevés.

M. le professeur Sergent. L'activité est l'état d'une lésion qui demeure virulente. L'orateur insiste sur la distinction entre l'activité et l'évolutivité. C'est le temps qui vérifie le diagnostic d'activité.

M. Marcel Léger met en évidence, à l'aide de graphiques, l'intérêt des courbes photométriques de Vernes.

M. Jacquerod insiste sur la persistance de la virulence bacillaire dans les foyers pulmonaires cliniquement guéris.

M. Kuss se fait le défenseur des réactions à la tuberculine.

M. Mantoux insiste sur la douleur locale comme signe d'activité lésionnelle.

M. Rist. Le diagnostic positif et différentiel de la maladie doit précéder celui de l'activité lésionnelle. L'orateur met en évidence les difficultés pratiques de ce diagnostic. Il insiste comme les rapporteurs sur l'intérêt pratique considérable des radiographies en série. On ne peut porter d'opinion certaine qu'après un examen très prolongé du malade.

M. Burnand rappelle ses travaux sur les états bacillaires chroniques.

M. Ollivier rappelle ses très intéressantes recherches sur les variations du CO^2 alvéolaire chez les tuberculeux pulmonaires.

M. le professeur Cordier. L'étude de l'activité potentielle ou de l'évolutivité semble plus intéressante que celle de l'activité actuelle.

Prennent également la parole MM. les docteurs Mouisset et Armand-Delille.

Conférence du docteur Burnand sur l'état actuel du traitement de la tuberculose pulmonaire.

Le docteur Burnand fait appel à ses souvenirs personnels pour faire une mise au point des procédés dont nous dispo-

(1) *Association de la Presse médicale française.*

(2) Une omission s'étant produite dans notre dernier numéro, ce dont nous nous excusons auprès de nos lecteurs, nous redonnons en entier la discussion sur le rapport de MM. Leuret et Caussimon. — *N. D. L. R.*

sons actuellement pour lutter contre la tuberculose pulmonaire. Il s'élève vivement contre les charlatans et les soi-disant guérisseurs qui font souvent perdre à leurs malades un temps précieux. Il précise l'exacte portée des traitements médicaux et chirurgicaux et fixe la limite de leurs possibilités.

Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital et au dispensaire?

Rapporteur : M. le docteur KUSS.

Nous pouvons affirmer qu'on peut créer et entretenir des pneumothorax au dispensaire sans risques opératoires, sans dangers autres que ceux qui sont inhérents aux états pathologiques pleuraux et pulmonaires. Pour les cas faciles, il y a tout intérêt à faire les insufflations au dispensaire. Pour les cas compliqués, il y a au contraire une indication formelle à créer des centres de réinsufflation bien organisés réservés à cette tâche sociale et en rapport avec de bons hôpitaux-sanatoriums suburbains.

Rapporteurs : MM. H. SECOUSSE et F. PIÉCHAUD.

La pénurie d'hôpitaux sanatoriums est un obstacle certain au développement normal de la collapsothérapie. Il convient donc de réclamer l'application intégrale de la loi Honnorat. Il faut surtout insister sur la création d'hôpitaux-sanatoriums. A titre transitoire et provisoire, on pourra envisager la création et l'entretien du pneumothorax dans les dispensaires. Le « pneumothorax ambulatoire » doit être pratiqué avec la plus grande réserve. Il semble nécessaire de créer dans chaque département des centres de réinsufflation, le dispensaire devant demeurer strictement dans son rôle de dépistage. Tout malade en cours de traitement devra nécessairement être porteur d'un carnet indiquant la marche du traitement et les incidents qui ont pu survenir.

Discussion.

Prennent part à la discussion : MM. GAUSSEL, COURMONT, OLMER, AMEUILLE, ARMAND, DELILLE, André MARTIN, GIRAUD, LOUBET, ENCONTRE, qui tous sont d'accord pour demander le perfectionnement des organismes départementaux, la protection du malade contre les charlatans.

CAUSSIMON.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES DE PARIS

(*Séance solennelle.*)

PREMIER RAPPORT

La phylaxie par les eaux minérales.

Par MM. FERREYROLLES, MONOD et BOUCOMONT.

La phylaxie découverte par Billard est un mode particulier de protection de l'organisme contre les poisons ou toxines différant de ceux généralement reconnus (moyens physiques, chimiques ou biologiques) et consistant dans l'inactivation du poison par un médicament ou une eau minérale ayant avec ce poison une analogie de tropisme et d'action en même temps qu'un pouvoir fixateur sur les éléments cellulaires plus fort que le toxique. La phylaxie, par les eaux minérales, a été constatée in vitro et in vivo. In vitro : protection du cobaye par addition de quelques centimètres cubes d'eau contre des doses hypermortelles de spartéine (Billard, Maurin, Perrin et Cuénot), contre la picrotoxine (Perrin et Cuénot, Mougeot et Aubertot), contre l'hydroxyde de cuivre (Violle et Giberton), contre le venin de vipère, la toxine tétanique, la toxine diphtérique (Billard et Dodel). In vivo : protection par injection préventive contre une injection tardive de toxine ou de poison. Billard a pu même, par injection d'eau minérale, protéger l'animal contre les effets d'une injection antérieure de toxique. Ferreyroles a fait de même en opérant avec la morphine, la strychnine, la cocaïne, poisons neurotropes. Comment interpréter ces faits ? Il ne peut s'agir de phénomène d'absorption par les colloïdes des eaux minérales, ni de phénomènes uniquement chimiques, de production d'un nouveau corps atoxique, malgré le rôle possible du Ca (Violle et Giberton), ce qui ne peut rendre compte de la phylaxie obtenue in vivo par injections séparées précédant quelquefois de trois semaines l'injection de la dose hypermortelle. Pour Billard, ce qui intervient, c'est le pouvoir fixateur des éléments cellulaires, lipides et savons. Dodel a démontré in vitro le mécanisme de la phylaxie en protégeant les hématies de mouton, certaines substances hémolytiques par d'autres substances hémolytiques, montrant qu'il y avait une véritable modification des tissus ne pouvant plus être atteints par la toxine. Ce sont les savons, dit Billard, qui conditionnent la perméabilité cellulaire et, par conséquent, la protection de l'organisme et la propriété phylactique de certaines eaux minérales est due à l'action de dilution qu'elles exercent sur ces savons, les eaux précipitant les savons n'ayant, au contraire, aucune propriété phylactique.

Une conclusion thérapeutique des études de Billard est qu'une seule dose d'eau est suffisante, dose d'autre part extrêmement faible, et que son action phylactique est de durée le plus souvent limitée.

DEUXIÈME RAPPORT.

Les propriétés anti-anaphylactiques des eaux minérales.

Par MM. le professeur LOEPER et MOUGEOT.

M. LOEPER, rapporteur. L'anti-anaphylaxie n'est qu'un élément de la phylaxie. C'est une réalité clinique connue depuis longtemps que l'existence de phénomènes de désensibilisation aux eaux minérales dans les états pathologiques considérés comme d'origine anaphylactique (urticaire, eczéma, arthropathies, manifestations arthritiques). Au point de vue expérimental, on a utilisé le cobaye et le lapin, soit en mélangeant des eaux minérales et des antigènes, soit en injectant de l'eau minérale avant la déchaînante, soit en faisant des cures progressives et répétées entre les deux injections. Mais il manque souvent d'avoir eu recours à des tests plus précis que les simples modifications objectives relatée dans les observations et entre autres à des examens de sang comme l'ont fait Marbet et Epireanu. In vitro, l'anti-anaphylaxie a été démontrée par Ferreyroles et Mougeot pour Royat, Perrin et Cuénot pour Contrexeville; in vivo par Billard pour Royat Saint-Mart, par Arloing et Vauthey pour Vichy, Perrin et Abel pour les eaux des Vosges, Henrijean et Kopaczewsky pour Spa et plusieurs autres auteurs étrangers pour d'autres eaux minérales.

Quelles théories peuvent expliquer le pouvoir anti-anaphylactique des eaux minérales? Intervention d'un facteur humoral (précipitation vasculaire ou théorie de la floculation), rôle d'un facteur cellulaire, blocage du système réticulo-endothélial; théorie de Billard sur le rôle des lipides constituant la barrière cellulaire et sur celui des savons dans les modifications de la perméabilité aux toxines, ce ne sont que des hypothèses, dont la dernière est certes la plus séduisante mais dont aucune n'a une valeur réellement positive.

A côté de l'anaphylaxie générale, il ne faut pas oublier les

phénomènes d'anaphylaxie locale et il est très possible qu'ils interviennent dans les effets produits par les eaux minérales agissant sur la muqueuse nasale, pharyngée, trachéale, bronchique, intestinale; l'eau minérale peut très bien déterminer des phénomènes de défense étagée nécessités par les anaphylaxies étagées; elle peut désensibiliser les muqueuses par excitation des sécrétions normales (foie, intestin, estomac). Cette action désensibilisante des eaux minérales est utilisée couramment en pratique thermale, l'injection préparante étant représentée ici par les prédispositions congénitales ou héréditaires. Il faut souhaiter qu'on utilise un jour les eaux minérales pour prévenir les accidents d'anaphylaxie produits par les sérums.

Discussion.

M. Pasteur Vallery-Radot. Je suis entièrement d'accord avec M. Loeper sur la nécessité, quand on parle d'anaphylaxie au point de vue expérimental, d'avoir recours à des expériences précises, le meilleur test étant la chute brusque de la tension artérielle constatée sur le graphique de l'appareil enregistreur. Dans ces expériences le lapin est un meilleur animal que le cobaye qui nécessite l'emploi d'un nombre considérable de sujets.

En clinique on parle un peu trop souvent d'anaphylaxie et de maladies par sensibilisation. Il n'y a anaphylaxie qu'avec cuti-réaction positive contrôlée par l'épreuve de Prausnitz-Kustner, la simple cuti-réaction ne pouvant permettre d'affirmer la sensibilisation. Le test des précipitines comme celui de l'éosinophilie sont inexacts. Je crois qu'il faut encore se garder de faire de la pathogénie en cette matière : la floculation n'a jamais été constatée; quant à la colloïdoclasie ce mot doit être interprété dans le sens de modification humorale.

L'anaphylaxie par les eaux minérales est un fait incontestable; ne peut-on penser qu'elles agissent indirectement en modifiant, soit les humeurs, soit les phénomènes digestifs, soit l'état hépatique? Il faudra dorénavant, en expérimentant avec des eaux minérales, discerner le choc anaphylactique et la sensibilisation, et si on constate une désensibilisation durable voir si elle ne s'effectue pas par une voie détournée.

M. Mougeot. Les recherches futures devront tenir compte des indications données par M. Pasteur Vallery-Radot et par les travaux de Marbet et Epireanu.

Nous n'avons pas constaté avec Aubertot de parallélisme entre la teneur des eaux minérales en Ca et leur pouvoir phylactisant, la source du parc de Saint-Nectaire noncalcique s'étant montrée plus active que Contrexeville. Ces expériences pourront être refaites avec les diverses sources bicarbonatées mixtes de Royat et Saint-Nectaire.

M. Perrin. Je suis entièrement d'accord avec Billard et ses collaborateurs sur la distinction à faire entre le pouvoir anagotoxique et le pouvoir phylactique.

M. Joly. La phylaxie par les eaux minérales présente une analogie avec la métallothérapie contre les infections spirillaires (mise en défense de la cellule contre le toxique, nécessité d'une dose optima). La phylaxie et l'anti-anaphylaxie de certaines eaux minérales utilisées seulement en bains (Bagnoles) s'explique par la radio-activité; le radium agirait en accroissant la résistance des éléments cellulaires.

M. Santenoise. Il faut pour expérimenter sur l'anaphylaxie user d'une discipline stricte (inscription de la tension artérielle, recherche des variations physico-chimiques des humeurs) et choisir de préférence le chien comme animal d'expérience.

Le rôle du système nerveux végétatif et des endocrines est considérable dans la sensibilisation de l'organisme et particulièrement celui d'une hormone pancréatique agissant sur la vague et la thyroïde.

M. Martigny. L'ionisation ni la radio-activité n'expliquent l'action dynamique des eaux minérales. Les conceptions physico-chimiques récentes de M. Berne, avec la notion de dépolymérisation moléculaire, semblent apporter la clé du problème si l'on veut admettre que ce sont les éléments très dépolymérisés de l'eau, sodium, soufre, arsenic, etc., qui agissent. Cette dépolymérisation dans un milieu où des éléments identiques sont pondérables peut tenir à une absorption par un colloïde minéral (la silice, par exemple). Cette combinaison est instable : l'eau meurt loin du griffon. Mais elle permet aussi in vivo, comme l'ont montré les expériences de Billard, une pexie de l'élément métallique actif quasi instantanée sur les lipides ou les protides.

M. Loeper. Il est un fait, c'est que les eaux prises dans certaines stations peuvent produire dans certaines maladies anaphylactiques des phénomènes de désensibilisation. Un deuxième fait expérimental c'est la constatation des propriétés anti-anaphylactiques de certaines eaux minérales.

Deux ordres de recherches sont à faire : les unes qui démontrent avec la plus grande netteté qu'on peut modifier le produit injecté, les autres qu'on peut modifier l'organe récepteur.

Quant à interpréter les phénomènes de phylaxie et d'anti-anaphylaxie par les eaux minérales, il faut reconnaître que les nombreuses hypothèses apportées n'offrent pas une base suffisante pour édifier une théorie solide applicable à tous les faits observés.

J. Sérane.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 15 avril 1931)

Phlegmon des gaines. — M. Cadenat constate que les observations d'Iselin viennent confirmer son hypothèse qu'une incision palmaire suffirait pour drainer un panaris de la gaine d'un doigt du milieu. Il est utile de placer le membre en position verticale pour faciliter le drainage.

Embolectomie et artériectomie dans les thromboses oblitérantes. — M. Leriche constate que l'embolectomie est le plus souvent suivie d'échec et que l'artériectomie paraît indiquée : *a.* lorsqu'il faut aller vite; *b.* lorsque la paroi endothéliale est altérée après ablation du caillot; *c.* dans les cas vus après vingt-quatre heures; *d.* quand, après extraction de l'embolus, le pouls ne reparaît pas.

M. Leriche expose ensuite toute une série d'indications de l'artériectomie dans les artérites. Elle n'est pas indiquée dans la thrombo-angéite oblitérante.

Voie d'accès antéro-latérale dans les lésions traumatiques intra-articulaires du genou : 1° Fracture de l'épine tibiale par MM. Hamant et Chalnot (de Nancy); 2° ablation totale du ménisque interne par M. Duchamp (de Lyon). — M. Gernez rapporte ces travaux. Il rappelle le tableau d'entorse grave que donnent les fractures de l'épine tibiale. Le diagnostic est fait par l'examen radiologique. Si le traitement par immobilisation ne donne pas de résultat et que le fragment soit petit, il faut l'enlever comme a fait M. Hamant. La voie d'accès antéro-latérale de M. Gernez a donné d'excellents résultats.

M. Mauclaire remarque que certaines épines tibiales, très longues, sont plus exposées aux traumatismes.

M. Alglave insiste sur les avantages de la voie trans-rotulienne.

M. PICOT, utilisant la voie d'accès antéro-latérale, a pu faire une synotectomie totale.

Plaie infectée avec section du nerf radial — Le travail de MM. Thalheimer et Marcel Blondin est rapporté par M. GOSSET. Une hétérogreffe par nerf frais de chien a donné d'excellents résultats qui n'ont commencé à se manifester que trois ans après la suture. M. Gosset estime que la suture est supérieure à la greffe lorsqu'elle est possible, et que la greffe vivante est bien supérieure à la greffe morte. La statistique du service de M. Gosset donne 66 p. 100 de succès complet.

M. ALGLAVE a vu une récupération du nerf sciatique dix ans après la suture.

M. THIÉRY insiste sur la difficulté de déterminer le moment où une lésion nerveuse devient définitive.

M. RICHE, pour une simple libération du nerf radial, n'a eu un résultat qu'un an après l'intervention.

Appendicite à chaud. — M. J.-L. FAURE insiste après M. Duval sur la nécessité de l'opération précoce. Il préconise le drainage par Mikulicz qui a amélioré ses résultats et qui est indiqué chaque fois que l'infection est largement propagée à la cavité péritonéale.

Occlusion intestinale par adhérence au moignon appendiculaire non enfoui. — M. FIOLLE a observé cet accident pour la troisième fois, après intervention par voie médiane. Le brassage des anses grêles lui paraît constituer une indication à l'enfouissement, car après manipulation leur adhérence est plus fréquente.

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1931)

Volvulus du cæcum. — M. ALGLAVE rapporte deux observations de M. Aigrot (de Lons-le-Saunier). M. Aigrot a obtenu deux guérisons dans un cas par détorsion simple, dans le second cas par résection et anastomose. On devrait éliminer les plicatures des torsions vraies sur l'axe longitudinal. Une série de causes anatomiques (longs mésos) et pathologiques (brides, diverticules) prédisposent à la torsion.

Hernie étranglée de l'hiatus de Winslow. — Le travail de M. Aigrot est rapporté par M. ALGLAVE. La dilatation de l'hiatus au doigt permit de libérer l'anse grêle étranglée et de guérir le malade.

Pneumatose kystique du grêle. — M. MOULONGUET rapporte ce travail de M. Hertz. Intervenant pour sténose pylorique M. Hertz constate une pneumatose kystique du grêle qui n'existe que sur son bord libre. Gastro-entérostomie simple. Guérison. La pneumatose kystique serait pour les uns d'origine mécanique, ou pour d'autres d'origine infectieuse. L'infection a pour point de départ une ulcération digestive, ulcère sténosant en particulier. Si la cause est traitée cette lésion kystique ne demande qu'à guérir. Il faut donc s'abstenir de toute résection intestinale.

Bactériophage. — M. LAPOINTE a observé un cas d'ostéite et arthrite suppurée guérie par ponctions et injections de bactériophage.

M. Louis BAZY insiste sur la difficulté d'obtenir une culture de bactériophages possible à injecter sans danger. *In vitro* le bactériophage est spécifique. *In vivo* il semble qu'il existe un principe lytique pouvant agir sur d'autres microbes. M. Bazy tend à le rapprocher des lysats microbiens. Il estime que ce sont ces lysats et non le bactériophage qui peuvent produire des effets non spécifiques comme dans l'observation de M. Wiart.

D'autre part de simples ponctions peuvent guérir une infection sérieuse. L'introduction de lysats microbiens peut hâter la guérison.

M. PICOT a observé une arthrite purulente subaiguë du genou à staphylocoques. Injection locale et intraveineuse de bactériophage. Amélioration. Nouvelles injections intra-articulaire. Guérison après une incision évacuatrice suivie de fermeture. L'enfant quitte le service avec tous ses mouvements. Le bactériophage paraît avoir jugulé l'infection, mais n'a pas déterminé la guérison complète.

M. SAUVÉ discute la question de l'individualité de la bactériophagie. Tout se passe comme si un être vivant entrait en action, et il semble que cette action soit à différencier de celle des lysats microbiens.

Présentation de malades :

Intervention pour cardiospasme. — M. DELBET a opéré ce malade par voie abdominale chez un malade qui présentait des régurgitations à tous les repas. On fit une gastrostomie qui se ferma au bout de onze mois. Le malade ne tolérant plus que les liquides a été réopéré par voie abdominale. Malgré ouverture accidentelle de l'œsophage suivie de suture, guérison.

Laminectomie lombo-sacrée pour maux perforants. — M. DELBET finit par opérer ce malade et sectionna une bride entre IVe et Ve lombaire. Excellent résultat.

Amputation abdomino-périnéale du rectum. — M. BRAINE présente un très beau résultat obtenu pour cancer de l'ampoule, par le procédé de Lecène.

Présentation d'instrument :

M. GOSSET présente une aiguille à ressort.

Présentation de pièces :

M. CAPETTE. Tumeur de la face postérieure de la cuisse, qui semble être une tumeur mixte.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1931)

M. FILDERMAN présente un malade atteint de **rétraction de l'aponévrose palmaire** en bonne voie de guérison par l'hémocrinothérapie orchitique.

Pour M. LÉOPOLD-LÉVI, l'orchitine qui a fourni à M. Filderman un résultat très intéressant par le procédé de l'hémocrinothérapie, n'est pas seule à utiliser dans la rétraction de l'aponévrose palmaire. La parathyroïde est actuellement recommandée.

A propos de la cellulite. — M. G. DIDSBURY dit qu'il n'y a pas toujours cellulite chez les migraineux. Chez les enfants migraineux, même très jeunes, on sent sous la peau des nerfs très douloureux et ils ne présentent pas de zones de cellulite. D'autre part, que les nerfs soient douloureux par eux-mêmes ou par leur anastomose avec le sympathique, c'est tout un, puisque la sensibilité propre du sympathique est discutée.

M. LÉOPOLD-LÉVI décrit la forme de cellulite localisée au tissu cellulaire et celle qui atteint les nerfs et les racines nerveuses. Il fournit de nouveaux arguments en faveur de l'origine sympathique de ce syndrome, insiste sur son étiologie, son mécanisme de production, rapporte de nombreux faits à l'appui du diagnostic et du traitement de cette affection si fréquente et encore si peu connue.

Des sensibilisations thérapeutiques. — Pour M. FOVEAU DE GOURMELLES, certaines substances, surtout colorantes,

peuvent, superposées aux radiations (par ingestion, injection ou badigeonnage), préparer l'organisme et le rendre sensible. Un de ces agents, employé seul, ne donnerait pas de résultat.

Abcès du poumon consécutifs à des corps étrangers latents des voies aériennes. — M. Jean GUISEZ, à propos de 3 cas récents de volumineux abcès du poumon consécutifs à des corps étrangers, ayant échappé à la radiographie, relate la technique employée pour essayer de débarrasser les malades de ces suppurations par les méthodes directes (bronchoscopie). Il rappelle qu'il a employé la bronchoscopie à la cure de ces abcès dès 1910 et 1911, bien avant les Américains. Dès que le diagnostic bronchoscopique est fait, il préfère aux bronchoscopies répétées la méthode des injections massives transglottiques, tout aussi efficaces, et mieux supportées par le malade. Mais les résultats sont surtout bons si le cas n'est pas trop ancien et s'il n'y a pas de poche purulente nettement organisée.

M. Georges ROSENTHAL recommande le pneumothorax artificiel dans les cas d'abcès des bronches ou d'abcès du poumon; dans les cas rebelles aux premiers efforts thérapeutiques.

Contamination syphilitique avant le chancre. — M. E. SCHULMANN étudie ce mode de contamination dont il a pu recueillir 9 observations. Les dates de contagions varient de quatre à douze jours avant l'apparition du syphilome et la maladie ainsi contractée ne diffère en rien de ses formes habituelles. Une telle contagion s'explique vraisemblablement par une lésion microscopique; mais il est possible que le sperme et même accidentellement le sang puissent être vecteurs du tréponème.

Traitement chirurgical des infirmes de la hanche. — M. Raphaël MASSART groupe sous ce titre toutes les affections chroniques de la hanche qui modifient l'appui du bassin et gênent la marche par suite de l'adaptation insuffisante ou imparfaite du fémur à l'os iliaque.

Les vieilles fractures du col du fémur, les luxations invétérées et des subluxations coxo-fémorales, les séquelles d'arthrites subaiguës ou chroniques (de la coxalgie en particulier) peuvent être améliorées par des interventions chirurgicales orthopédiques que l'auteur décrit et dont il présente des résultats. Grâce à ces opérations, on modifie l'évolution de ces affections dont l'aboutissant fatal, à plus ou moins longue échéance, est l'impotence et on permet à ces infirmes la reprise d'une vie à peu près normale.

Intérêt de la ponction exploratrice dans les collections suppurées du pharynx. — M. Jean TARREAUD relate les avantages de la ponction exploratrice qu'il emploie systématiquement depuis plusieurs années. Cette exploration préalable permet : 1° de constater la présence du pus; 2° de repérer le lieu exact de l'abcès; 3° de faire, à coup sûr, l'intervention libératrice; 4° de prouver au malade, le cas échéant, la nécessité de l'opération.

Polypes nasaux et sinusites. — M. Louis LEROUX. La polypose nasale ne doit plus être considérée comme une affection purement ethmoïdale, elle atteint toujours plusieurs cavités sinusales, mais en l'absence de tout signe clinique de cette extension, on pratiquera une injection de lipiodol suivie de radiographie.

Le rôle étiologique de l'infection semble minime à côté de l'importance du terrain : la syphilis acquise et surtout héréditaire, la rhinite spasmodique, l'asthme souvent chez des tuberculeux sont trop fréquemment rencontrés pour ne pas comporter une importance prépondérante et nécessiter une thérapeutique médicale associée à l'acte chirurgical.

(SÉANCE DU 13 MARS 1931)

A propos de la cellulite. — M. Guy LAROCHE expose quelques idées cliniques et pathogéniques sur ce sujet qu'i a étudié depuis plusieurs années avec Mme le docteur Meurs. Ils estiment que chez les cellulitiques, les douleurs ont des caractères souvent particuliers : variabilité extrême, topographie à limites diffuses, interdépendance des foyers douloureux qui paraissent bien en rapport avec des troubles du système nerveux sympathique. Mais ils n'admettent pas que le sympathique soit seul en jeu, ni qu'il s'agisse d'une maladie autonome et initiale du sympathique. Pour eux, le trouble initial est une altération du tissu conjonctif lâche avec des phases successives de congestion, œdème, infiltrat et fibrome. Secondairement, les filets nerveux sont comprimés, quelle qu'en soit la nature, sympathique ou cérébro-spinale. Cette affection leur paraît en rapport avec des troubles des échanges nutritifs soit purs, soit associés à des troubles endocriniens.

M. J. SÉDILLOT apporte de nouveaux arguments en faveur de la sympathico-névrite comme fait primitif :

1° Prédominance de la cellulite dans le sexe féminin (94 p. 100, statistique de J. Forestier), comme pour le goitre et la migraine;

2° Coexistence avec les noyaux de cellulite de troubles vasomoteurs (érythème) de fragilité des capillaires (ecchymoses) de troubles sudoraux et sébacés (Forestier, Higgins)

3° Prédominance des douleurs provoquées aux émergences des branches du trijumeau, nerf à la fois sensitif et sympathique;

4° Affinité élective des poisons microbiens pour les nerfs et non pour le tissu cellulaire;

5° Cas d'émergences sensibles à la pression sans modification du tissu cellulaire;

6° Guérison par les massages de certains cas de migraine.

A propos de la chirurgie de la hanche. — M. MASMONTEIL félicite M. Massart de ses succès opératoires et se range à son avis. Les opérations de la hanche sont devenues des opérations bénignes et donnent des résultats très satisfaisants. C'est une chirurgie nouvelle qu'il faut, sans hésitation, conseiller aux infirmes de la hanche.

M. ROEDERER, à propos des infirmes de la hanche, n'accepte pas cette opinion que toutes les arthrites évoluent sur des articulations tarées soit par une malformation congénitale, soit par une déformation acquise dans l'enfance ou l'adolescence. Les vraies arthrites chroniques, proliférantes et déformantes, évoluent sur des hanches qui étaient normales, probablement sous l'influence du rhumatisme chronique ou des troubles endocriniens.

A propos du lardage du poumon. — M. Georges ROSENTHAL utilise l'injection intrapulmonaire transthoracique pour la vaccination locale des pyrexies pulmonaires.

Traitement curatif de l'hypertrophie prostatique par la radiothérapie profonde. — M. Pierre LEHMANN pense que la radiothérapie semi-pénétrante qui a déjà été employée dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, ne donne que des résultats médiocres. Si l'on utilise la radiothérapie profonde avec une technique correcte et une dose suffisante, on peut obtenir des diminutions de volumes considérables. Trente-six cas ont été ainsi traités depuis six ans dont un seul a été opéré trois ans après le traitement. Plusieurs de ces malades se sondaient tous les jours avant le traitement et vont bien depuis. La radiothérapie profonde permet donc dans la très grande majorité des cas de faire disparaître les accidents de l'hypertrophie prostatique, et évite ainsi les risques d'une opération dangereuse, à mortalité élevée, qui reste d'ailleurs possible dans le cas d'un échec des rayons X.

Traitement de la paralysie générale par la récurrentothérapie. — M. A. Marie publie la statistique des cas ainsi traités dans son service de Sainte-Anne de 1925 à 1930. Parallèlement à la malarisation, un certain nombre de paralytiques sont réfractaires au plasmodium vivax. Cela provient d'immunités particulières ou par suite d'une malarisation antérieure suivie de rechute. On peut alors utiliser le spirille de Dulton passé sur la souris.

Fréquence des états diarrhéiques dus à l'hépatisme larvé. — M. Pron, après une pratique exclusive de vingt-cinq ans des maladies du tube digestif, croit pouvoir dire que la plupart des états diarrhéiques chroniques, sans antécédents spéciaux, sont dus à l'hépatisme, à la découverte duquel on est conduit souvent par l'examen de la peau.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 11 mars 1931)

Influence des conditions circulatoires sur la réaction locale de certains médicaments. — MM. H. Busquet et Ch. Vischniac montrent que la diminution du débit sanguin dans un territoire déterminé peut entraîner une irritation locale avec des substances habituellement inoffensives, et, inversement, une augmentation de ce débit supprime la réaction locale des médicaments normalement irritants. Ces constatations permettent d'expliquer les réactions exceptionnelles provoquées par des produits dépourvus de nocivité et qu'on serait tenté d'attribuer à une idiosyncrasie. Il s'agit, en réalité, d'un ralentissement de la résorption médicamenteuse qui prolonge anormalement le contact entre le tissu et la substance agissante.

L'argent colloïdal irradié dans les affections génito-urinaires à colibacilles. — M. J. Grollet montre l'intérêt de l'emploi de ce traitement, per os, à la dose de 8 centigrammes d'argent colloïdal par jour; un régime alimentaire opportun devant accompagner cette thérapeutique.

La récurrentothérapie. — M. Auguste Marie présente à la Société la statistique des malades paralytiques généraux traités dans son service de Sainte-Anne de 1925 à 1930, par la récurrentothérapie parallèlement à la malarisation. En effet, un certain nombre de paralytiques sont réfractaires au plasmodium vivax. Ceci peut provenir d'immunités particulières, ou par suite de malarisations antérieures suivies de rechute. On peut alors utiliser le spirille de Dutton passé sur la souris.

51 malades ont été ainsi traités :

18 ont présenté des rémissions durables dont plusieurs assez complètes pour permettre la reprise de leur place dans la famille et la Société.

16 n'ont été stabilisés que physiquement, ils sont demeurés diminués à l'asile (durant plusieurs années pour certains).

17 sont décédés, dont 10 dès les premiers mois.

La récurrente peut donc, à défaut de la malaria, être utilisée avec un tiers de profit dans le traitement de la paralysie générale.

A propos de la question des farines. — M. Lenglet définit la farine qui doit servir à faire le pain « de tout le monde ». Il lui donne l'appellation farine entière : elle doit contenir toute l'amande du grain, y compris la couche à grandes cellules, couche à aleurone, couche des gruaux bis et le germe. Il montre comment cette farine a toutes les qualités nécessaires et suffisantes à une bonne panification par l'action harmonisée des diastases du grain avec l'action des ferments figurés, introduits par le boulanger.

L'auteur étudie le devenir digestif d'un pain mal préparé et le compare à celui d'un pain qui a subi, du fait et au cours de la panification, toutes les transformations biochimiques propres à le rendre alibile. Il insiste sur la nécessité de laisser dans la farine la couche à grandes cellules et le germe pour y introduire les vitamines antinévritique et antirachitique que ne détruit pas la cuisson. Il donne l'explication de l'influence dangereuse exercée par les substances dites « améliorantes » sur les diastases de la farine et par répercussion sur les phénomènes digestifs. Il termine en demandant aux médecins d'unir leur action pour arrêter les phénomènes de régression certaine dus à la carence du pain actuel.

« La farine, dit-il, produit équilibré de la mouture du blé, doit contenir tout ce qui dans le grain est alibile, sans que pour cela les débris cellulosiques de l'enveloppe dépassent, dans une mouture bien faite, 0,70 p. 100 du poids de cette farine nettement réglementée. »

Hémocrinothérapie et injections intrahémorroïdaires. — M. Berty-Maurel apporte l'observation d'un cas rebelle d'eczéma ano-génital chez un hémorroïdaire fissuraire promptement amendé par l'hémocrinothérapie et les injections sclérosantes.

Le malade, atteint d'insuffisance biliopancréatique, présentait parfois à la suite d'une selle douloureuse et sanglante un fort accès thermique, qui, dans les vingt-quatre heures, était d'ordinaire suivi de la poussée eczémateuse.

M. Maurel pense qu'il s'agit là d'un choc anaphylactique consécutif à une sensibilisation organique par les microbes et les protéines mal désintégrées du bol fécal.

La sclérose hémorroïdaire et la cure fissuraire ainsi que celle de l'eczéma furent obtenues par trois injections de salicylate de soude à 20 p. 100 et douze hémocrinopancréatiques.

Poliomyélite aiguë et sérum de Pettit. — M. René Gaultier relate un cas grave de poliomyélite aiguë, survenu chez un adulte, guéri d'une façon quasi complète et rapide par l'emploi du sérum de Pettit, joint à la méthode d'ionisation iodée transcérébromédullaire de Bourguignon, à la diathermie et à la mécanothérapie.

LIVRES NOUVEAUX

Radiographie néphro-cholécystique (1), par M. de Abreu, de l'Institut brésilien des sciences et de l'Académie de médecine de Rio.

Cette très intéressante étude porte sur la radiographie néphro-cholécystique et sur le diagnostic différentiel, souvent très complexe des concrétions abdominales, en particulier des concrétions rénales ou vésiculaires. Du diagnostic radiologique dépend en effet souvent la thérapeutique. Par la technique des incidences obliques et combinées, l'auteur, très connu du monde scientifique pour ses travaux radiographiques, précise la situation, la morphologie et le volume du rein, en même temps qu'il différencie les images vésiculaires d'avec les images rénales. L'opacité du parenchyme rénal contrastant avec la transparence du tissu cellulaire périrénale il en résulte que dans les vues obliques, le rein, vu de profil, présente une image plus nette et mieux contrastée que vu de face. Les deux images se complétant, donnent une idée très précise du volume du rein. D'autre part, l'ombre rénale comporte elle-même une zone rénale proprement dite et une

(1) Un volume de 158 pages avec 54 planches et 54 schémas. — Prix : 40 fr. — Masson et Cie.

zone pyélique. Sur les clichés pris en oblique, la zone pyélique se trouve très distante de la région cholécystique.

L'auteur rappelle, en outre, qu'il y a avantage à pratiquer la pyélographie en position de Trendelenburg, le bassinet et les calices s'injectant ainsi plus facilement. Pour conclure, M. de Abreu pense que la radiographie rénale en incidence oblique est de règle quand les renseignements donnés par la radiographie de face sont insuffisants ou douteux. Permettant une localisation précise des concrétions, la radiographie en série néphro-cholécystique renseigne sur leur configuration, leur nombre et leur situation rénale ou extrarénale, facilitant ainsi le diagnostic différentiel.

Cinquante-quatre planches hors texte montrent, mieux que toutes les explications, les résultats que l'on peut obtenir grâce à ces perfectionnements de technique. L. G.

Huitième fascicule de l'Atlas du cancer (1). [Association française pour l'étude du cancer], par H. Rubens-Duval.

Ce fascicule en son entier a trait à l'épithélioma du col utérin. Conçu selon le plan des fascicules précédents, il est formé par une description succincte de ces tumeurs si diverses selon leurs caractères histologiques. Epithéliomas à cellules indifférenciées et à cellules différenciées des divers types; caractères accessoires dus aux remaniements secondaires; rapports et interactions de l'élément néoplasme et de l'élément stroma. Six pages de magnifiques reproductions en couleurs concrétisent la description. L'étude se termine par un bref rappel des conclusions pronostiques et thérapeutiques que comporte le diagnostic histologique.

R. L.

(1) Septembre 1930. — Paris, Alcan.

Psychiatrie (1), par André Barbé, médecin aliéniste des hôpitaux de Paris. Préface du docteur Séglas.

On trouvera dans ce livre, classés et décrits avec méthode, sous une forme simple et concise, les grandes règles et les principaux éléments indispensables à ceux qui veulent s'initier à la clinique psychiatrique. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMOTHORAX TRAUMATIQUE

SIGNES ET DIAGNOSTIC

C'est l'épanchement traumatique de sang dans la plèvre. En réalité, cet épanchement est mixte. Il s'y associe souvent un pneumothorax. C'est donc un hémopneumothorax.

ÉTIOLOGIE

L'hémothorax traumatique s'observe :

1. Rarement après une simple *contusion* thoracique;
2. Quelquefois à la suite des *fractures de côtes*;
3. Le plus souvent dans les *plaies pénétrantes* de poitrine (coup de couteau, balle de revolver dans la pratique civile, petit éclat d'obus ou balle en temps de guerre) produisant des plaies thoraciques à THORAX FERMÉ qui sont les plus intéressantes à étudier.

Nous éliminerons les lésions produites par les gros projectiles et les balles déformées qui réalisent de grands traumatismes thoraciques : plaies de poitrine à thorax ouvert

(1) Un volume de 198 pages. Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

dans lesquelles l'hémothorax n'est qu'un élément du tableau clinique de la plaie de poitrine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Généralités. — 1. D'où vient le sang? Rarement, il est d'origine pariétale : soit par blessure d'une intercostale, des branches de la mammaire interne ou d'un vaisseau diaphragmatique ou sous-clavier.

Le *plus souvent*, d'origine pulmonaire, et c'est cette participation du poumon qui explique la coexistence presque constante d'un pneumothorax.

2. L'hémorragie est le plus souvent immédiate. La quantité habituelle est de 500 à 600 grammes, les limites extrêmes oscillent entre 800 et 1.200 grammes.

3. L'arrêt de l'hémorragie se produit par :

La tension du sang épanché qui équilibre la tension du vaisseau blessé.

Surtout la rétraction du poumon par le pneumothorax concomitant, ce qui justifierait l'emploi du pneumothorax artificiel en présence d'hémorragies inquiétantes.

4. Quels sont les caractères de l'épanchement? Pour certains auteurs, le sang ne se coagule pas en plèvre saine à thorax fermé. Sauf s'il existe :

De l'infection de la séreuse,

Une interruption de la continuité du revêtement endothélial (contusion).

Pour d'autres, le sang coagule normalement, mais le coagulum fibrineux est dissocié par les mouvements respiratoires.

5. Evolution de l'hémothorax. Il va :

a. *Soit se résorber :* c'est le processus habituel, le plus favorable.

b. *Soit s'accroître* : *brusquement :* il s'agit alors d'une reprise de l'hémorragie.

Progressivement : il s'agit alors d'une réaction pleurale séreuse.

c. *Soit s'infecter* : par la voie bronchique, surtout si projectile inclus; par la plaie extérieure.

Cette transformation de l'épanchement sera annoncée par les signes de ponction.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous prendrons pour type une plaie de poitrine par balle de revolver.

Le blessé est amené d'urgence à l'hôpital. Il est pâle, angoissé. La voix est cassée. La respiration est rapide, superficielle. Le pouls régulier, mais rapide et hypotendu, les extrémités sont froides, la langue est froide.

Devant ce tableau, on peut ne pas démêler immédiatement la part de choc, la part des signes hémorragiques.

Cependant l'attention est attirée d'emblée du côté du thorax par :

La *douleur* : constante, pongitive, exaspérée par la toux qui est fréquente.

La *dyspnée* accompagnée d'angoisse précordiale.

Surtout l'*hémoptysie* rarement abondante : quelques crachats rosés ou rouges après la toux, mais d'une grosse valeur.

On ne prolongera pas l'examen; on se bornera à immobiliser le blessé (morphine), à lutter contre le choc (tonicardiaques), à le réchauffer.

Il faut alors revoir le malade de demi-heure en demi-heure.

Période d'état. — Le plus souvent l'état de choc s'amende. Au bout de quelques heures un examen plus complet est possible. On examinera :

1. La plaie. — Le plus souvent siège au niveau d'un espace intercostal : le diagnostic est aisé. Mais il faut savoir qu'elle peut siéger à distance, surtout dans les plaies par balle.

— Tantôt elle est borgne, avec projectile inclus,

— Tantôt trajet en séton plus favorable. Chercher l'orifice de sortie du projectile et essayer de reconstituer le trajet suivi par ce dernier.

L'orifice est plus ou moins large : généralement arrondi, étroit (balle) ou linéaire (coup de couteau) avec un écoulement de sang noir, spumeux, d'origine pulmonaire.

Il est très rare de noter un jet de sang rutilant par blessure d'une intercostale.

2. Autour de la plaie il est fréquent de constater un certain degré d'emphysème sous-cutané, localisé, avec la crépitation neigeuse caractéristique.

A cela se bornera l'examen de la plaie : l'exploration directe (stylet) serait inutile et dangereuse.

3. Examen du thorax. — 1° On trouve des signes banaux d'*épanchement de petite ou moyenne abondance.* Aussi est-il rare de constater dès l'inspection :

Une dilatation de la base du thorax ou une voussure.

Mais on est frappé par l'*immobilité* d'un hémithorax.

2° Il est pratiquement difficile de mettre en évidence l'abolition des vibrations thoraciques.

3° C'est la *percussion* qui va fournir le renseignement capital : la *matité* franche, plus ou moins étendue, à limite supérieure horizontale contrastant avec une hypersonorité sus-jacente.

On complétera l'examen en recherchant la disparition du murmure vésiculaire. On pourra quelquefois constater l'existence d'un souffle.

On s'abstiendra de pratiquer la succussion hippocratique.

Quelle est l'abondance de l'hémorragie? On s'en rendra compte grossièrement par la hauteur de la matité et par le déplacement des organes : localiser la pointe du cœur, percuter l'espace de Traube.

Examens complémentaires. — 1. La ponction exploratrice montre :

Immédiatement un liquide coagulable;

Secondairement il devient incoagulable : on constaterait de l'*hémolyse* .

Puis une transformation de l'hémoglobine en pigments biliaires.

— Une *polynucléose légère* au début suivie immédiatement par une *mononucléose* marquée avec éosinophilie (en l'absence d'infection).

2. La radioscopie qui ne peut être pratiquée qu'au lit du malade et en cas de nécessité, confirmerait les données de l'examen clinique et mettrait en évidence :

— L'épanchement à limite supérieure horizontale, contrastant avec l'hyperclarté sus-jacente,

— La paralysie du diaphragme, du côté atteint et, en cas d'épanchement abondant,

— Le refoulement des organes voisins. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE ASSETTE.

N° 39. — SAMEDI 16 MAI 1931. 104e ANNEE. SAMEDI 16 MAI 1931. — N° 39.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Formes cliniques de l'insuffisance cardiaque (fin), par M. M. Wahl.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société des chirurgiens de Paris.
Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier.
BIBLIOGRAPHIE
LIVRES NOUVEAUX
REVUE DES THÈSES
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Jury du deuxième concours de nomination de médecin des hôpitaux :

MM. Pinard, Ameuille, Hudelo, Hutinel, Rouillard, Vincent, Papillon, Teissier, Dufour, Chevallier, Robineau.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 mai. — MM. Welti, 18; Leibovici, 20; Fèvre, 17; Ménégaux, 16.

Médecine opératoire. — Séance du 12 mai. — Questions données : « Ligature de l'artère fémorale. — Désarticulation médio-tarsienne dite de Chopart. »

MM. Welti et Banzet, 27; Seillé, 26; Reinhold, 25; Thalheimer, 29; Ménégaux, 25; Leibovici, 30; Fèvre, 24; Bernard, 25.

CONCOURS DE MÉDECIN DES ASILES DE LA SEINE. — L'article 7 du décret du 25 novembre 1924, modifié par le décret du 18 mai 1926, est à nouveau modifié comme suit :

Le jury du concours de médecin en chef des asiles de la Seine est composé comme suit :

Un membre de l'inspection générale des Services administratifs médecin nommé par M. le ministre de la Santé publique, président;

Quatre médecins en chef des Asiles publics d'aliénés de la Seine, parmi lesquels pourront figurer le professeur de clinique des maladies mentales faisant fonctions de médecin en chef de l'asile clinique, un médecin en chef appartenant soit à la maison nationale de Saint-Maurice, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière;

Deux médecins directeurs ou médecins chefs de service du cadre des Asiles publics d'aliénés en fonctions dans d'autres départements;

Deux suppléants dont l'un sera pris parmi les médecins directeurs et les médecins en chefs des Asiles de la Seine, l'autre parmi les médecins directeurs et médecins chefs de service du cadre en fonctions dans d'autres départements que celui de la Seine.

Dans le cas où par suite de l'empêchement d'un trop grand nombre de médecins tirés au sort les listes de six noms de titulaires et de deux noms de suppléants seraient insuffisantes il pourra être tiré au sort, par les soins de la Commission prévue à l'article 6, un certain nombre de noms nouveaux en nombre suffisant pour assurer la constitution du jury parmi les médecins qui pouvaient prendre part au tirage au sort initial.

Sont toutefois éliminés de ce second tirage au sort les noms de tous les médecins sortis au premier tirage.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 9 mai 1931 publie un décret modifiant le décret du 19 septembre 1919, concernant la réorganisation de l'Ecole du service de santé militaire, et une notification relative au modèle de l'acte d'engagement spécial des jeunes gens nommés élèves de l'Ecole du service de santé militaire.

MARINE. — Le *Journal officiel* du 9 mai 1931 publie des avis de concours : 1° pour les emplois de chargés de cours et de prosecteurs dans les Ecoles de médecine navale; 2° pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DU COLLEGIUM OTO-RHINO-LARYNGOLOGICUM. — Le Ve Congrès international du « Collegium oto-rhino-laryngologicum » aura lieu du 19 au 22 juillet 1931, à Bordeaux, sous la présidence du professeur Portmann, *immédiatement après son cours de perfectionnement annuel.*

Le Congrès s'ouvrira le dimanche soir, 19 juillet, par une réunion administrative.

Au cours des matinées des trois jours suivants, auront lieu les séances scientifiques, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Les rapporteurs seront :

Le docteur Ledoux (de Bruxelles) : *Radiosensibilité des tumeurs dans les différentes formes histologiques.*

Le docteur Guild (de Baltimore) : *Correlations of Histologic observations with the Acuity of Hearing.*

Les communications, d'un caractère strictement scientifique, ainsi que le veulent les statuts dn Collegium, ne pourront pas dépasser quinze minutes et seront immédiatement suivies d'une traduction dans les autres langues officielles du Congrès, la composition internationale du Collegium ayant fait adopter l'emploi de trois langues : français, anglais, allemand.

Le bureau du Congrès est ainsi constitué :

Président : le professeur Georges Portmann (de Bordeaux) ; vice-présidents : les docteurs Ledoux (de Bruxelles) et Baldenweck (de Paris) ; secrétaire général : le professeur Benjajamins (de Groningue) ; trésorier : le docteur Tweedie (de Nottingham).

Les nations participant au Congrès de Bordeaux sont : les Etats-Unis d'Amérique, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Angleterre, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Hollande, la Hongrie. la Yougoslavie, la Norvège, l'Espagne, la Pologne, l'U. R. S. S., la Suède, la Suisse, la Tchécoslovaquie.

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. (Secrétariat général : 3, Surinamestraat, La Haye.) — PROGRAMME. — *Dimanche 14 juin.* — 17 h. : Réunion du Comité permanent (de Lairessezaal).

Lundi 15 juin. — 9 h. : Remise des insignes, documents, etc. (Rolzaal) ; — 11 h. : Réunion des chefs des délégations et correspondants nationaux. Séance administrative (de Lairessezaal) ; — 14 h. 30 : Ouverture solennelle (Gebouw voor Kunsten en Wetenschappen) ; — 16 h. 30 : Ouverture solennelle de l'Exposition historique des services de santé ; — 19 h. : Dîner offert par le gouvernement néerlandais aux chefs des délégations et autres autorités (invitation spéciale).

Mardi 16 juin. — 9 h. 30 : Réunion de toutes les sections. Première question : *Recrutement, formation et perfectionnement des médecins et des pharmaciens militaires.* [Rapporteurs : Pays-Bas, Yougoslavie (Ridderzaal)] ; — 15 h. : Continuation de la séance ; — 21 h. : Soirée offerte aux congressistes par la municipalité.

Mercredi 17 juin. — 9 h. 30 : Deuxième question : *Psychonévroses de guerre ; les effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux chez les combattants et les non-combattants.* [Rapporteurs : France, Etats-Unis d'Amérique (Ridderzaal)]. — Quatrième question : *Préparation et conservation des ampoules médicamenteuses en usage dans les Services de santé des armées de terre et de mer.* (Rapporteurs : Pays-Bas, Roumanie) ; — 15 h. : Continuation de la séance ; — 17 h. : Thé offert par la Croix-Rouge néerlandaise aux chefs des délégations et à leurs dames (Princessegracht) : invitation spéciale.

Jeudi 18 juin. — 9 h. : Troisième question : *Les procédés d'hémostase du champ de bataille. Unification du matériel de première urgence et des conditions de son application.* [Rapporteurs : Pays-Bas, Italie (Ridderzaal)]. — Cinquième question : *Les séquelles des traumatismes de guerre des dents et du maxillaire inférieur. Leur traitement.* (Rapporteurs : Pays-Bas, Pologne) ; — 15 h. : Continuation de la séance ; — 21 h. : Soirée offerte aux congressistes par le gouvernement néerlandais.

Vendredi 19 juin. — Excursions. Réunion du Comité permanent. Approbation des conclusions et préparation de l'ordre du jour de la séance de clôture ; — 19 h. : Banquet par souscription (fl. 2 par couvert, vin y compris).

Samedi 20 juin. — 9 h. 30 : Séance de clôture : assemblée générale (Ridderzaal).

Exposition historique. — Une exposition historique du Service de santé se tiendra pendant le Congrès, à laquelle des promesses importantes ont déjà été reçues.

VIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE STOMATOLOGIE. — Le VIIe Congrès français de stomatologie se réunira à Paris en octobre 1932.

Le bureau en est ainsi constitué :

Président : docteur Bozo, 224, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris (VIIIe) ; vice-présidents : docteur Bercher, docteur Cadenat (de Toulouse) ; secrétaire général : docteur A. Lattès : trésorier : docteur Boutroux.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : docteur A. Lattès, 54, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

RÉUNION MÉDICALE DE NANCY (6 ET 7 JUIN 1931). — PREMIÈRE JOURNÉE. — *Samedi 6 juin 1931.* — 15 h. : réunion à l'hôpital militaire Sédillot, rue du Sergent-Blandan. Conférence de M. le médecin colonel Spick, directeur du Service de santé de la 20e région : *Traitement de la plaie de guerre* ; 16 h. : présentation d'appareils de fractures du Service de santé, par M. le médecin lieutenant-colonel Ferron ; 17 h. : conférence de M. le professeur Jacques Parisot : *Les lésions et le traitement de l'intoxication par les gaz de combat.*

DEUXIÈME JOURNÉE. — *Dimanche 7 juin 1931.* — 10 h. : réunion à l'hôpital central. Clinique médicale infantile. Entrée par la rue Lionnois. Visite des nouvelles cliniques de médecine infantile, d'oto-rhino-laryngologie et d'urologie, édifiées par la Commission administrative des hospices. Démonstrations par MM. les professeurs André, Jacques et Caussade ; 12 h. 30 : déjeuner. L'endroit où aura lieu le déjeuner sera indiqué ultérieurement ; 14 h. 30 : réunion au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique. Conférence de M. le professeur Gougerot, de la Faculté de médecine de Paris : *Dermo-épidermites microbiennes traumatiques et non traumatiques. Projections* ; 15 h. 30 : Démonstration concernant l'action glyco-régulatrice de la vagotonine et son intérêt dans le traitement du diabète, par M. le professeur Santenoise. — *Expériences et projections.*

Inscription gratuite auprès de M. le secrétaire de la Faculté de médecine de Nancy.

(Voir la suite, p. 749.)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. (Professeur : M. GRÉGOIRE.) — *Chirurgie d'urgence.* — Cours de MM. les prosecteurs. Ouverture le lundi 29 juin 1931, à 14 h.

Première série : Membres. Crâne. Poitrine.

Deuxième série : Abdomen.

Les cours auront lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Le droit à verser est de 300 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), de 14 à 16 h., les lundis, mercredis et vendredis.

CONFÉRENCES DE L'HOTEL CHAMBON, 95, rue du Cherche-Midi (VIe). — M. Henry Meige a montré, dans une conférence fort applaudie, combien la connaissance de la morphologie humaine était nécessaire pour le futur médecin et comment son enseignement était actuellement négligé dans nos facultés de médecine. Il existe en médecine « une série d'épreuves permettant de s'assurer qu'un étudiant connaît tous les secrets du cadavre et jamais on ne s'enquiert de savoir s'il est en mesure de comprendre les formes vivantes ».

Il serait pourtant très facile, sans surcharger les programmes, d'apprendre à l'étudiant à lire le nu.

La prochaine conférence sera faite le *mercredi 20 mai*, à 21 h., sous la présidence de M. le professeur A. Gosset, membre de l'Académie de médecine, par M. le docteur Robert Soupault, chirurgien des hôpitaux, sur *La chirurgie devant le cancer.*

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Jacquemart (de Paris).

LIVRES NOUVEAUX

L'urobiline à l'état normal et pathologique (1), par Marcel ROYER (de Buenos-Aires).

Pendant très longtemps, aussi bien en clinique qu'en physiologie, l'étude de l'urobiline n'a été réalisée qu'au moyen de procédés de recherche. On se contentait seulement de donner une idée de la quantité du pigment par l'intensité de réaction.

Cet emploi presque exclusif de méthodes de recherche, la plupart défectueuses, est sans doute la raison des résultats contradictoires de nombreux travaux sur cette question.

L'emploi de bonnes méthodes de dosage ne date que de très peu de temps. L'auteur qui a eu la chance de pouvoir utiliser une méthode de dosage correcte a pu, au cours de ces dernières années, faire un nombre assez grand d'expériences qui ont abouti à des conclusions intéressantes. Ce sont elles qu'il expose dans ce livre.

Cet ouvrage est le résultat d'une double étude expérimentale et clinique. Etude expérimentale réalisée par des expériences souvent difficiles et toujours longues, poursuivies à l'Institut de physiologie de la Faculté de médecine de Buenos-Aires. L'auteur décrit les principales techniques de recherche et de dosage de l'urobiline dans l'urine, la bile, les matières fécales et le sang, et il en fait la critique.

L'étude clinique est basée sur des observations de malades dans les hôpitaux de Buenos-Aires ; elle porte sur l'urobiline à l'état normal et pathologique. L. G.

(1) Un volume de 196 pages avec 40 fig. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

FORMES CLINIQUES DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE[1]

Par le docteur MAURICE WAHL,
Ex-interne des hôpitaux de Marseille.

Les insuffisances cardiaques partielles. — La notion d'INSUFFISANCE VENTRICULAIRE GAUCHE fut rétablie par la seule clinique, bientôt l'anatomie radiologique vint préciser l'étude de la configuration du cœur à tel point qu'on peut maintenant décrire radiologiquement un cœur droit et un cœur gauche. La conception clinique des insuffisances cardiaques partielles a d'ailleurs subi des retouches successives qui élargirent le domaine des troubles engendrés par le ventricule gauche. Les conceptions actuelles ont été confirmées par la radiologie qui peut maintenant servir de contrôle au diagnostic des insuffisances cardiaques partielles.

Étude radiologique du cœur. — 1° RAPPORTS GÉNÉRAUX DES DEUX CŒURS. — *En position frontale* les cavités gauches forment une sorte de croissant à concavités orientées en bas et regardant à droite. Par rapport aux cavités droites, elles occuperaient le plan supérieur et la partie gauche du cœur (Braine, Chaperon). L'oreillette gauche est la partie la plus élevée, elle est parfois difficile à séparer du ventricule.

Les cavités droites affectent la forme d'un triangle rectangle dont l'angle droit est inférieur et à droite : les deux côtés de l'angle droit étant formés d'une part, par le bord droit du cœur — qui correspond en grande partie à l'oreillette droite puis au ventricule droit, — et d'autre part, par le bord diaphragmatique du cœur, qui répond au ventricule droit jusqu'à la partie médiosternale. L'oreillette droite serait presque seule visible au milieu du bord droit normalement; quant au ventricule droit son hypertrophie repousse le diaphragme, mais sa pointe resterait toujours éloignée de 3 à 5 centimètres en deçà de la pointe du ventricule gauche sur la ligne diaphragmatique (Laubry et Chaperon).

En position sagittale les cavités droites sont situées en avant des cavités gauches et le ventricule droit hypertrophié peut venir au contact du sternum.

2° POINTS DE REPÈRE. — *Cavités gauches.* — On distingue à gauche trois arcs, la limite de l'arc moyen et du ventricule gauche est difficile à établir. L'arc moyen est identifié par la présence du pédicule pulmonaire. Au point de jonction avec l'arc inférieur, on situe un point G qui constitue la limite supérieure du bord gauche du cœur. La pointe sera séparée de l'ombre diaphragmatique en mettant le sujet dans une position convenable. L'oreillette gauche sera examinée en position oblique gauche. Elle peut faire plus ou moins saillie en arrière *dans l'espace clair* qui sépare le pédicule cardiaque de la colonne vertébrale.

Cavités droites. — Le ventricule droit est toujours beaucoup plus petit que le ventricule gauche. Verticalement, l'oreillette droite fait saillie entre les deux veines caves; le bord inférieur de l'oreillette est horizontal ou légèrement oblique vers le bas et vers la gauche. Nous avons déjà dit que la pointe du ventricule droit était toujours située de 3 à 5 centimètres à droite de la pointe du ventricule gauche. L'hypertrophie du ventricule droit peut faire paraître la pointe du cœur gauche sur un plan supérieur à la pointe du cœur droit, réalisant ainsi l'image dite « en sabot ». L'oreillette droite fait saillie en avant, en oblique antérieure gauche, juste au-dessus du diaphragme.

Positions d'examen. — Le ventricule gauche est bien visible en *position frontale*, sa dilatation se traduit par une augmentation du volume du cœur qui prend un aspect un peu globuleux avec abaissement de la pointe. Le bord gauche n'est jamais fortement convexe, quel que soit le degré de son extension vers la gauche. L'auricule gauche vient parfois gêner la détermination du point G. L'oreillette gauche est fréquemment distendue, on l'apprécie en *position transverse* gauche.

L'hypertrophie du cœur droit peut être jugée également dans la position frontale par la mesure du *diamètre transversal droit.* A la partie moyenne du bord inférieur, la pointe du cœur droit peut plonger dans le diaphragme, tandis que la pointe vraie du cœur (gauche) paraîtra sur un plan plus élevé, à gauche.

En position *transverse gauche* le ventricule droit dilaté vient fréquemment au contact de la paroi sternale. L'oreillette droite est alors dilatée, dans tous les cas, sauf dans certaines symphyses pleuro-péricardiques.

Pédicules vasculaires. — La saillie de l'artère pulmonaire est constatée dans beaucoup d'insuffisances droites; elle se traduit par la constatation d'un arc moyen très volumineux qui bombe dans l'hémithorax gauche.

Ombres hilaires : elles sont normalement visibles mais augmentent chaque fois qu'existe de la stase sanguine pulmonaire. Les clartés bronchiques elles-mêmes d'abord respectées finissent par s'obscurcir ainsi que le parenchyme.

Cette étude radiologique du cœur que nous avons faite d'après les travaux de Laubry et Chaperon doit préciser non seulement les variations du volume de l'organe, mais encore la *netteté des contours*, les *mouvements d'ensemble* dont est animé le cœur, l'*amplitude des battements*. Un bon examen radiologique du cœur doit se terminer toujours par une inspection rapide du *médiastin* et surtout des *pédicules vasculaires de l'organe.*

Insuffisance ventriculaire gauche. — L'insuffisance ventriculaire gauche fut isolée surtout grâce à l'analyse de ces causes qui ont donné aux syndromes schématiques une individualité bien nette. Au premier rang on retrouve l'*hypertension artérielle*, les *lésions rénales* et les *affections aortiques* qui forment un cadre étiologique à peu près constant. On re-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 37, p. 713.

trouve presque toujours à la base l'un de ces grands facteurs. Telle est du moins l'étiologie de la *petite insuffisance ventriculaire gauche apparaissant chez les scléreux après la cinquantaine.*

PETITE INSUFFISANCE VENTRICULAIRE GAUCHE PROGRESSIVE. — Au complet, on retrouve la plupart des signes fonctionnels du syndrome d'encombrement ventriculaire de Lian avec la tachycardie d'effort, les extrasystoles fugaces, les douleurs angineuses d'effort.

Il existe presque toujours une dilatation du cœur plus ou moins marquée et localisée au ventricule gauche à l'exclusion des autres cavités. Nous en avons précédemment mentionné les signes radiologiques. L'évolution de l'affection est lentement progressive et l'on assiste à un stade avancé aux crises d'asystolie généralisée que nous avons décrites.

A la période initiale l'insuffisance ventriculaire gauche légère est susceptible de rétrocession par un traitement approprié.

Insuffisance ventriculaire gauche de type paroxystique. Les accidents paroxystiques de l'insuffisance ventriculaire gauche se rencontrent chaque fois que le ventricule gauche est atteint d'une insuffisance légère coexistant avec une irritation du myocarde. Les poussées aiguës paroxystiques sont le fait d'un déséquilibre entre l'action du cœur gauche et celle du cœur droit : la brusque défaillance du cœur gauche amène un encombrement des viscères les plus voisins du cœur : à ce titre les poumons sont le plus souvent atteints.

L'œdème pulmonaire aigu est la traduction la plus frappante de cette forme d'insuffisance cardiaque. Il est annoncé parfois par des *douleurs rétro-sternales* qui traduiraient la distension aiguë du ventricule. On voit naître et croître rapidement une *dyspnée* accompagnée de *crachats rosés et albumineux.* L'auscultation fait entendre une véritable marée montante de râles de tous calibres qui sont disséminés dans toute l'étendue des plages pulmonaires. La mort peut subvenir très rapidement ou en quelques heures. Parfois les phénomènes régressent au milieu d'un cortège de quintes de toux humides accompagnées d'expectoration abondante. La rechute est toujours possible et parfois mortelle.

Le pseudo-asthme cardiaque est un accident moins grave et plus fréquent qui se caractérise par une dyspnée qui force le malade à s'asseoir dans son lit, pâle, et angoissé. La toux y est fréquente, mais l'expectoration et les signes pulmonaires sont à peu près nuls. L'accès est susceptible de se prolonger pendant une grande partie de la nuit. Le pouls est souvent rapide et irrégulier.

L'angine de poitrine est un accident grave, à début brusque et qui se termine souvent par la mort. Le malade, assis, et rigoureusement immobile comme « s'il avait sur les épaules une chape de plomb », est couvert de sueur, ses traits sont contractés par l'angoisse : il ressent dans la région rétro-sternale une douleur profonde à caractère à la fois constrictif et angoissant.

La terminaison est rapidement mortelle dans un grand nombre de cas. D'autres fois des éructations, quelques secousses de hoquets ou de toux annoncent la terminaison de la crise qui reste bénigne. Elle peut se reproduire au bout de quelques heures ou le lendemain, ou elle peut encore se prolonger et déterminer un véritable « état de mal angineux ». Il n'existe aucun signe permettant de différencier les accès angineux mortels des accès de « fausse angine »; la présence de prodromes ne signifie absolument rien au point de vue du pronostic et l'on voit fréquemment dans les deux cas quelques extra-systoles précéder d'un temps plus ou moins long la crise elle-même. *Au cours de la crise comme au cours de l'œdème pulmonaire aigu l'installation d'une insuffisance orificielle fonctionnelle ou d'une arythmie allège temporairement le pronostic, mais aggrave la rapidité de l'évolution de la cardiopathie.*

Le coup de sang pulmonaire a été décrit par Gallavardin, il est exceptionnel : l'encombrement pulmonaire qui le conditionne est d'une brutalité extrême et cette congestion intense entraîne une hémoptysie. Son évolution est encadrée de crises de pseudo-asthme.

Insuffisance ventriculaire gauche confirmée. — Tantôt les signes de l'insuffisance ventriculaire gauche sont presque uniquement centraux, c'est-à-dire cardiaques, tantôt **il existe un syndrome périphérique et viscéral assez marqué.** On peut opposer ainsi l'insuffisance ventriculaire gauche secondaire par exemple à une insuffisance aortique qui correspond au premier type; le rétrécissement mitral donnant le tableau du second type. Les manifestations paroxystiques peuvent venir se greffer sur la première forme principalement.

On peut mettre en évidence dans tous les cas un bruit de galop avec un assourdissement marqué des bruits du cœur. La dyspnée est presque continuelle et revêt un caractère angineux, angoissant, qu'elle n'a jamais dans l'insuffisance ventriculaire droite. Plus typiques encore sont les crises de dyspnée survenant la nuit et s'accompagnant d'un syndrome angineux très fruste. L'insuffisance mitrale fonctionnelle est presque constante.

La dilatation du cœur gauche est toujours marquée. Radiologiquement les signes de dilatation du ventricule gauche sont nets et accentués. La palpation du pouls montre qu'il est un peu accéléré et dur; le pouls alternant est un phénomène caractéristique de cette forme; la mesure de la tension artérielle ne met pas en évidence de modifications bien spécifiques. Il serait intéressant, comme nous l'avons indiqué, de la rapprocher de l'étude de la pression veineuse.

Le retentissement presque constant de certaines affections du cœur gauche, comme le rétrécissement mitral sur la circulation pulmonaire, explique l'engorgement des poumons qui est si fréquent dans certaines formes d'insuffisances ventriculaires gauches. La congestion hépatique peut être la conséquence de la stase pulmonaire, mais elle appartient bien à l'insuffisance ventriculaire droite. Tout au contraire les œdèmes périphériques fugaces et légers se rencontrent dans l'insuffisance ventriculaire gauche à la période d'état.

Les insuffisances ventriculaires droites. — Tandis que jusqu'à ces dernières années elles ont été considérées comme un syndrome, Laubry a récemment décrit une véritable maladie du cœur droit pour laquelle, d'après lui, doit être réservée cette appellation. *Classiquement*, ce sont les déformations thoraciques telles que celles que l'on rencontre chez les gibbeux, c'est l'emphysème, ce sont certaines scléroses pulmonaires très étendues et très diffuses, ce sont enfin les lésions orificielles du cœur droit, telles que le rétrécissement pulmonaire et les lésions tricuspidiennes, qui lui donnent habituellement naissance. La marche de l'affection est progressive, elle se caractérise par une tendance à la dyspnée non angineuse, à l'engorgement de tous les viscères et aux œdèmes cyanotiques. Les rechutes sont fréquentes et les rémissions très souvent imparfaites. A l'auscultation du cœur on peut parfois déceler un bruit de galop droit ou mettre en évidence lorsqu'il existe de l'arythmie, une insuffisance tricuspidienne fonctionnelle.

La grande hypertension n'appartient pas au syndrome, c'est l'élévation de la minima qui lui est la plus particulière.

L'insuffisance ventriculaire droite-Maladie, telle que l'a décrite Laubry, est rapidement mortelle. L'étiologie et le mécanisme pathogène ont été mis en évidence d'une façon bien nette. On retrouve constamment chez ces malades des signes d'artérite et d'*artériolite pulmonaire*. La dilatation du ventricule droit évolue parallèlement à eux et l'on voit s'installer en même temps une *tachycardie régulière* et intense tandis que la déficience de la circulation périphérique est marquée principalement par une *cyanose très intense* : ces trois grands symptômes auxquels il faudrait joindre *le bruit de galop droit* forment le substratum du syndrome. Il faut y joindre occasionnellement un *souffle diastolique* d'insuffisance pulmonaire. L'hépatomégalie est précoce, l'anasarque est fréquente à la deuxième période.

L'évolution constitue un caractère non moins tranché par l'issue très rapidement fatale qui est la conséquence de la maladie.

Nous avons précédemment décrit l'aspect radiologique de l'insuffisance ventriculaire droite donnant l'image du cœur en sabot, joignons-y un élargissement global des diamètres transversaux du cœur par suite de la saillie du bord droit.

Insuffisances auriculaires. — L'insuffisance des oreillettes est moins connue, et sans doute, son importance clinique est plus faible, mais il faut, pour comprendre l'évolution de cette cardi-valvulite particulièrement fréquente, avoir bien précisé quelques-uns des facteurs de l'insuffisance auriculaire.

L'activité auriculaire peut être troublée d'une façon progressive ou brutale. Les accidents paroxystiques ne se rencontrent guère qu'au cours des tachycardies ou de la grossesse chez les rhumatisantes. Les extrasystoles auriculaires peuvent être le signe prémonitoire de l'insuffisance auriculaire, c'est-à-dire que le myocarde auriculaire irrité, distendu ou dégénéré, peut être le siège de foyers de contractions pathologiques, qui sont les extrasystoles; ainsi les ondes excitatrices qui donnent naissance à la contraction cardiaque, au lieu de partir de l'orifice de la veine cave comme il est normal, prennent naissance dans le myocarde auriculaire qui se contracte immédiatement tandis que le ventricule suit de façon automatique. Dans l'arythmie complète, le myocarde auriculaire très irrité a perdu complètement la faculté de se contracter et est animé d'un tremblement vibratoire à caractère fibrillaire. Les ventricules plus résistants se contractent isolément de façon anarchique. L'installation du trouble est, comme nous l'avons dit, presque toujours progressive. Pour mieux préciser, nous indiquerons qu'elle se fait par petites poussées successives.

A la période d'état de l'arythmie complète, l'oreillette étant complètement inactive, la réplétion du ventricule par le sang se fait dans de très mauvaises conditions. L'insuffisance mitrale et la tricuspidienne sont à peu près constantes. A l'auscultation, on perçoit des bruits irréguliers dont quelques-uns se transmettent au pouls. L'examen des jugulaires met en évidence la disparition de l'*onde a*, qui est liée à l'activité des oreillettes.

Radiologiquement, on trouve presque toujours une dilatation marquée de l'une ou des deux oreillettes.

Certains signes prémonitoires de l'arythmie complète traduisent simplement l'augmentation de volume de l'organe. Le *point de côté* fréquent dans la dilatation auriculaire gauche et qui siège dans la région interscapulaire est un excellent signe. D'autres fois, on a pu rencontrer exceptionnellement le *syndrome d'excitation récurrentielle* décrit par Krishaber, caractérisé par une toux coqueluchoïde et des accès de suffocation. Le *syndrome de paralysie* se traduit par une voix bitonale avec ou sans dyspnée suivant les cas. La percussion de la région inter-scapulaire permet de percevoir la matité traduisant la dilatation auriculaire. Tous ces symptômes appartiendraient plutôt à l'oreillette gauche.

L'insuffisance auriculaire est plus ou moins précoce dans l'insuffisance mitrale, le rétrécissement mitral, les affections congénitales du cœur.

Formes évolutives de l'insuffisance cardiaque. — Il ne suffit pas de reconnaître une insuffisance cardiaque, d'en préciser la forme et de noter l'importance de la déficience actuelle de l'organe, de bien connaître les troubles des fonctions qui en découlent, il faut en définitive, fixer un pronostic. Certaines formes ont une évolution bien tranchée et il peut suffire de les identifier. D'autres fois certains symptômes cliniques ont la signification précise d'une atteinte plus ou moins profonde du cœur. Enfin, dans les cas les plus complexes, c'est par l'analyse des causes et des facteurs de l'évolution que l'on pourra parfois prévoir la marche de la maladie.

La notion d'insuffisance cardiaque aiguë survenant sur un organe antérieurement sain a été très discutée; le *cœur forcé*, par surmenage physique, est admis notamment par Ducamp (de Montpellier). Nous ne ferons pas rentrer dans l'insuffisance car-

diaque aiguë les accidents brusques de certaines insuffisances cardiaques, les embolies, les formes paroxystiques de l'insuffisance ventriculaire gauche ou les insuffisances cardiaques survenant au cours des maladies infectieuses aiguës.

Les insuffisances cardiaques irréductibles doivent être bien connues dans leurs principaux caractères. Nous avons décrit d'après Laubry l'*insuffisance ventriculaire droite* à évolution rapidement fatale. Il nous faut mentionner l'asystolie secondaire à la *symphyse cardiaque* d'origine rhumatismale ou tuberculeuse, lorsqu'elle n'est pas opérée. Elle amène une insuffisance progressive dont l'un des grands caractères est la prédominance hépatique. Les nombreux signes de l'affection devront être vérifiés et discutés à plusieurs examens étant donné leur caractère souvent trompeur.

Lutembacher a précisé l'histoire de la *thrombose cardiaque* avec sa cyanose intense, sa dyspnée douloureuse et brusque, sa mort rapide.

Nous devons dire un mot de l'insuffisance cardiaque au cours des MALADIES CONGÉNITALES DU CŒUR où elle est souvent tardive et presque toujours inexorable. Toute insuffisance cardiaque s'installant chez les nourrissons permet d'affirmer ce diagnostic presque à coup sûr.

CERTAINES MYOCARDIES retiendront davantage notre attention. Dans les schémas rapides que nous donnons, nous suivrons les travaux de Laubry et Walser en tenant compte de la conception de Lian sur l'hypodynamie du myocarde.

Les malades attirent l'attention par une *dyspnée modérée* et progressive survenant d'abord par accès, puis s'installant de façon permanente. Il existe une *tachycardie modérée* avec assourdissement des bruits du cœur. Bientôt s'installent des signes d'*insuffisance fonctionnelle des orifices*.

Le *rythme de galop* de la myocardie est presque caractéristique. On entend trois bruits du cœur également espacés qui prennent exactement le même timbre sourd et la même valeur acoustique.

A la radioscopie, le ventricule gauche paraît dilaté avec tous les signes de l'insuffisance ventriculaire gauche d'intensité moyenne.

La tension artérielle est normale ou faible avec une tension différentielle réduite à une division ou 1,5.

Les formes rapidement fatales commencent brutalement par une angine de poitrine à type d'angor de décubitus. D'ordinaire, dans les formes moyennes, une dyspnée angineuse s'installe insidieusement. Les signes de stase et de congestion viscérale sont constants, mais ils prédominent sur *un* organe, en particulier. La mort survient dans la cachexie et le coma.

D'autres fois, l'asystolie présente une tendance des plus marquées à la *rechute* presque immédiate. Cela se rencontre spécialement au cours de certaines néphrites avec intoxication profonde de l'organisme. Dans certaines cardiopathies embolisantes du rhumatisme cardiaque évolutif, qui irrite et infecte le myocarde sous-jacent en même temps qu'il projette dans la circulation des embolus. Des lésions pulmonaires étendues et profondes, de nature tuberculeuse par exemple, ont pu parfois jouer un rôle analogue.

Nous avons indiqué, dès le début, les *grandes formes évolutives* de l'insuffisance cardiaque : la forme commune à rechute progressivement aggravée, les formes aiguës, et la *forme paroxystique qui doit être rattachée à l'asystolie gauche.*

Les accidents de cette dernière forme restent imprévus; *il faut les redouter dans les insuffisances ventriculaires gauches légères chez les scléreux et hypertendus, surtout lorsqu'il existe une hypertension variable à maximum élevé.*

Les étapes de l'évolution vers l'insuffisance cardiaque doivent être appréciées d'après le type de l'affection en cause. On comprend qu'il puisse être particulièrement utile de localiser exactement les atteintes précoces et successives des différentes cavités cardiaques; c'est parce qu'elle permet cette localisation que l'étude électrocardiographique des troubles du rythme pourra rendre service dans le diagnostic de l'insuffisance cardiaque.

On a décrit un *syndrome électrocardiographique* de l'insuffisance cardiaque en général; il est tardif. On trouvera dans les livres classiques l'électrocardiogramme normal.

Les recherches françaises sur le complexe électrocardiographique furent l'œuvre de Weil (de Lyon), de Bordet, Giroux, Macoel, et récemment de Clerc, de Laubry, Walser et de Deglaude. Elles mettent en évidence les modifications suivantes :

Allongement de la durée du courant d'action,
Production d'encoches sur les tracés des courbes normales,
Inversion ou réduction d'amplitude de l'onde T.
Aplatissement et élargissement général des complexes.

Ces différents caractères paraissent bien constituer un syndrome d'insuffisance cardiaque (surtout en ce qui concerne l'*aplatissement* et l'élargissement des complexes). Ces symptômes prennent tout leur intérêt dans le diagnostic des myocardies au début, ils permettent de les objectiver d'une façon précoce.

D'autre part, au cours des arythmies, l'électrocardiographie pourra faire prévoir l'insuffisance cardiaque, soit en permettant de constater la création de foyers nouveaux d'extrasystoles, soit en décelant des lambeaux extrasystoliques d'origine myocarditique au cours d'une tachycardie sinusale; elle permettra de suivre et de prévoir l'installation de l'arythmie complète, de noter, au contraire, la tendance à la reprise de l'activité de l'oreillette par la transformation de la trémulation fibrillaire en battements très rapides (impure, flutter, fibrillo-flutter). Au cours de l'arythmie complète, elle permettra de prévoir l'insuffisance ventriculaire par l'installation d'extrasystoles nombreuses et prenant leur origine dans le ventricule, toujours avec les mêmes caractères.

De notre étude générale des formes évolutives, il résulte donc que les signes constatés *au niveau du cœur lui-même* sont les stigmates les plus précoces d'une déchéance organique ou fonctionnelle.

La sphygmomanométrie nous apportera très fré-

quemment les signes de gravité les plus importants; parmi ceux-ci est l'*élévation progressive de la tension minima* et la diminution de la tension différentielle.

La radiologie permet de bien suivre la manière dont le cœur réagit au traitement, sa dilatation progressive ou la reprise de sa tonicité.

Nous nous sommes efforcé, d'autre part, de préciser les indications de l'électrocardiographie.

Formes étiologiques de l'insuffisance cardiaque. — Pour bien comprendre le mécanisme de l'insuffisance cardiaque, il nous faut analyser ses causes. Nous définirons tout d'abord les conditions du bon fonctionnement du cœur, puis nous énumérerons les grands facteurs des dits fonctionnements en tâchant de mettre en relief quelques caractères cliniques importants pour chacun d'eux. Enfin, nous schématiserons l'évolution des maladies de cœur les plus fréquemment rencontrées.

Conditions physiologiques primordiales d'un bon fonctionnement du cœur. — L'adaptation précise et rapide du débit du cœur à la résistance périphérique et à l'inertie de la masse sanguine à mettre en mouvement, qui varie au cours des activités organiques, définit la suffisance cardiaque.

La synergie constante et l'égalisation au millimètre cube du travail des deux cœurs en est la première condition.

Une bonne répartition de la masse totale du sang entre les organes et les différentes parties du corps traduit un fonctionnement normal dans les conditions données (méiopragie); pour cela doit exister une certaine harmonie dans les échanges sanguins entre artères, capillaires et veines; la circulation doit donc être assez rapide et assez facile au niveau des capillaires de certains organes, en particulier du poumon, du rein et du foie.

Conditions étiologiques et pathogéniques de l'insuffisance cardiaque. — Il est habituel d'opposer aujourd'hui les causes mécaniques de la distension du cœur aux facteurs inflammatoires et toxiques locaux qui engendrent son hypodynamie.

Nous réservons toutefois dans notre étude la plus grande place aux processus complexes qui amènent sa déchéance, nous gardant de préjuger en quoi que ce soit de leur mode d'action.

a. Causes mécaniques. — Les unes sont le fait de lésions superficielles, diffuses, ou localisées des parois du cœur, les autres tiennent aux variations de la résistance de la masse sanguine, soit locales, soit générales.

Lésions cicatricielles. — Citons seulement : la myocardite scléreuse, les infarctus du myocarde; la symphyse; au niveau de l'endocarde il faut faire entrer en ligne de compte les rétrécissements, les communications anormales entre les différentes cavités cardiaques et les insuffisances orificielles. L'évolution ne se fait pas régulièrement vers la dilatation comme on pourrait le penser, mais parfois la déchéance fonctionnelle s'installe en l'absence de cette dernière. Les lésions scléreuses des tuniques aortiques jouent un rôle adjuvant; elles peuvent être le fait d'un processus de fibrose et de sclérose et rester cliniquement latentes (aortites postérieures, artérites pulmonaires).

Mauvaises conditions de la circulation. — Les hypertensions artérielles et veineuses jouent un rôle de premier plan. On voit parfois survenir des syndromes de déséquilibres tensionnels (veines-artères) ou des hypertensions localisées (par obstacle ou par stase capillaire). Ces conditions circulatoires imposent des efforts particulièrement grands au cœur, mais l'anémie, l'hypoviscosité sanguine peuvent créer une hypotension permanente avec tachycardie, souffles anorganiques, extrasystoles généralement isolées. Ce serait peut-être le mécanisme de certaines défaillances du cœur au cours des maladies infectieuses. Ces défaillances sont souvent curables.

b. Causes inflammatoires. — Les lésions du myocarde trouvées à l'autopsie de nombreux cas d'insuffisance cardiaque au cours de maladies infectieuses aiguës, ne paraissent pas fréquemment la cause du syndrome cardiovasculaire : il faut faire jouer un rôle important à l'imprégnation toxique ou toxinique de l'organisme par les microbes.

La myocardite rhumatismale est caractérisée par l'atteinte spécifique et simultanée de la fibre cardiaque et des éléments nerveux.

Les myocardites chroniques telles que les conçoivent les auteurs classiques représentent un ensemble disparate où l'inflammation joue à côté de la sclérose un rôle encore mal défini.

On ne voit guère apparaître et assez rarement l'insuffisance cardiaque dans l'endocardite infectieuse maligne à forme lente dont la marche et l'évolution ont permis par analogie de soupçonner et d'isoler les endocardites chroniques évolutives rhumatismales qui *sont l'infection cardiaque qui permet le mieux de mettre en évidence des rapports certains entre les poussées infectieuses et l'insuffisance cardiaque.*

c. Causes complexes. — En dehors de la possibilité théorique d'un trouble de la contractilité de la fibre cardiaque elle-même ou des éléments nerveux intracardiaques dépositaires de cette propriété, on a isolé des causes fort importantes susceptibles de favoriser l'installation de l'asystolie.

Système nerveux. — Le pneumogastrique en même temps que ralentisseur du cœur exerce une action antitonique bien connue. Certains œdèmes pulmonaires aigus provoqués par la réception du sympathique cervical viennent bien mettre en évidence ce phénomène.

Appareil circulatoire intracardiaque. — Il est nécessaire à la nutrition et à l'intégrité physiologique de la fibre. La sclérose des coronaires joue un rôle certain dans la genèse de certaines méiopragies, même chez l'adulte jeune. La viscosité, la richesse en éléments utiles (radio-actif) du sang lui-même peut entrer d'autre part en ligne de compte.

Glandes endocrines. — L'action de la glande ovarienne ressort de nombreux faits cliniques; celle de

la thyroïde est certaine; quant à l'insuffisance surrénale, il semble bien qu'elle agisse directement sur le cœur lui-même.

A côté de ces facteurs physiologiques, il faut faire une part à des éléments impondérables comme l'hérédité, l'émotivité, le surmenage, dont l'importance secondaire chez l'individu sain devient souvent prépondérante chez l'insuffisant cardiaque. Il faut essayer d'apprécier ces divers éléments, c'est affaire de discernement et non de règle précise.

Quelques types étiologiques d'insuffisance cardiaque. — Nous voulons pour terminer cette étude esquisser en un même chapitre les grands caractères de quelques types cliniques d'insuffisance cardiaque.

L'insuffisance cardiaque du *cœur « sénile »* est progressive et relativement curable; les extrasystoles, le bruit de galop, la dyspnée en sont les manifestations fonctionnelles les plus habituelles.

L'évolution des lésions orificielles chez les rhumatisants dépend surtout du réveil de l'infection causale. Il faut rechercher parallèlement aux signes d'insuffisance cardiaque les petites poussées thermiques légères, les angines frustes, les sueurs si spéciales, la tendance plus marquée de l'anémie, la splénomégalie, les douleurs articulaires...

Le *rétrécissement mitral* aboutit à l'arythmie complète avec engorgement pulmonaire, hépatomégalie, cyanose.

Chez les *insuffisants aortiques rhumatisants*, les manifestations périphériques et l'engorgement viscéral sont tardifs et graves. Les signes sont ceux de l'encombrement ventriculaire gauche.

Dans la *maladie de Hogsdson*, on assiste habituellement à l'évolution progressive de la petite insuffisance ventriculaire gauche. Les manifestations vertigineuses sont communes avec la forme précédente ainsi que les céphalées, les troubles digestifs. L'hypertension y est fréquente, les manifestations paroxystiques sont à craindre.

Le pronostic des *maladies congénitales du cœur* est fort variable, l'asystolie installée est presque toujours irréductible. Les asystolies secondaires à la tuberculose pulmonaire, aux tumeurs médiastinales sont rares.

Dans la *symphyse cardiaque* l'évolution est variable chez l'adulte et chez l'enfant. La dilatation du cœur serait exceptionnelle chez l'enfant, tandis qu'elle atteint un énorme degré chez l'adulte.

Au cours des *arythmies*, l'insuffisance cardiaque est fort variable, elle peut se déclancber brusquement au cours d'une maladie de Bouveret, mais on peut alors assister à des guérisons inespérées. Elle est rare dans les bradycardies. La séméiologie des extrasystoles est particulièrement complexe; lors même qu'elles sont d'origine cardiaque, elles ont une signification toute différente suivant les formes évolutives de l'affection.

L'arythmie complète évolue lentement vers l'insuffisance cardiaque, elle ne met pas à l'abri des manifestations paroxystiques et l'on a pu voir des crises d'œdèmes aigus par l'insuffisance auriculaire (Gallavardin). L'évolution de l'insuffisance cardiaque au cours des maladies infectieuses aiguës, comme au cours des infections et intoxications chroniques, est fort complexe et doit être étudiée séparément dans chaque forme.

Au cours de cette étude, nous avons eu l'occasion de constater qu'il n'existait pas une forme mais un certain nombre de types d'insuffisance cardiaque ayant chacun leur évolution propre et leurs symptômes de gravité particuliers; ce qu'il faut c'est donc analyser les manifestations fonctionnelles au cours d'une forme déterminée en tenant compte de l'étiologie et du traitement.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES PRINCIPALES

VAQUEZ. *Maladies du cœur*, coll. Gilbert et Carnot.
LAUBRY. Maladies du cœur, *Traité de médecine.*
LIAN. *Maladies du cœur et des vaisseaux*, coll. Sergent.
CASTAIGNE et ISELIN. *Maladies du cœur et de l'appareil circulatoire*, Le Livre du médecin; — *Arch. des mal. du cœur*, passim (Gallavardin, Laubry, Routier, Doumer); — *Journ. méd. franç.*, avril 1921 et avril 1926, n° 4.
JOSUÉ et PARTURIER. *Les Cardio-rénaux.*
LIAN. De l'insuffisance cardiaque, *Presse méd.*, 9 juin 1926.
LAUBRY. *Séméiologie fonctionnelle*, Doin.
J. PIÉRI. *Le Bruit de galop*, leçon d'agrégation.
LIAN. L'hypodynamie du myocarde, *Progrès méd.*, 30 juillet 1927.
Albert CRÉMIEUX. Rétrécissement mitral, *Revue méd. de France et des colonies*, juin 1927.
Ed. GIRAUD. *Th. de Paris*, 1927.
GIRARD. Insuffisance cardiaque, *Gaz. des hôpit.*, 1927, n° 51.
TOINON. Séméiologie de la tension artérielle, *Revue méd. de France et des colonies*, 1925.
ISEMEIN. Foie cardiaque, *Revue méd. de France et des colonies*, 1928, n° 9.
CLERC. *Les Arythmies en clinique*, 1 vol., Masson.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 MAI 1931)

La maladie du jeune âge des chiens. — M. Charles NICOLLE démontre que la maladie du jeune âge des chiens est transmissible à l'homme sous forme inapparente. Il démontre aussi que l'homme peut jouer, dans certains cas, le rôle de réservoir de virus par rapport aux animaux, de même que ceux-ci le jouent fréquemment vis-à-vis de lui. Ce rôle sera d'autant plus dangereux que la maladie humaine se montre, dans les cas observés par M. Nicolle, nulle en symptômes, donc insoupçonnable.

Il y a, enfin, lieu de supposer que la maladie du jeune âge est une affection primitive de l'homme. Elle se serait peu à peu effacée de la pathologie humaine par suite de l'immunité héréditaire consécutive à des atteintes répétées, tandis que passée au chien, elle le frappe actuellement avec sévérité.

Nouvelles souches bactériennes isolées de trachomateux nord-africains en suivant la technique de Noguchi. — M. Ugo LUMBROSO et Mlle VAN SANT.

Le gallium, propriétés thérapeutiques dans la syphilis et les trypanosomiases expérimentales. — MM. C. LEVADITI, J. BARDET, A. TCHAKIRIAN et A. VAISMAN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 MAI 1931)

La pléthore médicale. Ses causes, ses dangers, ses remèdes. — M. E. SERGENT. Au moment où le Sénat va discuter le projet de loi Armbruster, alors que les syndicats, les groupements médicaux, les groupements de médecins et d'étudiants, les journaux de médecine, les grands quotidiens même se préoccupent de la brûlante question de la *pléthore* de la profession médicale, il a paru au professeur Sergent, ainsi qu'à plusieurs de ses collègues, notamment M. le doyen Balthazard, que l'Académie ne pouvait garder le silence ni rester indifférente, surtout après avoir consacré de si nombreuses séances à la réforme des études dentaires.

Se référant aux documents qu'il a réunis dans un article de la *Revue de France* (15 janv. 1931), article que la *Gazette des hôpitaux* a déjà signalé, se référant aussi à diverses communications de M. Balthazard, le professeur Sergent demande la nomination d'une commission chargée d'étudier la grave question de la pléthore médicale, d'en établir les causes, d'en constater les dangers et d'en chercher les remèdes.

« L'avenir de la profession médicale, dit en terminant M. Sergent, est menacé, notre devoir est de la défendre. Efforçons nous de soumettre nos vœux au Sénat avant que s'ouvre la discussion du projet de loi Armbruster. »

A la suite de la communication très applaudie de M. Sergent, l'Académie procède à la nomination de la Commission qu'il réclame.

Cette Commission est composée de MM. Balthazard, Carnot, Vaquez, J.-L. Faure, Sergent, Quénu, Gosset et Siredey.

Comité secret. — La plus grande partie de la séance a été occupée par un Comité secret où il a été uniquement question du prix Albert Ier de Monaco. Il a été nommé une Commission chargée d'établir une liste de présentation. Cette Commission est composée de MM. Darier, Bezançon, Siredey, Bar, Quénu, Bazy, Netter, Martin, Delezenne, Portier, Barrier, Delépine et Roux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 AVRIL 1931)

Étude pathogénique de 40 cas de diphtérie et essais thérapeutiques. — MM. Robert DEBRÉ, G. RAMON et P.-L. THIROLOIX ont étudié 40 cas de diphtérie au point de vue expérimental et pathogénique. Ils ont étudié ce qu'ils appellent le pouvoir pathogène essentiel du germe résultant de ses deux propriétés fondamentales : virulence d'une part et pouvoir toxigène de l'autre. Dans toutes les formes graves, on trouve des germes à pouvoir pathogène essentiel très élevé. Ils ont également étudié les antitoxines dans le sérum du malade avant tout essai thérapeutique. Ils ont conclu que la gravité actuelle de la diphtérie est sans doute due à l'augmentation du pouvoir pathogène des germes.

Malgré que bien des essais aient déjà été tentés en ce sens, ils ont, avec la collaboration de M. Legroux, préparé un sérum avec le corps des bacilles isolés au cours de l'épidémie du deuxième semestre de 1926. Ils ont constaté que ce sérum n'était pas plus actif que celui préparé par injection au cheval de toxine ou d'anatoxine. Ils montrent une fois de plus que c'est le temps écoulé entre le début de la maladie et celui de l'injection de sérum qui constitue le moment primordial pour le pronostic. Ils indiquent à nouveau le délai de trois à quatre jours qui semble celui à partir duquel s'aggravent les formes moyennes de la maladie. Dans les formes hypertoxiques, le sérum ne peut être efficace que s'il est injecté quelques heures après le début de la maladie.

Le rhumatisme chronique tuberculeux. — MM. F. BEZANÇON, M.-P. WEILL, T. DELARUE et V. OUMANSKY.

Spasme de torsion (type Ziehen-Oppenheim). — MM. C.-I. URRECHIA et I. CROZA (Chij, Roumanie).

Un cas de syndrome épiphysaire. — MM. C.-I. URRECHIA et I. CROZA (Chij, Roumanie).

Recherches cliniques et de laboratoire dans un cas de mélanosarcome hépatique. — MM. DUMITRESCO-MANTE, DULUGEA-STOÏA et IONESCO-CRAÏOVA (Bucarest).

Leucémie lymphoïde à type splénique pur. Syndrome ganglionnaire terminal. — MM. L. MONTEL et J. OLMER.

Hypochlorémie au cours d'une néphrite chronique avec azotémie. Rechloruration. Accidents. — MM. Etienne BERNARD et GAUCHER rapportent l'observation d'un cas de néphrite chronique avec hypochlorémie (2g73 de chlore plasmatique). Un traitement rechlorurant est institué, mais dès le quatrième jour apparaît un œdème pulmonaire, puis un œdème des membres inférieurs bientôt suivi — malgré l'arrêt du traitement — d'un œdème du plancher buccal, rapidement mortel.

Cette observation montre, après d'autres, les accidents possibles de la rechloruration même prudemment instituée quand il s'agit d'un processus chronique où l'atteinte du parenchyme rénal est ancienne et profonde.

La réaction de sédimentation globulaire dans les affections articulaires. — MM. Mathieu-Pierre WEIL, Ch.-O. GUILLAUMIN, et Mlle M.-L. LAURENCIN montrent que c'est pendant les cinq heures qui suivent le recueillement du sang sur la solution citratée qu'il convient de suivre la rapidité avec laquelle vont sédimenter les globules sanguins.

Les auteurs expriment le phénomène sous forme de courbes. Si on veut éviter celles-ci, le chiffre le plus significatif est le volume globulaire lu à la deuxième heure. Le tassement étant d'autant plus lent que l'échantillon est plus riche en globules, les auteurs apportent une formule qui permet de corriger cette cause d'erreur dont ils établissent l'importance.

La vitesse de la sédimentation globulaire est l'expression, non de la maladie considérée en elle-même, mais des lésions qu'elle détermine. Si celles-ci n'ont pas le caractère inflammatoire, la réaction de sédimentation demeure normale; mais elle s'exagère si les lésions sont inflammatoires, et au prorata du degré de l'inflammation. Ainsi considérée, la valeur de la réaction est grande; mais elle ne permet pas la classification des maladies.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 20 MARS 1931)

La résection ostéoplastique de Wladimiroff-Mikulicz. — M. Raphaël MASSART fait un rapport sur une observation adressée par M. Lavoix (de Saint-Lô) concernant un excellent résultat éloigné de cette intervention pratiquée, il y a quatorze ans, chez un blessé de guerre. L'auteur, à ce propos étudie les indications de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz et il pense que les tuberculoses du tarse postérieur ne sont pas ainsi que le disait Ollier, des indications favorables. L'opération de Wladimiroff-Mikulicz est surtout une intervention orthopédique pour rallonger un membre raccourci opératoirement et dont l'appui postérieur a disparu. Après avoir précisé quelques points de technique, en particulier l'inutilité de ménager les vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs, l'auteur

montre que l'opération de Wladimiroff-Mikulicz donne, dans l'ensemble, de bons résultats. On ne s'explique donc pas que l'opération de Wladimiroff-Mikulicz ne soit plus qu'exceptionnellement pratiquée.

Kyste hydatique volumineux du poumon gauche. Intervention. Guérison. — M. Gasne fait un rapport sur une observation adressée par M. Mahaut (de Rabat, Maroc). Le kyste a été opéré en deux temps ce qui a permis de déterminer de solides adhérences pleurales et d'obtenir un succès opératoire. Le rapporteur, reprenant l'étude des différentes méthodes opératoires appliquées au traitement des kystes hydatiques, conseille d'attacher au choix de l'anesthésique la plus grande importance et de ne jamais employer l'éther.

Modifications importantes de la stomatoplastie de l'utérus par section antéro-postérieure, sans évidement, ni suture. — M. J. Dartigues fait un rapport sur ce travail adressé par M. Theodorides (d'Athènes). Ce procédé très simple consiste en une section sagittale du col de l'utérus allant jusqu'à l'orifice interne. Les pansements, pendant deux à trois semaines, maintiennent écartées les deux parties latérales du col; les surfaces cicatrisent toutes seules. Des cas de stérilité remontant à onze ans et chez des femmes âgées ont été ainsi guéris.

Pseudo-fibrome de la vessie par invagination d'un fibrome pédiculé du col utérin. — M. Lavenant communique une observation rare, où le diagnostic fait par l'examen physique, la radiographie et la cystoscopie fut : fibrome de la vessie. Ce n'est qu'après cystostomie et décollement du péritoine pour faire une résection que se produisit brusquement une désinvagination de la tumeur qui était un fibrome utérin pédiculé.

Contribution à l'étude de la coagulation sanguine sur les phlébites et embolies post-opératoires. — M. Mayet communique une observation qui vient à l'appui des opinions récemment émises au sujet de l'influence des troubles (retards ou avances) de coagulation sanguine, sur la fréquence des embolies et phlébites post-opératoires. Dans ce cas, il s'agissait d'une appendicectomie faite pour appendice gros et enflammé mais libre et non ouvert, appendicectomie suivie d'embolie pulmonaire et de phlébite sans la moindre réaction péritonéale. Mais le jeune homme (dix-sept ans) était un adiposo-génital et présentait, en dehors de son obésité, des phénomènes accentués de troubles périphériques. L'auteur se demande s'il n'existe pas une relation entre le syndrome adiposo-génital et le retard de coagulation sanguine qui n'est peut-être que le signe extérieur et facilement perceptible d'une modification profonde du milieu sanguin.

(SÉANCE DU 17 AVRIL 1931)

Tuberculose urétérale avec rein indemne de lésions bacillaires. — M. Lavenant fait un rapport sur un travail de M. Marc Papin (de La Rochelle). Il insiste sur la rareté de pareils faits allant à l'encontre des opinions classiques qui n'admettent pas l'existence de tuberculose urétérale primitive. Cette existence est cependant démontrée actuellement par un certain nombre d'observations. Les malformations congéni-

tales, les sténoses jouent probablement un rôle prédisposant et il est très possible d'invoquer, en dehors de toute lésion folliculaire du rein, la bacillurie tuberculeuse pour expliquer les infections par voie descendante. Il y a lieu d'admettre aussi, dans certaines conditions, une infection vésico-urétérale ascendante.

Trois cas de plaie de la rate par coup de couteau. Suture par thoraco-phréno-laparotomie oblique. Guérison. — M. JUDET fait un rapport sur ce travail de M. Mahaut (de l'armée). Dans les trois cas, la plaie siégeait au niveau de la partie inférieure gauche du thorax. La symptomatologie immédiate était des plus restreintes. Les blessés ont guéri sans le moindre incident.

Faut-il drainer l'abdomen après les résections gastriques? — D'après M. VICTOR-PAUCHET, dans les gastrectomies le drainage est utile dans 20 p. 100 des cas environ. Il ne faut pas drainer au contact des sutures ni employer de gaze qui favorise la déhiscence de celle-ci surtout au niveau du duodénum, mais utiliser de préférence des lames de caoutchouc ou parfois des drains. Le drainage est indiqué dans les ulcus térébrants, les ulcus géants, les ulcus haut situés, les ulcus jéjunaux pénétrant dans le côlon transverse, les perforations aiguës de l'estomac et du duodénum.

Rhinoplastie par lambeau à deux pédicules. — M. DUFOURMENTEL présente une jeune fille de vingt et un ans dont toute l'extrémité inférieure du nez avait été détruite par un lupus. La rhinoplastie fut faite par un lambeau en anse à deux pédicules prélevé dans le cuir chevelu. Dix jours après l'application, les pédicules étaient remis à leur place et le greffon put être modelé. En trois semaines, le résultat est tout à fait satisfaisant.

RÉUNION HYDROLOGIQUE ET CLIMATOLOGIQUE DE MONTPELLIER

(SÉANCE DU 21 MARS 1931)

Indications thérapeutiques générales dans le traitement de la fibromatose utérine. — M. FORGUE.

Technique du traitement thermal de la fibromatose utérine. — M. DAVID (de Salies-de-Béarn).

Les dysménorrhées pubertaires. — M. RICHE.

Le traitement hydrominéral des dysménorrhées pubertaires. — M. H. GUIBERT (de Balaruc). Laissant de côté le traitement hydro-minéral des dysménorrhées pubertaires par les eaux sulfurées, M. Guibert ne s'occupe que des eaux chlorurées sodiques et des eaux à faible minéralisation.

Parmi les premiers les deux principaux modes de traitement sont la balnéation et l'irrigation vaginale, soit dans le bain, soit en dehors. Il faut signaler encore l'utilisation des Eaux-Mères de Salies-de-Béarn, et, à Balaruc, la thérapeutique par instillation spéciale qui permet de prendre des irrigations vaginales très copieuses et aussi par application de boue.

Aux stations chlorurées sodiques on enverra les jeunes filles lymphatiques, anémiques et déprimées, chez lesquelles l'installation menstruelle, tardive, est irrégulière, capricieuse, peu douloureuse; chez elle la cure salée a un effet tonique, remontant, excitant, stimulateur des fonctions utéro-ovariennes. Quel que soit le mécanisme de ces effets l'action emménagogue est des plus nettes.

La cure hydro-chlorurée est encore indiquée dans la dysménorrhée de cause locale consécutive à des poussées péritonéales d'origine bacillaire (type fibro-adhésif).

A ces indications principales on peut encore ajouter les dysménorrhées arthritiques.

Les contre-indications des eaux chlorurées sont, d'une part, celles des cures thermales en général (et en particulier les poussées aiguës), et, d'autre part, les états de déséquilibre sympathique se manifestant par de l'irritabilité avec névralgies pelviennes exacerbées au moment du molimen menstruel.

Aux stations oligométalliques (Luxeuil, Néris, Evaux, Bagnères-de-Bigorre, Ussat, Plombières) on utilise le bain, la douche générale et l'irrigation vaginale avec de l'eau ne dépassant pas 40 degrés. L'action de ces eaux est essentiellement sédative et convient aux jeunes « déséquilibrées du ventre », angoissées, douloureuses. Elles sont donc indiquées dans tous les cas de dysménorrhée où s'exagère l'état algique ou spasmodique. Elles tonifient également les jeunes chlorotiques (douche générale progressivement refroidie de Bagnères-de-Bigorre).

Dans les cas où les crises sont liées à la souffrance d'un organe plus ou moins éloigné de la sphère génitale, il est nécessaire d'avoir recours à des cures combinées (à Vichy, Vittel, Contrexeville, La Malou).

Enfin, la cure hydro-minérale peut préparer ou compléter les résultats de l'intervention opératoire.

Le traitement hydrominéral de la dysménorrhée pubertaire par les eaux sulfureuses. — M. Paul SAPPEY.

L'émanothérapie gynécologique à Ax-les-Thermes. — M. GIRARD (d'Ax-les-Thermes). L'émanothérapie gynécologique d'Ax-les-Thermes est une méthode de traitement qui consiste dans la projection sur la muqueuse utéro-vaginale de gaz radio-actifs émanés des sources sulfureuses hyper-thermales.

Créée à Ax-les-Thermes par le docteur Girard, médecin consultant dans cette station, l'émanothérapie gynécologique constitue la première application méthodique rationnelle de la radonthérapie vaginale.

Ses indications sont : les congestions utérines, les lésions inflammatoires douloureuses, les affections des muqueuses vulvo-utéro-vaginales et les troubles de la fonction ovarienne.

Les premiers résultats acquis révèlent l'action particulièrement efficace de l'émanothérapie gynécologique sur l'élément douleur.

BIBLIOGRAPHIE

Le Couvent des Filles du Calvaire.

Cette semaine, des fêtes, organisées par le Comité d'initiative des grands boulevards de Paris, ont eu lieu à l'occasion de l'inauguration des nouveaux grands boulevards Beaumarchais, des Filles du Calvaire et du Temple.

Ces fêtes donnent une particulière actualité à une étude historique que le docteur Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vient de publier dans le numéro d'avril de la *Cité*.

« Pour l' « homme de la rue », écrit Babonneix, que représentent les Filles du Calvaire? Un boulevard, situé non loin de la Bastille. La tête de ligne d'un omnibus, élevé, avec les temps, à la dignité d'autobus. Et c'est tout. Il ignore que, sur le vaste emplacement limité par ce boulevard, la rue du même nom et la rue du Pont-aux-Choux, s'élevait jadis un couvent florissant. Il ne sait rien ni de celui qui en conçut le dessein, ni de celles qui l'habitèrent, ni de sa fin tragique. A son indifférence, une raison. Les Bénédictines du Calvaire n'ont jamais recherché le bruit. A elles, la devise : *Ama nes-*

ciri! Aussi depuis E. Raunié (1), personne n'a-t-il songé à esquisser leur histoire. Un érudit, et non des moins qualifiés, ne nous écrivait-il point que leur ordre avait été dispersé par la Révolution, et que, de leurs vingt Calvaires, autrefois si florissants, il ne restait aujourd'hui que des souvenirs? »

. . . .

La belle étude historique de Babonneix, grâce à des plans et des reproductions de gravures anciennes, nous permet d'étudier un des coins les plus attachants du vieux Paris. Le hasard des recherches a même permis à Babonneix une curieuse découverte : Julie Bouchaud des Hérelles, l'Elvire du poète, à laquelle, on le sait, Babonneix porte un intérêt tout particulier, serait née dans le couvent des Filles du Calvaire, le 4 juillet 1784.

Ce n'est qu'un détail parmi cent autres que voudront connaître tous ceux qui s'intéressent au Vieux Paris.

F. L. S.

REVUE DES THÈSES

L'évolution radiologique de la scoliose congénitale par hémivertèbre (2), par Mme le docteur Marcelle Glotz, ancienne externe des hôpitaux de Paris.

Les observations et mensurations présentées aux chapitres précédents imposent d'évidentes déductions.

Traitée et maintenue, une scoliose congénitale n'évolue pas, ou guère, même maintenue avec des appareils légers, qui n'empêchent pas le développement de l'enfant.

Non traitée, au contraire, la scoliose congénitale s'aggrave : aggravation plus ou moins importante selon les cas, mais toujours appréciable.

Notamment, la scoliose congénitale peut évoluer, tout au cours de la croissance.

Dans certains cas, la scoliose non traitée évolue de façon notable entre l'âge de un an et l'âge de quatre ans.

Dans d'autres cas, nous assistons à une poussée évolutive des plus nettes entre la quatorzième et la seizième années. De ce dernier cas se rapproche l'observation de MM. Mouchet et Rœderer, qui suivirent une scoliose congénitale pendant quatorze ans : elle était presque corrigée à l'époque de la puberté, quand survinrent, en deux ans, des modifications nouvelles qui firent perdre une partie du résultat acquis. Il faudra donc, tout au cours de la croissance, prendre des radiographies à intervalles réguliers de six mois à un an : soit, dans les cas peu accentués, des radiographies de face qui permettront de bien distinguer la vertèbre cunéiforme; soit, dans les cas plus accentués, des radiographies de trois-quarts, lorsque la scoliose a tant évolué, que la rotation vertébrale cache la vertèbre en coin. La radiographie de profil sera souvent de peu d'intérêt.

L'évolution anatomique constatée sur ces radiographies permettra d'instituer, au cours de la croissance, une thérapeutique logique : le maintien sous toutes ses formes.

Après avoir examiné le décubitus dorsal et les gouttières, les corsets de maintien, la gymnastique, l'auteur étudie le traitement chirurgical du type Albee ou Hibs qui est limité aux ankyloses rachidiennes. Le conseiller, comme nous l'avons vu faire, chez l'enfant en pleine croissance, cela nous paraît vraiment illogique, d'après les documents radiographiques que nous avons pu obtenir. Il est toujours possible d'empêcher la scoliose d'évoluer; aux plus mauvaises périodes le décubitus et le corset y suffiront toujours.

Chez la plupart des enfants, nous avons vu coïncider dans une même période l'évolution de la scoliose et la croissance, croissance générale visible en particulier au niveau du segment scoliotique mis au repos. Or, l'ankylose vertébrale eût certainement empêché la croissance en hauteur de tout un segment vertébral : c'eût été absolument illogique, puisque nous pouvons, par des moyens simples, empêcher l'évolution tout en permettant cette croissance.

La question du traitement chirurgical ne peut se poser à notre avis qu'à l'âge adulte, lorsque l'os a atteint sa forme définitive. Dans ce cas encore, nous pensons qu'il n'y a pas lieu de se presser : des radiographies faites de six mois en six mois, si elles montrent une aggravation nette de la courbure, peuvent seules faire pencher vers cette solution.

Cependant, même chez l'adulte, il n'est pas douteux que l'évolution scoliotique est des plus nettes, à certaines périodes : chez la femme, par exemple, nombreuses sont les observations d'une déviation latérale évoluant au moment de la ménopause. Or, justement cet âge, qui semble entraîner des troubles de décalcification, n'est pas très favorable à la prise solide d'un greffon transporté sur le rachis : c'est donc bien avant cette période que, selon nous, la décision devrait être prise; si un malade adulte, suivi pendant plusieurs années, présente, lorsque tout maintien est supprimé, la moindre tendance à l'évolution, alors, pensons-nous, il n'y a guère à hésiter.

En conclusion, on ne saurait assez y insister; il est nécessaire de traiter la scoliose congénitale qui, abandonnée à elle-même, va s'aggravant. On ordonnera un corset orthopédique chez les enfants, l'ostéosynthèse, parfois, chez les adultes; — à tous les âges, et dans toute la mesure du possible, la scoliose sera traitée. De la sorte, on ne manquera jamais d'obtenir, pour le moins la stabilisation, souvent même une amélioration.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 19 mai. — Jury : MM. Brindeau, président; J. Faure, Duval et Vaudescal. — M. Labarre. Etude de l'hérédité des mutilations. — M. Prieur. Les œuvres sociales du Methodist Memorial américain à Château-Thierry : la crèche. — M. Léoty. Etude des grossesses tubaires bi-latérales et coexistantes. — M. Moreau. A propos d'un cas de perforation vésicale intrapéritonéale d'apparence spontanée.

Jury : MM. Carnot, président; Lereboullet, Tanon et Lian. — M. Bluman-Bercu. Etude de la maladie osseuse fibro-kystique de Recklinghausen. — M. Bernière. Sur les causes de viciation de l'atmosphère libre et confinée et les moyens d'y remédier. — M. Venutolo. Etude de la diphtérie cutanée,

Mercredi 20 mai. — Jury : MM. Couvelaire, président; Lœper, Sébileau et Sézary. — M. Colombet. Etude des rapports du goitre exophtalmique et de la gestation. — M. Barbara. Les réactions de Wassermann irréductibles. — M. Pigache. Etude du traitement de l'ozène par les greffes sous-périchondrales.

Jeudi 21 mai. — Jury : MM. Gougerot, président; Guillain, Chabrol et Philibert. — M. Schapiro. Etude sur les chancres géants. — M. Hélion. Sur l'importance de l'intoxication mercurielle chronique par déflagration de cartouches au fulminate de mercure chez les employés de tir.

Varices et phlébites, par le docteur P. Philardeau, chirurgien de l'hôpital de Fontainebleau. In-16. — Prix : 12 fr. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE ASSETTE.

(1) Emile Raunié, *Epitaphier du Vieux Paris. Histoire générale de Paris*, Paris, 1843, in-4°, t. II, p. 109-116.

(2) *Th. de Paris*, 1930.

N° 40. — MERCREDI 20 MAI 1931. 104e ANNEE. MERCREDI 20 MAI 1931. — N° 40.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Maladies infectieuses (sous la direction de M. le professeur A. Lemierre), par M. Adida.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Hémothorax traumatique. Signes et diagnostic (fin).

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — La chaire des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

— Strasbourg. — La chaire de pharmacologie et médecine expérimentale est déclarée vacante.

ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le jury du concours pour l'admission à l'Ecole principale du service de santé de la marine en 1931, est composé comme suit pour la ligne médicale.

Président : M. le médecin général de 2e classe Averous; membres : MM. Plozé, médecin en chef de 2e classe du port de Cherbourg, et Carboni, médecin principal de l'Ecole de Bordeaux.

Les épreuves écrites auront lieu les 7 et 8 juillet 1931, à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort, Toulon et Alger dans les conditions prévues par l'instruction annuelle et l'avis publié au *Journal officiel* du 29 janvier 1931.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur J.-L. Faure, qui vient de remplir une mission universitaire en Roumanie, a été élevé à la dignité de grand-croix de la Couronne de Roumanie.

LE NOUVEAU MAIRE DE MARSEILLE. — La semaine dernière le docteur Ribot, l'éminent directeur de la Santé à Marseille, chef de la Ve circonscription sanitaire maritime, a été élu maire de Marseille en remplacement du docteur Flaissières, sénateur, décédé.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, pour les dispensaires antituberculeux de Troyes et Romilly (Aube).

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le statut du Comité national, avec les avantages des fonctionnaires départementaux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Le concours aura lieu dans la deuxième quinzaine de juin.

AVIS DE VACANCE. — Le poste de médecin chef de service de la maison de santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, à Lommelet, par Saint-André (Nord), asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés, est vacant par suite du départ de M. le docteur Teulié, appelé à un autre poste.

— Un poste de médecin chef de service est créé à l'asile public d'aliénés de Mareville (Meurthe-et-Moselle).

VOYAGES MÉDICAUX INTERNATIONAUX DANS LES ALPES, LES CÉVENNES ET LES PYRÉNÉES. — La Société médicale du Littoral méditerranéen, dont on connaît déjà les beaux voyages de Noël et de Pâques, a créé, depuis trois ans, sur la demande de ses correspondants, et avec la collaboration de la Fédération médicale, thermale et climatique pyrénéenne, des voyages d'été et d'automne, qui ont rencontré la même faveur que les voyages d'hiver et de printemps. Ces voyages sont tous, d'ailleurs, organisés avec la même technique, le même confort et les mêmes avantages moraux et matériels.

Voici les deux programmes présentés pour juillet et septembre 1931 :

Voyage dans les Alpes (1er au 12 juillet), sous le patronage de la Faculté de médecine de Lyon et la direction scientifique du professeur Piéry (Climatologie et hydrologie) et du professeur agrégé Thévenot (Histoire médicale et pathologie générale). Concentration à l'Ecole de médecine de Grenoble. Visite de Villard de Lans et du Vercors, le Château de Vizille, l'Oisans, Le Lautaret, Le Galibier, La Maurienne et Allevard, Uriage, La Chartreuse, Challes, Le Mont-Revard, Aix-les-Bains et le Lac du Bourget, Marlioz, Annecy et son Lac, Moutiers-Salins et Brides, La Tarentaise : Combloux, Le Fayet, Saint-Gervais, Chamonix, Le Mont-Blanc, le Mon-

tanvers et l'Aiguille du Midi, Les Sanatoria d'Assy et de Passy, Thonon, Amphion, Evian, le Lac de Genève. Excursions facultatives en Suisse.

Voyage Cévennes-Pyrénées (28 août au 9 septembre), sous le patronage de la Faculté de médecine de Montpellier et la direction scientifique des professeurs Delmas (Histoire médicale et pathologie générale) et Giraud (Climatologie et hydrologie). Concentration à la Faculté de Montpellier (du xe siècle), Palavas et la Méditerranée, Maguelone et Aigues-Mortes (cités médiévales), la source Périer, Nîmes et ses monuments romains : les Arènes, le Temple de Diane, la Maison Carrée, le pont du Gard, les Cévennes, l'Aigoual, les Gorges du Tarn et La Malou, la cité de Carcassonne et la Montagne Noire, Ussat-les-Bains, les Pyrénées, la Cerdagne, Font-Romeu, le sanatorium des Escaldes, Ax-les-Thermes, Audinac, Saint-Bertrand-de-Comminges et Superbagnères, Luchon, reine des Pyrénées. Excursions facultatives à Lourdes et à Gavarnie.

Ces deux voyages permettront de visiter, sans fatigue, avec le minimum de temps et de dépenses, les plus belles parties des Alpes, des Cévennes et des Pyrénées. On y verra presque tous les sites de ces régions célèbres, qui ont retenu si souvent l'attention des écrivains, des peintres, des géographes, des géologues et des médecins.

Ces voyages sont destinés aux médecins et à leur famille. Les adhérents recevront un permis de parcours à demi-tarif, valable pendant un mois, sur les réseaux des chemins de fer français. La cotisation est fixe et forfaitaire, c'est-à-dire qu'elle comprend toutes les dépenses (même les pourboires), depuis la concentration jusqu'à la dissociation. Le nombre des places est limité. Le prix de cette cotisation n'est pas encore définitivement fixé, mais il sera d'environ 1.800 francs. Les séjours et les transports seront de la meilleure catégorie, c'est-à-dire très confortables et même luxueux. Pour les renseignements complémentaires et les conditions d'inscription, écrire, dès à présent, au secrétariat de la Société médicale du Littoral, à Nice, 24, rue Verdi.

« NORD-SUD ». — VOYAGE D'ÉTUDES POUR MÉDECINS AUX VILLES D'EAUX, STATIONS CLIMATIQUES ET PLAGES MARINES D'ITALIE. — Dans le but de répandre parmi les médecins la connaissance des principales stations de cure italiennes, l'Office national italien du tourisme (Ente nazionale industrie turistiche, ou Enit) organise chaque année, depuis 1924, un voyage d'études « Nord-Sud ».

Le VIIIe Voyage « Nord-Sud » aura lieu du 18 septembre au 2 octobre 1931. L'itinéraire publié plus loin indique les localités qui seront visitées. Comme les précédents, le voyage sera dirigé par M. le professeur Guido Ruata.

Seuls les médecins sont admis à prendre part au Voyage « Nord-Sud » ; ils pourront se faire accompagner d'une personne de leur famille jusqu'à concurrence d'un tiers des inscrits. Le nombre des places est limité à un maximum de 150.

Les adhérents au Voyage « Nord-Sud » seront répartis, à leur choix, dans l'un des groupes de langue française, italienne, anglaise ou allemande, à chacun desquels sera attaché un médecin interprète.

Le Voyage « Nord-Sud » aura lieu en train spécial de 1re classe des Chemins de fer de l'Etat, où chaque participant aura sa propre place réservée; seuls les bagages à main sont admis dans le train spécial.

Dans chaque localité visitée le meilleur traitement sera assuré aux participants.

Le prix d'inscription est fixé à lire 1.600 par personne; ce prix comprend la totalité des frais du lieu de réunion (Rome) au terme de voyage (Palermo). Les adhérents au Voyage « Nord-Sud » recevront un carnet muni de trois coupons pour l'acquisition de billets individuels de chemin de fer avec réduction de 50 p. 100; le premier pour le voyage d'une station frontière ou d'une autre station italienne à Rome, valable du 1er au 19 septembre; le second de Palermo à une autre station ou à la frontière, valable du 2 au 31 octobre; le troisième, avec la même validité, pour le voyage entre deux stations italiennes ou à la frontière.

Les inscriptions au Voyage « Nord-Sud » seront closes aussitôt que le nombre maximum de 150 sera atteint, et de toutes façons au plus tard le 15 juillet. Les inscrits recevront à leur adresse, avant le 20 août, les documents pour le Voyage.

Les inscriptions sont reçues à l'Ente nazionale industrie turistiche, 6, via Marghera, Roma.

Itinéraire. — 18 septembre : Concentration, dans la journée, à Rome ; dîner dans les hôtels; coucher.

19 septembre : Journée à Rome.

20 septembre : à 10 h., départ en train spécial; arrivée à Acque Albule à 10 h. 30, visite des thermes; départ à 14 h., arrivée à Fiuggi à 17 h.; coucher.

21 septembre : Journée à Fiuggi.

22 septembre : Le matin, départ en train spécial, arrivée à 12 h. 30 à Agnano, visite des thermes; le soir, coucher à Naples.

23 septembre : Le matin, départ en bateau spécial; visite des thermes de Casamicciola et d'Ischia; le soir, coucher à Capri.

24 septembre : Journée à Capri.

25 septembre : Le matin, départ en bateau spécial, arrivée à Sorrento; visites, coucher.

26 septembre : Excursions en auto à Amalfi et Ravello. Retour à Sorrento; coucher.

27 septembre : Le matin, départ en bateau; arrivée à Naples à 10 h.

28 septembre : Voyage en train spécial de Naples à Taormina; coucher.

29 septembre : Journée à Taormina.

30 septembre : Le matin, départ en train spécial, arrivée à Acireale, visite des thermes; départ dans l'après-midi, arrivée à Palermo à 19 h. ; coucher.

1er octobre : Le matin, visite de Mondello; après-midi, à Palermo; coucher.

2 octobre : Petit déjeuner. Fin du Voyage « Nord-Sud ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Desgraviers (de Mansle, Charente); le professeur Constant Picot (de Genève), dont les ouvrages de pédiatrie, écrits en collaboration avec le regretté d'Espine, sont devenus classiques ; les docteurs James Woolonghan (de Bordeaux), Beulque (de Tourcoing), Léon Petit (de Lille), Bleuzé (de Lille).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE PATHOLOGIE MÉDICALE. (Professeur : M. A. CLERC.) — *Cours complémentaire.* — M. A. Clerc, professeur, et MM. Aubertin, Bénard, Brulé, Cathala, Chabrol, Chevallier, Donzelot, Guy-Laroche, Lian, Moreau, Pasteur Vallery-Radot, agrégés en exercice, médecins des hôpitaux, feront, du 15 au 27 juin prochain, une série de 12 leçons sur des sujets d'actualité concernant la pathologie médicale.

Ces leçons auront lieu, tous les jours, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté.

Le cours est gratuit.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DES HÔPITAUX

Par P. ADIDA.

La bactériopexie de défense dans les septicémies. (Noël Fiessinger. *Presse méd.*, 16 juil. 1930, n° 57, p. 959.) — En notant l'intégrité de la bactérie après la guérison, l'auteur souligne que le processus de guérison est entièrement différent de celui d'immunité.

La guérison d'une septicémie n'est pas due à la destruction de la bactérie mais à sa fixation, à la *bactériopexie.* Celle-ci s'opère en deux étapes.

La bactériopexie circulante : se fait grâce aux globulins et surtout aux leucocytes comme l'a démontré la « *microleucocytoculture* » réalisée par l'auteur et son élève Cattan. Elle traduit la tendance manifeste des bactéries à être accolées par les leucocytes sans pour cela être détruites.

La bactériopexie fixée s'effectue par les cellules du système réticulo-endothélial. Le blocage de ce système augmente la durée et la gravité d'une septicémie (expérience de P. Gastinel et J. Reilly).

Une fois la bactérie fixée, elle sort avec les émonctoires, ou se fixe dans les tissus et les organes.

« L'exode bactérien aux émonctoires » est le phénomène régulier. L'exode biliaire observé par Lemierre et Abrami et qui se fait à travers la cellule de Kupffer et la cellule hépatique se produit également au niveau du pancréas, des glandes parotides et des reins. La virulence et la vitalité des bactéries restent entières, d'où possibilité de cholécystites suppurées, pyélonéphrites suppurées, parotidites critiques à la période de défervescence. On comprend alors l'importance des dynamismes viscéraux et la gravité des septicémies à pneumocoques, streptocoques, bacilles d'Eberth chez les néphritiques, les hépatiques, etc...

La fixation bactérienne se produit aussi dans tous les tissus et dans tous les organes. La phlébite et les inflammations localisées traduisent souvent ce processus de fixation.

L'abcès provoqué agirait comme abcès de fixation et déterminerait l'exode leucocyto-bactérien.

Contre les théories anciennes, M. Fiessinger affirme que dans le pus, la bactérie reste vivante et le leucocyte reste vivant. La phagocytose existe bien, mais seulement à l'occasion des infections légères.

Pour l'auteur, dans le mécanisme de cette défense interviennent la virulence spécifique bactérienne, un dynamisme leucocytaire individuel, enfin l'intégrité des émonctoires.

L'action des vitamines données en quantités croissantes sur les infections expérimentales. (tuberculose pulmonaire, infection staphylococcique de la peau). (W. Pfannenstiel et B. Scharlan. *Münch. med. Woch.*, 11 avril 1930, t. LXXVII, n° 15.) — Les vitamines ne constituent pas à proprement parler des substances nutritives. Elles permettent l'utilisation de celles-ci par nos cellules. Alors que chez l'adulte sain, la ration alimentaire contient une quantité suffisante de vitamines; chez l'enfant qui a besoin, en période de croissance, de grandes quantités de vitamines, par suite d'alimentation insuffisamment variée, par trop carencée, des troubles peuvent apparaître

C'est surtout à propos de la vitamine D. de proche parenté avec ergostérine irradiée, que le rôle des vitamines comme médicaments a été établi. La diminution d'apport en vitamines entraîne une diminution de la résistance du sujet vis-à-vis des infections. Pfannenstiel et Scharlan ont surtout étudié ce pouvoir antimicrobien in vitro, en se servant du sang de cobayes infectés avec des bacilles typhiques.

En administrant d'une façon prolongée des vitamines variées et multiples, ils ont montré que le pouvoir bactéricide était augmenté. Ils ont vérifié cette action in vivo en procédant de la façon suivante : Un mélange de vitamines D. B. A. est administré à des cobayes infectés expérimentalement (tuberculeux et staphylococcies cutanés). Ces animaux reçoivent de l'ergostérine irradiée à faible dose et de la levure sèche à haute dose.

Les auteurs, à la suite de leur expérimentation, concluent que les *vitamines D et C ont une action anti-inflammatoire, les vitamines B et A accélèrent le processus de guérison dans l'organisme infecté.* D'où l'utilité de combiner les vitamines D et B dans la lutte anti-infectieuse.

PNEUMOCOCCÉMIES. MÉNINGOCOCCÉMIES

Le métabolisme chloré des pneumoniques et son influence sur l'évolution de l'affection. (B. Scholz. *Deut. med. Woch.*, 12 sept. 1930, t. LXI, n° 37.) — Dans les pneumonies, il existe une rétention chlorée à la période aiguë en même temps qu'une hypochlorémie marquée parallèle à l'hypotension vasculaire. A la convalescence, il se produit une décharge.

Pour Hæplin et Prigge le rein n'est pas en cause. En apportant des quantités considérables de sel (10 grammes par voie digestive, 35 grammes par voie intraveineuse), on ne constate pas une excrétion salée plus grande mais il y a un relèvement temporaire de la pression artérielle. C'est le poumon qui conserve le sel. D'où pour l'auteur dans le déterminisme de l'hypotension, le rôle essentiel est attribué à la carence salée plutôt qu'aux toxines pneumoniques. Scholz constate que l'adjonction de sels aux milieux de culture des microbes et du pneumocoque gêne, inhibe et tue le pneumocoque. Il conclut donc que la rétention salée du poumon enflammé serait un processus de défense. Pour favoriser ces réactions utiles, il faudrait, à l'inverse des habitudes actuelles, instituer un régime salé, pratiquer même des injections hypertoniques salées chez les pneumoniques qui ne sont pas des cardiaques ou des rénaux.

La sérothérapie antipneumococcique. (René MIGNOT. *Presse méd.*, 29 nov. 1930, n° 96, p. 1630.) — Les résultats sont restés incertains jusqu'au jour où Dochez et Gillepsie montrèrent que le pneumocoque n'est pas homogène et qu'il comprend une série de groupes réagissant chacun différemment au sérum spécifique. D'après la réaction d'agglutination on individualise quatre types I, II, III, IV. Nicolle et Debains nient le groupe IV et décrivent une race spéciale isolée chez les nègres. La fréquence de ces types dans les pneumopathies varie avec les pays et les moments. En raison de la difficulté d'individualiser rapidement le pneumocoque dans chaque cas particulier, Truche prépare un sérum polyvalent. Defressine et Violle, à Toulon, en l'employant à la dose de 40 centimètres cubes; Barbier, Apert et Vallery-Radot, en lui associant le sérum antistreptococcique, ont obtenu, au point de vue préventif, des résultats satisfaisants. Mais c'est surtout à titre curatif que la sérothérapie a été préconisée dans toutes les infections pneumococciques primitives ou secondaires à la grippe.

L'injection doit être précoce et à dose suffisante.

LES VOIES D'INTRODUCTIONS. — a. *La voie intra-pulmonaire.* — Méthode d'exception. Mauriac la déconseille.

b. *La voie intratrachéale* a été tentée par Renon et Sergent. Elle est efficace mais réclame une certaine expérience clinique et n'est pas toujours bien supportée.

c. *Les voies sous-cutanée et intramusculaire.* — La première est la plus simple, mais la moins efficace. Elle s'emploie à titre préventif ou associée à d'autres thérapeutiques curatives : 80 à 100 centimètres cubes le premier jour; 20 à 40 les jours suivants s'il n'y a pas d'amélioration.

La voie intramusculaire est préférable : simple, inoffensive, efficace, résorption rapide, élimination prolongée.

d. *La voie intraveineuse* très employée à l'étranger, n'a pas de contre-indication absolue. Elle ne doit pas être employée chez les grands hypertendus, les brightiques avec azotémie élevée, les tuberculeux.

Les Américains emploient des doses très fortes : 90 à 100 centimètres cubes toutes les huit heures jusqu'à 1.000 ou 1.200 centimètres cubes. En France, les doses sont beaucoup moindres. 10 à 40 centimètres cubes par injection. Rimbaud injecte 40 centimètres cubes par jour et associe la voie intramusculaire. Dans les cas graves et les bronchopneumonies, les doses sont élevées à 80 et 100 centimètres cubes. En cas d'association microbienne, il pratique une sérothérapie mixte antipneumococcique et antistreptococcique. Le plus souvent, il ajoute au sérum 1/4 de milligramme d'adrénaline et dilue seulement la première dose au 1/10. Quelquefois on aura recours à la méthode de Besredka.

e. Enfin, *les voies intrapleurales et intrarachidiennes* que l'on associera aux voies intramusculaires et intraveineuses dans le traitement des pleurésies et des méningites à pneumococoque.

Les RÉSULTATS sont le plus souvent très favorables. Action nette sur les phénomènes généraux, la fièvre tombe et le pouls suit la température. L'état général est fortement amélioré : langue humide, diurèse abondante, suppression fréquente des phénomènes aigus de la précrise et de la crise pneumonique.

L'action sur les signes fonctionnels est moins évidente. Elle semble nulle sur les signes physiques. En outre, la sérothérapie s'oppose à l'apparition de nouveaux foyers, prévient ou atténue les complications.

Le sérum agit dans les formes septicémiques ou toxi-infectieuses, mais non dans les cas où l'extension des lésions supprime le champ de l'hématose.

L'auteur conclut que cette méthode thérapeutique peut être appliquée chez tous, elle doit l'être précocement et à des doses utiles. Enfin pour lutter contre les troubles fonctionnels et les lésions anatomiques, on lui associera les ressources de la thérapeutique traditionnelle.

Considérations sur le traitement actuel de la méningite cérébro-spinale. (P. TEISSIER et J.-A. CHAVANY. *Presse méd.*, 1er oct. 1930, n° 79, p. 1323.) — Dans une première partie, les auteurs envisagent les différentes causes qui entraînent soit un échec complet de la sérothérapie, soit une évolution anormale de la maladie.

Dans le premier groupe entrent :

La notion d'âge : les nourrissons.

La virulence des germes : surtout le méningocoque B; l'infection secondaire du liquide céphalo-rachidien par le pneumocoque, le streptocoque. Surtout la *présence des cloisonnements* fréquents en certains points d'élection : confluent cérébello-médullaire.

La choroïdo-épendymite infectante, la ventriculite primitive, pour Teissier et Chavany, constituent de véritables blocages qui sont les gros dangers dans le traitement de la méningite. Aussi y a-t-il intérêt à les prévoir le plus précocement possible. Il faut noter précieusement la discordance des signes cliniques et de la ponction lombaire. La ponction lombaire qui ramène à l'état plus ou moins pur le sérum injecté à la précédente ponction est un indice d'une importance capitale.

Dans le deuxième groupe : évolution anormale de la maladie, ils considèrent surtout les réensemencements par le méningocoque d'un liquide céphalo-rachidien, rendu amicrobien.

Les germes proviendraient pour les uns de *gîtes paraméningés*, véritables places d'armes : gaines périvasculaires des vaisseaux du névrax, espaces lacunaires; pour les autres de gîtes juxtaméningés : rhinopharynx. Il faut éliminer de ces rechutes, les méningites sériques.

Enfin l'ensemencement post-méningitique peut provenir du milieu sanguin.

Dans une deuxième partie, les auteurs envisagent le traitement de ces différents facteurs.

En général, pas de règles absolues.

Il faut porter le médicament au contact même des lésions; d'où la nécessité de ponctions étagées (ponction lombaire, sous-occipitale, ventriculaire) qui permettront une meilleure répartition focale de l'agent thérapeutique.

Dans une dernière partie, les auteurs rapportent dix observations avec guérison :

a. Quatre cas uniquement traités par la sérothérapie. Deux par ponction lombaire et injection de sérum polyvalent. Deux par ponction sous-occipitale.

b. Deux cas traités par la sérothérapie combinée à l'endoprotéinothérapie.

Il faut commencer par la sérothérapie.

Combiner les voies rachidienne et intramusculaire (c'est de la première qu'il faut attendre le maximum d'effet). Proportionner les doses au degré d'inflammation de la séreuse méningée. Cesser dès que le liquide céphalo-rachidien a tendance à revenir clair.

Ce traitement est efficace chez les sujets susceptibles de réagir au choc protéinique : jeunes enfants, nourrissons. Résultats moins nets après la cinquantaine.

c. Un cas traité par la chimiothérapie (trypaflavine-gonacrine) : utilisées par voie veineuse, lombaire; il faut agir avec prudence et en utilisant des dilutions au 1/1.000 1/50.000.

d. Trois cas traités par la mise en jeu successive des trois médications. Quand les résultats ne se sont pas montrés suffisants avec l'une seulement des thérapeutiques.

En somme, les auteurs insistent sur l'importance des techniques employées :

Sérothérapie, endoprotéinothérapie, chimiothérapie acridinique sont trois médications qui, concurremment employées, sont susceptibles de fournir des résultats intéressants.


TRAITEMENT
DU
DIABÈTE
PAR LES
CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PANCRÉPATINE
LALEUF
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS (XVe)

GRIPPE

Observations et recherches sur l'épidémie de grippe de cette année. Le stade secondaire de la grippe chez les enfants. (C. Nœggerath. *Klin. Woch.*, 1er oct. 1929, t. VIII, n° 40.) — Pour Nœggerath, la grippe évolue en deux phases, dont la transition est souvent marquée par quelques heures d'apyrexie, ou dont les caractères thermiques sont différents.

La deuxième phase est très importante.

L'auteur insiste sur l'intérêt qu'on a à bien interpréter l'anorexie, l'adynamie, les foyers infectieux cutanéo-muqueux, l'atteinte de l'appareil respiratoire et ganglionnaire, à surveiller aussi la formule sanguine pour ne pas la confondre avec une convalescence prématurée à cause de sa longueur.

En effet, cette phase se manifeste par une transformation catarrhale parfois purulente, des lésions sèches du premier stade grippal : entérites hémorragiques, ulcères rectaux, diarrhée ou constipation, impétigo, hydro-adénites, stomatites, laryngites, bronchites. Il existe en outre fréquemment des lésions uro-génitales. Du côté du sang, on note de la leucopénie avec lymphopénie. Les parois vasculaires sont anormalement perméables. Il y a aussi des troubles des échanges gazeux. L'hépatomégalie est fréquente avec ou sans ictère, ainsi que la splénomégalie, d'où difficulté du diagnostic.

La syphilis peut être mise en cause, car une réaction de Wassermann peut devenir passagèrement positive pendant la grippe.

Nœggerath mentionne aussi des complications nerveuses : encéphalite, névrose végétative, véritable poliomyélite du système végétatif. Il décrit enfin une grippe ganglionnaire avec ou sans fièvre.

On doit donc prévoir ces symptômes de la deuxième phase grippale et empêcher le malade de se lever trop tôt.

Sur l'étiologie de la grippe et l'immunité post-grippale. (E. Mandussakis. *Soc. de biol.*, année 1931, t. CVI, n° 9, p. 703.) — L'auteur a essayé de reproduire expérimentalement la grippe chez des sujets sains volontaires, en leur inoculant des eaux de lavages d'exsudats pharyngés filtrés, après centrifugation, sur bougie Chamberland L_{11} L_7 L_2.

Les résultats furent les suivants :

Cinq volontaires qui reçurent 5 centimètres cubes de L_{11} ne présentèrent aucun symptôme.

Sur 4 volontaires qui reçurent 5 centimètres cubes de L_7, un fit une grippe typique trois jours après l'inoculation.

Quatre volontaires qui reçurent 2 centimètres cubes de L_7 ne présentèrent aucun symptôme.

Sur 9 volontaires qui reçurent 5 centimètres cubes de L_2, trois firent des grippes typiques.

Au point de vue de l'immunité, se basant sur les grippes de 1918, 1929 et enfin 1930, Mandussakis conclut que l'immunité post-grippale a disparu après douze ans.

TYPHOIDE. AFFECTIONS A COLIBACILLES

L'épreuve de floculation vis-à-vis de l'immunité antityphique. (Froilano de Mello et Crisna Sanguiri. *Soc. de biol.*, année 1930, t. CV, p. 489.) — La réaction de floculation par la technique de Ramon, chez les convalescents de typhoïde ou chez les sujets vaccinés per os avec des bilivaccins, montre de telles variations et des caractères souvent si paradoxaux, que leur interprétation devient difficile et conduit plutôt à penser que cette réaction n'est pas causée, au moins exclusivement, par l'interaction des anticorps et antigènes. En tout cas, elle ne peut pas être utilisée comme test démonstratif de l'immunisation au cours de la vaccination T A B per os.

Réactions locales anaphylactiques vis-à-vis de l'immunisation typhique. (Froilano de Mello et Crisna Sanguiri. *Soc. de biol.*, année 1930, t. CV, p. 490.) — Les résultats de l'intradermo-réaction sont tellement discordants et variables soit d'individu à individu, soit chez le même individu selon l'antigène employé, que cette réaction ne peut pas être utilisée comme test indicateur de l'immunité.

La moelle épinière dans la fièvre typhoïde. (P. Lavergne et P. Kissel. *Presse méd.*, 22 janv. 1930, n° 7, p. 97.) — Expérimentalement, on constate constamment que les bacilles se développent en culture après ensemencement d'un peu de pulpe de moelle d'animal infecté. Donc, expérimentalement, la septicémie typhique se manifeste aussi constamment au niveau de la moelle chez l'homme. Chantemesse a trouvé deux fois sur cinq le bacille d'Eberth dans le cerveau.

D'ailleurs, il y a des traductions cliniques de cette localisation médullaire même en dehors de toute « complication nerveuse apparente ». En effet, Bernheim a déjà noté une irritation pyramidale chez les typhiques marquée par l'exagération des réflexes tendineux, la trépidation épileptoïde, quelquefois un signe de Babinski en extension, parfois même quelques signes de paraplégie motrice ébauchée.

La décharge des bacilles se fait au niveau de la moelle à la partie antérieure et c'est seulement à l'occasion d'une exagération de ce processus régulier au cours de la fièvre typhoïde que se déclarent les complications. Les auteurs remarquent que parmi ces paralysies typhiques ou post-typhiques rares sont celles relevant d'une myélite avérée, ou celles causées par une lésion périphérique indiscutable. Au contraire, on constate surtout des paralysies à types de polynévrite pour lesquelles on hésite à diagnostiquer une atteinte médullaire ou une atteinte des nerfs périphériques. Les auteurs pensent qu'il vaut mieux parler de lésion unique intéressant faisceaux pyramidaux, cordons latéraux et substance grise que de discuter sur des « lésions associées ».

Enfin, ces paralysies sont surtout des complications post-typhiques. On comprend mal l'action tardive de cette toxine hypothétique. Au contraire, il est facile d'admettre, après les travaux de Chantemesse et Widal sur la virulence des germes qui ont résisté à la phagocytose, que le foyer médullaire qui a persisté peut à la convalescence retentir vivement sur la substance grise. Ainsi donc, pour Lavergne et Kissel, la septicémie qui conditionne tout le tableau de la fièvre typhoïde ensemence aussi la moelle et l'extension de ce phénomène dépasse les cordons pyramidaux pour provoquer les complications étudiées.

Le cycle évolutif du bacille d'Eberth et des bacilles paratyphiques. (Paul Hauduroy. *Presse méd.*, 9 juillet 1930, n° 55, p. 924.) — L'auteur affirme l'existence des formes filtrantes du bacille d'Eberth. On peut les obtenir expérimentalement au laboratoire, les déceler chez le malade, chez l'animal inoculé, les cultiver, reconstituer à partir d'elles la bactérie normale.

Le cycle évolutif in-vitro. — En mettant en présence le bactériophage antibacille d'Eberth et le bacille lui-même, on provoque le phénomène de d'Herelle ; le tube de culture devient parfaitement limpide et ne montre rien à l'examen microscopique. Sur bougie, on filtre ce tube et le filtrat parfaitement limpide est réparti dans plusieurs tubes. Dans un temps qui varie entre quinze jours et des mois, certains tubes vont se troubler. Il apparaît une certaine opalescence, puis on découvrira des grains qui vont se multipliant et grossissant un peu. Si on suit le cycle au microscope, d'abord l'œil ne trouve rien, puis il découvre un « protoplasme amorphe » où vont évoluer des formes microscopiques anormales et intermédiaires du bacille d'Eberth jusqu'au stade définitif. Il faut remarquer qu'il est impossible d'obtenir des

repiquages à partir d'un tube troublé macroscopiquement. Dans ces expériences, l'auteur a pris toutes précautions pour éviter les souillures et les causes d'erreur par mauvaise méthode. Il explique que la production au laboratoire de formes filtrantes est conditionnée uniquement par l'activité du bactériophage. Ces formes filtrantes ne sont qu'une des formes de la bactérie.

Le cycle évolutif in vivo. — Hauduroy cite les observations de malades ayant une fièvre typhoïde typique avec une hémoculture positive seulement très tard. « Ce bacille d'Eberth n'était pas dans le sang sous forme de bacille au moment du prélèvement. » A l'occasion de septicémies, il fit des hémocultures qui ne furent positives à aucun moment; mais les repiquages en milieu liquide se troublaient après un temps variant entre quinze et vingt jours.

Enfin, l'auteur a découvert le bacille d'Eberth dans des filtrats d'eaux polluées.

En résumé, sous l'influence du bactériophage, pour tous les germes dont on possède un bactériophage actif, le bacille peut prendre des formes filtrantes et invisibles. Celles-ci existent chez certains typhiques, sont la cause de certaines septicémies et se retrouvent enfin dans les eaux infectées. C'est peut-être un facteur de contagion. Nier ou ignorer l'existence de ces formes filtrantes et invisibles conduit à se priver de techniques utiles pour les malades.

Colibacilluries d'origine digestive. Traitement par antivirusthérapie locale. (R. Jahiel et J. Petetin. *Presse méd.*, 1er oct. 1930, n° 79, p. 1326.) — Depuis les travaux de Heitz-Boyer sur le syndrome entéro-rénal au cours de la colibacillurie l'importance de ce syndrome s'est manifestée de plus en plus grande au cours des états digestifs. Deux complications seraient fréquentes : la cholécystite infectieuse, la cystite chronique entrecoupée de poussées aiguës avec hématuries moyennes.

A côté des traitements désinfectants antiseptiques qui donnent un résultat immédiat mais non définitif, les auteurs se sont adressés à la vaccination locale : vaccination de l'intestin par ingestion matin et soir d'une culture de dix jours de colibacilles retirés de la vessie et cultivés sur gélose en boîte de Roux; vaccination de la vessie par instillation tous les deux jours de filtrat de vieilles cultures de dix jours en bouillon.

A ce traitement est toujours associé un traitement diététique.

Son expérimentation a été faite dans le service du professeur Gosset et les résultats obtenus ont été satisfaisants, l'antivirusthérapie locale agissant non pas en débarrassant toujours l'urine des microbes, mais en supprimant les manifestations pathologiques par immunisation locale des cellules de l'intestin et de l'arbre urinaire.

SCARLATINE. VARIOLE

Sur l'étiologie de la scarlatine. (F. Coste. *Presse méd.*, 26 déc. 1930, n° 95.) — L'auteur résume les théories actuellement en présence et montre quelles sont les questions litigieuses à éclaircir.

Il envisage tout d'abord la *théorie streptococcique.*

1. Au début des scarlatines l'envahissement streptococcique (streptocoque hémolytique) semble un fait primitif, immédiat, très différent par sa précocité et sa constance de ce que serait une « infection secondaire de sortie ».

2. Les propriétés érythrogènes des streptocoques hémolytiques constituent un fait à part, spécial à ces germes et que la pratique de la vaccination antiscarlatineuse à l'aide de filtrats streptococciques permet d'observer couramment.

3. Ce streptocoque permet aussi d'obtenir chez le chien un sérum antiscarlatineux qui détermine une guérison locale, générale; sérum d'une efficacité supérieure à toute autre thérapeutique.

Comme autres preuves du rôle du streptocoque il faut signaler : la reproduction expérimentale de la scarlatine chez l'homme; la vaccination préventive de la scarlatine à l'aide de la toxine ou de l'antitoxine; l'intradermo-réaction de Dick qui renseignerait sur l'aptitude à contracter la scarlatine.

A propos de la réaction de Dick, l'auteur signale son inconstance, sa valeur qui n'est pas absolue pour dépister la réceptivité et l'impossibilité d'éliminer les fausses réactions et de reconnaître les bons filtrats très actifs et très purs comme cela est pour la diphtérie.

En somme, de tous ces arguments Coste retient surtout les trois premiers en faveur de la théorie streptococcique. Cependant ils laissent encore dans l'ombre le problème de la spécificité du streptocoque scarlatin.

Pour les Dick cette spécificité serait prouvée par deux faits : la propriété toxigène, seule capable de donner la réaction de Dick; les agglutinations à l'aide des sérums humains.

Pour le professeur Wadsworth, la spécificité de la scarlatine est simplement une manifestation de l'infection streptococcique dont les caractères particuliers doivent être attribués aux conditions de susceptibilité des tissus mais non pas aux propriétés du streptocoque qui les détermine.

Enfin l'auteur rapporte les deux hypothèses suivantes :

La première, qui reposerait sur des faits expérimentaux : streptocoque spécifique ayant une affinité pour le pharynx et s'accompagnerait avec fréquence de scarlatine.

La deuxième, le streptocoque pénétrerait par la voie pharyngée. Le conflit entre l'organisme et le streptocoque déterminerait la scarlatine.

Coste envisage ensuite la *théorie du virus scarlatin* qu'il divise de la façon suivante :

a. *Les arguments contre la théorie streptococcique.* — La réaction de Dick est dénuée de toute valeur; le sérum antiscarlatineux est sans effet sur les scarlatines malignes et a une action minime sur les scarlatines régulières hyperthermiques; la spécificité du streptocoque scarlatin n'a pu être prouvée. Avec le professeur Teissier c'est toute une série d'objections : contraste entre l'allure spécifique, réglée, de la scarlatine, et le polymorphisme, l'irrégularité des infections à streptocoques.

b. *Les preuves de l'existence du virus scarlatin.* — L'agglutination élective du streptocoque par le sérum de convalescents est due au virus qui se trouve dès le début de la maladie dans les exsudats pharyngiens, les urines (phénomène de Cantacuzène). Contraste entre l'immunité postscarlatineuse et le caractère récidivant des infections streptococciques; contraste entre la contagiosité et l'épidémicité de la scarlatine et l'absence de ces caractères dans les autres streptococcies; contraste entre la fréquence des complications à streptocoques au cours de la scarlatine et la rareté de celles-ci au cours des streptococcies primitives.

Devant la discordance des deux théories les auteurs roumains proposent donc une série de travaux : analyse des filtrats streptococciques pour juger la réaction de Dick; étude des différents sérums utilisés en Roumanie et dans les autres pays; étude du phénomène de Cantacuzène, technique et interprétation des scarlatines expérimentales; reproduction de la scarlatine expérimentale chez l'homme à l'aide du streptocoque, streptocoque virulent isolé depuis assez longtemps; agglutination et étude du streptocoque spécifique.

L'auteur termine son exposé en insistant sur l'importance de ces différentes recherches pour aboutir à un éclaircissement de la question de l'étiologie dans la scarlatine.

Alastrim. Variole et vaccination antivariolique. (E. Leschke. *Münch. med. Woch.*, 13 déc. 1929, t. LXXVI, n° 50.) — L'auteur étudie une forme atténuée proche de la variole vraie qui n'est autre que l'alastrim connue en Amérique, aux


DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HÉPATIQUES ASTHÉNIE ETC.
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NÉOPLASMES
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE_PARIS (3e)

Açores, en Suisse, en Angleterre et en Hollande, et pour laquelle il propose le nom de variole atténuée (*variola mitigata*). Le tableau clinique de ces deux affections n'est pas le même. Surtout bénignité de l'alastrim : 1 p. 1.000 de mortalité.

Le virus apparaît comme une des formes de persistance à virulence atténuée du virus variolique. La vaccination antivariolique est efficace. Mais pour éviter des complications et surtout l'encéphalite, Leschke propose l'emploi d'un vaccin peu virulent et conseille une primo-inoculation très précoce avec seulement une scarification cutanée.

Vaccine antivariolique sensibilisée. (C. Picado. *Soc. de biol.*, 1931, t. CVI, n° 8, p. 624.) — Pour parer aux accidents possibles à la suite de vaccination antivariolique, surtout de l'encéphalite post-vaccinale, Picado propose le vaccin antivariolique sensibilisé qui sans perdre ses propriétés vaccinantes est très peu virulent.

Le sérum antivaccinal est fourni par un lapin qui a été préparé par injections intrapéritonéale, cutanée, intraveineuse de lymphe vaccinale. Le vaccin est obtenu par mélange de sérum et de lymphe vaccinale glycérinée.

Par scarification légère, le vaccin donne peu de réaction inflammatoire. Simple croûte qui tombe au bout de dix-huit à vingt jours laissant une légère cicatrice.

Par injection intradermique de 5 centimètres cubes de vaccin, légère inflammation, pas de vésicule ni pustule, mais formation d'un nodule qui disparaît au bout d'un mois. Donc avec le vaccin sensibilisé, absence d'infection locale, pas de suppuration, réactions générales amoindries, pas de cicatrice et surtout pas de localisations graves, en particulier pas d'encéphalite.

TOXI-INFECTIONS. DIPHTÉRIE. TÉTANOS

Les bases théoriques et les résultats de la vaccination antidiphtérique. (Friedberger. *Deut. med. Woch.*, 28 fév. et 7 mars 1930, t. LVI, nos 9 et 10.) — En Allemagne, la vaccination antidiphtérique est pratiquée surtout avec les T.A.F. (toxine, antitoxine, floculat).

Par l'étude des principales statistiques sur la morbidité et la mortalité chez les enfants vaccinés et les non-vaccinés, Friedberger en arrive à considérer la réaction de Schick comme base trop théorique de jugement. Il veut dissocier l'immunité vraie et les résultats de la réaction de Schick. Il constate, en effet, que les formes graves se retrouvent chez les enfants vaccinés comme chez les autres ; que les différences entre mortalité et morbidité des dernières statistiques ne sont que des résultats de circonstances épidémiques; qu'enfin il est prématuré de considérer la vaccination antidiphtérique comme une méthode sûre à employer systématiquement.

A propos des doses d'antitoxine utiles dans le traitement de la diphtérie. (Reiche et Reye. *Deut. med. Woch.*, 11 juil. 1930, t. LVI, n° 28.) — Les résultats obtenus au cours d'une épidémie en 1928, plus satisfaisants que ceux observés en 1908-1919, semblaient dus aux plus grandes doses employées d'antitoxine. Cependant en même temps, dans un hôpital voisin, on enregistrait les mêmes succès avec des doses moindres.

4.000 à 5.500 unités antitoxiques pour les formes moyennes au lieu de 8.900 à 13.400.

4.900 à 6.700 unités pour les formes graves au lieu de 15.300 à 27.000.

Dernièrement, Lauger protestait contre les doses excessives et proposait :

200 unités par kilogramme dans les formes légères,

500 à 1.000 par kilogramme dans les formes graves en ayant bien soin d'instituer cette thérapeutique tout à fait précocement.

Les auteurs allemands insistent sur ce fait que, pour arriver à des conclusions thérapeutiques utiles en étudiant les statistiques des épidémies, il faut tenir grand compte des données épidémiologiques : virulence, moments de l'épidémie. Pour Reiche et Reye, *doses peu élevées*; *intervention thérapeutique précoce*, voilà la méthode qu'ils préfèrent après avoir étudié des statistiques strictement comparables.

La prophylaxie de la diphtérie dans les asiles à l'aide de la pommade prophylactique antidiphtérique selon la méthode de Lœwenstein. (E. Urbanitsky. *Deut. med. Woch.*, 8 avril 1930, t. LVI, n° 32.) — L'auteur s'est intéressé à cette méthode prophylactique parce qu'elle a l'avantage de supprimer la dangereuse période de sensibilisation qui succède à l'immunisation par voie sous-cutanée.

D'une part, il considère que la valeur de la réaction de Schick est discutable : dans une crèche à Vienne, 3 enfants qui n'avaient pas reçu de sérum préventif à cause d'un Schick négatif contractèrent des diphtéries graves. D'autre part, en reconnaissant les avantages incontestables de la vaccination diphtérique, il en souligne les inconvénients. Risques sérieux avec les mélanges toxine-antitoxine hyponeutralisés et accidents anaphylactiques (sur 566 enfants ainsi traités par Gordon et Greswil, en Amérique, 74 p. 100 étaient sensibilisés lors d'injections de sérums antiscarlatineux ou antidiphtériques ultérieures. Avec l'anatoxine de Ramon ces risques sont supprimés. Mais il y a des réactions vaccinales importantes et une sensibilisation assez intense et prolongée d'après Perquet et Nobel.

Lœwenstein, à la recherche d'un procédé inoffensif et pratique, retient ce principe : seules les affections dermotropes avec anthème aigu (rougeole-variole) confèrent une immunité réelle. D'où rôle d'immunisation de la peau exploité grâce à la pommade prophylactique de Lœwenstein. L'antigène provient d'une culture non filtrée, atténuée par le formol.

Urbanitsky essaie d'immuniser par cette méthode 93 sujets d'un asile (enfants et adultes). Sur la peau lavée, savonnée et dégraissée à l'éther, on frictionne avec 1 centimètre cube de pommade. On fait une deuxième friction de 2 centimètres cubes et une troisième de 3 centimètres cubes avec intervalle de deux mois chaque fois. On ne note pas d'incidents et la réaction de Schick est négative après la troisième friction dans une proportion égale aux autres méthodes.

L'immunité ainsi obtenue, appréciée seulement par la réaction de Schick, apparaît vers le quarante-cinquième jour, augmente par la suite pour devenir maximum vers le quatrième ou sixième mois.

Sur le pouvoir pathogène du bacille diphtérique, son déterminisme; virulence et pouvoir toxique. (Ramon, Lebré et Thiroloix. *Soc. de biol.*, année 1930, t. CV, p. 362.)

Le sérum antidiphtérique par la voie rectale. (P. Dupuy [Noailles]. *Journ. prat.*, 18 oct. 1930, n° 42.) — L'auteur, à propos de deux observations, la première d'angine diphtérique grave, la seconde de paralysie diphtérique du voile du palais, montre l'importance de la voie rectale pour administrer le sérum antidiphtérique chez les sujets qui présentent des accidents anaphylactiques.

Le sérum employé dans ces conditions et associé aussi aux instillations nasales et badigeonnages pharyngés, a donné dans les deux cas un succès rapide et une guérison complète.

De l'immunité antidiphtérique réalisée par la voie cutanée. (A. Besredka. *Soc. de biol.*, année 1931, t. CVI, n° 2, p. 87.) — Comme les bactéridies charbonneuses, les bacilles diphtériques possèdent une affinité élective pour la peau et les muqueuses.

Partant de ce principe, Besredka essaye tout d'abord chez le cobaye, sans succès, puis chez le lapin, l'application de la vaccination locale. Le lapin est très sensible à l'application de la toxine diphtérique sur la peau.

L'auteur se sert dans ses expériences de lano-vaseline à laquelle est incorporée la toxine. La lésion produite sur 8 à 10 centimètres carrés par la crème renfermant 0,1 centimètre cube de toxine représente *une unité cutanée*.

En frottant la peau d'un lapin rasé avec une crème anodine on arrive à créer chez l'animal une immunité non spécifique, qui permet de faire supporter à l'animal des doses de toxine massives d'emblée et progressivement croissantes : 30, 50, 100 doses cutanées. Ainsi se crée une immunité spécifique locale, comme le prouve la résistance de l'animal à l'inoculation de 1.000 doses cutanées de toxine.

Bien plus, si l'on poursuit la cutivaccination, on détermine alors une immunité générale : un lapin cutivacciné sur le flanc droit supporte sur le flanc gauche fraîchement rasé 100 unités cutanées, avec très légère réaction. L'inoculation de 1/25.000 de toxine, en injection intradermique, en un point quelconque de la peau, ne donne lieu à aucune réaction chez le lapin cutivacciné alors que chez un animal neuf. 1/50.000 produit une croûte caractéristique.

Étude expérimentale d'un sérum antidiphtérique obtenu par injection au cheval de germes vivants récemment isolés chez des malades. (R. Legroux, G. Ramon, R. Debré, P. Thiroloix. *Soc. de biol.*, 1931, t. CVI, n° 4, p. 282.) — En pratiquant une saignée avant chaque nouvelle injection d'antigène, les auteurs ont constaté que l'antitoxine commence à augmenter dès le cinquième ou sixième jour après la première injection, pour être à son maximum, 35 à 55 unités, huit jours après la dernière injection. Cette production d'antitoxine est expliquée par le fait que les bacilles restent vivants sous la peau de l'animal pendant quinze jours environ, y cultivent et produisent de la toxine qui détermine l'antitoxine.

Après avoir comparé l'effet antitoxique de leur sérum et du sérum antidiphtérique ordinaire, chez le cobaye, les auteurs concluent que le sérum préparé avec des bacilles vivants ne se comporte pas autrement vis-à-vis de l'infection diphtérique que le sérum obtenu avec la toxine spécifique ou ses dérivés. Le sérum antidiphtérique est « *un* » dans son action thérapeutique et expérimentale. Il agit uniquement grâce à sa plus ou moins grande richesse en antitoxine spécifique.

Mode de préparation d'un sérum antidiphtérique obtenu par l'injection au cheval de germes vivants récemment isolés chez des malades. (R. Legroux, G. Ramon, R. Debré, P. Thiroloix. *Soc. de biol.*, 1931, t. CVI, n° 4, p. 279.) — A la suite de constatations expérimentales et d'une étude clinique et thérapeutique au cours de l'épidémie parisienne de diphtérie (1er semestre 1930), les auteurs ont préparé un sérum antidiphtérique suivant une méthode spéciale.

L'antigène utilisé est le bacille diphtérique vivant recueilli au début de l'épidémie et choisi parmi les souches au « *pouvoir pathogène essentiel le plus élevé* ». Ces bacilles sont ensemencés sur milieu solide : sérum gélosé étalé en boîte de Roux. Après vingt-quatre à trente-six heures d'étudés, on récolte la semence qui est émulsionnée en eau physiologique, centrifugée et lavée.

L'animal de choix est le cheval qui présente une réaction de Schick négative.

Les injections sont faites sous la peau du cheval, tout d'abord 10 centimètres cubes d'émulsion, soit une demi-boîte de Roux, puis des doses progressivement croissantes. L'animal avec des doses moyennes ne fait qu'une réaction locale vive; avec des doses massives il présente une réaction générale. Telle est la méthode utilisée par les auteurs.

Le traitement du tétanos par la sérothérapie sous anesthésie générale. (R. Le Clerc. *Presse méd.*, 24 janv. 1931, n° 7, p. 115.) — C'est en mars 1925 que M. H. Dufour et son élève Duhamel ont rapporté à la Société médicale des hôpitaux leur première observation ; un jeune tétanique dont l'état était désespéré, chez qui une injection rachidienne de sérum faite sous anesthésie chloroformique amena une transformation radicale alors que la sérothérapie habituelle avait échoué. Par la suite le malade guérit. Puis de nombreux auteurs rapportèrent des résultats aussi heureux.

Clerc a vu guérir dans le service de Grenet en 1929 un nouveau-né atteint de tétanos grave à point de départ ombilical. Traité sous anesthésie au chlorure d'éthyle par injections intrarachidienne et intramusculaire de sérum.

Pour Dufour « le chloroforme permet au tissu nerveux chargé de toxine d'être influencé par les anticorps du sérum à la faveur d'un bouleversement du métabolisme cellulaire provoqué par l'anesthésie ». Mais Clerc pense que l'accord entre les différents auteurs est loin d'être fait pour expliquer l'action du traitement.

L'auteur rapporte le résultat de ses expériences *in vitro* sur la défixation de certaines toxines neurotropes par les agents anesthésiques généraux. Après avoir échoué avec la toxine diphtérique à cause des difficultés de fixation, il essaya avec la toxine tétanique. Wassermann et Bakaki avaient déjà prouvé la neutralisation absolue de la toxine tétanique pour la substance cérébrale broyée. L'auteur reprit sans le savoir, à quelques modifications près, les expériences faites en 1908 par Marie et Tiffeneau. Soit 1 gramme de cerveau humain broyé avec dix doses mortelles de toxine tétanique dans 1 centimètre cube d'eau physiologique ou laissé vingt-quatre heures à la glacière puis centrifugé rapidement. Le liquide surnageant est injecté à la dose de 1/4 de centimètre cube à la souris. Par rapport à un lot de souris témoins, les souris normales se comportent semblablement, c'est-à-dire ne présentent rien; les autres après traitement préalable par les anesthésiques généraux sont atteintes de tétanos typique. Chez ces souris il a fallu pour la libération de la toxine VI gouttes d'éther aqueux ou VI gouttes de chlorure d'éthyle ou VIII à X gouttes de chloroforme. Donc *in vitro* on peut libérer des doses considérables de toxine tétanique fixée sur le cerveau humain en utilisant le neurotropisme des substances anesthésiantes. On a employé expérimentalement des quantités formidables d'anesthésiques parce que les doses de toxine fixées expérimentalement sont considérables.

D'après Clerc il existe certainement *in vivo* un certain seuil d'imprégnation du tissu nerveux pour l'anesthésique qu'il est nécessaire d'atteindre pour libérer une certaine quantité de toxine. La dose de sérum antitoxique doit être considérable et le sérum doit être injecté avant, pendant et après l'anesthésie afin d'éviter une diffusion de la toxine dans l'axe nerveux. Donc l'anesthésie générale sans sérum est plus nuisible qu'utile. L'auteur conseille d'injecter 60 centimètres cubes de sérum, un quart d'heure avant l'anesthésie, 80 centimètres cubes pendant, 60 centimètres cubes un quart d'heure après. Enfin étant donné que la barrière méningée est peu perméable aux substances injectées dans le liquide céphalo-rachidien il préfère à l'injection intrarachidienne, les voies sous-cutanée ou musculaire ou intraveineuse. Il reste bien entendu que cette méthode nouvelle n'exclut nullement les thérapeutiques adjuvantes symptomatiques ou autres.

POLIOMYÉLITE. RAGE. VIRUS HERPÉTIQUE

Diagnostic et traitement de la poliomyélite épidémique dans ses stades initiaux. (F. Lange. *Münch. med. Woch.*, 15 août 1930, t. LXXVII, n° 33.) — Lange, à la suite de l'épidémie alsacienne récente de poliomyélite, analyse les données nouvelles apportées par les Américains et les Allemands sur la question.

L'agent pathogène serait bien le germe de Flexner Noguchi, dont l'action est prouvée par l'expérimentation. L'incubation très variable est en général de une à deux semaines. L'auteur insiste sur les phénomènes oculaires (aspect porcellanique vitreux, gonflement périorbitaire), l'agitation, l'hy-



peresthésie, enfin le signe de Draper (*spim sign*) comme éléments diagnostiques.

Enfin, dans une dernière partie, l'auteur étudie les différentes formes cliniques qui peuvent être observées et insiste sur la ponction lombaire comme moyen diagnostique. Ponction lombaire qui doit être faite avec prudence puisqu'elle est susceptible de favoriser l'évolution de la maladie.

Innocuité des répétitions du traitement antirabique chez l'homme. (P. REMLINGER et J. BAILLY. *Soc. de biol.*, 1931, t. CVI, n° 7, p. 523.) — La substance nerveuse ne fait pas partie de la catégorie des substances anaphylactisantes comme le prouve l'innocuité des injections sous-cutanées de substance nerveuse dans le traitement de certaines maladies chez l'homme. Les auteurs apportent les observations suivantes :

Quatre traitements en quatre ans, aucun accident anaphylactique.

Trois traitements en quatre ans, aucun accident anaphylactique.

Deux traitements à dix-sept ans d'intervalle, aucun accident anaphylactique.

Observations qui montrent également l'innocuité des traitements antirabiques répétés.

Donc, les inoculations de substances nerveuses sont aussi bien supportées la deuxième, troisième et quatrième fois sans aucun symptôme local ou général susceptible d'être attribué à l'anaphylaxie.

La répétition du traitement pasteurien ne doit pas inspirer d'inquiétude et ne nécessite aucune précaution particulière.

Sur la culture du virus herpétique in vitro et les modifications subies par ce virus. (GASTINEL, STEFANESCO et REILLY, *Soc. de biol.*, 1931, t. CVI, n° 6, p. 450.) — Les auteurs exposent tout d'abord leur technique.

Matériel virulent : cerveau de lapin sacrifié en pleine encéphalite.

Milieux de cultures : tissus embryonnaires de poulet.

a. Organes embryonnaires en contact avec l'émulsion virulente diluée dans du liquide de Tyrode et longuement centrifugée.

b. Fragments embryonnaires introduits en même temps que l'émulsion virulente diluée dans des boîtes de cultures.

c. *Surtout cultures en lames creuses* qui permettent facilement les repiquages en série. A la suite de leur expérimentation, les auteurs aboutissent aux conclusions suivantes :

1° La culture du virus herpétique en symbiose avec les tissus d'embryons de poulet est possible, mais difficile à réaliser. Mais il faut tenir compte que le poulet n'est pas l'animal réceptif de choix et que peut-être la teneur en éléments infectants a pu être insuffisante ;

2° Il n'y a pas de parallélisme étroit entre la culture du virus herpétique et celle des tissus dont les repiquages se poursuivent en séries, alors que les fragments cultivés cessent bientôt d'être virulents par inoculation intracérébrale au lapin ;

3° Le virus cultivé *in vitro* avec des organes embryonnaires de poulet n'éprouve pas d'atténuation puisque, dans les délais habituels, il détermine la maladie expérimentale, mais il a perdu le pouvoir de constituer les lésions aiguës et diffuses de méningo-vascularite. Il est aussi impossible de retrouver le virus par passage sur l'animal. Cette culture permet de réaliser des infections analogues à celles de Gildemeister et Henzberg : la survenue d'une encéphalite mortelle sans qu'on puisse déceler, dans le cerveau, le virus herpétique.

MALADIES PARASITAIRES. AMIBIASE. TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

Contribution au diagnostic de la dysenterie amibienne par raclage des ulcérations recto-sigmoïdiennes. (B. SAAD, *Presse méd.*, 4 juin 1930, n° 45, p. 764.) — D'après Sâad, cette méthode, signalée par Bensaude, peut rendre de réels services dans les cas où les examens copro-microscopiques sont négatifs.

La rétroscopie suffit à établir le diagnostic des états dysentériques, mais ne précise pas si l'agent pathogène est l'amibe ou bien s'il s'agit d'une colite dysentériforme qui peut être déterminée par : lamblia intestinalis, balantidium coli, b-paratyphiques ou b-pseudo-dysentériques (Bensaude).

L'épreuve du traitement est souvent utile pour le diagnostic. Il est des cas avérés de dysenterie amibienne où les traitements les plus variés demeurent inefficaces, et l'émétine peut agir dans des affections non dysentériques.

La méthode du raclage des ulcérations recto-sigmoïdiennes apporte des éléments sûrs de diagnostic. Ses bénéfices sont d'autant plus généraux que dans l'amibiase, ainsi que l'a établi Carnot, la localisation est avant tout rectale.

L'auteur rapporte trois observations où les examens copromicroscopiques répétés plusieurs fois à des intervalles différents, même après irritation par du sulfate de soude ou après un lavement au nitrate d'argent, sont demeurés négatifs. Seule, la méthode par raclage a montré les amibes en grande quantité.

Pour Sâad, on doit donc n'accepter qu'avec une extrême réserve, les réponses négatives du laboratoire et pratiquer le raclage des ulcérations recto-sigmoïdiennes sous le contrôle du rectoscope pour affirmer le diagnostic.

L'hépatite suppurée amibienne du lobe gauche. (E. BRESSOT. *Presse méd.*, 27 déc. 1930, n° 104, p. 1793.) — L'auteur veut insister sur la symptomatologie particulière que revêt l'hépatite suppurée amibienne quand elle siège dans le lobe gauche du foie. Sa physionomie clinique la fait confondre souvent avec la perforation gastrique ou intestinale. Bressot apporte deux observations où le diagnostic fut hésitant et orienté vers la perforation par l'ensemble des signes cliniques. A l'intervention seulement, on a découvert l'hépatite suppurée.

A cause de la mobilité du lobe, l'exploration est facile, mais la défense du péritoine est précaire et la loge sous-phénique est particulièrement dangereuse. D'où les avantages de la suture sans drainage, quand elle est possible dans les abcès du lobe gauche.

Le diagnostic précis apparaît très difficile. Peut-être la souplesse relative de l'étage inférieur de l'abdomen, le pouls en concordance avec la température, quand il y a de la fièvre, les antécédents, l'examen coprologique quelquefois possible, feraient pressentir l'hépatite suppurée. Exceptionnellement, on pourra temporiser et sentir la tumeur arrondie sous la paroi. Le plus souvent, la forme aiguë avec phénomènes généraux et locaux graves compliquera le diagnostic.

Fièvre exanthématique grave avec myoclonies et mort. (Victor AUDIBERT. *Presse méd.*, 1er fév. 1930, n° 10, p. 149.) — Les auteurs rapportent une observation intéressante par l'asthénie assez précoce, la présence de myoclonies.

Ils insistent sur l'importance de ces signes. « L'apathie est à l'exanthématique ce que la stupeur est au typhique », apathie sans obnubilation cérébrale.

Ils émettent l'hypothèse d'un virus neurophile que justifierait encore l'apparition de secousses généralisées et intermittentes.

Il faut retenir que, malgré la bénignité de la maladie, on doit réserver son pronostic.

Les auteurs regrettent que l'accord ne soit pas fait entre tous dans l'appellation de la maladie. Fièvre fluviale du Japon, fièvre boutonneuse de Tunisie, fièvre pourpre des Montagnes rocheuses, sont des étiquettes qui compliquent la terminologie. Il suffit de retenir la *Fièvre exanthématique*.

PSITTACOSE

Sur l'étiologie de la Psittacose. (E. SACQUÉPÉE et L. FERRACOUC. *Presse méd.*, 26 avril 1930, n° 34, p. 569.) — Des expériences ont été réalisées par les auteurs et ont donné les résultats suivants :

1° L'injection à une perruche saine de 1cc5 d'émulsion dans l'eau physiologique d'organes de perruche morte provoque la mort en huit jours;

2° L'injection de sérum de convalescents a retardé la mort;

3° Le filtrat d'une émulsion du contenu intestinal d'une perruche infectée en inoculation, a provoqué la mort en trois jours;

4° Entre deux perruches, l'une inoculée et l'autre saine, placées dans des cages voisines, la contagion a lieu.

En somme, cela prouverait l'existence d'un virus filtrant transmissible en série, qui existe dans les organes et les fèces et influençable par le sérum de convalescents. Il se transmettrait aussi par les gouttelettes virulentes provenant des lésions pulmonaires.

Nouvelles recherches sur la Psittacose des perroquets. (Senesio PACHECO. *Soc. de biol.*, année 1931, t. CVI, n° 5, p. 373.) — L'auteur distingue chez les perroquets du Brésil deux maladies, l'une produite par un virus dont on a pu établir les rapports avec la psittacose humaine, l'autre causée par une bactérie, bacille de Nocard ou Salmonella Nocardi, différente de Salmonella psittacosis. Ce bacille a été rencontré deux fois sur 5 cas chez des perroquets sains.

L'auteur en a fait l'étude et a constaté qu'au point de vue pathogène, il déterminait des symptômes analogues à la psittacose.

Bacille peu résistant aux antiseptiques, à la chaleur, la dissécation. Sa virulence est conservée sous la glycérine et dans le milieu de Bedson. Son action pathogène est très grande. Le virus chez l'animal s'observe avec grande richesse dans le foie et la rate.

L'affection se propage par contagion directe ou indirecte, par l'ingestion d'aliments infectés par les déjections des malades. Enfin, cette bactérie se différencie sérologiquement du bacille de Nocard d'où le nom de Salmonella Nocardi donné par l'auteur.

LIVRES NOUVEAUX

Immuno-chirurgie. Vaccinothérapie et sérothérapie en chirurgie (1), par le docteur G. DANIEL (de Marseille).

Il est incontestable que vaccins et sérums ont pris dans la thérapeutique chirurgicale une place immense. Ces méthodes qui continuent, d'ailleurs, à être l'objet de perfectionnements quotidiens, ont acquis définitivement droit de cité dans la pratique chirurgicale.

Les travaux publiés sont innombrables, mais aucun travail d'ensemble n'avait essayé jusqu'ici de faire le point de cette question, tâche délicate par endroits, car certains chapitres sont en perpétuelle évolution.

Le plan général de l'ouvrage est simple : d'abord présenter successivement les divers agents immunisants : sérums d'abord, vaccins ensuite, en étudiant pas à pas leurs propriétés générales et leurs indications respectives ; cette étude clinique des résultats généraux qui fait l'objet de la première partie est essentiellement pratique et ne vise que l'étude des résultats. Une seule question d'ordre théorique y est soulevée : c'est l'étude des intradermo et des cuti-réactions aux divers vaccins. Cette étude, qui demande à être poursuivie et généralisée, nous aide, dès aujourd'hui, à faire le diagnostic étiologique des germes en cause ; il s'agit, en somme là, d'une orientation nouvelle de l'esprit clinique chirurgical qui devra ne plus se contenter de se représenter les lésions anatomo-pathologiques correspondant à un cas donné, mais devra s'orienter vers les recherches biologiques et l'étude capitale du degré d'immunité vis-à-vis du ou des germes en cause.

La seconde partie, qui n'est qu'une revue de tous les grands chapitres de la chirurgie, s'appliquera à considérer pour chacun d'eux la part légitime susceptible de revenir aux nouvelles méthodes immunisantes. C'est ainsi que seront successivement posées les indications immunothérapiques après un traumatisme, avant l'acte opératoire, au cours de l'acte opératoire, après l'acte opératoire, et, enfin, au cours des affections chirurgicales déclarées, en considérant successivement les affections septicémiques, pré-septicémiques, aiguës et chroniques.

Ainsi incorporée à la pathologie chirurgicale, l'immunothérapie curative et préventive s'étayera sur l'immuno-diagnostic par intradermo-réactions. L. G.

(1) Un fort volume de 320 pages avec schémas, 1 planche hors texte. — Prix : 45 fr. — Paris, N. Maloine.

La cryothérapie (1), par MM. LORTAT-JACOB, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et G. SOLENTE, assistant à l'hôpital Saint-Louis.

La cryothérapie est l'utilisation du froid en applications locales. Cette congélation thérapeutique ne peut avoir lieu que sur des surfaces restreintes et n'est donc applicable qu'à des affections circonscrites, d'ailleurs très variées.

Les avantages de la cryothérapie sont importants; les principaux sont la stricte localisation des effets produits à la lésion traitée, la seconde est l'électivité des effets obtenus.

D'autre part, le froid bien manié ne laisse pas de cicatrice, ne compromet pas la morphologie des tissus; la technique de son emploi est simple, enfin et surtout il ne fait courir au malade aucun danger.

Le docteur Lortat-Jacob, spécialisé depuis longtemps dans cette méthode de traitement dont il connaît toutes les techniques et les applications, a voulu dans ce livre mettre à la portée de tous les médecins une méthode rendue rationnelle par l'introduction du cryocautère, pourvue d'une technique maintenant précisée et dont la souplesse lui permet de répondre aux exigences les plus diverses.

Eclairée dans son mode d'action par l'étude expérimentale la cryothérapie a reculé progressivement l'étude de son domaine — les quelques affections dermatologiques auxquelles elle se restreignait au début se sont peu à peu multipliées — elle s'est introduite dans d'autres spécialités telles que la gynécologie, l'ophtalmologie, la stomatologie; d'autres encore n'attendent qu'une instrumentation adéquate pour faire appel à ses propriétés précieuses.

Ce livre pratique contribuera donc à faire connaître une méthode précieuse par ses résultats pourvu qu'on l'applique dans les règles et avec opportunité, pourvu qu'un diagnostic exact et précis soit le point de départ d'interventions minutieusement raisonnées et conduites. L. G.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Eléments de sémiologie médicale, par le docteur F. ROBERT. In-8 de 732 pages avec 61 figures dans le texte et 24 planches en couleurs hors texte. — Prix : 90 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) Un volume de 246 pages avec 38 figures. — Prix : 35 fr. — Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMOTHORAX TRAUMATIQUE

SIGNES ET DIAGNOSTIC [1]

ÉVOLUTION

1. **Évolution favorable.** — Vers la résorption.

— La *dyspnée* décroit progressivement.

— L'*hémoptysie* persiste pendant cinq ou six jours puis disparaît.

La *température* oscille entre 37°5 et 38°5, élévation thermique attribuée à la résorption sanguine.

De même, un léger subictère peut apparaître.

La *ponction* qui d'abord ramenait du sang pur, incoagulable, montre une diminution des hématies par dilution progressive, avec hémolyse et biligénie locale (macrophagie).

Cytologiquement, mononucléose et éosinophilie.

La résorption totale peut demander deux mois. Elle est hâtée par la ponction.

2. **Evolution compliquée.** — 1° **Complications précoces.** — *A.* Reprise de l'hémorragie. — A l'occasion de mouvements, d'efforts de toux répétés, ou d'une ponction évacuatrice, l'hémorragie récidivante sera annoncée par :

— Reprise des signes généraux,

— Ascension de la matité,

— Réapparition de la polynucléose du début.

La reprise de l'hémorragie pose un problème thérapeutique délicat; l'hémostase sera souvent difficile.

B. Suppuration. — 1° *Soit suppuration putride immédiate*, due à la septicité de l'agent vulnérant (éventualité assez rare). Elle survient précocement dans les premiers jours et s'annonce par :

— De l'agitation, de la pâleur de la face,

— Surtout par une *hyperthermie précoce* et considérable.

Le pouls est rapide, irrégulier, dépressible. Les urines sont rares, albumineuses.

La *ponction* ramène un liquide grisâtre, séro-purulent, souvent fétide, contenant de nombreux mononucléaires.

La polynucléose n'a pas le temps d'apparaître. Le liquide contient de nombreux anaérobies.

L'évolution est le plus souvent fatale malgré la pleurotomie.

2° *Soit suppuration secondaire.* — Elle peut être précoce au bout de trois à six jours, ou tardive du quinzième au vingtième jour.

Elle aura pu être prévue par :

— L'apparition de *polynucléaires nombreux*,

— Surtout la *culture du liquide* qui donne le plus souvent du streptocoque.

Plus tard, les signes fonctionnels et généraux sont ceux d'une suppuration pleurale banale.

La ponction ramène du liquide purulent avec grosse polynucléose et présence de streptocoques le plus souvent.

La pleurotomie précoce peut sauver ces malades.

Le pronostic est basé avant tout sur l'état du poumon sous-jacent.

La coexistence d'un abcès du poumon est, en effet, fréquente et aggrave considérablement l'état général de ces infectés pulmonaires.

2° **Complications tardives.** — A. *Pleurésie exsudative secondaire.* — En dehors de toute infection, il peut s'installer un épanchement séro-fibrineux réactionnel abondant et récidivant qui retarde considérablement la guérison.

Cliniquement, peu de signes fonctionnels; mais à l'examen augmentation des signes d'épanchement.

A la ponction, liquide coagulable, fibrineux avec albumine abondante. Présence de macrophages.

Cette pleurésie peut récidiver après ponction et persister pendant plusieurs mois. Aussi certains auteurs préconisent-ils dans le cas d'épanchement récidivant après ponction la thoracotomie précoce avec évacuation complète du liquide et des caillots.

C. Hémoptysies secondaires des blessés de poitrine. — Surtout en cas de projectile inclus. Peuvent poser le diagnostic de tuberculose.

3° **Séquelles.** — *Si l'évolution a été aseptique*, on peut observer :

— Des congestions pulmonaires à répétition,

— Des douleurs thoraciques persistantes,

— Des hémoptysies,

— Enfin de la sclérose pulmonaire avec insuffisance cardiaque terminale.

Si l'évolution a été septique. — La symphyse pleurale est la règle, on peut observer la fistulisation (rare),

Plus souvent, des suppurations broncho-pulmonaires tardives (abcès du poumon) pouvant aboutir à la sclérose.

PRONOSTIC

Dépend de l'agent vulnérant qui règle l'infection; la présence de streptocoques, d'anaérobies entraînant des infections très graves.

Du trajet suivi par le projectile.

La localisation apicale et hilaire étant grave (lésion des gros vaisseaux).

FORMES CLINIQUES

1. **Hémothorax des fractures de côtes.** — C'est un hémopneumothorax, avec prédominance du pneumothorax. Rarement un hémothorax pur par lésion de l'intercostale qui peut nécessiter la ligature.

L'évolution est généralement bénigne, la suppuration exceptionnelle.

2. **Formes graves.** — Avec choc intense, hémorragie massive.

Citer : *a.* les *formes graves d'emblée* par lésion d'un gros vaisseau (hile, dôme pleural),

b. Les *formes associées* à une plaie abdominale, ou à une plaie du cœur.

3. **Formes bénignes.** où le choc est léger. L'épanchement se révèle à l'examen, se résorbe rapidement laissant cependant, le plus souvent, une symphyse du cul de-sac costo-diaphragmatique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est facile. Il ne se poserait qu'avec les *plaies du cœur*, surtout type blanc, mais outre l'hémothorax, il existe des signes cardiaques.

Précocement, il importe surtout de faire **le diagnostic de la gravité de l'hémorragie** par l'examen clinique.

Il faudra penser à la persistance ou à la reprise de l'hémorragie si les signes d'*anémie* s'aggravent,

Si la *tension* artérielle, après avoir été remontée par les toni-cardiaques, retombe à nouveau,

Si le *pouls* s'accélère et devient petit,

Si les *signes physiques* augmentent.

Secondairement, il est important de prévoir la **suppuration** de l'épanchement sanguin annoncée par augmentation brusque de la *polynucléose*, *fièvre*, *altération de l'état général.*

Mais c'est surtout la ponction et les examens successifs du liquide qui permettent de suivre cette évolution et de prévoir la suppuration.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 38, p. 740.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 41. — SAMEDI 23 MAI 1931. 104e ANNEE. SAMEDI 23 MAI 1931. — N° 41.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Mise au point sur le mécanisme de la thermo-régulation, par M. J.-A. Thévenon.
XXXVe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE.
Psychiatrie : « Les psychoses périodiques tardives » (M. Anglade).
Neurologie : « Les tumeurs intramédullaires » (M. Péron).
Médecine légale : « Les fausses simulations en médecine légale psychiatrique » (M. Fribourg-Blanc).
Discussion des questions et communications sur la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale et l'assistance.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 16 mai. — MM. Welti et Leibovici, 20; Banzet et Thalheimer, 19.

Classement des candidats : MM. Leibovici, 70; Thalheimer, 68 ; Welti, 65; Banzet, 64.

Sont présentés à la nomination de M. le directeur général : MM. Leibovici et Thalheimer.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Tirage au sort du jury : MM. les docteurs Lévy-Solal, Devraigne, Metzger, Cathala, Jeannin, Faure-Beaulieu, Lapointe.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour la nomination d'un médecin-adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans aura lieu à Tours le 27 octobre 1931.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur des hospices civils d'Orléans.

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Les dates des compositions des concours de l'agrégation des facultés de médecine qui s'ouvriront le 6 décembre 1931 sont fixées ainsi qu'il suit :

Anatomie, histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, bactériologie, anatomie pathologique, médecine générale, chirurgie, chimie, physique. — 1re composition le 6 novembre 1931 ; 2e composition le 7 novembre 1931.

Physiologie, ophtalmologie, otho-rhino-laryngologie, obstétrique, histoire naturelle pharmaceutique, pharmacie, chimie générale, pharmaceutique et toxicologie. — 1re composition le 9 novembre 1931 ; 2e composition le 10 novembre 1931.

Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition sera faite dans une séance particulière d'une durée de quatre heures, de huit heures à douze heures.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — Jury : M. Legueu, président ; MM. Gosset, Rouvière, Hovelacque, Chailley-Bert.

Composition écrite. — Séance du 18 mai. — Questions données : « Caractères morphologiques distinctifs des vertèbres cervicales, dorsales et lombaires. Etude de la révolution cardiaque. »

La prochaine séance aura lieu le 27 mai.

Concours du prosectorat. — Jury : M. P. Duval, président ; MM. Lenormant, Cunéo, Sébileau, Rouvière, Grégoire. Binet.

Composition écrite. — Séance du 19 mai. — Questions données : « Histologie de la muqueuse de l'urètre. — Fonction glyco-régulatrice du pancréas. — Anatomie pathologique, signes et évolution des anévrismes artériels des membres. »

La prochaine séance aura lieu le 29 mai.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Flurin (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Gibert (du Havre).

UNION DES MÉDECINS MUTILÉS. — Le bureau pour 1931-1932 a été ainsi constitué : MM. Landolt, président; Louis Leroux, Villelard de la Guérie, vice-présidents; Landrin, secrétaire général; Ménetrel, trésorier.

Le bureau au nom de tous a adressé à M. Paul Doumer, père d'un de nos camarades mort pour la France, ses respectueuses félicitations.

Il a été accordé 5.000 fr. de secours immédiat à des veuves de camarades.

Le siège social reste rue Blanche, 19, hôtel des ingénieurs civils.

Adresser les correspondances : docteurs Landrin, boulevard Haussmann, 135; Ménetrel, 30, avenue Rapp.

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL (Berck-Plage, 26 au 28 mai 1931). — Président : M. le docteur E. Sorrel, chirurgien de l'hôpital Trousseau, ancien chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck.

La question à l'ordre du jour du Congrès de Berck-Plage est : *Le traitement de la coxalgie et de ses séquelles.* — Rapporteurs : pour la France : MM. Delahaye et Galland; pour l'Argentine : MM. Carlos E. Mosoteguy et Luis A. Tamini, Ricardo d'Etchessary et Rodolfo Rivarola, Rodolfo Pasman; pour l'Italie : les professeurs Balacesco, Jacobovici ; pour la Yougoslavie, MM. Gradoyevitch et Yovtchitch.

PROGRAMME. — Arrivée à Berck-sur-Mer le lundi 25 mai au soir.

Mardi. — Matin : séance solennelle d'ouverture (hôpital maritime); midi, déjeuner offert aux délégués officiels, aux rapporteurs et aux membres des Comités; l'après-midi, séance de travail et visite des hôpitaux de Berck; le soir, dîner et soirée offerts par la municipalité de Berck, au Grand Casino.

Mercredi. — Matin : séance de travail et visite des hôpitaux de Berck; midi : déjeuner offert aux délégués officiels, aux rapporteurs et aux membres des Comités; l'après-midi : séance de clôture et décisions à prendre pour le Congrès suivant (hôpital maritime); départ pour Paris-Plage, arrivée à 5 h. Réception des congressistes par les autorités du Touquet-Paris-Plage. Inauguration de la Piscine; le soir : dîner et attractions au Casino, offerts par la municipalité du Touquet-Paris-Plage.

Jeudi. — Matin : visite de Paris-Plage ; lunch offert par la municipalité de Paris-Plage, à 11 h. 30.

Un Comité de dames se tiendra à la disposition des dames congressistes pour des visites et excursions pendant la durée du Congrès.

Pour les renseignements concernant l'organisation du voyage, le séjour à Berck, les excursions, s'adresser à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

Droit d'admission. — Le droit d'admission est fixé à 60 fr. français, pour les membres effectifs, et à 30 fr. pour les membres associés, ainsi que pour les étudiants en médecine. Tout membre faisant partie de l'Association de Thalassothérapie, et ayant acquitté sa cotisation annuelle de 10 fr. ne devra verser que 50 fr. pour être admis au Congrès comme membre effectif. Les membres effectifs seuls auront droit aux volumes des comptes rendus.

Renseignements. — Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Mozer, secrétaire général du Congrès, hôpital maritime, Berck-Plage (P.-de-C.).

Pour les adhésions, au docteur Parin, trésorier du Congrès, hôpital maritime, Berck. Chèque postal : Paris C/C 1412-26.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. — Cours de M. le docteur R. Sauvage, prosecteur. — *Chirurgie abdominale. Pratique chirurgicale courante,* sous la direction de M. le professeur A. Gosset et en liaison avec un cours de perfectionnement de chirurgie abdominale fait aux mêmes dates et avec le même programme à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, 47

Ouverture du cours : le mercredi 10 juin 1931, à 14 h.

Première série : Chirurgie du tube digestif et des voies biliaires.

Deuxième série : Chirurgie gynécologique.

— *Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme.* — Cours de M. le docteur Henri Redon, prosecteur. — Ce cours commencera le lundi 22 juin 1931, à 14 h.

Première série : Chirurgie du rein et de l'uretère.

Deuxième série : Chirurgie de la vessie, de la prostate, de l'uretère et des organes génitaux de l'homme.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ces cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de 16 inscriptions.

Le droit à verser est de 300 fr. pour les deux séries de chacun de ces deux cours.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), de 14 à 16 h., les lundis, mercredis et vendredis.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Louis Hannot (de Bruxelles).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 27 mai. — Jury : MM. Couvelaire, président; Clerc, Lemierre, Portes. — M. ROUZAUD. Les déviations utérines et leur traitement par hystéropexie en fonction de la grossesse. — M. BARBAT. Alcool et syphilis dans la genèse des cirrhoses. — M. TULASNE. Etude des septico-pyohémies à proteus.

Jeudi 28 mai. — Jury : MM. Sebileau, président; Terrien, Nobécourt, Velter. — M. FERRIER. De l'influence des glandes endocrines sur le système dentaire. — Mlle JAMBON. Etude de la forme pseudo-phlegmoneuse de l'angine diphtérique. — M. DECOURT. Etude des tumeurs malignes de l'iris. — M. PASTORIZA. Les tremblements des globes oculaires dans la maladie de Basedow.

Samedi 30 mai. — Jury: MM. Bezançon, président; Guillain, Villaret, Tanon. — M. LÉGER. Etude sur le pronostic des pneumothorax spontanés. — M. RIPERT. Les chodromes du naso-pharynx. — M. PONEY. Le tabagisme chronique. — M. VARANGOT. Etude du cancer de l'ampoule de Vater.

REVUE GÉNÉRALE

MISE AU POINT SUR LE MÉCANISME DE LA THERMORÉGULATION

Par M. Jean-A. THÉVENON,
Interne des hôpitaux de Lyon,
Diplômé d'études supérieures à la Faculté des sciences (physiologie).

Devant les variations de la température extérieure l'organisme réagit de façon à entretenir en lui-même une température compatible avec la vie. Il y parvient de deux façons :

1° Ou bien il fait varier sa production de chaleur. La régulation est réalisée dans ce cas par des variations de combustion. C'est une thermorégulation chimique.

2° Ou bien il fait varier ses déperditions. La régulation est réalisée en ce cas par des variations des systèmes régulateurs du rayonnement et de l'évaporation. C'est une thermorégulation physique.

Nous étudierons ces deux modes de régulation, puis leur contrôle nerveux.

I. Modes de régulation. — *A*. **Régulation chimique**. — 1° *L'organisme peut réaliser des variations des combustions pour la régulation de sa chaleur.* — Cette notion est due à Lavoisier.

Bon nombre d'auteurs depuis ont confirmé ce fait. André Mayer (pour en citer un parmi les tout récents) signale dans son exposé de titres de 1922, pages 19, 21 et suivantes, qu'en plaçant l'animal dans des conditions extrêmes de température, on peut faire varier l'activité des tissus. *Par exemple en faisant baisser brusquement la température de l'animal on l'oblige à augmenter ses combustions*. Certains auteurs (dont Senator) objectent que cette augmentation des combustions n'est que locale. Ils prétendent que la baisse de la température provoque un frisson : réaction du muscle, donc locale. Secondairement alors, les combustions croîtraient dans le muscle.

Or si, par une curarisation prudente, on supprime dans un muscle cette réaction locale du frisson, les combustions s'y accroissent cependant en cas de baisse de la température, et même avec une particulière rapidité, et avant qu'on les constate ailleurs, (ce qui explique l'erreur de Senator). C'est une thermogénèse de couverture parant aux premiers besoins de l'organisme en chaleur et permettant d'attendre l'augmentation des combustions dans le reste de l'organisme où elle s'établit plus lentement.

Ainsi, en cas de variation thermique, l'organisme peut réagir par une variation de combustion. Le frisson-réaction uniquement musculaire n'en est pas le prélude obligatoire, même localement, il n'est qu'une coïncidence.

Du reste, André Mayer et Georges Nichita ont observé chez les animaux d'expérience placés à des températures variant entre 30 et 46 degrés une diminution des échanges de 40 p. 100 de la valeur initiale.

Placés ensuite à 18 degrés, ces animaux se réchauffent. Ce réchauffement est obtenu en dehors de toute réaction musculaire. En effet, le témoin de cette réaction, l'acide lactique, n'a pas varié à ce niveau comme le montrent les dosages. A ces variations thermiques, l'organisme a donc réagi par des variations de combustion en dehors de toute réaction musculaire préalable (*Annales de physiologie*, t. V, p. 23, 1929). (Echanges des homéothermes au cours du réchauffement.)

2° *Cette variation des combustions de l'organisme est réalisée par un mécanisme glandulaire.* — Les glandes en jeu sont celles annexes du tube digestif, celles à sécrétion interne.

a. La preuve de la participation des glandes annexes du tube digestif est faite par l'expérience suivante : si l'on supprime leur jeu par une section sous-diaphragmatique des nerfs pneumo-gastriques et par l'ablation du ganglion stellaire, l'organisme ne lutte plus contre les variations de chaleur que par des moyens physiques.

b. La preuve de la participation des glandes à sécrétion interne est faite par des observations d'ordre pathologique et physiothérapeutique. Citons entre autres :

Observations neuro-pathologiques :

Hypothermie et diminution des échanges dans la maladie d'Addison (hypofonctionnement des surrénales);

Hyperthermie et augmentation des échanges dans la maladie de Basedow (hyperfonctionnement de la thyroïde).

Physiothérapeutiques : réascension parallèle de la température et des échanges par ingestion d'extraits de surrénales dans la maladie d'Addison (signalons en passant que pour obtenir cet effet, il faut l'intégrité du foie);

Ascension thermique et des échanges par injections d'extraits thyroïdiens à un sujet normal.

Toutes ces actions paraissent bien indépendantes et dosées pour chaque glande car aux ablations successives de ces glandes, répondent de successives chutes du chiffre de ces échanges.

B. **Régulation physique**. — 1° *L'organisme agit sur ces déperditions de chaleur, en mettant en jeu trois sortes d'appareils* :

- Phanères (poils, plumes).
- Capillaires.
- Glandes (spécialisées pour l'élimination aqueuse : en totalité : sudoripare; en partie : poumons.

a. Phanères (poils, plumes). — Ces éléments servent à modifier le rayonnement, en effet, ils maintiennent entre eux une couche d'air qui atténue les pertes par radiation. C'est ainsi que la tonte qui les fait disparaître entraîne une chute de température dont le premier contre-coup est l'augmentation des échanges.

André Mayer et Georges Nichita (*Annales de physiol.*, t. V, p. 609) ont observé des animaux placés à une température plus élevée que la température normale. Leur température ne reste pas à son chiffre

habituel, elle s'élève. On appelle seuil ou température de forcement la température ambiante pour laquelle se produit cette élévation de la température des animaux. Si les animaux sont habitués progressivement à des températures plus élevées que la température normale, on voit parallèlement et progressivement s'élever le chiffre de la température de forcement. Elle peut, au lieu de 33 degrés, monter jusqu'à 37 degrés.

Cette ascension du seuil n'est pas en rapport avec les variations de combustion car les consommations d'oxygène ne varient pas entre 18 et 33 degrés, que les animaux soient ou non habitués aux extrêmes thermiques de cet écart de température. Elle ne relève donc pas de la thermorégulation chimique. C'est la thermorégulation physique qui entre en jeu, pour l'expliquer. D'abord, par l'entremise des phanères. Si, en effet, on roule un lapin dans un molleton et qu'il vive dans une température de 32 degrés, sa température rectale ne varie pas pendant cinq jours que dure l'expérience. Après cinq jours, la température de seuil de forcement est montée à 35 degrés; mais sous le molleton, l'animal a perdu ses poils.

Ainsi, en modifiant ses phanères, l'organisme a adapté progressivement son rayonnement aux conditions nouvelles où on l'a fait vivre et ce n'est que pour un seuil plus élevé que celui de la température normale de forcement, que montera sa propre température.

b. Capillaires. — Les capillaires servent aussi à modifier le rayonnement. Quand on sectionne la moelle d'un animal d'expérience dans la région dorsale, on supprime au-dessous les fonctions motrices et toute la région tombe sous le coup de la seule thermorégulation chimique. Puis le tonus vasculaire se rétablit, la thermorégulation physique réapparaît; mais ce système capillaire ne reprend qu'un fonctionnement partiel et de ce fait, dans tout ce terrain, l'activité de combustion est plus grande que normalement (*Ann. de physiol.*, t. V, p. 194. Effets de la section médullaire du pigeon).

Donc, l'organisme peut modifier son rayonnement par l'entremise de ses capillaires qui se contractent pour diminuer le rayonnement en cas d'abaissement de la température ambiante..... et qui se dilatent pour augmenter le rayonnement en cas d'élévation de la température ambiante.

Il est facile de s'en rendre compte en observant les anémies ou congestions locales répondant aux applications froides ou chaudes.

c. Glandes. — Ces appareils jouent leur rôle en agissant sur l'évaporation de l'eau.

Certaines sont spécialement adaptées à cette fonction : glandes sudoripares.

D'autres ne le sont que partiellement, ce sont les poumons. Ils jouent à la façon de soufflets évacuateurs de vapeurs d'eau comme le prouve, en cas d'hyperthermie, la polypnée dite thermique.

Il se peut que ces deux derniers modes de thermorégulation physique aient leur part dans l'ascension de la température de forcement dont on a parlé tout à l'heure. Cette ascension peut avoir lieu, en effet, sans chute de la fourrure, pourvu qu'on ait habitué l'animal à des températures de plus en plus hautes de 18 à 33 degrés et à partir de 33 degrés, les animaux habitués progressivement doivent faire jouer leurs appareils capillaires et glandulaires; mais on ne sait rien de précis, si ce n'est qu'à partir de 33 degrés chez les animaux habitués, les modifications de l'évaporation sont moindres que chez les non habitués.

2° *Cette thermorégulation physique n'est pas indépendante de la thermorégulation chimique.* — *a*. André Mayer et G. Nichita observent à 18 degrés des lapins dont certains ont subi une longue exposition au froid, et les autres pas. Le métabolisme n'est pas le même chez les uns et chez les autres. Chez ceux qu'on a exposés au froid, les échanges sont au-dessous de ceux du lapin normal, mais quand on augmente la température, la diminution parallèle des échanges est plus rapide chez ces lapins que chez ceux qui n'ont pas été exposés au froid. En même temps, la fourrure s'épaissit et s'allonge. C'est ce qui se produit en hiver chez les animaux à fourrure. Si sur ces entrefaites survient la mue, tout rentre dans l'ordre.

Ainsi, dans certaines circonstances, l'organisme en adaptant ses phanères qui dépendent du système de thermorégulation physique peut, par contre-coup, occasionner une modification des combustions qui dépendent du système de thermorégulation chimique.

Les deux systèmes jouent donc en synergie.

b. Albert Ginglinger et Charles Kayser (*Ann. physiol.*, t. V, p. 710. Etablissement de la thermorégulation chez les homéothermes au cours du développement) ont étudié la thermorégulation chez un certain nombre d'animaux : chats, souris, lapins, cobayes, pigeons, poussins, au cours du développement.

Ils ont observé que la thermorégulation chimique est la première à s'établir et précède la thermorégulation physique chez tous les animaux où le nouveau-né n'est pas un homéotherme parfait. Les animaux tels que le poussin et le cobaye se conduisent d'emblée en homéothermes, se déplacent, se nourrissent. Leurs téguments ont la même propriété qu'à l'âge adulte et les thermorégulations existent chez eux simultanément, la thermorégulation physique prenant progressivement le pas sur l'autre.

Les animaux tels que le lapin et le chat naissent nus et incapables de se mouvoir et chez eux existe d'abord une thermorégulation chimique, la thermorégulation physique ne s'établit qu'ensuite quand ils deviennent sensibles aux excitations extérieures.

Quant aux animaux tels que la souris ou le pigeon les auteurs en font un groupe spécial. Ils se conduisent dans les premiers jours de la vie en hétérothermes, sensibles aux températures extérieures avec parallélisme entre le fléchissement de leur température et de leur quotient respiratoire. C'est la thermorégulation chimique qui maintient en eux une température compatible avec la vie.

II. **Contrôle.** — Le contrôle sur ces modes de régulation thermique est exercé par le système nerveux. — On le démontre par des expériences dont on tirera ensuite des conclusions.

A. Expériences. — Les expériences sur ce sujet sont trop nombreuses pour être citées toutes. Nous n'en énumérons qu'un certain nombre que nous classons en deux groupes, les anciennes et les modernes.

1° *Expériences anciennes.* — Elles se sont proposé comme but la localisation et le fonctionnement du centre thermorégulateur.

Richet, Ott. Aronsohn, Sachs ont provoqué une hyperthermie de 2 degrés en enfonçant une aiguille dans le striatum.

Barbour fait passer dans le striatum un tube en U où circule de l'eau à diverses températures. A plus de 42 degrés la température de l'animal baisse; à moins de 33 degrés elle monte. A l'état normal cette excitation doit être réalisée par le sang plus ou moins chaud. Jacoby, Roenner et après eux Walbaüm ont pensé que l'excitation déclanchait une vaso-constriction périphérique avec diminution du rayonnement et par balancement on aurait eu vasodilatation centrale et augmentation de la production thermique. Si, en effet, on place un animal dans une atmosphère de CO^2, il n'y a plus vasocontriction périphérique mais vasodilatation. De ce fait rien ne s'oppose à la déperdition de chaleur par rayonnement et la piqûre des centres ne réalise plus l'hyperthermie. Celle-ci reparaît sitôt que l'animal est enlevé à cette atmosphère de CO^2.

Les tentatives de localisation exacte du centre ainsi réalisées par les mêmes auteurs sont contestables, parce que les lésions dues à leurs piqûres sont très diffuses du fait de l'acide phénique ou des sels de mercure dont sont chargées les aiguilles. Ce qu'on sait, c'est que le striatum peut être enlevé sans trouble grave de la thermogenèse. On peut donc penser que ce centre se trouve au-dessous de l'hypothalamus, toutefois le fonctionnement de ce centre n'est possible que si les hémisphères sont enlevés; ceux-ci doivent donc conditionner l'action de l'hypothalamus. Par ailleurs le voisinage de ce centre avec le tuber cinereum et les noyaux centraux du système sympathique permettent de supposer qu'il existe une liaison entre ces divers centres dans cette région hypothalamique. (C'est l'opinion de Bechterew.) Hashimoto va jusqu'à penser qu'il existe deux centres; l'un gauche commandant la chaleur, inhibiteur de l'autre droit et commandant le froid. *De toutes ces expériences, aucune n'est concluante* en ce qui concerne une localisation précise, on ne connaît en somme qu'une zone où se trouvent des centres dont on ignore la localisation précise.

2° *Expériences modernes.* — Les expériences modernes ont tenté de déterminer dans quelle mesure il existait une interaction entre le centre de la thermorégulation et son voisin le centre régulateur de l'eau.

On sait en effet depuis Isenshmidt, Camus et Roussy que le tuber cinereum commande le métabolisme de l'eau. Or les lésions centrales qui entraînent les troubles de la thermorégulation touchent aussi le métabolisme de l'eau. On peut se demander s'il n'y a pas synergie entre ces centres. Les auteurs modernes ont observé l'effet des lésions expérimentales au niveau des noyaux diencéphaliques localisés par Isenshmidt au niveau du tuber et où on localise les centres de la thermogenèse et du métabolisme de l'eau.

a. *Un premier groupe d'expérimentateurs* a réalisé cette observation par les moyens suivants :

Ils ont agencé un appareillage permettant un contrôle exact des échanges.

Ils ont observé une technique opératoire bien réglée. Ils ont pu ainsi enlever les hémisphères et détruire une région bien localisée et bien limitée du thalamus chez le pigeon, le tout sans hémorragies génératrices de vomissements ou chocs mortels.

Ils ont établi par l'observation de l'importance de la production thermique et du mécanisme thermorégulateur chez le pigeon normal un terme de comparaison. Ils ont ensuite observé :

Le pigeon sans hémisphère,

Le pigeon à la fois sans hémisphère et à thalamus lésé.

Ils ne trouvent pas de différence entre un pigeon sans hémisphère et un pigeon normal au point de vue de la grandeur des échanges en fonction de la température. Le pigeon sans hémisphère augmente sa production thermique quand la température baisse et la diminue quand la température s'élève. Cependant à toute température égale ou inférieure à la neutralité thermique, les valeurs obtenues sont plus faibles que chez le pigeon normal par suite de la suppression des excitations sensorielles (du fait de l'ablation des centres supérieurs).

Chez les pigeons où l'on a réalisé en même temps ablation des hémisphères et lésions thalamiques, on observe :

Qu'une ablation unilatérale de l'hémisphère avec lésion thalamique du côté correspondant ne trouble pas la thermorégulation;

Qu'après une ablation bilatérale une lésion thalamique même unilatérale retentit sur la thermorégulation;

Que cette lésion thalamique qui porte sur les noyaux diencéphaliques peut atteindre aussi bien l'antérieur, le moyen ou le postérieur, car ce n'est pas la localisation qui importe, mais le degré de destruction. A partir de ce seuil, les troubles sont au prorata de l'importance des lésions, d'autant plus importants et tenaces que les destructions sont plus importantes.

Les troubles thermorégulateurs s'accompagnent de polyurie d'une façon parfaitement synchrone.

b. *Un deuxième groupe d'expérimentateurs a continué ces recherches.* — André Mayer et Georges Nichita avaient déjà pressenti la liaison entre centres thermorégulateurs et régulateurs du métabolisme de l'eau. Ils avaient observé un parallélisme entre la diminution du métabolisme et l'émission d'eau chez des animaux exposés au froid.

Barbour a montré depuis que les variations de la température ambiante influent sur la teneur en eau du sang. Le sang se dilue à températures hautes. Une sudation suit. Inversement à températures basses le sang se concentre, l'eau se fixe dans les muscles et le tissu cellulaire sous-cutané; les échanges s'augmentent en même temps.

Par exemple en administrant un antipyrétique on réalise une dilution du sang suivie de sudation et de baisse de la température. Les poisons pyrétiques provoquent au contraire la concentration du sang.

En somme pour Barbour, à l'hyperthermie l'animal oppose l'hydrémie (en effet on réalise l'hyperthermie par injections d'eau). A l'hypothermie l'animal oppose la concentration du sang.

Toutes les fois qu'on augmente la dilution du sang, on provoque un appel d'eau des tissus au sang, d'où polyurie et retentissement sur la chaleur animale, la température baisse et les échanges diminuent.

Il y a donc coexistence entre les phénomènes de thermorégulation et de régulation du métabolisme de l'eau.

Mais on ne peut donner aucune précision sur le détail de la liaison entre ces centres.

B. Conclusions. — Le centre nerveux qui contrôle la régulation paraît pouvoir être localisé au thalamus, au niveau des noyaux diencéphaliques et sous dépendance corticale.

Il y a simultanéité entre son action sur la chaleur et l'action du centre connexe réglant les équilibres d'hydratation.

Mais on ne peut actuellement préciser le mécanisme de cette synergie.

XXXVe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE [1]

Session de Bordeaux, 7-12 avril 1931.

Le XXXVe session s'est tenue à Bordeaux sous la présidence du docteur Pactet, médecin honoraire des Asiles de la Seine. Dans sa séance d'ouverture du Congrès, le docteur Pactet a traité la question des aliénés dans l'armée.

Premier rapport : Psychiatrie.

LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES TARDIVES

Par Roger Anglade, médecin-chef de l'asile de Brenty-la-Couronne.

L'intérêt de ce rapport réside surtout dans l'étude de la mélancolie et de la manie tardive. L'auteur précise d'abord les différences biologiques et cliniques entre la mélancolie présénile et l'accès mélancolique, symptomatique de la psychose maniaque dépressive. Dans la mélancolie tardive s'observent des phénomènes organiques d'artériosclérose cérébrale, et l'évolution vers l'affaiblissement démentiel est fréquent. Cette démence artérioscléreuse est certainement l'un des éléments les plus importants du syndrome.

La manie tardive est plus rare : elle s'accompagne d'agitation surtout nocturne avec appoint onirique, elle verse souvent dans le délire aigu; les idées de persécution et de jalousie sont extrêmement fréquentes. On note souvent de gros troubles organiques, et il ne semble pas que la manie tardive puisse être intégrée dans le cadre de la psychose maniaque dépressive.

Enfin la folie circulaire peut débuter tardivement. Les accès dépressifs et maniaques se succèdent rapidement, l'évolution vers la démence est très fréquente. L'hérédité joue un rôle certain.

A côté de la manie et de la mélancolie, Anglade étudie des délires systématisés périodiques tardifs, les psychoses périodiques toxiques tardives.

Il y a enfin une série d'états mentaux tardifs qui sont sur la frontière de l'organique et du vésanique. C'est dans les psychoses tardives que l'examen organique attentif permettra de déceler des troubles neurologiques ou humoraux qui constituent un argument important en faveur d'une étiologie organique. L'évolution souvent grave de tels états permet de porter un pronostic en rapport avec l'importance des troubles organiques.

Discussion du rapport du docteur Anglade.

M. Yves Delaganière (du Mans) apporte une observation de dépression mélancolique tardive qui semble avoir été guérie par une hystérectomie pratiquée pour fibromes utérins. A ce propos l'auteur, rappelant les heureux résultats de la neurochirurgie, insiste sur l'intérêt que pourrait avoir la collaboration du médecin et du chirurgien d'asile pour mettre au point une « chirurgie mentale » qui semble possible dès aujourd'hui dans certains cas.

M. Courbon. Les psychoses périodiques tardives se présentent tantôt sous le type de la cyclothymie, tantôt sous celui de la bouffée délirante polymorphe. Quand leur symptomatologie est exactement la même que celle des psychoses périodiques de l'âge adulte ou de l'adolescence, elles ont un pronostic bénin : ce sont des psychoses périodiques tardives, mais non des psychoses d'involution. Quand leur symptomatologie se complique des signes de la mentalité artérioscléreuse, dont l'hyperémotivité anxieuse, les accidents confusionnels et congestifs sont les principaux caractères, ou quand elle se complique des signes de la mentalité sénile dont l'indifférence affective et la passivité sont les principaux caractères, leur pronostic est sévère : ce sont des psychoses d'involution.

M. Repond (de Malevoz). Il n'y a pas de critère certain qui permette d'établir qu'une psychose appartient à ce groupe; car qu'est-ce que la tardivité? Est-ce une question d'âge, d'involution anatomique? La plupart des psychoses périodiques tardives apparaissent vers cinquante ans, au moment où l'activité génitale décline. N'est-ce pas la disparition de cet instinct puissant qui déclenche des troubles jusque-là latents?

On n'attache pas assez d'importance à la psychopathologie de ces états. En ce qui concerne les mélancolies tardives, l'enquête caractérologique, l'analyse montrent qu'il y a un retour de la libido vers un état sadique primitif.

Quant au cas rapporté par M. Delagenière, l'auteur pense que c'est la douleur réelle ressentie pendant l'opération qui explique la guérison et met en relief l'intérêt d'une sadothérapie des états mélancoliques tardifs.

M. Hesnard. Sénilité et présénilité sont des périodes climatériques de l'existence au même titre que la puberté et la ménopause. Certains conflits affectifs se manifestent tardivement parce que les facteurs nécessaires à leur déclenchement

(1) *Association de la Presse médicale française.*

ne se trouvent réalisés qu'à ce moment. M. Hesnard regrette que le rapporteur n'ait pas envisagé parmi les psychoses périodiques tardives la névrose d'angoisse sénile. Celle-ci est due à des conflits sexuels en rapport avec la persistance de l'érotisme psychique, alors que la puissance physique décline, souvent elle s'accompagne de déchéance organique et se manifeste par un thème hypocondriaque qui fait de ces malades des « rapetissés de l'esprit, des rabougris de l'affectivité ».

L'opposition qu'on fait entre l'organique et le fonctionnel (vésanique) n'a pas un très grand intérêt : l'organique est une lésion grossière retentissant sur l'activité psychique; le fonctionnel est une affection d'une organicité dissimulée, fine, non décelable.

M. Donaggio (de Modène) fait des réserves sur le rôle du corps strié dans la chorée de Huntington qu'admet le rapporteur. L'absence du substratum anatomo-pathologique des psychoses toxiques à allure périodique tient, d'une part, à l'insuffisance des techniques dont on dispose; d'autre part, à ce que les recherches ne portent en général que sur le cortex, délaissant complètement la région sous-corticale. L'auteur a pu mettre en évidence dans les fibres de la région sous-corticale l'existence de lésions fines, reversibles, qui ont été confirmées par Alzheimer.

M. Claude. La question des psychoses périodiques est difficile et complexe lorsqu'on l'envisage aux deux extrêmes de la vie. Démence précoce à la puberté, démence sénile à l'âge tardif viennent poser en pratique un double problème de diagnostic et de pronostic très délicat à résoudre.

Il faut restreindre le cadre envisagé par le rapporteur et ne l'appliquer qu'aux états d'excitation et de dépression tardifs. Parmi ceux-ci il y a une forme que l'on peut appeler persistante, qui survient vers la cinquantaine, sans que l'on relève d'autres accès antérieurs avérés. Cependant l'étude du caractère fournit des renseignements précieux, elle montre sa variabilité, l'existence de heurts et de chocs affectifs qui acquièrent de l'importance avec l'âge; la capacité de refoulement, le pouvoir d'inhiber, les impulsions diminuent progressivement jusqu'à ce que les troubles éclatent.

M. Claude est d'accord avec le rapporteur pour distinguer entre les vraies psychoses périodiques tardives et des états d'excitation et de dépression qui se développent progressivement, évoluent vers l'organicité et ont un pronostic sérieux.

Quant aux relations entre l'organique et le fonctionnel, leur étude a de l'intérêt, car il faut étayer les cadres psychopathologiques sur des faits objectifs. Si dans certains cas à manifestations objectives, on ne trouve pas de lésions histologiques, il faut tenir compte des états dynamiques ou fonctionnels où les lésions quoique passagères existent, ainsi qu'en témoignent les modifications biologiques (humorales, endocrino-sympathiques, métaboliques, etc.).

M. Lépine (de Lyon) se rallie aux conclusions du rapporteur, persuadé que si la conception Kraepelinienne de la maniaque-dépressive règne encore à l'heure actuelle, elle ne persistera pas et fera place à une conception plus en harmonie avec les données biologiques expliquant les causes qui font que chez quelques sujets, toutes les manifestations morbides (qu'elles soient d'ordre général ou psycho-pathologique) revêtent les allures rythmiques d'une périodicité inéluctable. Il en veut pour preuve la périodicité que revêtent chez certains sujets les accès migraineux, les crises d'asthme, les phénomènes urticariens, les troubles légers qui accompagnent la menstruation.

En ce qui concerne les psychoses périodiques tardives il y a toute une gamme de transition entre celles qui ont une périodicité nette et celles où ce caractère paraît faire défaut. Au point de vue doctrinal, on doit faire la distinction tout en pensant qu'en réalité celle-ci tient plus aux lois biologiques qui régissent l'âge qu'à la nature pathogénique de l'affection.

M. Porot (d'Alger) estime, lui aussi, qu'il faut avant tout se placer sur le terrain des faits, sans trop se préoccuper des questions doctrinales. A cet égard, on peut ranger en plusieurs groupes les faits de psychose tardive à allure périodique :

1° Les mélancolies d'involution, groupe très important, maladie à formule symptomatique et à évolution trop spéciale pour qu'on puisse, dans la majorité des cas, la faire rentrer dans la psychose maniaque-dépressive. C'est l'anxiété qui en fait le fonds habituel et l'élément essentiel. C'est un des chapitres les plus vastes de la pathologie de l'anxiété;

2° Les psychopathies séniles et préséniles, de nature organique, mais qui ne peuvent démasquer leur nature qu'après une période prodromique plus ou moins longue d'accès intermittents, parfois à double forme. On peut en esquisser deux types : *a.* le type encéphalique à poussées fébriles et signes neurologiques surajoutés; *b.* le type circulatoire avec désordres cardiaques, d'abord fonctionnels, rythmant les accès, signes plus nets d'insuffisance cardiaque. Il en apporte des exemples démonstratifs;

3° Des psychoses périodiques tardives d'origine accidentelle, soit à la suite de traumacranien (cas médico-légal personnel) général ou opératoire, soit consécutivement à tout état pathologique;

4° Les cas où l'élément constitutionnel fait sa preuve sont rares (10 à 20 p. 100); encore y a-t-il le plus souvent une cause occasionnelle de déclenchement.

M. Labuchelle (de Bordeaux) apporte des données statistiques recueillies pendant ces douze dernières années à l'hôpital Saint-André : sur 3.900 psychopathes vus, il y a 921 (soit 21 p. 100) de périodiques, dont plus de 300 (40 p. 100) avaient présenté leur premier accès après quarante-cinq ans. Parmi ceux-ci, les accès mélancoliques sont plus fréquents entre quarante-cinq et soixante ans; à partir de soixante ans, les accès de manie sont plus nombreux.

M. Koehler (Suisse) aborde la question du traitement des psychoses périodiques tardives et insiste particulièrement sur ce que trop souvent les malades sont délaissés, le médecin qui les voit n'attache guère d'importance aux signes avertisseurs et ne les envoie au spécialiste que tardivement. S'inspirant de Wagner von Jauregg, M. Koehler préconise la pyréthothérapie par la tuberculine.

M. Pailhas (d'Albi). Manie et mélancolie tardives évoluent en étroite dépendance avec leurs causes occasionnelles, se déroulent après elles, modèlent plus ou moins leur sémiologie sur elles, souvent finissent avec elles. Elles n'obéissent pas à la grande loi des rythmes périodiques qui domine les vraies psychoses périodiques, la maniaco-dépressive. La manie et la mélancolie tardives ne doivent donc pas être rangées dans ce groupe Kraepelinien.

M. Vermeylen (de Bruxelles). Le rapporteur dépasse les limites de son titre. En fait, les cas qu'il décrit et sur lesquels il s'appuie ressortissent du domaine des psychoses symptomatiques tardives.

Elles ont le caractère accidentel, dépendant en ce cas d'une atteinte organique, qu'elle soit primitivement viscérale et n'atteigne que fonctionnellement le cerveau, ou qu'elle soit d'emblée cérébrale. A cet égard, il était peut-être important de distinguer entre les formes vésaniques et organiques. Elles ont également les caractères de polymorphisme et d'atypie qui montrent qu'à côté de leur origine accidentelle tardive elles reposent, tout au moins en ce qui regarde leur orientation clinique, sur un élément constitutionnel.

Ce rapport, envisageant toutes les psychoses symptomatiques tardives, aurait dû également signaler le syndrome catatonique tardif qui, quoique rare, n'en est pas moins réel. L'auteur en a observé quatre cas, dont deux avaient une hérédité lourde.

DEUXIÈME RAPPORT : NEUROLOGIE.

LES TUMEURS INTRAMÉDULLAIRES

Par M. Noël Péron (de Paris).

Parmi les tumeurs qui compriment la moelle, la plupart se développent en dehors du tissu nerveux proprement dit; elles sont d'origine méningée ou radiculaire : le filigliome est la plus chirurgicale des tumeurs extramédullaires. Les progrès de la neuro-chirurgie permettent de mieux connaître les tumeurs développées dans la moelle elle-même ; ce sont le plus souvent des gliomes (filigliomes ou épendymogliomes); les unes sont infiltrantes, les autres clivables ou extirpables. Elles peuvent s'accompagner de cavités médullaires secondaires.

Cliniquement, le siège de la tumeur conditionne la symptomatologie; très souvent le néoplasme occupe la région cervico-dorsale, déterminant un tableau de paralysie atrophique des membres supérieurs, et une paraplégie spasmodique modérée. Les troubles sensitifs, souvent dissociés, sont très importants pour le diagnostic. Les phénomènes douloureux radiculaires sont moins accentués que dans les tumeurs extramédullaires. L'examen révèle souvent un aspect festonné, décrit par Sicard, de l'image lipiodolée. Le liquide céphalo-rachidien est xanthochromique, hyperalbumineux. Les épreuves manométriques montrent un blocage plus ou moins complet.

Les tumeurs intramédullaires situées dans la moelle dorsale et lombaire rappellent par leur symptomatologie un syndrome de compression banale; la topographie des troubles sensitifs, par rapport à la limite supérieure de la réflectivité de défense, facilitera le diagnostic.

L'évolution est toujours rapide et grave. Le diagnostic différentiel sera à faire avec certaines myélites à forme tumorale, avec la syringomyélie, avec les autres compressions de la moelle par cause extramédullaire; la laminectomie est indiquée dans tous les cas de compression, en dehors du mal de Pott et du cancer vertébral secondaire.

Le traitement est surtout chirurgical: l'exérèse de la tumeur, soit complète. soit partielle, a été souvent réussie avec succès. La ponction de la moelle est souvent utile.

La radiothérapie peut, dans quelques cas, d'après M. Jonesco, donner de bons résultats en cas de tumeurs inextirpables.

La chirurgie des tumeurs intramédullaires est encore grave et les résultats sont loin d'être aussi beaux qu'en matière de chirurgie extramédullaire; les progrès dans ces dernières années permettent d'espérer des succès plus nombreux.

Discussion du rapport du docteur Noël Péron.

M. Yves Delagenière (du Mans) apporte sa statistique; il insiste sur la fréquence des tumeurs intramédullaires, et pense que l'épendymogliome est la tumeur la plus extirpable.

M. Hayrac (de Lille) a observé quelques cas de tumeurs intramédullaires et insiste sur la symptomatologie observée. Il ne pense pas que la la laminectomie soit toujours contre-indiquée dans le mal de Pott.

M. Lido Van Bogaert (d'Anvers) se rallie à la thèse du rapporteur et insiste sur la fréquence du siège cervical des tumeurs intramédullaires : il rapporte quelques observations personnelles et insiste sur le volume et l'étendue en hauteur de certaines tumeurs médullaires.

TROISIÈME RAPPORT : MÉDECINE LÉGALE

LES FAUSSES SIMULATIONS EN MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

Par M. Fribourg-Blanc, professeur au Val-de-Grâce.

Il s'agit de sujets atteints d'aliénation mentale vraie dont les manifestations extérieures et le tableau clinique font penser à une simulation de la folie. Un diagnostic erroné de simulation peut, au point de vue médico-légal, entraîner les conséquences les plus fâcheuses.

Tantôt l'exagération des troubles est consciente chez un sujet mentalement taré : c'est la sursimulation.

Tantôt il s'agit d'une exagération inconsciente, d'une apparente exagération : ce sont souvent des sujets atteints de débilité mentale. Mais ce sont surtout les déments précoces qui, du fait d'une attitude paradoxale, inadaptée, donnent à l'expert l'impression de simuler un trouble morbide : leurs réponses incohérentes ou à côté (syndrome de Ganser), leur comportement sont souvent très difficiles à différencier du simulateur vulgaire.

M. Fribourg-Blanc, à l'appui de ces faits, cite des observations démonstratives où il est nécessaire de débrouiller, par un diagnostic approfondi, le caractère purement morbide des troubles observés.

L'auto-accusation délirante n'est pas non plus exceptionnelle; l'aliéné ne manque pas de s'accuser de crimes divers connus par la presse : ce sont le plus souvent des délirants à thème mélancolique ou obéissant à des suggestions d'ordre sensoriel.

M. Fribourg-Blanc insiste sur la dissimulation volontaire des troubles psychopathiques dans un but utilitaire.

En pratique, d'ailleurs, il s'agit presque toujours de manifestations mentales plus ou moins atypiques qui exigent de l'expert beaucoup de prudence dans ses décisions. Il faut aboutir avant tout à un diagnostic ferme d'où dépendra la décision appropriée. On évitera ainsi de faire condamner un aliéné et de confier à la prison un malade dont la place est dans un asile.

Discussion du rapport du docteur Fribourg-Blanc.

M. Moreau (de Liége) rapporte un cas de simulation de troubles mentaux par un enfant de quatorze ans, sans apport préalable d'éléments pithiatiques ou de constitution mythomaniaque, dont l'intérêt tient à sa rareté, au mécanisme pathogénique.

M. Cruchet (de Bordeaux). Les simulateurs vrais pendant la guerre étaient l'exception. Sur 2.000 malades examinés à Bar-le-Duc, il n'y avait qu'un seul cas de sursimulation dont l'auteur rapporte la longue et curieuse observation.

M. Hesnard. Sur le terrain militaire, les psychopathes prennent une façade spéciale, revêtent une physionomie colorée. Les déboires, la désadaptation, le désir profond d'être malades pour échapper au service, autant de causes donnant aux malades des allures grandguignolesques. Le plus fréquemment, ce sont des débiles, des déséquilibrés. La race a une certaine importance : chez les Arabes, Judéo-Arabes, Levantins, les facteurs émotifs, l'expression mimique revêtent des caractères remarquables et intenses. Il y a un véritable coefficient d'expression morbide, allant de la simple exagération à une véritable discordance, d'où l'aspect artificiel qui semble être de la simulation.

M. Hesnard tient à rendre hommage à la mémoire de son maître Régis, dont on connaît le rôle créateur en matière de psychiatrie militaire.

M. Porot (d'Alger). Que l'on parle de simulation mentale ou de fausse simulation, le problème à résoudre est toujours le même, c'est le rapport qui peut exister entre le fonds men-

tal réel du sujet et l'usage qu'il fait de ses facultés d'expression; aspect particulier d'un problème de sémiologie générale qui étudie les troubles fonctionnels.

Il y a aussi toute une sémiologie des troubles de l'expression, et l'auteur a décrit avec M. Hesnard des délires d'expression. Il proteste contre les abus qu'on fait du terme de *sursimulation*, qui doit s'appliquer seulement aux exagérations se développant dans le sens et le plan des tendances morbides du sujet.

Ces sursimulateurs sont des *débiles exagérateurs* ou des déprimés qui font de la surcharge, et dans ce groupe doivent rentrer un certain nombre de *psychoses pénitentiaires*, ou enfin des impulsifs, souvent des alcooliques qui font des crises excito-motrices et assez souvent constantes.

En ce qui concerne le *syndrome de Ganser*, les plus grandes réserves s'imposent sur sa valeur pronostique. Il n'est pathognomonique de rien en particulier et signifie *discordance* au sens de Chaslin; on le voit dans la démence précoce, mais aussi dans les affections cérébrales organiques à marche rapide.

L'auto-accusation de simulation peut se rencontrer chez un délirant poursuivi pour un crime, et qui pressentant l'internement, s'accuse d'avoir simulé l'auto-accusation, et peut-on rejeter l'instigation du crime et la simulation de folie sur une autre personne? (Observation personnelle).

M. Taty apporte l'observation d'un malade ayant subi 43 condamnations : c'était un débile vaniteux qui simulait à merveille l'aliénation.

M. d'Hollander (de Louvain). Il faut distinguer le symptôme de Ganser (réponses à côté) du syndrome de Ganser, dont le symptôme est un des quatre signes cardinaux.

Le symptôme de Ganser se trouve dans diverses affections, particulièrement chez les déments précoces, dans la paranoïa et chez les débiles; sa pathogénie varie dans chaque cas; chez les débiles, c'est un moyen de défense, de ruse; chez les paranoïaques, c'est encore une réaction de défense pour éluder l'interrogatoire.

Quant aux aveux de simulation, ils ne sont pas rares chez les délirants; cela pour raccourcir la durée de leur internement.

M. Koehler (Suisse). La question envisagée se résume à un problème de diagnostic; celui-ci établi, les conséquences médico-légales se déroulent mathématiquement; mais les cas limites sont difficiles.

Les faux simulateurs ne sont pas dangereux; les dissimulateurs sont, par contre, à craindre, de par la méconnaissance de leur état.

M. Molin de Teyzieu (de Bordeaux). Des cas très difficiles à résoudre sont ceux qui, variété hybride entre la simulation et la fausse simulation, commencent par la simulation, continuent par une maladie mentale et finissent, en général, par la guérison, mais souvent peuvent sombrer dans la folie.

L'auteur rapporte le cas d'un mutin militaire; condamné, il simule grossièrement, puis fait des accidents confusionnels nets; interné, il guérit mais n'avoue pas pour éviter la peine.

M. Vervaecke (de Bruxelles) aurait aimé qu'on donnât plus d'importance au terme de « psychoses pénitentiaires » (« psychoses de situation » des auteurs étrangers) qui résume très bien en pratique civile et militaire le cadre des simulations et fausses simulations.

M. Laignel-Lavastine est d'accord avec le rapporteur, qui a très bien délimité le syndrome des « fausses simulations », et rappelle à ce sujet deux cas personnels.

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

La mesure de l'intelligence des paralytiques généraux avant et après malarisation. — M. Vermeylen (de Bruxelles).

Expériences sur de nouvelles méthodes de démorphinisation. — M. Christin (de Montreux).

Note sur le pronostic de chronicité au cours des états maniaques dépressifs. — MM. Bouyer et Reboul-Lachaux.

L'hyposulfite de magnésium en thérapeutique psychiatrique. — MM. Cappelle et P. Combemale (de Bailleul).

Psychose périodique et constitution cyclothymique. — M. Lérat.

COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Sclérose tubéreuse à forme familiale et héréditaire. — M. Koenen.

Réflexe tonodynamique des doigts de la main et signe de Babinski. — M. Pailhas (d'Albi).

Sur les fonctions des couches optiques. — M. d'Hollander (de Louvain).

Diagnostic différentiel entre les tumeurs intramédullaires et les tumeurs extramédullaires. — MM. L. Bériel (de Lyon) et G. Kapsalas (d'Athènes).

Sur l'appareil périphérique de la cellule nerveuse. — M. Donaggi (de Modène).

Remarques sur les tumeurs à la fois intra et extramédullaires à propos d'observations personnelles. — MM. L. Bériel (de Lyon) et G. Kapsalas (d'Athènes).

Sur l'encéphalite épidémique périphérique. — MM. P. Nayrac et A. Breton.

COMMUNICATIONS DE MÉDECINE LÉGALE ET ASSISTANCE

Tuberculose et responsabilité médico-légale. — M. Vassilieff (de Gênes).

L'assistance mentale en Indochine. — M. Lefèvre (du ministère des Colonies).

De l'utilisation des délires : quelques cas de simulation chez des militaires. — MM. Vurpas et Taty.

La simulation et les fausses simulations dans la marine. — M. Darleguy (de Toulon).

Le terrain tuberculeux chez les enfants anormaux. — M. Vermeylen.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 MAI 1931)

Deux nouveaux sucres. — M. A. Desgrez présente une note de MM. Michel Polonovski et A. Lespagnol sur les propriétés de deux nouveaux sucres que ces auteurs ont découverts dans le lait de femme, le gynolactose et l'allolactose. Ces deux composés forment une notable partie des constituants glucidiques de ce lait. Ils avaient été confondus jusqu'ici avec le lactose ordinaire, dont ils se distinguent cependant par toutes leurs constantes physiques. Leur présence explique les grandes différences qu'accuse le lactosérum de femme par rapport aux sérums de tous les autres laits.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 MAI 1931)

Néphrose lipoïdique au cours d'une néphrite scléreuse terminée par une infection pneumococcique. — MM. Ch. Achard, A. Codounis et A. Horowitz rapportent l'observation d'un homme de trente-sept ans atteint de néphrite scléreuse avec œdème et albuminurie abondante depuis deux ans. Il avait une dyspnée vive, des œdèmes, des épanchements pleuraux surtout lymphocytaires, une hypertension artérielle (24-15) avec clangor du second bruit cardiaque, une albuminurie de 4 à 5 grammes par litre avec cylindres granuleux dans l'urine, mais *sans corps biréfringents*. L'urée sanguine atteignait 1 gramme et 0g97 p. 1.000 et le chlore du sérum 4g11. La réserve alcaline était abaissée à 44,8. Le sérum sanguin avait une protéinémie basse (54 p. 1000), mais un rapport normal de la globuline (21) à la sérine (32). Les liquides étaient augmentés (9g80) et la cholestérine normale (1g50).

L'examen ophtalmoscopique révélait une rétinite azotémique. La réaction de Wassermann était négative.

Les œdèmes diminuèrent rapidement avec le régime déchloruré, sans diminution de l'azotémie ni de l'hyperchlorémie.

Puis survint une pneumonie de la base droite avec grand frisson initial et présence de pneumocoques dans le sang. L'examen de l'urine révéla alors des *corps biréfringents en abondance* et le sang renfermait 16 grammes de lipides p. 1.000. La réserve alcaline tomba à 16,2; le chlore du sérum à 3g34 p. 1.000 et l'urée sanguine à 5g98 la veille de la mort.

A l'autopsie, on trouva un foyer d'hépatisation pulmonaire, une hypertrophie du cœur, des reins petits, jaunâtres, à capsule adhérente, dont les frottis montraient des corps biréfringents. Sur les frottis on constatait une sclérose avancée, des glomérules fibreux et des tubes altérés.

Ce fait montre que la néphrose lipoïdique, c'est-à-dire la surcharge lipoïdique des cellules rénales, peut survenir au cours d'une néphrite scléreuse et à la faveur d'une septicémie pneumococcique.

La vaccination associée (antityphoïdique et antidiphtérique) appliquée à la prophylaxie dans l'armée. — M. Dopter. Depuis la guerre, la diphtérie a subi dans l'armée, comme dans la population civile, un accroissement progressif, malgré la rigueur des mesures prophylactiques classiques prises pour en enrayer l'extension; si parfois l'application de ces mesures a été couronnée de succès, dans la plupart des cas elle n'a pu s'opposer à l'importation ni à la diffusion du virus; tout au plus en pareil cas, a-t-elle contribué à en atténuer les effets. En assurant la résistance des organismes exposés à l'infection, la vaccination préventive par l'anatoxine de Ramon est apparue comme devant résoudre le problème.

M. Dopter fut ainsi amené à mettre en pratique cette méthode dans plusieurs régiments où la diphtérie régnait avec persistance depuis des mois, voire même des années, et qui devaient recevoir bientôt un nouveau contingent de jeunes soldats dont on connaît la sensibilité au bacille de Loeffler. Une explosion nouvelle était à craindre tout particulièrement dans les premiers jours de leur incorporation.

Comme ces recrues devaient obligatoirement subir la vaccination antityphoïdique, il fut décidé de les vacciner à la fois contre les états typhoïdes et contre la diphtérie. A la suite de leurs essais de vaccination associée, Ramon et Zoeller, L. Martin, Loiseau et Lafaille avaient démontré qu'elle conférait une immunité antidiphtérique solide, sans qu'un des deux vaccins pût nuire à l'autre. Il était donc permis

d'espérer que les recrues ainsi traitées seraient protégées contre les méfaits de l'infection ambiante.

Dès leur arrivée, les nouveaux incorporés furent soumis au préalable à la réaction de Schick : les sujets Schick négatif reçurent uniquement le vaccin T. A. B., les sujets Schick positif reçurent le mélange T. A. B.-anatoxine en trois injections pratiquées à dix-huit et quinze jours d'intervalle. Les réactions locales et générales ne furent pas plus accusées qu'avec le T. A. B. seul. Les anciens soldats ne furent pas vaccinés.

Les résultats furent les suivants :

Chez les *vaccinés*, quelques cas se déclarèrent au cours de la vaccination, prouvant par conséquent que les craintes formulées au sujet de la réceptivité des recrues n'étaient pas superflues. Mais après la troisième injection, dans tous les régiments qui furent soumis au vaccin mixte, la diphtérie cessa de se manifester parmi eux; dans l'un d'eux, le plus infecté, on n'enregistra que deux atteintes très bénignes survenues trois mois après la vaccination.

Chez les *non-vaccinés*, des atteintes continuèrent à apparaître sous des formes moyennes et graves; elles frappèrent quelques anciens soldats, mais surtout des jeunes soldats qui, pour des raisons diverses, n'avaient pas subi la vaccination.

La rareté des atteintes chez les anciens soldats est due sans doute à la suppression du nouveau foyer qui, à défaut de vaccination, se constituait habituellement dans les régiments infectés après l'arrivée du jeune contingent et déterminait, à la faveur des surinfections, le fléchissement de l'immunité qu'ils avaient acquise à la longue en vivant dans un milieu endémique.

La disparition de la diphtérie chez les vaccinés apporte le témoignage le plus éclatant de l'efficacité de la méthode utilisée; elle est la consécration objective des données mises antérieurement en valeur par les résultats de la réaction de Shick. De tels faits engagent à entrer, de propos délibéré, dans cette voie nouvellement ouverte à la prophylaxie, sinon systématiquement, du moins dans les centres d'endémie et, à plus forte raison, d'endémo-épidémie.

Il est à noter enfin que cette vaccination associée s'est également montrée efficace vis-à-vis des états typhoïdes, dont aucune atteinte n'a été constatée chez les sujets qui l'ont subie, même parmi ceux qui ont vécu dans un régiment évoluant en milieu typhoïgène.

Les deux vaccinations utilisées conjointement ont donc pleinement rempli le double but vers lequel elles tendaient.

Rapport. — **La constitution d'une provision de sérum d'anciens malades en prévision d'une réapparition de la poliomyélite.** — M. Netter, rapporteur, au nom d'une commission composée de MM. Netter, Marfan, Louis Martin, Guillain, H. Nobécourt, Pettit et Levaditi.

L'Académie, sur l'initiative de M. Levaditi, s'est demandé s'il était opportun de constituer un stock de sérum d'anciens malades en prévision d'un retour offensif de la poliomyélite cet été et comment arriver à mettre, dans ce cas, à la disposition du corps médical une quantité suffisante de ce sérum.

Cette préoccupation est d'autant plus légitime que dans une localité une épidémie de poliomyélite se prolonge rarement plus de deux ou trois mois pour ne provoquer l'année suivante que de rares cas isolés, d'autres régions voisines ou éloignées sont souvent prises à leur tour.

Le pouvoir neutralisant du sérum de sujets atteints de poliomyélite persiste pendant de longues années sans perdre sensiblement son activité. Le sérum de ces anciens malades entrera donc dans la constitution de ce stock pour une proportion plus grande que celui des convalescents.

La poliomyélite s'est manifestée d'ailleurs sous forme sporadique dans les points les plus divers depuis bien longtemps. Ses séquelles sont apparentes et provoquent le secours des médecins, des orthopédistes. Elles entraînent des séjours parfois définitifs dans les hospices après une hospitalisation à la phase initiale.

Il sera donc peu difficile de trouver d'anciens malades disposés à se prêter à un prélèvement de sang. La publicité des journaux aidera à les reconnaître et à obtenir leur collaboration.

L'exemple de la province du Manitoba où, en 1928, on a pu recueillir 9 litres de sérum fournis à Winnipeg par 113 anciens malades, et celui de la province d'Ontario, où en 1929, 387 poliomyélites sur 558 malades ont reçu du sérum, montrent la possibilité de la constitution d'un stock.

Les nombreuses expériences en vue de rechercher le pouvoir neutralisant du sérum permettent d'affirmer que le pouvoir existe chez les huit à neuf dixièmes des anciens malades et chez certains il est extrêmement élevé. Un trentième de centimètre cube de sérum peut contenir une dose d'antivirus suffisante pour neutraliser une quantité de sérum suffisante à donner la poliomyélite à 3.000 singes. En mêlant le sérum de plusieurs anciens malades, dont la poliomyélite remonte à des époques différentes, on disposera d'un sérum d'activité certaine, ce qui ne dispensera pas, du reste, d'un contrôle expérimental.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter sur le détail de la récolte du sang, de la séparation du sérum, de la tyndallisation, de la mise en ampoules, de la conservation à la glacière.

La possibilité de transmission d'une maladie comme la syphilis, exceptionnellement signalée au cours de la transfusion, n'est pas à redouter quand on utilise un sérum chauffé à 56° au cours de la tyndallisation et quand, par surcroît, on s'est assuré de la bonne santé des donneurs, dont l'on a soumis le sang à l'épreuve de la réaction de Wassermann.

La récolte du sérum sera singulièrement plus aisée si, comme des recherches récentes l'ont montré, le pouvoir neutralisant du sérum, base de son emploi, est aussi marqué chez les sujets ayant vécu, sans être eux-mêmes malades, dans un milieu où la poliomyélite a sévi à l'état épidémique ou même sporadique.

La Commission propose à l'Académie d'émettre les vœux suivants :

1. La constitution d'un stock de sérum d'anciens malades atteints de poliomyélite en quantité suffisante pour être mis à la disposition du Corps médical est désirable.

2. Ce sérum devra être recueilli dans des conditions permettant d'assurer son activité et son innocuité.

Rapport sur les épidémies transmissibles par l'air et par l'eau. — M. Lesage.

Le cancer en Egypte. — M. Schrumpf-Pierron expose la rareté du cancer en Egypte. Les cas de mortalité par cancer y seraient, en effet, dix fois moins nombreux qu'en Europe. Il note, d'autre part, que le sol égyptien est quinze à dix-sept fois plus riche en magnésium que le sol de la France.

Altérations du tonus sino-carotidien chez les tabétiques. — MM. Danielopolu et L. Caffe.

Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, publiées sous la direction de M. A. Brindeau, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Paris. In-8 raisin de 244 pages avec 74 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, Vigot frères.

Métrites et salpingites, par le docteur Clément Matry (de Fontainebleau). In-16. — Prix : 12 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

N° 42. — MERCREDI 27 MAI 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 27 MAI 1931. — N° 42.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les fractures spontanées des nourrissons, par M. le professeur P. Lereboullet.
ACTUALITÉS
Quelques emplois récemment préconisés du chlorure de calcium, par M. R. Levent.
JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION
Exercice illégal de la médecine. Guérisseur. Absence de diagnostic. Traitement et remèdes, par Me H. Ribadeau Dumas.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de neurologie.
Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
PRATIQUE MÉDICALE
Le traitement de la dysménorrhée par l'hémypnal, par le docteur Madeleine July.
NOTES POUR L'INTERNAT
Tabes. Signes et diagnostic.
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — *Prix Alexis Vautrin.* — Il est ouvert à la Faculté de médecine de Nancy un concours entre étudiants français ou anciens étudiants français de la Faculté de médecine de Nancy.

Les candidats devront présenter un mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy pour le 1er juillet.

A la suite de ce concours, un prix de 4.000 fr. et un deuxième de 1.000 fr. pourront être décernés.

Si le jury choisi par la Faculté de médecine estime qu'il n'y a pas lieu de décerner ces prix, la valeur du second, soit 1.000 fr., pourra être répartie sur une ou plusieurs mentions honorables, ou être réservée pour l'année suivante, ou récompenser la meilleure thèse de gynécologie présentée dans l'année.

— *Prix Grandeury-Fricot.* — Il est ouvert à la Faculté de médecine de Nancy un concours entre étudiants français ou anciens étudiants français de la Faculté de médecine de Nancy.

Les candidats devront présenter un mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy pour le 1er juillet.

A la suite de ce concours, un prix de 1.650 fr. pourra être décerné.

Le jury sera choisi par la Faculté de médecine.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Travail. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Hitier (de Paris).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. Marquet (Paul), infirmier à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, mort victime de son dévouement.

L'AIDE AUX CARDIAQUES. — L'Assemblée générale de l' « Aide aux cardiaques », présidée par le professeur Vaquez, a eu lieu vendredi 15 mai, à 11 heures du matin, à l'hôpital de la Pitié, sous la présidence d'honneur de M. André Tardieu, ancien président du conseil, ministre de l'Agriculture, assisté de M. le docteur Mourier, directeur général de l'Assistance publique, membre de l'Académie de médecine, et de M. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

Cette œuvre, qui a pour but de venir en aide moralement et pécuniairement aux malades atteints d'affections du cœur, d'orienter les jeunes sujets porteurs de ces mêmes affections vers les carrières compatibles avec leur état de santé, est aujourd'hui en plein développement. Elle possède, dans les différents hôpitaux de Paris, des filiales dirigées par le professeur Clerc, les docteurs Aubertin, Donzelot, Laubry et Lian ; elle en a d'autres à l'étranger, notamment en Roumanie et en Tchécoslovaquie. Enfin, à Paris, il s'est fondé un comité présidé par M. Miliucov, ancien ministre des Affaires étrangères, qui s'est proposé de venir en aide aux cardiaques de la colonie russe, trop abandonnés et privés de tout secours.

L'Assemblée générale a entendu le rapport de M. le professeur Vaquez, celui de Mlle de Joannie, de M. Boucher, directeur de l'hôpital de la Pitié, trésorier de l'œuvre, que M. Mourier a assurée de toute sa sollicitude. M. André Tardieu, dans une allocution très brillante et applaudie de tous, a évoqué le souvenir de Mrs Dike, inspiratrice de l'Aide aux cardiaques et adressé ses remerciements au professeur Vaquez, qui l'a réalisée.

M. Bouchet, directeur de la Pitié, recevra avec gratitude toutes les offrandes qui pourront contribuer au succès de cette œuvre humanitaire qui vient d'être reconnue d'utilité publique.

LE VIIe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE aura lieu à Strasbourg du 5 au 7 octobre 1931, sous la présidence du professeur Rohmer. Les sujets mis à l'ordre du jour sont :

1° *Fièvres alimentaires.* — Rapporteurs : M. le professeur Schaeffer (Strasbourg) : « Les bases physiologiques de la fièvre alimentaire ; » MM. les docteurs Corean et Vallette : « Etudes expérimentales sur la fièvre alimentaire et leur application à la clinique » ; MM. les docteurs Mathieu et Chabrun (Paris) : « La fièvre alimentaire en clinique. »

2° *Diagnostic et traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Heuyer et Claire Vogt (Paris) : « Symptômes et diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant » ; M. le docteur Clovis-Vincent (Paris) : « Traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant, particulièrement de la fosse postérieure. »

3° *Formes frustes et atypiques des avitaminoses dans la première enfance.* — Rapporteur : M. le docteur Bertoye (Lyon).

Les inscriptions au Congrès sont à adresser au docteur Woringer, secrétaire du Congrès (Strasbourg, 18, rue des Veaux). La cotisation est de 100 francs et est à verser au docteur Forest, trésorier du Congrès (Strasbourg, 1, avenue de la Paix. Compte courant postal : Strasbourg 4513).

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — Ce Congrès aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, du 14 au 18 octobre 1931 (au cours de l'Exposition coloniale), sous la présidence de M. le professeur Ch. Achard.

Vice-présidents : MM. les professeurs Leclainche et Roussy, M. Dop, directeur de l'Institut international de lutte contre les maladies des plantes ; secrétaire général : M. Ch. Grollet, 7, rue Gustave-Nadaud, Paris (XVIe).

Section de médecine humaine. — Président : M. le professeur Rathery ; secrétaire : M. le docteur Louis Grollet.

Section de médecine vétérinaire. — Président : M. le professeur Vallée ; secrétaire : M. le professeur Maignon (d'Alfort).

Section de pathologie végétale. — Présidents : MM. Brocq-Rousseau, Foex ; secrétaire : M. Dufrénoy ; secrétaires administratifs : MM. L. Lépinay, M. J. Risler ; trésorier : M. Oliviero, 87, rue Denfert-Rochereau, Paris (Ve) ; trésorier adjoint : M. Dumatras.

Le Comité d'organisation est composé des membres du bureau et de MM. Arnaud, Bridre, Foveau de Courmelles, professeur L. Panisset, Roeland, Théobalt, Urbain.

Ordre du jour du Congrès. — Les brucelloses, humaines et animales. — Le lait, comme agent pathogène. — Les carences minérales. — Les ultravirus. — Le cancer. — La psittacose. — L'anaphylaxie. — Les Helminthiases (traitement).

Cotisation. — Membres actifs : 100 fr., donnant droit aux volumes des comptes rendus et aux différents imprimés ; membres associés : 50 fr.

Envoyer les adhésions au secrétaire général : 7, rue Gustave-Nadaud, Paris (XVIe) ; les cotisations au trésorier : 87, rue Denfert-Rochereau, Paris (Ve).

Les congressistes bénéficieront d'avantages spéciaux : entrée gratuite à l'Exposition coloniale, chemins de fer français (50 p. 100), etc., hôtels, restaurants, etc.

Les rapports, communications, présentés dans une langue étrangère (anglais, allemand, espagnol. italien) devront être accompagnés d'un court résumé en français.

LE IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LUMIÈRE aura lieu à Copenhague du 15 au 18 août 1932, sous la présidence du docteur A. Reyn. Il a pour but l'étude de toutes les questions relatives aux recherches biophysiques de la lumière et de l'emploi thérapeutique de la lumière.

Tout médecin ou physicien peut se faire inscrire comme membre.

Les questions suivantes seront mises à l'ordre du jour :

Le rôle du pigment dans la biologie de la lumière et dans l'effet thérapeutique des bains de lumière. — Rapporteurs : M. Brody (France), et M. Miescher (Suisse).

Comment l'effet des bains de lumière dans la tuberculose peut-il s'expliquer ? — Rapporteurs : Sir Henry Gauvain (Augleterre) et M. Jesionek (Allemagne).

Bases et organisation des recherches hélioclimatiques en relation avec les mesures d'hygiène publique. — Rapporteurs : M. W. Hausmann (Autriche) et M. A. Rollier (Suisse).

Compte rendu du Comité international de fixation d'une unité de mesure pour les rayons ultraviolets, présenté par M. Saidman (France).

En outre, tout membre du Congrès pourra faire une communication sur un sujet librement choisi en relation avec le but du Congrès, exprimé dans le règlement.

Tout renseignement ultérieur concernant le Congrès sera donné par le secrétaire général, le docteur A. Kissmeyer, Finsens Lysinstitut, Strandboulevarden, Copenhague.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours en français et en anglais de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le professeur agrégé de la

(Voir la suite, p. 805.)

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

L'HÔPITAL CIVIL DE BREST demande interne en médecine, service dermato-syphiligraphique (docteur Gouin). Conditions : être Français et avoir 16 inscriptions. Traitement : 1re année, 12.000 fr. ; 2e année, 13.200 fr., plus une indemnité spéciale de 1.800 fr. par an. (Nourri et logé par l'établissement le jour de garde.)

A VENDRE jolie propr. loin agglomération bien qu'à proximité. Conviend. pr mais. de santé. Sur coteau, bord Seine en face forêt Fontainebleau ; 2 pavil., 1 de 6 pièces, l'autre de 8 dont 1 de 9 m. sur 5 m. Grenier au-dessus. W.-C., eau, électr. Jardin, parc, bois sapins, arbres toutes essences. Nomb. fruitiers. Verger plein rapport. Roseraie. Garage, pour plusieurs voitures. Affaire avantageuse.

Faculté de médecine F. Lemaître, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de M. le docteur Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et de MM. les docteurs Maduro et Rémy-Néris, assistants du service, commencera le lundi 29 juin 1931, à 14 h. 30, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 500 fr.

Un deuxième et même cours en anglais, en douze leçons, aura lieu le jeudi 1er octobre.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

LE STAND DES GRANDS RÉSEAUX DE CHEMINS DE FER FRANÇAIS A L'EXPOSITION COLONIALE DE PARIS. — L'Exposition des réseaux est installée dans le Palais des Sections métropolitaines édifié à gauche de la porte d'entrée principale de l'Exposition coloniale, en bordure du boulevard Soult. Elle comporte deux parties :

Un stand touristique ;
Un hall réservé au matériel roulant.

Dans le stand touristique, dont la façade exerce déjà par elle-même un véritable attrait, sont présentés :

Au rez-de-chaussée, dans une rotonde, huit grands dioramas des principaux ports : Marseille, Bordeaux, Nantes-Saint-Nazaire, Rouen-Le Havre, Dunkerque, Strasbourg. Des effets de lumière animent chaque diorama qui, par la fidélité de sa composition, constitue une précieuse documentation sur la desserte par voies ferrées du port qu'il représente.

Entre les dioramas sont disposés des appareils automatiques pour la présentation des affiches des principaux sites, monuments, stations hivernales, centres d'altitude, plages, villes d'eaux, villes d'art de la France, etc.

Dans une galerie circulaire, au 1er étage du stand, sont exposés des tableaux schématiques de l'importance des réseaux. Chaque tableau est encadré d'une série d'agrandissements photographiques qui sont renouvelés chaque semaine. On peut ainsi admirer successivement les monuments du premier âge et gallo-romains, les monuments de la Renaissance et des XVIIe et XVIIIe siècles, les œuvres remarquables des grands musées de France : peinture et sculpture, vitraux, motifs d'orfèvrerie, arts locaux, tapisseries, etc., les ouvrages d'art des réseaux, les principaux sites et monuments des colonies. Le touriste peut renouveler, de semaine en semaine, ses visites au stand des réseaux, il est assuré d'y trouver des vues différentes. Il assiste, au surplus, dans une salle de cinéma contiguë à ce stand, à la projection de films touristiques accompagnés d'émissions d'airs de folklore ; les séances de projections ont lieu tous les jours dans l'après-midi.

Le stand donne accès au hall du matériel roulant. Là sont présentés des types récents de locomotives, de voitures à voyageurs, un wagon Pullman (avec services de thé et de rafraîchissements), des wagons pour le transport des marchandises, un autocar des services de tourisme des réseaux, les diverses essences des bois coloniaux utilisés pour la construction du matériel des chemins de fer, des maquettes de véhicules, des graphiques, dessins, diagrammes, des travaux conçus et exécutés par les jeunes apprentis des ateliers des réseaux, voire même une exposition rétrospective de la locomotion ferroviaire.

En vérité, une visite au stand touristique et au hall du matériel roulant des réseaux constitue une grande leçon de choses ; nous ne saurions trop la recommander aux amateurs de beaux voyages.

LES FRACTURES SPONTANÉES DES NOURRISSONS[1]

Par M. P. LEREBOULLET,

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

Les nourrissons normaux ont des os relativement solides. Cette relative solidité, elle est prouvée chaque jour par ce fait qu'un nourrisson peut tomber de son berceau, ou même d'une hauteur plus grande, sans se faire de fracture. Pour qu'un os de nourrisson se casse, ce n'est pas tant le choc extérieur, le traumatisme qui importe : c'est la prédisposition constitutionnelle, la disposition spéciale due à un vice de la nutrition osseuse, expression d'un trouble de l'état général. Les fractures spontanées du nourrisson relèvent donc bien plus de la médecine que de la chirurgie.

C'est souvent à la suite d'un traumatisme insignifiant, méconnu, que surviennent les fractures (elles sont rarement isolées, habituellement multiples). Fonctions du terrain, elles peuvent être dues à diverses causes, au premier plan desquelles se place le rachitisme. Fait curieux, A. Broca en parle à peine dans son beau livre sur la chirurgie infantile, et pourtant le squelette rachitique, pauvre en chaux, friable, est facilement fracturé. A la cassure fait place un cal, parfois volumineux, qui peut même simuler l'ostéosarcome (Broca) et dont il n'est pas exceptionnel d'observer la régression, ces faits pouvant, on le voit, être la cause de diverses erreurs de diagnostic. Parmi les autres affections susceptibles de provoquer des fractures chez le nourrisson, il faut encore connaître, outre la syphilis qui altère si facilement les os, la fragilité osseuse congénitale encore appelée maladie de Lobstein ou ostéopsathyrose.

Ces trois grands groupes de facteurs étiologiques: *rachitisme*, *syphilis*, *fragilité osseuse*, provoquent des fractures qui ne sont pas absolument superposables et ne comportent pas la même pathogénie. Il est intéressant de les rapprocher et c'est ce que je vais essayer de faire dans cette leçon à propos de trois cas récents de la clinique.

Voici tout d'abord une observation de rachitisme avec fractures multiples des os longs des membres.

Observation I. — L... (Jacqueline), entre au pavillon Pasteur le 7 octobre 1930, âgée de dix-huit mois. Elevée en nourrice, au lait ordinaire, jusqu'à l'âge de un an, elle est actuellement élevée par ses parents qui l'amènent pour des déformations des membres supérieurs et inférieurs datant de trois mois environ.

C'est une enfant pâle, fortement rachitique, et remarquable par le volume excessif de son crâne, un chapelet costal, des bourrelets épiphysaires sus-malléolaires et radiaux, la forme ogivale de la voûte palatine. Elle n'a qu'une dent et ne marche pas. La fontanelle antérieure n'est pas soudée.

L'examen clinique et des radiographies multiples permettent de dépister l'existence de fractures des deux membres supérieurs et inférieurs :

1° *Membre supérieur droit* : fracture des deux os de l'avant-bras avec double fracture du radius, dans le tiers moyen. Traits de fracture transversaux entourés d'une ombre floue, en manchon. Déviation angulaire à concavité antérieure.

2° *Membre supérieur gauche* : fracture des deux os de l'avant-bras avec double fracture du cubitus, à l'union du tiers moyen et inférieur. Angulation antérieure.

3° *Clavicule droite* : fracture avec cal à angulation antérieure, à la partie moyenne.

4° *Clavicule gauche* : fracture non consolidée, identique.

5° *Membre inférieur droit* : fracture des deux os de la jambe au tiers moyen avec chevauchement en X.

6° *Membre inférieur gauche* : fracture du péroné.

Toutes ces fractures sont remarquables par leur indolence, le déplacement très marqué des fragments osseux, leur bilatéralité et aussi leur symétrie, et l'aspect identique de la structure de tous les os : ils sont fortement décalcifiés, d'une transparence et d'une pâleur excessive, les épiphyses sont floues, avec aspect dentelé de leur bord libre qui est étalé en cupule, et semble élargi.

Calcémie : 0,083.
Phosphore sanguin : 0,0316.
Réserve alcaline : 45,3.
Cuti-réaction négative.
Wassermann négatif dans le sang.

L'enfant est soumise à un régime convenable (bouillies, purée de pommes de terre, lait) et prend, par jour, du jus de fruit en abondance, du vivoléol et du vitadone.

Le 3 décembre 1930, alors que tes signes de rachitisme sont inchangés, les radiographies montrent une recalcification osseuse intense.

Aux *membres supérieurs*, l'on ne distingue plus les traits de fracture, les os ont repris un aspect normal, sauf que les travées osseuses ont pris la direction des fragments antérieurement fracturés. L'angulation est bien moindre.

Au *membre inférieur droit*, il s'est formé un cal volumineux et diffus.

Au *péroné gauche*, un cal entoure également la zone fracturaire.

Toutes les épiphyses sont bordées de deuil, densifiées, épaissies, recalcifiées, mais restent élargies, d'aspect dentelé, effiloché, avec image « en peigne » de la partie terminale de l'os.

En résumé, chez une enfant de dix-huit mois fortement rachitique, *fractures multiples*, *indolentes*, *insidieuses*, *symétriques* et à peu près contemporaines, des clavicules, des os des avant-bras, des os des jambes, avec diminution du calcium et du phosphore sanguin. Après un mois et demi de traitement par un régime alimentaire convenable et des produits spécialisés de vitamines A et D : recalcification très intense du système osseux, formation de cals multiples et consolidation de toutes les fractures, mais persistance de tous les signes de rachitisme.

Il y a là un paradoxe fort curieux qui oppose la guérison des fractures des os malades à la persistance du vice de nutrition qui causa ces fractures, Les troubles métaboliques éclatent ici aux yeux, non seulement par la décalcification des os, évidente à la radiologie, et qui en explique la grande friabilité, mais encore par les examens chimiques qui furent pratiqués et révélèrent une calcémie de 0,083 au lieu de 0,100 à 0,120 p. 1.000, et un chiffre de phosphore sanguin de 0,031 au lieu de 0,040 à 0,050 p. 1.000.

Voici une autre observation qui permet de préci-

(1) Leçon du mercredi 17 décembre 1930, recueillie par M. Véran, interne du service.

ser encore mieux les rapports du rachitisme et de l'hypocalcémie.

OBS. II. — *Fractures multiples spontanées, rachitisme, spasmophilie.*

M... (Cécile), huit mois, entre le 19 mars 1930, salle Bouvier, pour convulsions. C'est une enfant floride, née à terme (poids de naissance : 3kg750), et qui a des convulsions depuis l'âge de six mois.

Les signes de rachitisme sont importants et nombreux : fontanelle antérieure largement ouverte, cranio-tabes pariéto-occipital droit, asymétrie cranienne, bourrelets radiaux bilatéraux, exagération de la courbure normale des tibias, bourrelets sus-malléolaires, chapelet costal, abdomen volumineux et flasque, hypotonie musculaire.

L'examen des divers viscères ne montre rien d'anormal. La recherche des signes de tétanie latente est fructueuse : les signes de Chvostek, de Weiss, de Trousseau sont positifs, tous ces signes sont bilatéraux et très nets. La recherche du dernier provoque une crise de pleurs, puis un cri strident avec apnée consécutive suivie de cyanose, ce tableau étant celui d'un spasme laryngé qui se reproduira plus tard à maintes reprises.

L'existence d'une impotence relative du membre inférieur droit et d'un gonflement de la partie inférieure de la cuisse fait pratiquer un cliché qui révèle une fracture sans déplacement de l'extrémité inférieure du fémur droit. Des radiographies de tout le squelette permettent de découvrir des fractures multiples, toutes indolentes et survenues spontanément, sans aucun traumatisme.

Aux *membres inférieurs* : fractures de l'extrémité inférieure du péroné et du tibia du côté droit ; fractures de l'extrémité inférieure du tibia, double fracture du péroné du côté gauche.

Au *membre supérieur gauche* : fracture de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus.

Ces fractures s'accompagnent de décalcification osseuse très marquée et d'élargissement des épiphyses avec aspect frangé.

L'hypocalcémie est manifeste : 0,062. Il existe une anémie légère. Les réactions de Wassermann sont négatives dans le sang et la cuti-réaction est également négative.

Le traitement prescrit est à la fois symptomatique (gardénal, KBr.) et étiologique (vigantol, R. U. V.). Après un mois de cette thérapeutique, la calcémie est remontée à 0,074, mais l'enfant contracte la rougeole, est évacuée à la Salpétrière où nous la perdons malheureusement de vue.

En résumé, chez un nourrisson de huit mois atteint de *rachitisme floride*, mais très accentué, avec *tétanie*, laryngospasme, hypocalcémie et décalcification osseuse intense, se développent spontanément des *fractures multiples et insidieuses.* Celles-ci tendent à se consolider, tandis que la calcémie remonte sous l'influence du traitement, mais le rachitisme qui a causé ces troubles continue son évolution. Ces deux observations sont tout à fait superposables. Il en est d'autres, nombreuses, qui pourraient en être rapprochées, et la suivante, particulièrement instructive, vous confirmera cette notion de rachitisme lié à l'hypocalcémie, générateur de fractures spontanées qui guérissent avec une ankylose plus ou moins disgracieuse, tandis qu'il continue d'évoluer.

OBS. III. — P... (Henriette), souffre à l'âge de deux mois, d'une arthrite purulente de l'épaule gauche entraînant une pseudoparalysie du membre supérieur gauche. Après un traitement chirurgical approprié, qui ramène du pus à staphylocoque doré, cette arthrite guérit et l'articulation recouvre peu à peu des mouvements physiologiques.

A l'âge de cinq mois et demi, l'enfant nous est de nouveau présentée pour une fracture du bras droit survenue à la suite d'un mouvement brusque. Le rachitisme est évident : il y a cliniquement chapelet costal, cranio-tabes, tuméfaction des épiphyses des quatre membres. La radiographie révèle une fracture complète transversale de la partie moyenne de l'humérus du côté droit, et des fractures des deux os des deux jambes cliniquement insoupçonnées. Les signes radiologiques du rachitisme sont des plus nets : décalcification intense, déformation des épiphyses élargies en cupules, os bordés et frangés. Il y a hypocalcémie (0,087) et le phosphore sanguin est également diminué (0,0297) tandis que la réserve alcaline est légèrement augmentée (67). Pas de signes de tétanie.

Le membre supérieur droit est immobilisé en bonne position dans une attelle, et l'enfant reçoit un régime varié en vitamines et enrichi de vivoleol et de vitadone.

Un mois et demi plus tard, les signes de rachitisme n'ont pas régressé, mais les fractures sont en voie de consolidation. Il s'est formé un cal en bonne position au membre supérieur droit, tandis qu'aux jambes le cal fixe une légère angulation des deux côtés. Par ailleurs, la décalcification osseuse n'a pas régressé et les signes radiologiques du rachitisme persistent.

En résumé, *rachitisme*, *fractures spontanées multiples*, chez un enfant affaibli par une *suppuration grave.* Sous l'influence de la thérapeutique recalcifiante, les fractures se consolident, mais les signes osseux, radiologiques et cliniques du rachitisme ne sont pas influencés et l'on ne constate même pas la recalcification générale du système osseux observée dans les cas précédents. Ajoutons à propos de ce cas qu'il est curieux de voir chez un même enfant, à quelques mois d'intervalle, deux pseudo-paralysies du membre supérieur de cause différente, l'une liée à une arthrite purulente, l'autre à une fracture.

Dans tous ces faits de rachitisme, la friabilité des os s'explique facilement par leur pauvreté en calcaire. Il n'en est plus de même dans la « *fragilité osseuse congénitale* » dénommée « *ostéopsathyrose* » par Lobstein en 1829, terme impressionnant par son cachet scientifique et qui n'est pourtant qu'une simple, mais nécessaire, étiquette masquant notre ignorance ! Elle a, souligne A. Broca, pour nos relations avec les profanes, l'avantage d'une apparence scientifique. Cette ostéopsathyrose que Lobstein avait remarquée être généralement associée à l'existence d'une teinte bleue des sclérotiques, fut depuis cet auteur l'objet de nombreux travaux dus à Marfan, Nobécourt, Broca, Sainton, Van der Hoewe, Apert, qui l'observèrent aussi bien chez l'adulte que chez le nourrisson.

L'un des cas les plus curieux que nous connaissons nous fut adressé en clientèle : il concernait un jeune garçon qui se fit, à l'âge de trois ans, en tombant de sa hauteur, une fracture de cuisse ; deux ans plus tard, en reculant et tombant sur ses pieds, il se fait deux fractures des tibias ; à six ans, il se fait à nouveau une fracture d'un tibia ; un peu plus tard, à la mer, après un traumatisme insignifiant, il a une fracture en sifflet de cuisse et peu de temps après, plusieurs fractures des doigts. Le sujet n'était pas

rachitique et ses os n'offraient aucune anomalie de structure aux rayons X (1).

Diverses particularités s'associent généralement à ce syndrome de fragilité osseuse congénitale, bien réunies par Apert dans ses observations déjà anciennes de malades heureusement qualifiés d' « hommes de verre ». Ce sont : la teinte bleue des sclérotiques, la surdité, l'existence de saillies craniennes en rebord, au frontal et à l'occiput, la transparence anormale des dents, les troubles auditifs, enfin et surtout le *caractère familial*. Ce fait de l'hérédité de la fragilité des os est bien le plus caractéristique. Contrairement à l'hémophilie, elle ne se transmet que si le géniteur est lui-même atteint d'ostéopasthyrose. Dans un fait rapporté par Broca, d'un enfant ayant eu 14 fractures, la mère eut 6 fractures, les sœurs de 2 à 5. Le nombre des fractures est parfois considérable et l'on cite une fillette de douze ans qui en eut 41. Cette familialité des hommes de verre n'est d'ailleurs pas constante et ces sujets peuvent avoir des enfants aux os non fragiles.

La fragilité congénitale des os peut ne s'accompagner d'aucun signe radiologique de décalcification osseuse ni d'hypocalcémie et pourtant ces os sont eux-mêmes peu riches en chaux, d'où leur fragilité.

L'observation relatée par Lesné, Hutinel et G. Dreyfus-Sée est, de ce point de vue, très instructive. Il s'agissait d'un enfant ayant eu des fractures multiples, avec teinte bleue des sclérotiques, aspect radiologique normal des os, calcémie normale, sans signes d'hypothyroïdie, et qui mourut d'infection pulmonaire aiguë. M. Waitz, pratiquant l'autopsie, détermina des fractures multiples des côtes en tentant d'enlever la cage thoracique. L'examen microscopique viscéral fut négatif dans l'ensemble. L'histologie révéla un certain degré de sclérose thyroïdienne avec vésicules colloïdes trop rares et très mal colorables. Surtout, l'examen chimique des os par M. Zizine montra une diminution considérable de leur teneur en calcium, atteignant presque 50 p. 100 de leur teneur normale, alors que la calcémie avait été trouvée à deux reprises normale.

Il existe donc des nourrissons non spasmophiles, non rachitiques, et en apparence bien portants dont les os se cassent comme du verre. Cette curieuse particularité les suivra dans la vie comme elle peut suivre leurs ascendants, car c'est une infirmité généralement familiale.

L'hérédo-syphilis peut être aussi la cause de fractures spontanées du nourrisson, mais elles méritent une étude à part que je ferai dans ma leçon prochaine. Retenez encore les deux dernières causes que vous devez connaître : la dysplasie périostale de Porak et Durante, qui provoque des fractures multiples chez des nourrissons qui meurent rapidement (2), et l'achondroplasie dont mon collaborateur Chabrun put récemment observer à la salle Parrot un cas dans lequel existait une fracture spontanée de l'humérus gauche.

De tous ces faits, il vous faut surtout retenir, parmi les facteurs de fractures spontanées du nourrisson, le rachitisme, si important, avec son hypocalcémie et sa décalcification osseuse, et l'ostéopsathyrose ou maladie de Lobstein.

Comment remédier au trouble du métabolisme calcique générateur de tous ces accidents? Il faut, de toute évidence, faciliter la fixation du calcium dans les tissus, et pour cela prescrire le calcium en nature, sous forme de chlorure de calcium, et concurremment l'huile de foie de morue, ou l'ergostérine, ou les rayons ultraviolets. Ces trois agents fixateurs du calcium seront successivement prescrits chez tous les malades, car ils peuvent n'être pas également actifs tous trois, et il faut recourir à chacun pour être plus sûr de tomber juste.

L'opothérapie constitue une arme accessoire mais utile. J'ai cru avoir de bons résultats par l'emploi de l'extrait thyroïdien. L'extrait surrénal total ou l'adrénaline semblent agir aussi comme régulateurs du calcium. L'extrait de thymus qui, par ailleurs, s'est révélé si actif dans certains états et notamment chez les cryptorchides, doit influer sur la croissance des os et leur pouvoir fixateur de la chaux. Ces extraits glandulaires, par leur action générale et excitatrice de toutes les sécrétions internes, complètent très utilement un traitement qui vise à aider la nutrition de l'organisme.

En cas de déplacement et d'angulation accentués des os fracturés, il faut s'efforcer de les immobiliser grâce à des attelles, en bonne position, tentative délicate s'il s'agit de fractures multiples. L'on évitera ainsi les ankyloses et attitudes vicieuses nécessitant, plus tard, des interventions chirurgicales et orthopédiques parfois très difficiles. Dans l'ensemble, c'est le « terrain » qu'il faut modifier et améliorer si l'on veut supprimer la tendance aux fractures qui n'est que l'expression d'un trouble de la nutrition osseuse et générale.

ACTUALITÉS

QUELQUES EMPLOIS RÉCEMMENT PRÉCONISÉS DU CHLORURE DE CALCIUM

Dans une brève étude parue ici même voici quelques années nous avons tenté de montrer quelle place importante occupe et mérite d'occuper le chlorure de calcium en thérapeutique médicale.

Notre dessein n'est pas de revenir aujourd'hui sur ce que nous disions à cette époque; l'usage, de plus en plus répandu, du chlorure de calcium a montré qu'il n'y avait guère à reprendre dans ce qui fut autrefois publié et qui a gardé toute sa valeur. Nous voudrions seulement étudier quelques

(1) Tout récemment, alors qu'il semblait depuis quelques années débarrassé de ces accidents, il a fait brusquement un arrachement du tendon rotulien qui s'est désinséré de la rotule, accident exceptionnel et qui paraît en partie dû à son état.

(2) Récemment (*Soc. de péd.*, 24 fév. 1931), M. Roederer a rapporté un cas de fractures intra-utérines multiples (double fracture des humérus, des radius, des cubitus, et aussi, semble-t-il, des deux fémurs), qu'il considère comme un exemple de dysplasie périostale, l'os chondral étant partout sain, et l'os périostal, au milieu de chaque diaphyse des os longs, étant fracturé.

emplois nouveaux que des travaux récents permettent d'ajouter à la liste, déjà notable cependant, des emplois déjà pratiqués.

Aucune propriété physiologique nouvelle, ne paraît au reste avoir été découverte : action coagulante et antihémorragique, rôle dans le métabolisme calcique général, action sur le fonctionnement du tube digestif et du rein, action sur les phénomènes mal connus et peut-être disparates que l'on convient jusqu'à plus ample informé de qualifier « chocs » ou « clasies ». Tout ce qui a été dit jusqu'ici conserve sa valeur.

Les travaux récents, de diverses origines, ont ajouté au bagage ancien quelques notions nouvelles; mais le cadre schématique, si imparfait qu'il soit, conserve sa valeur relative.

Médication antihémorragique. — Bien qu'il s'agisse là sans doute du plus ancien emploi connu du chlorure de calcium, la liste des indications s'est accrue en ces derniers temps. L'administration par voie intraveineuse, particulièrement depuis les travaux de Carnot et de Blamoutier, a permis des applications nouvelles, surtout contre les hémorragies du tube digestif où l'on peut, à bon droit, hésiter à troubler le repos indispensable à l'appareil atteint. L'injection intraveineuse permet dans ces cas de commencer sans délai un traitement qui de plus ne contrariera en rien l'application simultanée d'autres procédés thérapeutiques. On peut de plus administrer en même temps le chlorure de calcium par goutte à goutte rectal, ce qui permet d'atteindre sans difficulté les doses voulues. Il faut toutefois ne pas pécher par excès; dès 1893 Wright avait noté que si les doses moyennes favorisent la coagulation sanguine, les doses fortes l'entravent au contraire. La dose moyenne à employer chez l'adulte semble en conséquence être de 2 à 5 grammes par jour.

Le chlorure de calcium est indiqué dans toutes les hémorragies du tube digestif et il convient de noter que Nobécourt et Maillet et que Weill-Hallé en ont obtenu d'heureux effets dans le melœna du nouveau-né. Il ne peut naturellement à cet âge être question d'autre voie que la buccale. Une cuillerée à café toutes les deux heures d'une solution à 10 p. 100 alternant avec une quantité égale d'une solution de gélatine au même taux à semblables intervalles, semble malgré la dose relativement forte (6 grammes en vingt-quatre heures) avoir donné de bons résultats.

Comme médicament préventif des hémorragies post-opératoires, le chlorure de calcium tend à entrer dans la pratique courante. C'est notamment chez l'enfant, et à l'occasion d'ablation des amygdales ou de végétations adénoïdes que l'emploi en est particulièrement intéressant; la dose que s'accordent à donner la plupart des auteurs est de 0g20 à 0g30 par année d'âge et par jour, en commençant le traitement cinq jours avant l'opération et en le prolongeant les deux ou trois jours qui suivent.

Le même emploi du chlorure de calcium semble se vulgariser pour parer aux hémorragies parfois persistantes que provoque une avulsion dentaire, aux hémorragies d'origine obstétricale ou chirurgicale. On tend à réserver au médicament une place habituelle dans la préparation des opérés en général, à l'occasion des opérations sur la vésicule Winston a donné du chlorure de calcium par voie intraveineuse comme préventif des hémorragies et de l'insuffisance hépatique.

C'est cette même propriété antihémorragique, et sans doute aussi accessoirement les propriétés antitoniques et diurétiques, auxquelles on fait appel dans les maladies sanguines, avec une tendance plus marquée depuis quelque temps à faire du chlorure de calcium non seulement un médicament de l'accident hémorragie, mais encore un médicament modificateur du terrain. C'est ainsi que Vaquez, Enriquez, M.-P. Weill l'ont employé dans certains purpuras, Carnot et Blamoutier dans l'hémophilie. Ce sont surtout les purpuras à tendance hémorragique qui semblent nettement influencés. Dans l'hémophilie on voit progressivement se raccourcir le temps de coagulation et s'atténuer la tendance aux hémorragies. C'est ici plus que partout qu'il convient d'éviter les posologies exagérées. Il est prudent de ne pas dépasser 4 grammes par jour et d'interrompre le traitement pendant quelques jours tous les quatre ou cinq jours.

Carnot et Blamoutier ont obtenu dans ces cas des résultats satisfaisants avec deux injections intraveineuses par semaine (20 centimètres cubes de solution à 5 p. 100, dix à vingt injections consécutives).

Dans les formes hémorragiques des maladies infectieuses (scarlatine, variole, etc...) le chlorure de calcium peut être employé avec avantage.

Plus récemment Wright et Roger Vincent en ont conseillé l'emploi dans la fièvre hémoglobinurique d'origine paludéenne.

Médication antispasmodique. — Déjà employé antérieurement contre des accidents spasmodiques de divers ordres, le chlorure de calcium l'a été également dans la tétanie post-gravidique où son action paraît se faire dès les minutes qui suivent l'injection. Il ne semble malheureusement pas que la persistance de cette action soit égale à la rapidité avec laquelle elle se manifeste.

De même dans la tétanie chronique, Sainton l'a employé en solution à 10 p. 100 injectée dans les veines.

Le chlorure de calcium paraît aussi avoir de bons effets dans le traitement de chorées chroniques, de chorées d'origine gravidique.

Son action antispasmodique locale déjà utilisée contre le spasme de la glotte, les laryngites striduleuses, l'a été plus récemment par Chosson (de Marseille) chez des rétentionnistes : il a obtenu dans certains cas la miction spontanée en trente à cinquante minutes après l'injection intraveineuse de 1 gramme de chlorure de calcium. Il semble, d'après l'auteur, que le médicament mette en action plusieurs mécanismes : rétablissement d'un équilibre humoral altéré, action sur les muscles lisses et striés.

Peut-être est-ce aussi aux propriétés antispasmodiques du chlorure de calcium qu'il faut attribuer l'action favorable constatée dans les accidents consécutifs à la ponction lombaire. Targowla et Ombrédanne ont injecté dans ces cas 10 centimètres cubes

de solution à 10 p. 100 par voie intraveineuse. De même on a pu constater des effets, d'ailleurs inconstants, du chlorure de calcium dans l'épilepsie ou dans les accidents psychopathiques d'allure paroyxstique.

Médication digestive. — L'action du chlorure de calcium dans certains cas de vomissements est depuis longtemps connue. En ces dernières années, quelques cas de vomissements gravidiques ont été heureusement influencés par son emploi (Pellé).

Vedel et Puech ont également administré le chlorure de calcium en solution concentrée par voie intraveineuse contre diverses diarrhées aiguës ou chroniques, banales ou spécifiques. Ils ont eu de bons résultats, même dans des cas d'entérite dysentériforme à lamblia. Les résultats, par contre, ont été nuls dans les rectocolites dysentériques ou dysentériformes graves.

Thérapeutique des épanchements séreux. — On connaît déjà les travaux de Blum et Carlier sur les ascites de la cirrhose et sur la pleurésie exsudative dans leurs réactions au chlorure de calcium. Bolle, de Neuchâtel, a renouvelé ces essais dans 9 cas de pleurésie sérofibrineuse. Bien qu'on connaisse mal comment se comporterait un épanchement abandonné à lui-même, il a semblé à l'auteur que, contrairement à l'opinion de Burnand, le chlorure de calcium agissait favorablement dans 6 des 9 cas observés. Le médicament était donné à la dose de 15 grammes par jour et son action semble renforcée quand on fait prendre concurremment du salicylate de soude.

De même auparavant, dans des épanchements expérimentalement provoqués chez l'animal par injection de térébenthine, Gold avait noté que le chlorure de calcium semblait retarder l'apparition de l'épanchement.

Médication antichoc. — Dans ce domaine également, il semble ne rien y avoir à retrancher de ce qu'ont acquis les travaux anciens.

Expérimentalement, Cicinatti a étudié chez le cobaye l'effet du chlorure de calcium sur la crise anaphylactique hémoglobinurique artificiellement provoquée chez le cobaye. L'injection des antigènes d'un malade hémoglobinurique est sans action si l'on a préalablement traité l'animal par le chlorure de calcium, soit qu'il s'agisse d'un retour à un équilibre ionique normal, soit que l'action des protéines sériques ou globulaires dont le froid déclenche habituellement l'action se trouve empêchée par désensibilisation.

Le même auteur a observé chez l'homme la disparition, sous l'influence du médicament, des accès spontanés ou provoqués d'hémoglobinurie paroxystique a frigore. Nelson et Ferry ont employé avec succès cette méthode; de même Louis Ramond qui donne au chlorure de calcium la préférence sur l'autosérothérapie.

Weill-Hallé et Chabanier ont avec succès traité les accidents sériques par injection de 1/2 à 1 centimètre cube de solution à 50 p. 100.

Médication antiinfectieuse. — Rosen avait, il y a plusieurs années déjà basé sur la calcithérapie intraveineuse une méthode de traitement de la tuberculose sur la valeur de laquelle les conclusions sont loin encore d'être définitives; Clavelin et Sicard ont, depuis, tenté des essais analogues.

Cette méthode a inspiré à Haslé une méthode de traitement de la lèpre que légitiment les analogies bactériologiques entre le bacille de Koch et le bacille de Hansen.

L'auteur a employé une solution fraîche à 2 p. 100 de chlorure de calcium chimiquement pur dans l'eau distillée et a pratiqué des injections intraveineuses en deux séries de 15 injections séparées par quinze jours de repos. Chaque injection est de 150 centimètres cubes, soit 3 grammes de $CaCl^2$. L'injection faite lentement (quinze à vingt minutes) ne donne guère de malaise si elle est rigoureusement intraveineuse et faite en décubitus. Une saveur calcique, annonciatrice de vomissements, doit faire suspendre l'injection.

Haslé a ainsi traité 27 malades porteurs de lésions lépreuses typiques parmi lesquels 9 présentaient du bacille de Hansen dans le mucus nasal (lèpres tuberculeuses, 5; lèpres nerveuses, 12; lèpres mixtes 10). Ces lésions, toutes en activité, remontaient à dix mois au moins, huit ans au plus et l'état général de certains malades était des plus précaires.

Dans tous les cas, une certaine amélioration a été constatée.

Les taches maculeuses, toujours améliorées, ont disparu sept fois de façon complète au cours de la deuxième série d'injections. Les tubercules ont disparu chez sept malades complètement, et partiellement chez six. Les tubercules jeunes, en voie d'abcédation et d'ulcération, semblent les plus constamment influencés; les tubercules anciens s'assouplissent, mais l'épaississement n'a jamais disparu complètement.

Les ulcérations dans 15 cas se sont cicatrisées et parfois de façon précoce; l'ichtyose a guéri chez tous les malades qui en présentaient, au bout des deux séries d'injections. Les ganglions, au contraire, n'ont fait que diminuer sans disparaître. Les troubles trophiques ne s'améliorent que dans la mesure où ils sont évolutifs; aucune action sur les troubles trophiques constitués, ni sur les troubles moteurs ou sensitifs, ni réflexes. Succès réguliers cependant contre les névralgies.

Le coryza paraît fréquemment amélioré bien que le bacille de Hansen n'ait pas disparu du mucus nasal.

Il semble donc qu'il y ait là de quoi encourager à des études plus approfondies, en particulier, pour ce qui est de la durée des modifications obtenues.

L'épreuve de l'usage quotidien semble donc avoir été favorable au chlorure de calcium et la multiplicité des usages et des indications semble ne pas être ainsi qu'il est trop habituel en thérapeutique un signe d'impuissance. Sans doute la connaissance plus précise de ce que sont le choc et l'anaphylaxie ne fera-t-elle que mieux connaître au médecin l'arme dont il dispose.

R. LEVENT.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

GUÉRISSEUR. ABSENCE DE DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET REMÈDES

Le Tribunal correctionnel de Valenciennes a rendu, le 12 novembre 1930, un jugement d'où il résulte que le guérisseur qui exerce sur les malades, venant le consulter, une action non médicale, mais simplement morale, ne tombe pas sous l'application de la loi du 30 novembre 1892 et ne saurait être poursuivi pour exercice illégal de la médecine. Ce jugement, d'ailleurs, ne paraît pas être en accord avec un arrêt de la Cour de Cassation du 15 décembre 1922 (S. 1925-1-129).

En voici la teneur :

« Attendu qu'il est résulté des débats et notamment des déclarations de F..., prévenu d'exercice illégal de la médecine, que, depuis plusieurs années, de nombreux malades sont venus le consulter (cent cinquante mille au minimum, affirme-t-il), dont 50 p. 100 auraient été guéris;

Attendu que, d'après l'exposé fait à l'instruction et à l'audience par l'inculpé, exposé corroboré par les dépositions des témoins entendus et les très nombreuses attestations figurant au dossier, F... opérait d'une façon identique, quelle que fût la maladie de ceux qui se présentaient à lui : surdité, affection de la vue, du foie, de l'estomac, paludisme, tuberculose des os, paralysie générale, paralysie infantile, eczéma, phlébite, etc., etc.; qu'après avoir fait exposer aux malades la nature de leur mal et le siège de leurs douleurs, il leur demandait s'ils avaient la foi et s'ils croyaient en Dieu et en Jésus-Christ, puis, après leur avoir déclaré qu'il n'était pas médecin et qu'il agissait simplement comme intermédiaire de Dieu, il imposait les mains par-dessus les vêtements sur les parties souffrantes du corps; qu'ensuite, il renvoyait les malades sans les inviter à revenir et sans leur demander d'argent : que, néanmoins, si les clients insistaient pour le payer, il finissait par accepter ce qu'on lui remettait, sans vérifier le montant;

Attendu que, de cet exposé de la méthode de F..., il ressort qu'il ne portait pas de diagnostic sur les maladies qui lui étaient signalées et qu'il n'indiquait jamais de traitement à suivre ou de remèdes à absorber; qu'à ces divers points de vue, cette méthode (imposition des mains et invocation à la divinité) n'a rien de spécifiquement médical et se différencie totalement des procédés habituels des médecins ou chirurgiens, de même qu'elle n'utilise aucun des remèdes contenus dans les Codex de Pharmacie, en vue de guérir les maladies;

Attendu que cette méthode qui, aux termes de l'ordonnance de M. le Juge d'instruction, constituerait un traitement des malades, ne correspond pas davantage à la définition du traitement médical donnée par le « Dictionnaire » de Littré : traitement, manière de conduire une maladie à l'effet soit de la guérir, soit de diminuer le danger, soit de calmer les souffrances qu'elle cause, soit d'atténuer ou dissiper les suites qu'elle peut entraîner; qu'en effet, F... ne conduisait en rien les maladies de ses clients, qu'il ne voyait qu'une fois et souvent même alors qu'ils avaient suivi antérieurement et sans résultats des traitements prescrits par de véritables médecins, et que, d'autre part, ces clients auraient bien été empêchés de suivre un traitement conduit par lui, alors qu'il ne leur en prescrivait aucun;

Attendu, dans ces conditions, que le Tribunal ne peut que conclure que F... exerce sur les malades qui viennent le consulter une action non médicale, mais simplement morale, action qui sort, en conséquence, du champ d'application de la loi du 30 novembre 1892; qu'au surplus, cette appréciation doit être celle de ceux qui auraient tout intérêt à faire réprimer des manœuvres de nature à les concurrencer déloyalement dans l'exercice de leur profession, car aucun syndicat de médecins ne s'est constitué partie civile au procès;

Par ces motifs :

Déclare non établi le délit d'exercice illégal de la médecine qui est reproché à l'inculpé. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1931)

Syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens d'origine traumatique. — MM. Ph. PAGNIEZ et A. PLICHET présentent un homme de trente-quatre ans, qui, à la suite d'une chute accidentelle d'un sixième étage, se réveilla du coma avec une hémiplégie corticale gauche et une paralysie gauche des nerfs III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII et du sympathique. Malgré la présence, dans les antécédents du malade, d'une syphilis ancienne, correctement soignée, datant de dix années avant l'accident, avec des Bordet-Wassermann négatifs dans le liquide céphalo-rachidien, et malgré la présence d'un signe d'Argyll-Robertson, les auteurs rejettent cette étiologie, et pensent qu'il faut incriminer le traumatisme. Une fracture de rocher a dû léser directement les nerfs qui sont en rapport avec lui, et un hématome organisé s'est chargé de compléter le syndrome.

Un cas de nystagmus du voile avec myoclonies cervicales synchrones entraînant un mouvement global de la tête. — M. J. LHERMITTE, Mlles Gabrielle LÉVY et Monique PARTURIER présentent une femme de soixante-six ans, qui, à la suite de deux ictus, est atteinte de troubles de la parole légers, et surtout de secousses cloniques régulièrement rythmées qui intéressent les muscles du voile du palais, du pharynx, de la langue et s'accompagnent de clonies du même rythme des muscles cervicaux. Le nystagmus du voile, chez cette malade, est évident, mais, en même temps que le voile est attiré fortement par la contraction des muscles staphylins, on observe un mouvement global de la tête, qui porte celle-ci violemment du côté opposé au voile contracté.

On constate, en outre, des symptômes pyramidaux bilatéraux, qui sont associés à de légers troubles cérébelleux, mais qui n'entraînent pas une impotence complète des membres inférieurs.

En raison des constatations qui ont été faites par Foix et par ses collaborateurs, on peut penser à une lésion du faisceau central de la calotte, qui se propagerait probablement à l'olive bulbaire. La lésion protubérantielle se compliquerait, dans le cas présent, de lésions relativement discrètes du pied pédonculo-protubérantiel, ainsi qu'il arrive souvent dans l'âge avancé.

Le fait vraiment original de cette observation est l'association, au nystagmus du voile, de contractions cloniques des muscles cervicaux. Ce fait souligne les ressemblances qui relient certains faits de torticolis mental spasmodique avec les myoclonies, dont la localisation mésocéphalique n'est pas discutable.

M. André THOMAS émet quelques réserves sur la localisation exclusive des clonies vélo-palatines dans le faisceau central de la calotte.

Méningiome de la faux en bouton de chemise. Ablation de la tumeur intra et extracranienne. Stérilisation, puis remise en place du volet osseux. Guérison. — MM. Cl. VIN-

CENT, M. DAVID et P. PUECH présentent un malade opéré et guéri de méningiome de la faux, dans l'intention de préciser deux points de technique opératoire et de physio-pathologie.

Chez ce malade de soixante-cinq ans, le seul signe clinique consistait en une bosse frontale paramédiane gauche, apparue trois ans auparavant, et qui tripla de volume et devint douloureuse dans les deux mois qui précédèrent l'intervention.

Mis à part quelques troubles psychiques d'apparition récente, il n'existait aucun trouble neurologique ni oculaire.

L'intervention montra que la tumeur était formée de trois parties : intracranienne (méningiome en plaque), osseuse, extracranienne. Les portions extracraniennes et intracraniennes furent extirpées. Le volet osseux infiltré par le méningiome fut décollé, stérilisé à l'autoclave, pendant trente minutes, à 120 degrés, puis remis en place.

Les suites opératoires furent normales et le malade est actuellement guéri.

1° Du point de vue technique opératoire, la tumeur étant enlevée, il n'existait plus de dure-mère, ni d'os. Comme il s'agissait de la région frontale gauche, la dure-mère fut remplacée par du fascia-lata et l'os stérilisé remis en place. Le tout est parfaitement bien toléré. Cette technique est donc intéressante à connaître.

2° Du point de vue physio-pathologique, la portion de la tumeur qui envahissait le sinus longitudinal supérieur et qui dépassait à droite la ligne médiane, fut laissée en place. Le malade étant âgé de soixante-cinq ans, les auteurs ont pensé qu'il était préférable de lui laisser une longue survie sans accident immédiat, plutôt que de risquer de le rendre paraplégique, même passagèrement.

On sait, en effet, que la résection du sinus longitudinal peut n'être pas sans inconvénient immédiat, surtout quand sont intéressées les grosses veines afférentes au sinus (grande veine rolandique en particulier). Sa ligature risque d'amener une monoplégie ou une hémiplégie du côté opposé.

Il faut donc diviser, du point de vue opératoire, les méningiomes de la faux en deux catégories :

a. Ceux dont l'ablation ne nécessite pas la ligature de la grande veine rolandique;

b. Ceux, plus graves, dont la cure radicale réclamerait la ligature d'une ou des deux veines rolandiques. Cet acte opératoire, qui se pratique au voisinage des lobules paracentraux, peut provoquer, par un double mécanisme, des hémiplégies et des paraplégies. Ces troubles paralytiques s'améliorent d'ordinaire, quoique lentement. Au neuro-chirurgien de décider, selon les cas, si ces risques opératoires doivent être courus ou non.

La forme palilalique et échopalilalique aphone de l'automatisme verbal (à propos d'un cas de palilalie et d'échopalilalie survenues chez une vieille femme sans troubles mentaux, ni parkinsonisme, ni phénomènes pseudo-bulbaires évidents). — M. Gustave ROUSSY et Mlle Gabrielle LÉVY présentent une femme de soixante-dix-sept ans, parfaitement normale et bien portante, chez qui sont apparues, brusquement et sans ictus, une palilalie et une échopalilalie aphone, d'une intensité et d'une permanence exceptionnelles.

L'échopalilalie porte sur la répétition des mots entendus et des mots pensés. Ce trouble de la parole ne cesse qu'avec le sommeil et ne s'accompagne d'aucun trouble neurologique ni psychiatrique.

Les auteurs insistent sur la valeur de cette observation pour l'étude des troubles de l'automatisme verbal, moteurs ou psycho-moteurs, que l'on peut voir survenir au cours des syndromes pseudo-bulbaires, parkinsoniens et mentaux.

M. SOUQUES pense que la palilalie et l'échopalilalie constituent deux phénomènes bien distincts.

Paralysies récidivantes et alternantes de la troisième paire et de la sixième, évoluant par poussées depuis onze ans. — MM. GARCIN et DOLLFUS présentent un homme de vingt-sept ans, qui, depuis 1920, à de multiples reprises, a été atteint, tantôt à gauche, tantôt à droite, d'ophtalmoplégie purement intrinsèque. Chaque fois la paralysie disparaissait en quelques semaines, sans s'accompagner jamais de céphalée ni d'aucun autre symptôme neurologique, ni de fièvre, ni de somnolence. La ponction lombaire était négative. Les auteurs écartent le diagnostic d'encéphalite épidémique, qui avait été porté tout d'abord, — celui de migraine ophtalmoplégique, la migraine faisant constamment défaut — celui de myasthénie enfin. Ils rapprochent leur observation de l' « ophtalmoplégie externe récidivante » décrite par Bielschowski.

Cette observation est le point de départ d'une discussion intéressante sur les paralysies périodiques, à laquelle prennent part MM. André THOMAS, BAUDOUIN, LHERMITTE, BARRÉ, GUILLAIN.

Kyste épidermoïde intradural. — MM. J. FORESTIER, J. HAGUENEAU et PETIT-DUTAILLIS rapportent l'observation d'une femme de trente ans qui présentait un syndrome de radiculite sacrée bilatérale évoquant l'idée d'une compression médullaire. Une ponction lombaire ramena, avec le liquide, des fragments microscopiques d'une masse tumorale; à l'opération, on enleva un kyste épidermoïde en voie de nécrose; la guérison opératoire fut parfaite. Les auteurs discutent l'origine traumatique possible de ce kyste épidermoïde, qui siégeait au niveau d'une ponction lombaire faite pour rachianesthésie sept ans auparavant, et dont la structure rappelle celle des kystes épidermoïdes des doigts observés chez les ouvriers métallurgistes à la suite de piqûres.

Les hormones du lobe antérieur d'hypophyse et leur recherche dans le sang et dans l'urine. — M. BÉCLÈRE résume les travaux importants que Zondek a rassemblés dans son livre récent sur l'hormone du lobe antérieur de l'hypophyse, et il invite les neurologistes à étudier cette hormone pour le diagnostic et pour le traitement des syndromes hypophysaires.

M. BAUDOUIN poursuit des travaux dans ce sens avec M. Clovis Vincent.

Nouvelles recherches sur l'étiologie de la sclérose en plaques. — MM. P. LÉPINE et MOLLARET ont repris les expériences de Mlle K. Chevassut sur les granules obtenus par cultures du liquide céphalo-rachidien de malades atteints de sclérose en plaques. Leur conclusion est que ces granules n'ont rien de spécifique, qu'ils ne peuvent être cultivés, et qu'ils se produisent par floculats au moment de l'introduction du sérum sanguin. Les vaccins de Mlle Chevassut n'ont pas donné non plus, jusqu'à présent, de résultat thérapeutique.

Réactions vestibulaires dans les tumeurs des hémisphères cérébelleux. Valeur des signes de la dysharmonie vestibulaire et du retournement du nystagmus dans les tumeurs des hémisphères cérébelleux. — MM. BARRÉ et KLEIN.

Au sujet du syndrome subjectif des blessés du crâne. — MM. B. POMMÉ et R. LIÉGEOIS.

Parkinsonisme aigu chez un enfant, avec spasme de torsion consécutif. — MM. A. KREINDLER, R. ELIAS et S. DIAMANT (de Bucarest).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 6 MARS 1931)

Traitement des angiomes par la méthode sclérosante. — M. ETIENNE rapporte trois observations d'angiomes traités avec plein succès par l'injection de la solution quinine-uréthane utilisée dans le traitement des varices.

A propos d'une fracture méconnue de la colonne vertébrale. — MM. LAMARQUE et BERT rapportent une observation de fracture parcellaire de la colonne vertébrale découverte à l'occasion d'un examen radiographique.

Ils insistent sur l'intérêt médico-légal de ces fractures méconnues qui déterminent secondairement des séquelles importantes et en particulier un syndrome de Kummel-Verneuil.

Quatre cas de scoliose congénitale. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et HERAN.

Epilepsie réflexe consécutive à une blessure de guerre du bras droit. — MM. J. EUZIÈRE, H. VIALLEFONT et R. LAFON.

(SÉANCE DU 13 MARS 1931)

A propos de l'aspect radiologique du lobe de la veine azygos. — M. LAMARQUE.

De la nécessité de radiographier toujours l'appareil urinaire en totalité. — MM. E. TRUC et J. CADERAS.

Tuberculose rénale droite à évolution rapide chez un sujet dont le rein gauche était exclu depuis vingt ans. — MM. E. TRUC et J. HERAN.

Un cas complexe d'anisocorie avec atrophie optique gravidique. — MM. VILLARD, DEJEAN et Mlle SOULAS. Une femme de vingt-deux ans présente une dilatation de la pupille droite occasionnée par une pleurite du sommet droit. C'est un bel exemple du signe de Roque ou de mydriase par pleurite apicale de Sergent. Mais l'état clinique se complique d'une atrophie optique incomplète, avec rétrécissement concentrique du champ visuel, qui est apparu vers la fin d'une première grossesse et s'est accentué à la fin d'une deuxième. Cette atrophie optique gravidique est, selon toutes probabilités, causée par un spasme des artères rétiniennes, car l'acétylcholine a amélioré l'état oculaire et visuel.

Abcès du poumon. (*Présentation de pièces.*) — M. DUCAMP, Mme LONJON et M. CADERAS.

(SÉANCE DU 20 MARS 1931)

Quelques points de technique dans les sutures. — M. ETIENNE.

Deux cas curieux de sensibilisation : anaphylaxie digestive aux oranges; sensibilisation cutanée à l'eau des torrents. — M. A. PUECH. Dans le premier cas, la malade présente, depuis l'âge de trente-sept ans (elle en a actuellement soixante-huit), une demi-heure après l'ingestion d'oranges ou de mandarines, des crises paroxystiques avec pâleur et sensations lipotymiques, douleurs épigastriques et abdominales violentes, vomissements abondants. La cuti-réaction au jus d'orange est très fortement positive. La skeptophylaxie alimentaire empêche l'apparition des accidents d'intolérance.

Dans le deuxième cas, une éruption d'urticaire vésiculeuse apparaît en quelques instants sur les téguments chaque foi qu'ils sont en contact avec l'eau de torrents de la région du

Dauphiné; elle reste strictement localisée aux régions mouillées.

Volumineux fibrome pédiculé ayant simulé une tumeur ovarienne. (*Présentation de pièces.*) — MM. RICHE, FAYOT et LONJON.

(SÉANCE DU 27 MARS 1931)

Traitement hypotensif dans le glaucome. — M. CARRÈRE rapporte quatre observations parmi la douzaine de cas qu'il a traités, qui montrent les résultats excellents de l'association aux myotiques des médicaments hypotenseurs : acétylcholine et angioxyl, chez les glaucomateux ayant une tension artérielle élevée. Les effets heureux de la médication s'observent, non seulement sur l'ophtalmotonus, mais aussi et surtout sur le nerf optique; il est probable que la récupération très rapide de l'acuité visuelle et l'élargissement du champ visuel sont dus à l'action directe des produits employés sur les vaisseaux rétiniens.

Quelques points intéressants de chimie sanguine dans un cas d'éclampsie. — MM. CRISTOL, PUECH et MONNIER. Dans ce cas d'éclampsie puerpérale la période de convulsions (du 1er au 6 décembre) est suivie après une journée d'amélioration apparente d'une période de torpeur progressive avec œdème généralisé et oligurie extrême. La mort survient le 12 décembre par broncho-pneumonie intercurrente. L'azotémie monte entre le 1er et le 9 décembre de 0,58 à 5,62; dans le sang le taux des polypeptides est très élevé, descendant cependant à 0,120 le jour de l'amélioration clinique, l'azote urique et l'azote aminé sont légèrement augmentés : la réserve alcaline est progressivement décroissante; la chloropénie (5,55 à 3,61 de NaCl par litre de plasma) n'a aucunement influencé l'azotémie, ni la réserve alcaline, elle coïncide avec une hydrémie considérable.

Paralysie du droit supérieur par injection intraorbitaire. — MM. DEJEAN et DUPONNOIS. Des repérages anatomiques sur le cadavre par injection colorée et dissection consécutive et des essais cliniques poursuivis depuis plus de deux ans ont conduit les auteurs à pratiquer ainsi la paralysie isolée du muscle droit supérieur. L'injection antérieure, parallèle au muscle, est inefficace car elle n'atteint pas les nerfs et se heurte à une gaine fibreuse dense, enserrant le muscle. Au contraire l'injection portée en arrière sur la face inférieure du muscle atteint le nerf et diffuse aisément grâce à l'absence de gaine fibreuse dense. Elle procure une paralysie ou du moins une parésie, très précieuse pour les opérations portant sur la région scléro-cornéenne supérieure.

Deux cas de torsion intravaginale du testicule. — MM. E. TRUC et J. HERAN.

Adénome diffus du corps de l'utérus. — MM. RICHE, GUIBERT, FAYOT et LONJON.

Nouveau procédé d'anesthésie du nerf sous-orbitaire. — MM. DEJEAN et DUPONNOIS. A la suite de nombreuses recherches sur le vivant et sur le cadavre, les auteurs décrivent le procédé suivant pour pénétrer facilement dans le canal sous-orbitaire dans le but de faire une anesthésie complète du muscle.

Le point de pénétration de l'aiguille est le point où une ligne unissant l'espace compris entre les deux incisives et le tubercule sourcilier coupe le pli naso-génien, cette ligne passe par le trou sous-orbitaire.

L'inclinaison de l'aiguille doit être telle que sa direction prolongée aboutisse à la bosse pariétale du même côté.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DE LA DYSMÉNORRHÉE PAR L'HÉMYPNAL (1)

Par le docteur Madeleine JULY.

Chez beaucoup de dysménorrhéiques, en particulier chez les jeunes filles, il est très difficile de dégager les facteurs organiques ou lésionnels qui conditionnent la dysménorrhée et, partant, de les combattre étiologiquement.

En présence d'une de ces malades à système nerveux hyperesthésié, souffrant de troubles menstruels douloureux, avec souvent des nausées, vertiges, sueurs, lipothymies, caractéristiques de la dysménorrhée vagotonique, la médication analgésique et antispasmodique par les suppositoires d'hémypnal donne souvent des résultats inespérés. Ces malades sont rapidement soulagées, améliorées ensuite, avec effets à distance très heureux, grâce à la détente vagale et à la libération de l'anxiété psychique.

LIVRES NOUVEAUX

L'anion-phénomène phylétique, ou la séparation chimique des bactéries et des mycoses. Une contribution à l'hylergographie (2), par le professeur Fr. BOAS (de Munich). Traduit de l'allemand par le docteur C.-J. KŒNIG, ex-oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital américain de Paris.

Comme son titre l'indique, l'ouvrage de Boas montre l'action des ions et surtout des anions sur l'arrêt de développement des bactéries et des mycoses se basant sur la rangée de Hofmeister qui, elle-même, correspond à la rangée théorique d'hydratation. L'adjectif phylétique est employé pour montrer que les ions agissent sur des classes d'organismes par un effet d'élection. L'ion sulfocyanique (SCN), par exemple, a un seuil d'arrêt de croissance plus élevé pour les mycoses que pour les bactéries, tandis que l'ion sulfate (SO^4) a un effet inverse, quoique à un degré moindre. Il en est de même pour les ions intermédiaires de la rangée de Hofmeister, I, Br, NO^3. Mais il ne s'agit pas d'un effet de valence, ni de la réaction ionique, c'est-à-dire de l'effet du pH, réaction ionique qu'il ne faut pas confondre avec action ou effet ionique.

L'auteur explique ce dernier par hydratation et gonflement consécutif et par adsorption, qui est un phénomène de surface tandis qu'absorption est un phénomène de pénétration. SCN est fortement hydratant et par conséquent gonflant; et les microbes étant plus sensibles au gonflement que les mycoses succombent les premiers. SCN est également fortement adsorbé et empêche par conséquent la pénétration de substances nutritives à l'intérieur de la cellule. L'ion sulfate par contre est peu gonflant, mais au contraire s'hydrate lui-même et étant moins absorbé n'empêche pas la pénétration de substances nutritives à l'intérieur de la cellule. L'ouvrage contient beaucoup d'aperçus intéressants qui montrent entre autres, comment certaines cellules (c'est le cas des mycoses) sont protégées contre les ions par une abondance de corps, comme les lipoïdes, les albumines, les phosphatides, etc. qui sont tous des colloïdes.

(1) *Concours méd.*, 6 juillet 1930, n° 27.

(2) Un vol. in-8 raisin de 100 pages avec 12 fig. et nombreux tableaux. — Prix : 25 fr. — Paris, Vigot frères.

NOTES POUR L'INTERNAT

TABES

SIGNES ET DIAGNOSTIC

GÉNÉRALITÉS

Le tabes ou ataxie locomotrice est caractérisé :

Anatomiquement par : 1. La sclérose des cordons postérieurs de la moelle et des racines rachidiennes postérieures ;

2. Cette atteinte radiculaire paraît être la conséquence de la méningite syphilitique. D'où :

Cliniquement : Maladie des faisceaux nerveux sensitifs expliquant :

— *Les troubles sensitifs* considérables de cette maladie : subjectifs et objectifs;

— *La topographie radiculaire* de ceux-ci;

— *La rupture de l'arc réflexe* ;

— *L'abseuce de paralysies* dans cette affection, mais les troubles d'incoordination dus aux lésions du faisceau sensitif.

Etiologiquement : Syphilis acquise. Apparition tardive vers quarante à cinquante ans. Association au tabes de signes de syphilis tertiaire.

CLINIQUE

Aspect général. — 1. Le schéma évolutif classique de l'ataxie locomotrice progressive, établi par Duchenne de Boulogne, était le suivant :

Trois étapes : 1° période pré-ataxique ; 2° période d'ataxie; 3° période cachectique.

2. De nos jours, le tableau clinique semble être différent. Dans la majorité des cas, on observe surtout des *formes frustes du tabes, sans ataxie* le plus souvent, et il s'agit d'une affection essentiellement polymorphe revêtant une infinité d'aspects cliniques :

3. Importance au point de vue pronostique et thérapeutique du tabes évolutif, du tabes fixé.

Symptômes. — A. **Premier tableau : Formes frustes.** — Nous décrirons tous les signes pour lesquels le malade peut venir consulter. Il présente en général un ou deux de ces signes. Ceux-ci permettent d'établir l'hypothèse de tabes. On pratiquera alors l'examen neurologique complet pour rechercher quelques autres signes de la série tabétique qui permettront d'affirmer la maladie.

Nous décrirons ensuite le tabes évident plus rare de nos jours avec les gros signes d'ataxie.

Signes fonctionnels. — 1. Troubles sensitifs : les plus constants, les plus précoces. A. *Douleurs*. a. *Douleurs spontanées survenant par crises*. — *Siège* : aux membres inférieurs, aux mollets, au pied, au genou. Parfois, plus rarement, on peut les observer aux membres supérieurs, siégeant de préférence le long du bord interne du bras, de l'avant-bras, se prolongeant jusqu'au petit doigt (Charcot).

Caractères. — Caractère lancinant : *piqûre*.

Caractère térébrant donnant la sensation de traverser de part en part les membres, mais surtout *caractère fulgurant* sillonnant les membres comme un éclair.

Ces douleurs sont *brusques*, atteignant tout d'un coup leur paroxysme, arrachant des cris au malade.

Evolution. — *Surviennent par crises* de plusieurs jours, séparées par des périodes d'accalmie de plusieurs semaines ou de plusieurs mois.

b. *Douleurs permanentes*. — Ce sont des douleurs *constrictives* : 1. soit en ceinture, 2. soit au niveau des membres, douleur en bracelet, en brodequin.

B. *Sensations dysesthésiques*. — De l'extrémité des membres : pieds, mains.

Sensation de *froid*, *d'eugourdissement*, de *fourmillement*, sensation *prurigineuse*. Impression d'emplâtre collé au visage (masque tabétique de Charcot).

2. Manifestations viscérales. — Parfois le malade vient consulter pour une manifestation viscérale.

A. *Crises viscérales*. — 1. *Crises gastriques* : Les plus fréquentes des crises viscérales. Manifestations parfois précoces.

Début : brusque et sans cause.

Etat : *Douleurs gastriques atroces*.

Vomissements répétés. Intolérance gastrique absolue.

Atonie profonde de l'état général avec grosse asthénie.

Evolution. — Rebelles à tout traitement ; douleurs et vomissements durent deux à huit jours, puis cessent brusquement.

Les crises se répètent à intervalles irréguliers. Elles peuvent se reproduire pendant des années, puis disparaitre sans raison.

3. Crises intestinales. — Rarement pures, plus ou moins associées à crises gastriques.

Polymorphisme. — Suivant les cas, douleurs, diarrhée ou bien constipation, pseudo-obstruction. Souvent au niveau du rectum : épreintes, ténesme.

4. Crises respiratoires. — a. *Crises laryngées* : trois types :

1° *Crises d'asphyxie* ;

2° *Vertige laryngé*. — Crise d'étouffement accompagnée de vertige ;

3° *Ictus laryngé*. — C'est en somme une crise comitiale avec aura laryngé. Le sujet éprouve une brûlure au larynx, il tousse, perd connaissance, tombe à terre. Au bout de quelques instants, le malade revient à lui.

b. *Paralysies laryngées*. — 1° *Paralysie des dilatateurs* (crico-arythénoïdien postérieur). Signes d'obstruction glottique, gêne de la respiration.

2° *Paralysies des constricteurs*. — Troubles phonatoires.

B. *Autres manifestations viscérales*. — *Troubles urinaires* : Le sujet peut se présenter absolument comme un urinaire.

a. *Vessie*. — 1. *Difficulté de la miction qui se fait avec lenteur*. Le malade devient *pousseur* pendant toute la miction (anesthésie de la muqueuse uréthrale).

Parfois légère incontinence (perte de quelques gouttes d'urine la nuit, seul signe.

2. *Parfois perte du besoin d'uriner* (anesthésie vésicale). — Rétention. Quelquefois, enfin, le malade est obligé de se sonder, il s'infecte.

b. Dans quelques cas, crises douloureuses paroxystiques, vésicales, rénales, simulant la lithiase.

(*A suivre.*)

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

Le problème du cancer dans ses aspects psychiques, par M. le professeur Forgue.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de biologie.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DES CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — Jury : MM. Toupet, Bazy, Thiéry, Michon, Chevassu, Bréchot, Guillain.

— CONCOURS DE PROSECTEUR DES HÔPITAUX. — Jury : MM. Dujarier, Lenormant, Sorrel, Monod (Robert), Kuss, Rouhier, Faroy.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS — M. Lemaire (Fernand), agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à ladite faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Sebileau).

— *Concours de l'adjuvat.* — Liste des candidats :

MM. Billet, Asselin, Hepp, Van der Elst, Baumann, Vuillième, Palmer, Lebel, Dufour, Rudler, Mouchet, Monod.

Première séance de lecture. — MM. Billet, 23 ; Hepp, 23 ; Asselin, 22 ; Van der Elst, 22.

— BORDEAUX. — Par décret en date du 20 mai 1931, le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1931, aux agrégés près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux ci-après désignés :

MM. Golse, agrégé de pharmacie ; Muratet, agrégé d'anatomie pathologique.

— TOULOUSE. — M. J.-E. Abelous, professeur de physiologie, a été réélu doyen pour trois ans.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Duclaux, directeur du laboratoire à l'Ecole pratique des hautes études, docteur ès sciences, est nommé professeur titulaire de la chaire de biologie générale du Collège de France, en remplacement de M. Gley, décédé.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Dimanche 17 mai a eu lieu l'Assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France, sous la présidence de M. le docteur Bellencontre, président.

Cette réunion qui est la 69e, a eu lieu dans la salle des séances de l'hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, siège de la Confédération des syndicats médicaux français et également siège de l'A. G.

Soixante sociétés départementales étaient représentées par leur président, secrétaire, trésorier ou délégués, et après avoir approuvé le compte rendu financier du trésorier et attribué, sur le rapport du docteur Dibos, neuf pensions viagères, a passé à l'examen des vœux émis par les sociétés locales et engagé une intéressante discussion sur la question de l'indemnité maladie.

A 20 heures, dans les salons du cercle d'Iéna, un banquet de 90 couverts réunissait, sous la présidence de M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique, les invités de l'Association et tous les délégués ayant pris part à la réunion.

Au dessert, M. le président Bellencontre adressa, au nom de l'Association, à M. le ministre de la Santé publique ses plus sincères remerciements pour le grand honneur qu'il lui avait fait en acceptant la présidence de ce banquet annuel, il l'assura du concours toujours dévoué du corps médical dans la tâche délicate qu'il avait assumée, et remercia toutes les personnalités présentes d'avoir bien voulu répondre à l'invitation du conseil général. Il félicita tous les présidents et les délégués des sociétés locales du zèle et du dévouement qu'ils apportent à l'accomplissement de leur tâche souvent ingrate et leva son verre à la prospérité toujours croissante de notre grande œuvre de solidarité professionnelle.

M. Cibrie, au nom de la Confédération des syndicats médicaux français, M. Dartigues, au nom de l'U. M. F. I. A., M. Kerguistel, comme doyen d'âge, et M. Merlin, sénateur, prirent ensuite la parole pour remercier le président de l'aimable invitation qui leur avait été adressée et lui affirmer toute la sympathie qu'ils éprouvent pour le but généreux que

poursuit depuis plus de soixante-dix ans l'Association générale des médecins de France.

M. C. Blaisot, ministre de la Santé publique, clôtura la série des discours par une brillante allocution où il affirma toute la sympathie qu'il a toujoure eue pour le corps médical et toute la confiance qu'il avait dans sa précieuse collaboration pour faciliter la tâche qui lui était confiée au sein du gouvernement.

Ses dernières paroles furent accueillies par une triple salve d'applaudissements.

Société médicale du littoral méditerranéen. — Ier Voyage médical international dans les Alpes (le Dauphiné, la Savoie), avec excursion facultative en Suisse, sous le patronage de la Faculté de médecine de Lyon et de l'Ecole de médecine de Grenoble, avec la direction scientifique de M. le Professeur Piéry et de M. le professeur agrégé Thévenot. (Climatologie et hydrologie, histoire et pathologie générale.)

Grenoble et la Chartreuse. — *Mercredi 1er juillet* : arrivée facultative à Grenoble selon les horaires des trains. — Concentration à l'hôtel Majestic. — Le transport de la gare à l'hôtel est à la charge des voyageurs ainsi que les frais de séjour avant 16 h. — A 16 h., réunion au Syndicat d'initiative : visite de la ville et du musée dauphinois. — A 18 h. 30, réception au jardin des Dauphins. — A 19 h. 30, dîner à l'hôtel. — A 21 h., réception par la Municipalité.

Jeudi 2 juillet : petit déjeuner à 8 h. 30. — Réception à 9 h., à l'Ecole de médecine de Grenoble. — Ouverture du voyage par le professeur Porte, directeur de l'Ecole. — Conférence inaugurale par le professeur Piéry, de la Faculté de Lyon : Les caractéristiques thermales, climatiques et géographiques des Alpes. — Départ (avec bagages) à 10 h. 30. — Tous les parcours seront effectués en autocars, de Grenoble à Evian. — Le Sappey. — Le col de Porte (1.325 mètres). — Déjeuner à 12 h. 30 à l'hôtel du Grand Som, à Saint-Pierre-de Chartreuse. — Départ à 14 h. — Visite du monastère de la Grande Chartreuse. — Départ à 16 h. — Saint-Laurent-du-Pont. — Voreppe. — Les gorges d'Engins. — Arrivée à Villard-de-Lans à 19 h. — Réception et dîner à l'hôtel de l'Adret, à 20 heures.

Villard-de-Lans et le Vercors. — *Vendredi 3 juillet* : petit déjeuner à 8 h. 30. — A 9 h., visite de l'Adret, du pavillon d'isolement, de l'Institut de physiothérapie, du Solarium, des terrains de sports et de culture physique, des hôtels. — Déjeuner à 11 h. 30. — Départ à 13 h. 30 (avec bagages). — Les gorges de la Bourne. — Pont-en-Royans. — Les grands goulets. — Visite du home d'enfants d'Andrevières, à Autrans. — Lans. — Thé à 16 h., à la pension d'enfants des Ramais. — Retour par le Belvédère de Saint-Nizier. — Grenoble. — Arrivée à Uriage à 18 h. — Conférence médicale. — Répartition dans les hôtels. — Réception et dîner à 20 h. — Soirée au Casino.

Uriage et l'Oisans. — *Samedi 4 juillet* : petit déjeuner à 7 h. 30. — A 8 h., visite de l'établissement thermal. — Départ à 9 h. (avec bagages). — La gorge de Livet. — Le bourg d'Oisans. — Vallée de la Romanche. — Déjeuner à la Grave. — Les glaciers de la Meije. — Le col du Lautaret (2.075 m.). — Le col du Galibier (2.658 mètres). — Valloire. — Saint-Michel et Saint-Jean-de-Maurienne. — Si les conditions climatiques ne permettent pas de franchir les cols du Lautaret et du Galibier, on passera par le col du Glandon (1.951 mètres) et la Maurienne, ou l'on reviendra par la Grave, le bourg d'Oisans, Vizille, Uriage et la vallée de l'Isère. — Arrivée à Allevard à 19 h. — Répartition dans les hôtels Splendide et Ermitage. — Dîner individuel, Soirée au Casino.

Allevard. Challes. — *Dimanche 5 juillet* : petit déjeuner libre. — Réunion à 10 h. devant l'établissement thermal. — Visite de la station. — Réception et déjeuner à l'hôtel Splendide à midi. — Départ à 14 h. (avec bagages). — La vallée de l'Isère. — Montmélian. — Arrivée à Challes vers 15 h. — Répartition dans les hôtels. — A 16 h. 30, réunion à l'hôtel du Château et réception par le Syndicat d'initiative, conférence médicale, visite de la station et des établissements thermaux. — A 20 h., réception, dîner et soirée au Casino municipal.

Aix-les-Bains et le Revard. — *Lundi 6 juillet* : petit déjeuner à 7 h. 30. — Départ à 8 h. (avec bagages). — Les Déserts. — Le mont des Ramées. — Le mond Revard (1.545 mètres). — Déjeuner à 11 h. 45 au grand hôtel P. L. M. — Départ à 14 h. — Leschéraines. — Vallée des Bauges. — Pont de l'Abîme. — Arrivée à Aix-les-Bains à 17 h. — Visite de l'établissement thermal. — Répartition dans les hôtels à 18 h. — Dîner individuel à 20 h. — Représentation théâtrale.

Aix-les-Bains et le Lac. — *Mardi 7 juillet* : petit déjeuner libre. — A 10 h., réunion au Syndicat d'initiative : visite des bains romains, des grottes thermales, de Marlioz, de l'Institut Zander et du Solarium tournant. — A 12 h. 30, déjeuner individuel dans les hôtels. — A 14 h. 15, excursion sur le Lac du Bourget et visite de l'abbaye royale d'Hautecombe. — A 19 h. 30, réception par la municipalité et dîner au grand Cercle. — Représentation théâtrale.

Moutiers. Salins. Brides. — *Mercredi 8 juillet* : petit déjeuner à 9 h. — Départ à 9 h. 30 (avec bagages). — Arrivée à Rumilly à 10 h. 30. — Visite des usines de la Compagnie générale du lait Mont-Blanc. — Déjeuner à midi. — Départ à 14 h. — Le lac d'Annecy. — Faverges. — Ugine. — Albertville. — Notre-Dame de Briançon. — Arrivée à Moutiers-Salins à 17 h. 30. — Visite de l'établissement thermal et de la piscine. — Départ à 18 h. 30. — Arrivée à Brides à 19 h. — Répartition dans les hôtels des Thermes, Royal et

(Voir la suite, p. 825.)

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Grand Hôtel. — A 20 h., réception et dîner à l'hôtel des Thermes. — Soirée au Casino.

Brides. Saint-Gervais. — *Jeudi 9 juillet* : petit déjeuner à 8 h. — A 8 h. 30, visite de la station et des établissements thermaux. — Départ à 10 h. 30 (avec bagages). — Arrivée à La Léchère à 11 h. — Visite de l'établissement thermal et de la station. — A midi, réception et déjeuner à l'hôtel Radiana. — Départ à 14 h. — Les gorges de l'Arly. — Mégève. — Arrivée à Saint-Gervais à 17 h. — Visite de la station, du préventorium d'enfants et de l'établissement thermal. — Répartition dans les hôtels. — A 20 h., réception et dîner.

Chamonix. Le Montenvers. — *Vendredi 10 juillet* : petit déjeuner à 8 h. — A 8 h. 30, départ (sans bagages). — Visite de l'établissement thermal du Fayet. — Arrivée à Chamonix à 10 h. — Visite du home d'enfants Le Prieuré. — Ascension à 11 h. 30, par le funiculaire, au Montenvers. — La Mer de Glace. — Déjeuner à 12 h. — Descente à 15 h. 35. — A 17 h. 30, réception par la municipalité. — Départ à 18 h. 30. — Retour à Saint-Gervais. — Dîner. — Soirée libre.

Passy. Thonon. Evian. — *Samedi 11 juillet* : petit déjeuner à 7 h. 30. — Départ à 8 h. (avec bagages). — A 9 h., visite du village-sanatorium de Praz-Coutant et des organisations sanatoriales de Passy. — A 11 h., visite à Sancellemoz, des sanatoriums d'Assy. — A 12 h., déjeuner au grand hôtel du Mont Blanc et visite de l'établissement. — Départ à 14 h. — Le col des Jets (1.163 mètres). — Arrivée à Thonon à 17 h. — Réception par la Société de médecine et visite de l'établissement. — Départ à 18 h. — Amphion. — Arrivée à Evian à 18 h. 30. — Répartition dans les hôtels Splendide et Royal. — Dîner individuel. — Soirée libre.

Evian. Le lac Léman. — *Dimanche 12 juillet* : petit déjeuner à 8 h. 30. — A 9 h., visite des sources, du griffon, de la buvette et des salles d'embouteillage. — A 11 h. 30, réception par les Sociétés thermale et de médecine, à Evian-Plage. — A 12 h., réception par la Société des eaux minérales d'Evian, et déjeuner d'adieux à l'hôtel Royal. — Promenade sur le lac et départ facultatif dans l'après-midi. — Le transport de l'hôtel à la gare est à la charge des voyageurs, ainsi que les frais de séjour après 17 h.

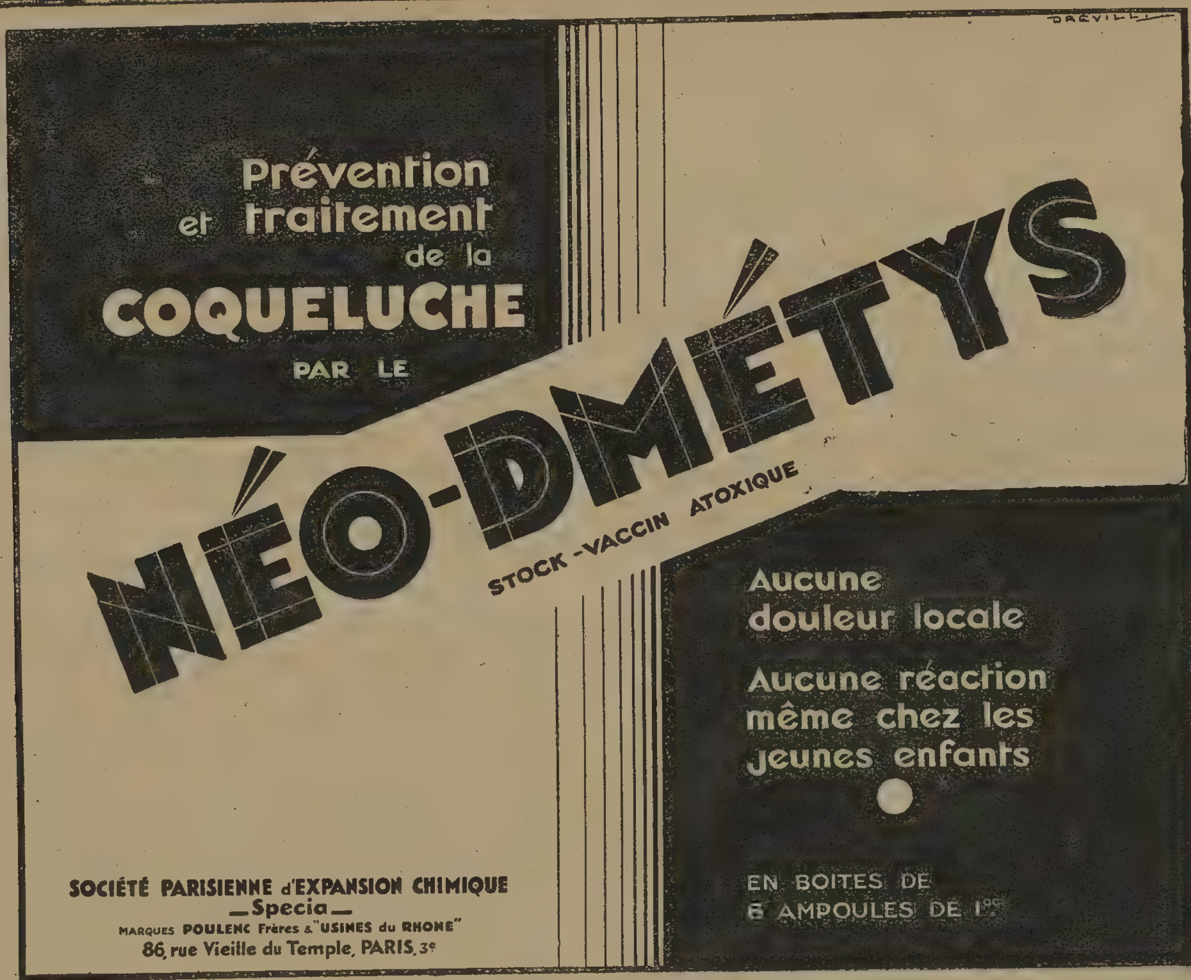
Excursion en Suisse. (Ce voyage est organisé avec l'aide de l'Office national suisse de tourisme.) — **Evian. Genève.** — *Dimanche 12 juillet.* — Départ d'Evian vers 15 h. 30 (avec bagages et passeports). — Arrivée à Genève à 17 h. — Installation à l'hôtel. — A 19 h. 30, dîner. — Réception au Casino.

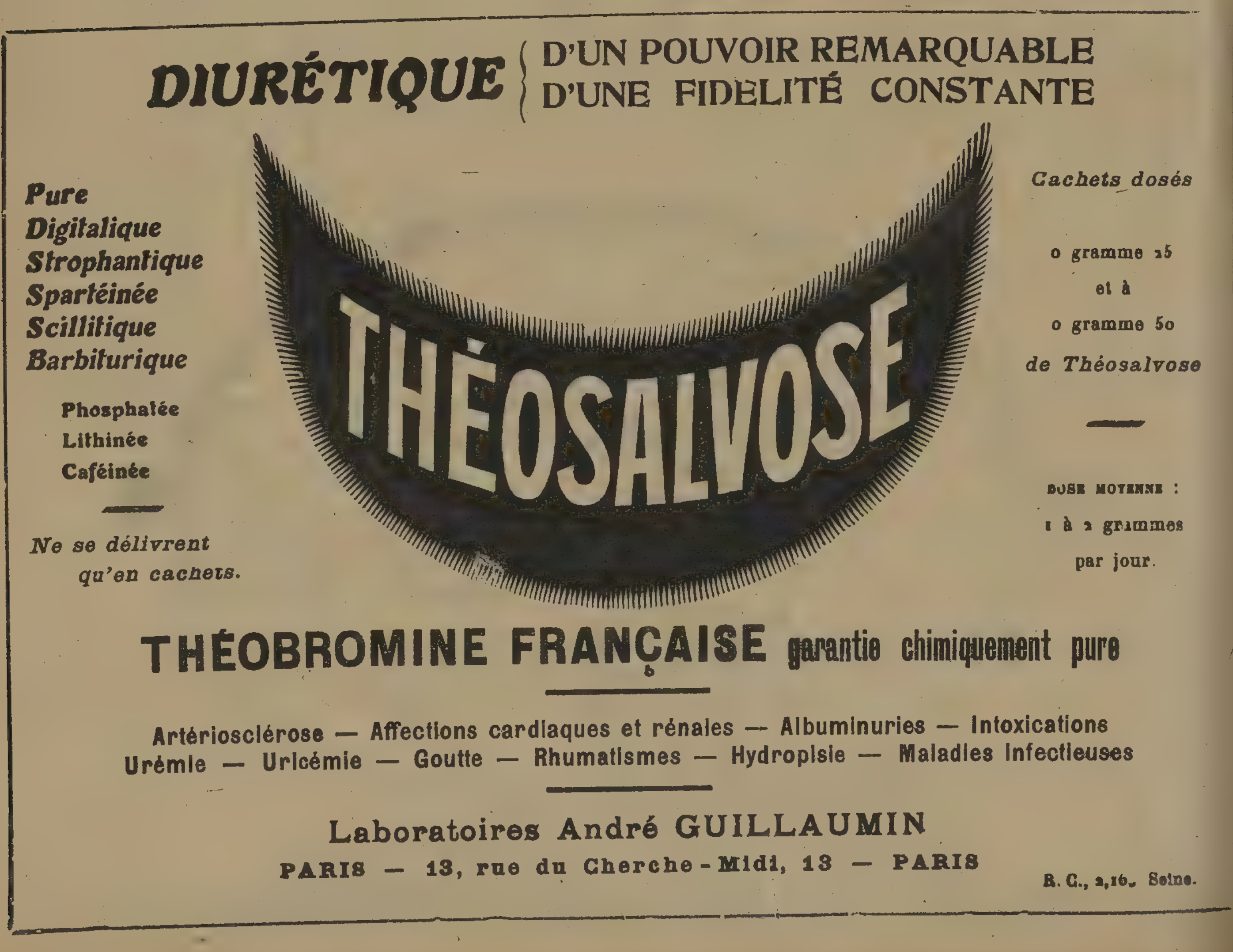
Le Lac Léman Lausanne. — *Lundi 13 juillet.* — Petit déjeuner à 8 h. 30. — Départ à 9 h. en autocar pour la visite de la ville. — Réception à la Faculté de médecine. — Retour à l'hôtel à midi. — Embarquement à 12 h. 30 (avec bagages). — Déjeuner à bord. — Départ à 13 h. 30. — Arrivée à Ouchy à 16 h. 25. — Visite de Lausanne en autocar. — Réception au Lausanne-Palace à 17 h. 30 — Départ en chemin de fer à 18 h. 30 pour Montreux. — Arrivée à 18 h. 55. — Installation et dîner à l'hôtel. — Soirée libre.

Montreux. Leysin. — *Mardi 14 juillet.* — Petit déjeuner à 8 h. 30. — Départ à 9 h., en autocar (sans bagages). — Visite de la clinique Valmont. — Château de Chillon. — Aigle. — Ascension à Leysin. — Déjeuner à 12 h. 30. — Visite de la Clinique-Manufacture du docteur Rollier. — Retour à Montreux vers 18 h. — Réception, dîner et bal tricolore au Kursaal à 20 h.

Montreux. Le Lac de Brienz. — *Mercredi 15 juillet.* — Petit déjeuner à 9 h. — Réunion à la gare principale à 9 h. 30 (avec bagages). — Départ à 10 h. par le train Pullman. — Déjeuner dans la voiture-restaurant. — Arrivée à Interlaken à 14 h. — Installation à l'hôtel. — Promenade en bateau sur le lac de Brienz, de 16 à 18 h. — Dîner à l'hôtel et soirée au Kursaal.

Interlaken. La Jungfrau. — *Jeudi 16 juillet.* — Petit déjeuner à l'hôtel. — Ascension à la Jungfrau (sans bagages). — Déjeuner à l'hôtel Jungfraujoch (3.457 mètres). — Retour par Grindenwald. — Arrivée à Interlaken à 18 h. 49. — Dîner à l'hôtel. — Départ facultatif à 20 h. 55 par Delle et Belfort. — Arrivée à Paris le lendemain, 17 juillet à 9 h. 25.


Prévention
et traitement
de la
COQUELUCHE
PAR LE
NÉO-DMÉTYS
STOCK-VACCIN ATOXIQUE
Aucune
douleur locale
Aucune réaction
même chez les
jeunes enfants
EN BOITES DE
6 AMPOULES DE 1cc
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e


DIURÉTIQUE
D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE
Pure
Digitalique
Strophantique
Sparteinée
Scillitique
Barbiturique
Phosphatée
Lithinée
Caféinée
Ne se délivrent
qu'en cachets.
THÉOSALVOSE
Cachets dosés
0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose
DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.
THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure
Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses
Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS
R. C., 2,16. Seine.

LE PROBLÈME DU CANCER DANS SES ASPECTS PSYCHIQUES [1]

Par M. le professeur FORGUE, *membre correspondant de l'Institut.*

> « Il serait si important de connaître l'étiologie du cancer qu'on pardonne volontiers à ceux qui s'en occupent toutes les suppositions. »
> VELPEAU.

Il n'est pas, hormis l'incertaine question de la Paix mondiale, de problème qui s'impose aux esprits de notre temps avec une plus angoissante actualité, ni d'une façon plus universelle, que celui du cancer. Le public, qui attend, comme une révélation prochaine et soudaine, la découverte de la cure radicale, et que trop d'annonces intéressées et décevantes déconcertent, ne mesure ni la complexité de ce problème, ni les lentes étapes par lesquelles nous devons nous acheminer vers la connaissance de la cause première du mal. Et, cependant, si, d'une vue d'ensemble, vous pouviez, à l'heure présente, pénétrer dans tous les laboratoires du monde entier, vous admireriez l'effort commun des chercheurs qui poursuivent la solution de l'énigme. Songez *qu'il y a trente-cinq ans à peine que ces études de cancérologie expérimentale ont débuté*, en 1894, par la remarquable réussite d'un Français, Moreau, qui, par ses greffes en série, de cancer mammaire de la souris, a eu l'honneur de porter le problème étiologique du cancer sur le terrain solide de l'expérimentation. Considérez *qu'il y a seulement une vingtaine d'années, que des Français*, encore, *ont eu l'initiative de produire artificiellement une tumeur*, chez le rat, par l'action des rayons X, *et que le cancer du goudron*, qui, de tous les cancers expérimentalement provoqués, sera le plus fécond en études de prophylaxie et de thérapeutique (en nous permettant des recherches sur les moyens de contrarier l'apparition de l'évolution du cancer provoqué), *n'a été découvert qu'il y a une quinzaine d'années par deux Japonais*. Et, cependant, *dans ce court laps de temps*, malgré les tâtonnements, les causes d'erreur, les répétitions et les lenteurs de contrôle, *un chapitre neuf* de pathologie expérimentale et comparée *vient d'être écrit*, dont les traités classiques, au commencement de ce xxe siècle, n'avaient pas encore rédigé la première ligne.

Or, de cet énorme dossier expérimental, de ces études internationales de cancérologie, ayant ces deux objets, la greffe et la production expérimentale du cancer animal, travaux dont la masse dépasse le résultat, dont la simple notation bibliographique remplirait un gros volume, un fait se dégage, qui, actuellement, domine la question : *c'est l'importance du terrain*, comme *facteur de naissance et de croissance* du cancer. Malgré tout ce travail des laboratoires nous sommes bien forcés, à l'heure présente, d'avouer *que nous n'avons point encore réussi à isoler un agent spécifique des cancers des mammifères et du cancer de l'homme*. Nous connaissons des causes — parasites vermineux, agents chimiques, comme le goudron, rayons X, brûlures, irritations chroniques — sous l'influence desquelles la race des cellules cancéreuses se crée lentement sur le point irrité, race que caractérise sa prolifération déréglée. Mais, logiquement, *la multiplicité même de ces agents*, en apparence cancérigènes, nous indique que ce ne sont là que des *causes secondes*. Sous quelle forme se révélera à nous, dans un avenir imprévisible, *la cause première?* Très vraisemblablement, nous trouverons à l'origine des cancers humains, un ou plutôt plusieurs *virus*, à agent invisible et filtrant, vivant en symbiose dans la cellule cancérisée, Mais, pour qu'un cancer se développe, il est nécessaire que la cellule ou le groupe cellulaire qui vont constituer le foyer initial, soient en *état de réceptivité* pour le virus symbiotique. Et nous voilà indirectement ramenés à cette dominante du problème étiologique, à cet état de *préparation humorale* et de *modification trophique*, qui conditionne la réceptivité cellulaire, soit qu'il dépende de la présence ou de l'absence de certaines substances, soit que celles-ci résultent d'un apport exogène ou de déviations des fonctions organiques. N'est-ce point un retour à l'antique diathèse, au sens montpelliérain du mot, qui affirme, sous une forme moderne, la valeur profonde d'observation clinique des anciens maîtres de notre Ecole?

Car, *le laboratoire ne saurait résumer, ni reproduire, dans leurs qualités spécifiques, toutes les conditions favorisantes du cancer humain.* Volontiers, j'adopterais, comme préambule de cette étude, la conclusion du livre de Léon Daudet, *sur les rythmes de l'homme*, livre curieux, plein d'idées, largement compréhensif, avec beaucoup de vues justes mêlées à quelques exagérations et paradoxes, d'autant plus intéressant que l'auteur a une formation médicale assez solide pour traiter de la question avec quelque compétence et qu'il est, d'autre part, assez éloigné de notre milieu professionnel pour le juger avec exactitude et se dégager de toute influence d'école. Daudet écrit et a raison d'écrire : « Un problème ardu, comme celui du cancer, doit être attaqué de tous les côtés à la fois, et par les méthodes de la qualité comme par celles de la quan-

(1) Conférence faite le 28 avril 1931 dans la séance annuelle de la « Ligue française contre le cancer ».

tité ». Je me propose, précisément, *d'étudier* ici *certaines données de ce problème, inaccessibles aux investigations du laboratoire, non mesurables par nos instruments, non enregistrables, et spécifiquement propres à l'être humain.* Ce sont des phénomènes qualitatifs, des impondérables, qui échappent aux méthodes quantitatives : je veux parler *du rôle des émotions tristes, comme causes secondes et activantes, dans l'évolution de certains cancers de l'espèce humaine.*

* * *

« Le cancer est fait de mélancholie... la cause conjointe du cancer est l'humeur mélancholique. » Ambroise Paré.

« Les chagrins prolongés paraissent avoir une grande influence dans le développement du cancer. » Chomel.

Parmi les commémoratifs relevés sur mes fiches cliniques concernant certains cancers, surtout viscéraux, un fait m'avait dès longtemps frappé : c'était, avec une particulière évidence pour les cancers d'après-guerre, la mention fréquente (atteignant près du tiers des cas pour le cancer de l'estomac, le cinquième pour le cancer du sein) *de grandes crises morales, d'afflictions gravement dépressives, de deuils profonds, de toutes émotions tristes* à répercussion prolongée, insurmontées, auxquelles les malades rapportaient le début de la tumeur, ou, du moins, ses premières manifestations. Combien de fois ai-je entendu, avec des variantes selon le milieu social, la même litanie, la même plainte obsédante, surtout chez de pauvres mères inconsolées, *matres dolorosæ* : « Depuis la mort de mon enfant, docteur, je ne suis plus la même ; je ne me reconnais pas ; je n'arrive point à retrouver mon équilibre ; et c'est sûrement, là, le commencement de mon mal, car auparavant rien n'avait attiré mon attention ! »

Je n'ai point, d'abord, accordé à cette circonstance incriminée une créance, scientifiquement valable : simple coïncidence, me semblait-il, mais sans qualité causale à retenir ; car c'est une erreur condamnable de logique que de juger par le « *post hoc, ergo propter hoc* » ; après cela, ne signifie pas, à cause de cela. Mais, devant la fréquence de cette mention, et après avoir observé quelques exemples impressionnants où ce facteur moral avait paru jouer un rôle d'aggravation et d'accélération évolutive, j'ai été conduit à envisager, avec moins d'incrédulité, puis avec un scientifique intérêt, l'influence possible des grandes émotions tristes, et de leur psychisme déprimé, *non pas certes comme cause suffisante et efficiente* d'un cancer, mais comme *condition adjuvante et activante* de la multiplication cellulaire, excessive et désordonnée, qui caractérise le développement d'une tumeur.

Car, il s'agit de bien poser le problème et de garder ici un esprit sévèrement critique : il n'est pas question de hausser au rang de cause première cet élément psychique, objectivement incontrôlable ; avant de l'admettre même au simple rang de facteur étiologique secondaire, *il faut peser exactement la gravité et la forme du choc moral subi, la continuité de ses répercussions, sa relation chronologique avec l'apparition ou l'aggravation de la tumeur.* On peut comparer cette difficile enquête rétrospective, avec celle qui nous est quelquefois proposée par l'expertise médico-légale de tumeurs, présumées ou prétendues d'origine accidentelle. Et, en vérité, ne s'agit-il pas alors de véritables *traumatismes psychiques*, ayant paru, comme certaines lésions traumatiques, déclancher le processus néoplasique ? Or, cette comparaison se justifie par un rapprochement intéressant : de même qu'il est exceptionnel, peu probable, et le plus souvent indémontrable qu'un seul traumatisme, massif, crée d'un coup la prolifération cellulaire locale qui fait naître le foyer cancéreux, et qu'ordinairement c'est à des irritations répétées, chroniques, additionnées, que succède la cancérisation du point habituellement traumatisé ; de même, dans l'ordre moral, ce ne sont point les catastrophes brutales, qui se réparent ou s'oublient, que l'on peut noter chez ces malades, mais les peines prolongées, silencieuses, sans la détente des sanglots ou des pleurs, l'obsession concentrée, la dissolution de toute volonté de lutte, le deuil que rien n'apaise, les infinies douleurs maternelles. C'est bien alors l'image inoubliable qui fut écrite dans la Bible : « Une voix lamentable a été entendue dans Rama ; c'est celle de Rachel, qui pleurait ses enfants et qui n'a pas voulu être consolée, parce qu'ils n'étaient plus. »

Il est bien remarquable que, tandis que les classiques modernes négligent cet aspect psychique du problème, les anciens n'avaient point méconnu la coïncidence, et la relation évolutive possible, du cancer et des émotions tristes. C'était là, évidemment, la permanence et le reflet, dans l'opinion médicale courante, des vieilles idées galéniques : selon Galien, les cancers proviennent de *l'atrabile*, de cette *fameuse bile noire*, épaisse et âcre ; et il est possible d'empêcher le cancer commençant de faire des progrès, en purgeant l'atrabile avant qu'elle se fixe : voilà donc une hypothèse qui date de plus de deux mille ans ! Nous la retrouvons chez notre grand ancêtre montpelliérain Henry de Mondeville, qui incrimine *la mélancholie*, la bile noire ; et, dans son vieux langage si savoureux, Ambroise Paré écrivait que la cause conjointe du cancer est « l'humeur mélancholique arrestée à la partie ». Or, dans le milieu populaire, humeur noire et tristesse ont toujours été synonymes ; bile et chagrins sont associés ; et l'argot de nos poilus a maintenu cette vieille créance : « ne te bile pas », « ne t'en fais pas ». Sans doute, cette pathogénie galénique, survivante dans le milieu médical du moyen âge et de la Renaissance, n'était qu'une vue de l'esprit : il faut la retenir cependant, car elle traduit un fait d'observation multiséculaire, et nos anciens, qui n'étaient point comme nous accablés sous le poids de l'actuelle documentation, savaient, en cliniciens avisés, voir juste et simple.

Mais voici, à l'appui de cette conception, des témoignages moins archaïques. D'abord, celui de Chomel, clinicien de qualité et d'expérience : « Les chagrins prolongés, déclare-t-il, paraissent avoir

une grande influence dans le développement du cancer ». Entendez ensuite ce conseil de Bouveret, esprit judicieux, d'observation précise : « Défiez-vous des déprimés, disait-il, des neurasthéniques de quarante à cinquante ans : ce sont des cancéreux en puissance ». Ce sont là, deux déclarations précieuses et peu connues : elles apportent à l'appui de notre thèse le suffrage de deux médecins, dont le sens clinique et critique fait autorité.

En vérité, n'est-il pas rationnel d'admettre que, par ses *défaillances* ou ses *déviations fonctionnelles*, le *système nerveux*, qui, pour employer le terme à la mode, est le grand levier de commande des actions trophiques, le régulateur des échanges nutritifs, *puisse influencer pathogéniquement la vie cellulaire et ses anomalies?* Or, le problème du cancer est, en dernière analyse, un *problème cellulaire* : il s'agit de saisir ce premier stade de la transformation d'une cellule normale en une cellule cancéreuse. Quand, sur un point, une tumeur prend naissance, c'est que des mutations, encore inconnues, se sont produites dans un groupe cellulaire, mutations qui confèrent à la cellule cancérisée initiale sa capacité de multiplication indéfinie, qui fait d'elle, au lieu d'un élément anatomique évoluant régulièrement, un élément anarchique, de croissance déréglée, et échappant à la corrélation générale de l'organisme. *Dérèglement; prolifération désordonnée* : voilà bien le fait primordial qui caractérise cette perturbation de la vie cellulaire, qui est la conception vers laquelle s'oriente l'évolution actuelle de nos idées. Ce trouble initial, nous en ignorons encore la cause première; mais nous en analysons de mieux en mieux le mécanisme probable. A l'origine de *cette maladie de la cellule*, peut-être même du *noyau cellulaire*, trouverons-nous, comme *primum movens*, un principe de nature physico-chimique? Les recherches les plus modernes paraissent nous diriger vers cette conception. Mais, dire *dérèglement* de la vie cellulaire, c'est, par là même, consacrer *le rôle de la régulation* cellulaire : or, je le répète, peut-on nier l'intervention dominante du système nerveux dans la régulation des *constantes chimiques* du milieu interne? A l'heure présente, tous les travaux les plus récents des physiologistes établissent l'importance *des réflexes régulateurs de la nutrition*. Et ces recherches confirment l'opinion formulée par Flourens, il y a une centaine d'années : *c'est le système nerveux qui est le régulateur de la vie organique et tissulaire.*

Lancereaux, qui fut un grand maître, n'hésitait pas à considérer le cancer comme dépendant de l'hérédité nerveuse. Il y a trente ans, en Angleterre, Marshall indiquait, comme cause des tumeurs et de leur prolifération atypique, le trouble de relation des cellules cancéreuses avec le système nerveux qui règle leur trophicité. Debove, observateur pénétrant, intelligence critique et sceptique, croyait aussi au rôle de la suspension de la régulation nerveuse comme origine possible de la prolifération anarchique.

Cette conception s'est donc présentée à d'autres esprits de cliniciens, expérimentés et positifs : nous sommes en accord avec des opinions de rare valeur. Ménétrier, dont la monographie est si solidement documentée, objecte « qu'on n'a jamais précisé ce que pourrait bien être le trouble du système nerveux, générateur du processus néoplasique ». Il est réel que la preuve anatomique n'a point été faite de lésions objectives des nerfs ou des ganglions sympathiques, en rapport avec le siège du néoplasme. Mais la démonstration de ces *états lésionnels* est-elle indispensable, et n'est-il point admissible que les *troubles fonctionnels*, neuro-végétatifs, histologiquement incontrôlables, puissent, par leurs influences multiples, additionnées, prolongées, intervenir dans les actes du métabolisme, agir sur les glandes endocrines, et, par là, mettre la cellule en état de réceptivité, la sensibiliser vis-à-vis de l'agent cancérigène, vraisemblablement un virus cytotrope et troubler profondément son rythme de reproduction et de mitose?

Il y a, dans l'histoire des tumeurs bénignes, un fait très curieux, d'observation populaire, qui, récemment, a fixé l'attention et la vérification des médecins : *c'est la guérison des verrues par la suggestion.* Or, la suggestion, phénomène d'ordre psychique, déclanche un processus nerveux d'ordre purement fonctionnel. L'énergie nerveuse, d'origine suggestive, agit surtout par le grand sympathique sur les phénomènes de nutrition; et, de même qu'elle peut les exagérer, elle est capable de les inhiber. Car j'ai observé, sous l'influence du facteur moral, des variations évolutives dans les deux sens. Donc, indirectement, *une forte impression psychique arrive à réaliser une action trophique et un effet organique.*

Si l'on veut pousser, plus profondément, l'analyse — ou l'hypothèse — concernant l'intervention du système nerveux dans ce trouble de l'équilibre trophique des cellules, on peut trouver, dans les hautes conceptions de notre ami le professeur Borrel, qui tient dans la cancérologie française un rang de premier ordre, d'intéressantes suggestions. Selon Borrel, on peut dire que la très grande majorité des carcinomes a pour point de départ la cellule trophique, et non la cellule épithéliale (mamelle, testicule, ovaire). Toutes les causes précancéreuses ont une action élective sur un système cellulaire, que Borrel a dénommé *système neuro-tropho-pigmentaire.* Or, *l'âge du cancer* est celui du « blanchiment des cheveux », (car la pigmentation n'est qu'un cas du trophisme général) celui où ce système tropho-pigmentaire, grâce auquel est assurée une véritable *circulation interstitielle, de cellule trophique à cellule épithéliale*, présente les premiers phénomènes de vieillissement et entre dans une période phagocytaire, provoquant les scléroses et les dégénérescences, et préparant le terrain au trouble de la vie cellulaire, ou à l'infection par le virus cancéreux. Or, sur ce système cellulaire, l'influence des actions neuro-trophiques paraît évidente. Ne cite-t-on pas des exemples, qui paraissent authentiques, de gens dont les cheveux ont blanchi très rapidement sous l'influence d'une violente émotion? Ne connaissons-nous pas ces faits de vieillissement accéléré, sous l'action de graves chocs moraux qui, brusquement, transforment un homme, et d'un coup font baisser son tonus vital?

Voilà donc une conception fort ancienne et à laquelle ne s'oppose aucune des acquisitions actuelles de la physiologie moderne. Au contraire, elles lui apportent quelques précisions sur le mécanisme par lequel le moral peut agir sur le physique. Nous avons appris par les travaux de Cannon, *l'augmentation du sucre dans le sang sous l'influence de l'émotion*, du fait d'une suractivité des glandes surrénales; par celles de Glaser, les modifications du calcium du sang qui s'élève par l'excitation du sympathique accélérateur, pendant que l'irritation du vague accroit le potassium. Or, les variations du métabolisme du glucose jouent un rôle important dans la malignité des tumeurs; nous savons, d'autre part, que les tumeurs sont d'autant plus riches en potassium et d'autant plus pauvres en calcium que leur malignité est plus grande. Nous connaissons l'action des émotions sur les fibres lisses et les glandes du tube digestif, les phénomènes moteurs qu'elle y déclanche, les modifications d'ordre chimique qu'elle détermine au niveau de l'estomac; or, si l'on considère l'énorme proportion des cancers du tube digestif chez l'homme (65 p. 100 de la mortalité cancéreuse). on comprend quel rôle d'aggravation peuvent jouer les troubles de péristaltisme ou de sécrétion, d'origine émotionnelle.

Il n'est plus contesté actuellement que les affections organiques puissent être accentuées par les émotions : Morhardt, Lumière viennent de le développer. Mais il faut, en pareille matière, distinguer la qualité des émotions qui peuvent se répercuter sur une maladie organique. En ce qui concerne le cancer, ce n'est point *l'émotion-choc*, le coup brusque émotionnel qui intervient ordinairement; c'est plutôt, comme nous l'avons déjà souligné, la continuité de l'émotion déprimante, l'obsession triste, l'atteinte de la vie nerveuse, profonde, intérieure, par « ces coups dont le contre-coup porte si loin »; *il faut cette déficience prolongée de la régulation nerveuse pour troubler les lois qui assurent normalement la limitation et l'ordre des proliférations cellulaires.*

Mais ce n'est là qu'une condition *préparante*, ou *aggravante*; car cette influence de dérèglement nerveux et trophique est *totale*, et le propre de la prolifération cellulaire du cancer est d'être généralement « monocentrique »; il faut donc qu'au foyer initial s'exerce une action *locale*, spécifique, probablement virulente. Encore faut-il restreindre le domaine où ce facteur moral paraît jouer, de façon efficiente; c'est surtout pour les cancers viscéraux, où à la base de l'émotion se trouve la répercussion sympathique, que cette action complexe de déséquilibre trophique est surtout manifeste. Enfin, il faut considérer que *les réactions aux émotions sont de gravité variable individuellement*, suivant la maîtrise du contrôle cérébral. Et il est permis de penser que si actuellement, la fréquence s'accuse pour certaines localisations du cancer, en particulier pour le cancer de l'estomac, nous pouvons, logiquement, incriminer le désarroi moral de l'époque, la mauvaise hygiène nerveuse de nos contemporains, les angoisses de l'heure présente.

*
* *

« Toujours le pylore, mon ami!... J'ai fini par saisir les causes de la maladie, la sensibilité m'a tué... »
BALZAC. *Le Lys dans la vallée.*

« C'est un état général qui nécessite et précise le mal; c'est le malade lui-même, pourrait-on dire, qui appelle le ravage du parasite. C'est son organisme qui le veut. »
BARBUSSE. *L'Enfer*, p. 225.

« L'innervation joue un rôle considérable dans le déchaînement de la rage cellulaire cancéreuse... »
Léon DAUDET.
Les Rythmes de l'homme, p. 76.

Une question, aussi prenante, aussi poignante même, que celle du cancer, doit forcément sortir du milieu médical et, par la littérature, être portée dans le grand public; j'ai cherché cet écho parmi les livres et les esprits dominants de notre époque; c'est une intéressante consultation et la pensée du médecin s'élargit par cette fenêtre ouverte sur les belles-lettres.

De ce dossier littéraire la pièce maîtresse, incontestablement, est l'étonnant tableau du cancer de l'estomac qu'a tracé Balzac dans le *Lys dans la vallée.* Un médecin ne peut pas, sans surprise et sans admiration, lire ces pages, qui non seulement sont, au point de vue des symptômes, d'une exactitude descriptive frappante (car il est facile avec un précis de pathologie de se documenter), mais qui témoignent, au point de vue de la pathogénie, d'une audace d'hypothèse, d'une vision prophétique du rôle du grand sympathique, d'une avance sur les idées médicales de son temps, où apparaît le génie créateur de ce maître du roman français. Ce n'est pas seulement par la représentation de la vie observée, que la supériorité de cette intelligence extraordinaire s'affirme; c'est par la pénétration de son analyse, par sa compréhension de la vie profonde, par la force prescience de son inspiration, par sa conception intuitive de l'enchevêtrement des causes et des effets qui compose la vie.

Ecoutons les plaintes de M. de Mortsauf que hante la phobie du cancer : c'est un chapitre de pathogénie, logiquement déduit : « Toujours le pylore! J'ai fini par saisir les causes de la maladie : *la sensibilité m'a tué*. En effet, toutes nos affections frappent sur le centre gastrique... *les peines trop vives exagèrent le jeu du grand sympathique*. Cette exaltation de la sensibilité entretient dans une constante irritation la muqueuse de l'estomac, comme si quelque poison lent se mêlait au bol alimentaire... la muqueuse s'épaissit, l'induration du pylore s'opère et il s'y forme un squirrhe dont il faut mourir ». Et voici comment il détaille les composants de cette situation morale : les souffrances de l'émigration; les chagrins domestiques; les alarmes causées par les enfants; une fortune à refaire; la mésentente conjugale; les difficultés de service. Tout cela ne compose, en somme, qu'une série d'épreuves supportables, et il faut l'égocentrisme de M. de Mortsauf pour leur accorder une valeur étiologique : aussi n'est-il qu'un cancéreux imaginaire. Au contraire,

c'est sa femme, la douce et aimante créature, brisée par la dureté égoïste du mari, par l'inconstance de l'ami, par les tourments de sa passion, âme hypersensible, d'une excessive vibration, qui meurt de l'affreux mal ; comme le dit le docteur Origet, « c'est chez elle l'incurable résultat d'un chagrin, comme une blessure mortelle est la conséquence d'un coup de poignard ». Tant il est vrai, comme le formule Balzac, que « les souffrances morales ne sont pas absolues, et qu'elles sont en raison de la délicatesse des âmes ». Il y a, en effet, un « seuil » que l'émotion doit franchir pour devenir choc psychique : ce seuil varie selon les conditions personnelles de notre sensibilité morale.

C'est par cette divination de la vie intérieure, par cette perception des phénomènes délicats et profonds que l'œuvre de Balzac est surprenante : il a perçu les lois d'enchaînement « des choses causantes et causées », la souveraine unité de l'être vivant qui est un de nos grands dogmes montpelliérains. Sur un plan de moindre qualité, se place sa puissance descriptive. Voyez la description de ce facies de cancéreuse gastrique, à la période d'inanition : « le ton de cire sur la face allongée, les tempes creuses, les joues rentrées, les lèvres blanches ». Quelle vérité d'observation dans ce tableau de Madeleine restant les yeux attachés sur sa mère, respirant quand elle respirait, imitant son souffle léger; que de fois j'ai vu, au chevet d'une agonie, un être très cher accompagnant ainsi les derniers mouvements respiratoires du mourant!

Lisons maintenant l'étrange dialogue qui s'échange entre les deux médecins, dans le livre de Barbusse, *L'Enfer*! Le vieux consultant disserte sur le cancer : « Nous ne sommes pas en présence d'une maladie locale, nous sommes en présence de la crise pathologique de toute une catégorie d'affaiblis... c'est un état général qui nécessite et précise le mal; c'est le malade lui-même qui appelle le ravage du parasite; c'est son organisme qui le veut ». Voilà, curieusement affirmée, dans un roman, une thèse scientifique très actuelle, à savoir cette importance du terrain comme facteur de prédisposition au cancer, qui se dégage de nos plus récentes acquisitions concernant la réceptivité, vis-à-vis des agents cancérigènes. Les cliniciens peuvent aussi souscrire à cette opinion : « Chez les arthritiques en dépression nerveuse, déclare le vieux praticien, c'est le cancer qui se développe; il est le produit de l'accumulation du glycogène chez un arthritique affaibli »; et, de fait, nous savons, depuis les travaux de Brault, que la richesse en glycogène des cellules est en raison directe de la malignité de la tumeur. Mais, à côté de ces affirmations assez orthodoxes, quelles hérésies! « La plupart des cancéreux sont des tuberculeux guéris et refroidis »; « c'est le même germe pathogène qui, selon le tempérament individuel fait du tubercule chez les déprimés fiévreux qui dépensent plus qu'ils n'acquièrent ou du cancer chez les arthritiques froids qui acquièrent plus qu'ils ne dépensent ». Dans cette conception du problème du cancer envisagé par un romancier, je ne retiens donc que cette vue juste : le rôle de l'arthritisme; l'influence de la dépression nerveuse.

Pourriez-vous me citer un psychiâtre qui, avec plus de profondeur que Paul Bourget, ait pénétré le secret de ces peines profondes qui ruinent l'énergie psychique? « Ne se produit-il pas dans l'ordre moral, écrit-il dans *La Geôle*, un phénomène analogue à l'hémoclasie de Widal, une véritable *psychoclasie*, comme un éclatement intérieur de tous les éléments dont se compose notre personnalité : intelligence, sensibilité, volonté ? » La comparaison est juste et témoigne de la science neurologique de ce maître, qui eût pu être un grand clinicien et qui mériterait de cumuler un siège à l'Académie de médecine avec son fauteuil de l'Académie française. Voici encore une de ces analogies saisissantes, où il excelle : « Les exsudats psychologiques, dit-il, ça ne se liquéfie pas comme ceux des bronches; ça se liquéfie pourtant, puisque ça disparaît : c'est ce qu'on appelle se consoler ». — Cependant, honoré maître, vous savez aussi qu'il y a les chocs moraux « à retardement », ceux qui continuent à élargir leurs ondes jusqu'aux plus intimes sensibilités, ceux qui sont irrémédiables et qui, par de lentes actions neuroglandulaires, engendrent des modifications trophiques à effets continus et lointains. — Dans *Jean d'Agrève*, de Vogué a donné une exacte formule de ces retentissements prolongés des chocs émotionnels, que j'adopte volontiers comme conclusion : « Le chagrin ne tue personne; mais la dépression morale permet aux maladies réelles de tuer plus facilement. »

Voici enfin, pour clore cette enquête littéraire, le document le plus récent, et le plus intéressant : c'est le dernier livre de Léon Daudet, *Les rythmes de l'homme*. L'auteur ne croit pas à la qualité infectieuse du cancer : c'est un doute que d'excellents esprits, qui tiennent en cancérologie la première place, partagent avec lui. Selon Daudet, « c'est dans le rythme de la cellule, *et dans l'articulation des tissus avec le système nerveux* — c'est-à-dire dans une neurochimie — que doit être cherché le secret et le traitement du cancer »; voilà le problème hardiment posé, ma foi!

Il y a, dit Léon Daudet, *une dynamique* des tissus : ce n'est pas nous, Montpelliérains, dont les doctrines ont toujours opposé cet état dynamique à l'état statique, qui le contredirons. « L'immobilité des groupements cellulaires n'est qu'apparente : ils reçoivent, à l'état d'équilibre ou de déséquilibre, une série d'impulsions, d'excitations, de rythmes et de dérythmies, dépendant, à la fois, du système nerveux central et du système sympathique. » La thèse est, actuellement, irréfutable. Il dit ailleurs : « L'innervation joue un rôle considérable dans le déchaînement de la rage cellulaire cancéreuse ; » je crois aussi que le système nerveux agit par ses perturbations trophiques, surtout dans le domaine de la vie végétative et viscérale, sur le dérèglement des proliférations cellulaires. Pour formuler cette jonction neurocellulaire, Daudet va jusqu'à parler d'*un phénomène psychocytique* : l'hypothèse est audacieuse et le mot fait image. Je n'aime point, en revanche, certaines figures : délire organique des cellules cancérisées, rage cellulaire cancéreuse, furie cellulaire ; ce vocabulaire est vraiment excessif.

« Il y a, nous dit Daudet, *une neuro-chimie cellulaire* » ; je le veux bien si l'on entend que les échanges nutritifs et leur rythme sont sous la dépendance du système nerveux ; « nous en ignorons, ajoute-t-il, le premier mot » : je suis tout à fait d'accord avec lui. Il est hors de doute que les nerfs, surtout le sympathique, agissent sur les élaborations chimiques de la cellule, selon des lois qui nous sont inconnues ; que cette action est capable de sensibiliser un groupe cellulaire, de diminuer sa défense, d'accroître sa réceptivité à un virus cytotrope, de favoriser la prolifération désordonnée qui est le fait de la cellule partie en dissidence cancéreuse.

Tout cela est clairement vu, par une intelligence *à la fois médicalement indépendante et de première formation médicale* : ce livre est de ceux qui font penser ; il vient à l'appui de notre thèse à savoir que le problème pathogénique du cancer ne tient pas tout entier dans les mesures quantitatives du laboratoire ; qu'il y a chez l'être humain une *vie sentimentale* dont les impondérables jouent un rôle que l'expérimentation ne peut point déterminer ; et qu'il est permis d'en revenir ici, pour certaines obscurités actuellement insolubles, à l'exercice logique de la raison.

*
* *

Il y a un second aspect psychique de la question : c'est à côté du retentissement, en profondeur, du moral sur le psychique, *la répercussion du physique sur le moral* ; c'est-à-dire le *psychisme du cancéreux* et sa réaction mentale devant le mal. Sous l'inspiration du professeur Régis, Mariotte a écrit une thèse très étudiée sur cet état mental, qui est fait d'*asthénie psychique*, avec diminution de la volonté et de son pouvoir d'exécution. Alors que chez le tuberculeux, il y a et il persiste longtemps une confiance optimiste dans la guérison, une énergie opiniâtre de lutte, le cancéreux perd promptement sa volonté de combattre, son pouvoir de résistance à la douleur ; l'anxiété s'installe précocement dans son esprit ; il prend un masque de tristesse mélancolique, se résigne de bonne heure au palliatif des narcotiques, et, aux approches de la fin, s'enfonce dans un obscurcissement progressif de l'intelligence. Si bien que, selon l'expression étonnamment juste de Balzac, « par un enchaînement des choses causantes et causées, aidantes et aidées », le cancer, que la grande tristesse favorise, crée réciproquement un état de progressive mélancolie.

Ce tableau est vrai, dans l'ensemble ; mais avec quelles variantes, selon la sensibilité ou la fermeté du malade, le milieu social, la connaissance ou l'ignorance, le siège de la lésion cancéreuse, les douleurs si inégales selon l'espèce et la période du mal, l'âge, les trêves apportées par le traitement et la cruauté désespérante des rechutes !

Le sommet de l'angoisse, la pire détresse sont, assurément, l'atroce privilège du médecin cancéreux ! Que de sombres histoires j'ai vues ainsi se dérouler, chez des confrères ! Chez certains, j'ai eu la tristesse de compatir à des désespoirs qu'aucune parole ne pouvait soulager, à des défaites d'emblée de la volonté et de la confiance de guérir, reculant même devant la tentative de salut par l'opération ! Chez la majorité, cependant, quelle tenue stoïque devant le mal, quelle soumission, souvent sans illusions, à l'intervention, et, quand ce secours est impossible ou impuissant, quelle noblesse morale dans l'attente de la fin !

Bienheureuse, au contraire, l'ignorance des gens du peuple ! Quand j'ai été mis à la tête du centre anticancéreux de Montpellier, je me demandais avec une profonde compassion, ce que serait le moral de ces malheureux assemblés dans une section d'hôpital au nom lugubre et redouté. Je me disais que si la fameuse pensée de Pascal, touchant la misérable condition des hommes, était d'un pessimisme outré, elle s'appliquait cependant à cette réunion de cancéreux. « Qu'on s'imagine, disait Pascal, un nombre d'hommes dans les chaînes, et tous, condamnés à mort, dont les uns étant, chaque jour, égorgés à la vue des autres, ceux qui restent voient leur propre condition dans celle de leurs semblables et, se regardant les uns les autres avec douleur et sans espérance, attendent leur tour. » Eh bien, venez visiter nos centres : vous n'y verrez pas cette désespérance.

Cela tient surtout à ce que ce mot n'est jamais prononcé, que nous le déguisons sous un vocabulaire atténué, que par un mensonge continu et bienfaisant nous cherchons à en supprimer la hantise dans l'esprit de ces pauvres gens, que nos résultats thérapeutiques en progrès constant réalisent de plus en plus d'encourageantes guérisons, et que, pour adoucir les périodes finales, nous avons la douce euphorie de la morphine ? Cela tient aussi à ce que ces malades voient à côté d'eux des êtres plus malades encore, que dans cette fréquentation des pires maux physiques leur pitié et leur amour du prochain se développent, que leur égoïsme se tait et que, selon le mot de Virgile, le malheur leur apprend à secourir les malheureux : *ipse miser, miseris succurrere disco*.

Et puis, nous nous efforçons tous de créer, autour de ces pauvres gens, une ambiance de réconfort, de confiance, d'illusions ! Plus encore que les soins, les consolations leur sont précieuses ! Quand nous avons donné à nos cancéreux tout notre secours thérapeutique, tout l'effort de notre recherche scientifique, nous n'avons pas encore, à leur endroit, rempli tout notre devoir. Malheur aux chirurgiens qui se clôturent dans leur domaine technique. « Malheur à la connaissance qui ne se tourne pas en amour », a dit excellemment Bossuet ! Nous devons à cette pitoyable réunion de malades toute la bienveillance, toute la bienfaisance de notre assistance morale. Et, dans cette charité du cœur, vous êtes, Mesdames, nos plus directes collaboratrices.

J'ai la bonne fortune, au centre anticancéreux que je dirige, d'être secondé par une sœur de charité, âme exceptionnelle de bonté et de douceur, dans un corps frêle dévoué jusqu'au sacrifice, esprit pénétrant et délicat, qui a admirablement compris ce rôle d'assistance morale. Voici quelques-unes de ses notes, d'observation fine : « Les cancéreux arrivent généralement au centre, pleins d'appréhension ;

mais cette impression ne tarde pas à disparaître ; ils constatent que les malades quittent le service apparemment guéris et que, par conséquent, ce mal dont l'idée les hantait est guérissable. Puis, le malade se persuade qu'il n'est pas atteint de cancer ou que son mal est moins grave que celui du voisin; on le traite pour empêcher qu'une lésion cancéreuse ne s'établisse; il est dans un centre contre le cancer, c'est donc pour le prévenir. Une autre cause du bon moral du cancéreux, c'est qu'il est éloigné des soucis matériels qu'il trouve chez lui; il est soigné plus régulièrement, pansé plus soigneusement. Loin de craindre le dortoir, il préfère la compagnie; les chambres de quatre à six lits sont choisies plutôt que la chambre isolée. Il faut que le cancéreux sorte le plus possible et trouve dans le jardin la diversion à sa peine. Nos malades, même les plus lettrés, ont peu de goût pour la lecture; on voit peu de livres sur leurs tablettes; le journal leur suffit et ils lisent surtout les faits divers. Il ne faut négliger aucune occasion de réjouir les malades des centres, et marquer les moindres fêtes par des extras alimentaires, des fleurs, de la musique. »

Il y a, chez la femme française, une telle capacité de dévouement : vous nous aidez dans notre lutte contre les préjugés, contre l'ignorance et l'incurie, qui tiennent les cancéreux éloignés de notre secours; votre générosité nous seconde dans l'assistance aux familles; par la création de dames visiteuses, vous maintenez notre liaison avec nos opérés; par l'organisation de calvaires, au nom douloureusement évocateur, vous nous permettez de recueillir à la dernière station de leur chemin de croix, les incurables sans abris et sans soins.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 MAI 1931)

La vaccination contre le trachome. — MM. Charles Nicolle et Ugo Lumbroso montrent que le microbe donné par Noguchi comme agent pathogène du trachome n'est doué d'aucun pouvoir pathogène pour l'homme.

Ils apportent, d'autre part, des faits qui prouvent qu'une atteinte de trachome naturel guérie vaccine la conjonctive de l'homme contre la réinoculation avec le virus.

L'albumine du sang. — Dans une note, présentée par M. A. Desgrez, M. H. Bierry montre, par l'étude des albumines du sang de divers animaux, qu'il existe une relation entre l'individualité chimique et la spécificité. Dès lors, le problème de la spécificité zoologique apparaît plus complexe qu'on ne pensait, puisque l'atome d'albumine porte déjà la marque chimique imprimée par l'espèce.

Absence de vitamines et taux des protéines totales du sérum sanguin. — M. E. Leclainche présente une note de Mme L. Randoin et Mlle A. Michaux prouvant nettement que l'absence de vitamine antiscorbutique dans un régime alimentaire détermine une baisse notable du taux des protéines totales du sérum sanguin. Cet abaissement est dû, pour une faible part, à une diminution de la teneur en sérum albumine ou sériné, mais il est déterminé principalement par une diminution très importante de la teneur en sérum globulin.

Thérapeutique expérimentale. — M. Raymond Hamet. Un très grand nombre de substances, chimiquement voisines de l'adrénaline, ont été préparées synthétiquement au cours des dernières années. Bien que la thérapeutique utilise plusieurs d'entre elles, on a dû constater que leur action était très différente de celle de l'adrénaline, mais on n'a pas encore pu mettre en évidence les causes de cette différence d'action. Dans une note présentée par M. le professeur Charles Richet, M. Raymond Hamet démontre que l'adrénaline agit exclusivement sur le sympathique tandis que les substances qui s'en rapprochent chimiquement excitent non seulement le sympathique mais aussi les ganglions du système nerveux végétatif. L'auteur en conclut d'une part, que l'adrénaline, substance naturelle élaborée par les capsules surrénales, est l'excitant le plus puissant et le plus pur du système nerveux sympathique, d'autre part, qu'on ne peut sans inconvénient substituer à cette substance l'un ou l'autre de ses succédanés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 MAI 1931)

Vaccination par le B. C. G. d'un sur deux jumeaux. — MM. Takhnis et S. Chagalova (de Kharkoff). M. Calmette présente une note dans laquelle les auteurs exposent l'idée ingénieuse qu'ils ont eue d'observer les effets de la vaccination B. C. G. sur les enfants jumeaux en ne vaccinant, dans tous les cas, qu'un seul des jumeaux et en réservant le plus lourd et le plus apparemment robuste comme témoin non vacciné.

Les conditions d'existence, de soins et d'alimentation étant les mêmes pour le vacciné et le non vacciné, on a pu se rendre compte, en suivant ainsi seize paires de jumeaux pendant quinze à quarante-deux mois, que presque toujours déjà à la fin de la première année et dans la suite, le jumeau vacciné se développe mieux, dépasse en poids son frère non vacciné et résiste mieux que celui-ci aux maladies du jeune âge.

C'est une nouvelle et élégante démonstration de la parfaite innocuité et de l'utilité de la vaccination du B. C. G.

Le jus de raisin. — M. Lesné apporte un rapport sur le transport par wagons frigorifiques du jus de raisin non fermenté. Il établit à ce propos une comparaison entre les jus de raisin frais et conservé.

Le jus de raisin frais a une valeur alimentaire incontestable car il renferme de fortes proportions de glucose-lévulose, des substances minérales (potasse, magnésie, chaux; soude, silice, fer, manganèse, phosphates, tartrates), il ne contient pas de chlorures, mais l'expérimentation y révèle la présence de vitamine C antiscorbutique, de vitamine B d'utilisation nutritive et d'une substance diurétique. Il constitue un régime hypo-azoté, hypochloruré, cholagogue, diurétique, laxatif.

Le jus de raisin pasteurisé et gélifié conserve certaines propriétés et en perd d'autres. Le pouvoir diurétique est atténué. Les vitamines disparaissent.

Etude expérimentale du bacille de la tortue constituant le vaccin dit préventif et curatif de la tuberculose de Friedmann. — M. Saenz. Le bacille pseudo-tuberculeux de la tortue, isolé par Friedmann en 1903 à Berlin et préconisé par cet auteur comme remède préventif et curatif de la tuberculose, se montre expérimentalement dépourvu de toute propriété immunisante. Il se comporte exactement comme les bacilles paratuberculeux tels que celui de la fléole. Il ne possède également aucune valeur curative de la tuberculose expérimentale. Les animaux infectés avec de très faibles doses

de bacilles virulents et traités de quinze à vingt-cinq jours après par des inoculations sous-cutanées de bacilles tendineux aux doses employées par cet auteur pour le traitement de la tuberculose de l'homme ne survivent pas aux témoins non traités.

Hernie diaphragmatique droite. — MM. G.-H. Lemoine et René Culty (du Val-de-Grâce) apportent l'observation d'un ancien blessé de 1914 chez lequel l'examen clinique ne révèle qu'une diminution du murmure vésiculaire au niveau de la base droite. L'examen radiologique du tube digestif permet de constater dans l'hémithorax droit la présence d'une grande partie du côlon transverse, qui, dans le décubitus dorsal, atteint le niveau de la clavicule et présente, après un léger rétrécissement au niveau d'un orifice diaphragmatique qui livre passage aux anses afférentes et efférentes, un calibre très volumineux; dans la station debout l'affaissement de cette portion herniée permet au poumon de reprendre dans la cage thoracique sa place habituelle.

Devant une telle constatation, il est légitime de penser que, étant donnée la blessure en 1914, le long « fry intervall » de plus de dix années, l'énorme développement dans la position couchée de l'anse herniée et l'orifice restreint qui livre passage à ce segment intestinal, on se trouve en présence non d'une hernie congénitale, ni d'une hernie traumatique primitive, mais d'une séquelle éloignée de la blessure thoracique par rupture de la cicatrice antérieure occasionnée par un effort récent.

Héliothérapie. — M. Rollier apporte une communication sur un centre d'héliothérapie et d'adaptation au travail des tuberculeux chirurgicaux.

Angine de poitrine. — M. Vital Lassance parle de la cure de Bains-les-Bains dans l'angine de poitrine.

Les études dentaires. — M. Roussy dépose son rapport au nom de la Commission de la réforme des études dentaires. Ce rapport sera discuté dans quinze jours.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 18 avril 1931 [*suite*])

Anaphylaxie par voie digestive. Rapports entre la dilution de l'antigène et le délai nécessaire à la constitution de l'état anaphylactique. — MM. Martiny et H. Prétet, ayant anaphylactisé des cobayes par voie digestive, au moyen de dilutions d'ovalbumine d'ordre infinitésimal, montrent que l'état anaphylactique se constitue d'autant plus rapidement que la dilution est plus élevée, ce délai pouvant être réduit à une heure, ils pensent que les délais habituellement indispensables à la constitution de l'état anaphylactique après l'injection d'un antigène sont en relation avec le temps nécessaire à l'organisme pour amener cet antigène à un état physique analogue à celui qui lui est imposé par la dilution.

(Séance du 25 avril 1931)

I. Essais de cultures des bacilles de Hansen du sang de trois lépreux. II. Essais de cultures du bacille de Hansen des lépromes de quatre Hanséniens. — MM. A. Vaudremer, A. Sézary, Mlle C. Brun ont cherché à savoir si le bacille lépreux, dont on connaît les rapports avec le bacille de Koch, se comporterait comme celui-ci s'il était soumis à l'action des cultures filtrées d'A. F. L'un d'entre eux a montré, en effet, que certaines souches de bacilles tuberculeux immergées

dans les extraits filtrés d'A. F. acquéraient la propriété de pousser ensuite sur gélose comme une bactérie banale.

Ces nouvelles formes du bacille de la tuberculose, quand elles sont vivantes, vaccinent les bovidés et jouent le rôle d'un antigène égal à celui de Wassermann dans la recherche de la déviation du complément. Quand elles sont tuées, elles acquièrent un pouvoir curatif dans les affections tuberculeuses.

De ces faits, les auteurs ont établi un plan expérimental auquel ils ont soumis le bacille de Hansen. Ils ont vu que le sang d'Hanséniens ensemencé dans le liquide A. F. filtré donnait naissance à des formes mycéliennnes ramifiées et portant sur leurs ramifications des granules acido-résistants. Ces formes repiquées trois fois de suite, avec succès, dans l'A. F. n'ont pas poussé dans les ensemencements sur gélose.

Les ensemencements faits avec des lépromes de la peau, prélevés purement, ont donné des cultures tardives de germes granulaires non acido-résistants qui, dans les conditions expérimentales où les auteurs se sont placés, ont acquis l'acido-résistance. Ces formes acido-résistantes ont été agglutinées par le sérum de lépreux et ne l'ont pas été par le sérum d'individus non lépreux.

Les auteurs, avec la prudence qui convient à un sujet aussi difficile, se sont abstenus d'être affirmatifs, mais ils ont fait remarquer que la technique rigoureuse employée par eux, les contrôles qu'ils ont faits de leurs expériences et le fait de l'agglutination par les sérums lépreux des germes qu'ils ont décrits, permettraient de penser que ces germes pourraient bien être des formes non acido-résistantes du bacille de Hansen. Ainsi, se trouverait confirmé le parallélisme biologique que l'on supposait exister entre le bacille de la tuberculose et celui de la lèpre.

De l'aptitude du cheval à la production des antitoxines diphtérique et tétanique. — MM. G. Ramon, E. Lemétayer et Hamedy. D'après les constatations effectuées, le cheval ne peut posséder l'immunité antitétanique et l'aptitude à perfectionner cette immunité que grâce à une immunisation artificielle, mais il peut acquérir naturellement l'immunité antidiphtérique et l'aptitude à développer cette immunité. Ces constatations permettent de saisir pourquoi en matière de préparation des sérums thérapeutiques on est arrivé assez rapidement dans la production de l'antitoxine diphtérique à une limite qui n'a pas encore été atteinte dans la production de l'antitoxine tétanique, d'où, dans cette dernière, la possibilité pour l'expérimentateur de réaliser des progrès tels que ceux récemment exposés.

Le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite herpétique du lapin. — M. S. Nicolau et Mme L. Kopciowska. Le liquide céphalo-rachidien des lapins inoculés avec du virus herpétique, se montre virulent vingt-six heures, quarante-huit heures et trois jours après l'introduction de l'émulsion virulente dans le cerveau. Le liquide rendu virulent par le déversement de l'émulsion herpétique inoculée, a, par la suite, tendance à se stériliser, malgré le processus infectieux toujours en progression pour le névraxe. En effet, le quatrième et le cinquième jour qui suit l'inoculation, ce liquide est souvent peu virulent, voire même dépourvu de toute virulence. Après la mort de l'animal, il est presque toujours infectieux (8 expériences positives sur 9).

L'examen cytologique des échantillons donne l'explication de cette variabilité de virulence. Dans les deux ou trois jours qui suivent l'inoculation, des polynucléaires — appelés probablement par la présence des particules virulentes introduites pendant l'inoculation — apparaissent dans le liquide céphalo-rachidien. Ces éléments ne tardent pas à dégénérer et à disparaître, pour être remplacés par des mononucléaires. Sous l'action de ces derniers, le liquide s'appauvrit en germes, souvent se stérilise même, quand la mort de l'animal arrive. Un processus de déversement des éléments cellulaires chargés de virus et appartenant aux enveloppes enflammées du névraxe, restitue après la mort l'activité pathogène du liquide, en partie ou en totalité perdue.

La virulence du liquide céphalo-rachidien provenant des lapins immunisés contre le virus herpétique est nulle. Sa morphologie varie de cas à cas, suivant les « lésions d'immunité » que ces animaux possèdent dans leur névraxe.

Action de l'ergotamine sur les effets cardio-vasculaires de l'embolie cérébrale expérimentale. — MM. M. Villaret, L. Justin-Besançon et S. de Sèze constatent que, sur le chien, et à condition d'employer des doses considérables (2 milligrammes par kilog), l'ergotamine empêche la poussée hypertensive post-embolique. Cependant, l'ergotamine laisse subsister certains phénomènes cardiaques qui ne relèvent pas de l'adrenalino-sécrétion déclanchée par l'embolie.

Action de l'yohimbine sur les effets cardio-vasculaires de l'embolie cérébrale expérimentale. — MM. M. Villaret, L. Justin-Besançon et S. de Sèze observent qu'après administration préalable d'yohimbine, l'embolie cérébrale expérimentale ne détermine plus d'hypertension artérielle. Tout au contraire, la thrombose des vaisseaux du cerveau provoque, en général, une hypotension artérielle, par inversion des effets de l'adrénalino-sécrétion (Raymond-Hamet). L'étude de certains tracés confirme en outre que plusieurs facteurs conjuguent leurs effets pour conditionner les phénomènes cardio-vasculaires post-emboliques.

La cardiographie apexienne au moyen de la manchette pneumatique et de la capsule de Pachon-Barlitte. — MM. Laubry, Routier et A. van Bogaert décrivent une nouvelle technique d'inscription de la pointe du cœur, plus aisément appliquable à tous les thorax que la méthode de Marey.

Elle donne des tracés ayant une silhouette différente de celle obtenue par le cardiographe à bouton de Marey.

Elle permet une étude très approfondie de toutes les déformations de la masse auriculo-ventriculaire.

L'abaissement du pH urinaire par insuffisance des bases fixes liées aux acides faibles. — Dans une note précédente, M. R. Goiffon avait montré qu'un abaissement anormal du pH urinaire pouvait être dû à l'insuffisance de l'ammoniogenèse.

Une insuffisance des bases minérales éliminées peut amener au même résultat, à moins qu'une formation augmentée de l'ammoniaque ne compense ce déficit.

Le réflexe vaso-moteur par excitation du nerf hypogastrique. Mesure de l'excitabilité de voies centripètes sympathiques. — M. E. Aburel, M. et Mme A. Chauchard excitent chez le chien le nerf hypogastrique dans le sens centripète; ils enregistrent l'élévation de la pression artérielle qui en résulte. Ce réflexe n'est pas régional : la section des voies nerveuses au-dessus du ganglion mésentérique inférieur l'abolit complètement. La chronaxie des fibres centripètes du nerf hypogastrique est de deux millièmes de seconde environ, le temps de sommation de sept à huit secondes. La courbe du voltage en fonction des intervalles entre les excitations revêt une allure moyennement redressée sur l'axe des abscisses. La valeur de la chronaxie et celle du temps de sommation sont identiques à celles des fibres centrifuges du nerf splanchnique vaso-constricteur. Elles sont de l'ordre de celles que l'on trouve habituellement dans le domaine du sympathique.

La chronaxie dans l'hyperparathyroïdie. Etude d'un cas d'ostéite fibreuse de Recklinghausen avec déformations pagetoïdes. — MM. Georges Bourguignon et Paul

SAINTON. Dans la maladie osseuse fibro-kystique de Recklinghausen, la chronaxie est diminuée.

La chronaxie varie donc, dans cette affection qu'on rapporte à l'hyperparathyroïdie, en sens inverse de ce qu'elle varie dans la tétanie qui dépend, au contraire, de l'hypoparathyroïdie.

L'ablation de deux parathyroïdes a produit une amélioration de l'état général et un retour partiel des chronaxies à la normale.

Cependant, l'hypercalcémie qui existait avant l'opération n'a pas varié.

L'état de la calcémie ne suffit pas à expliquer l'action des parathyroïdes sur la chronaxie dont les variations sont plus constantes que celles de la calcémie; la chronaxie constitue donc un test fidèle de l'hyperparathyroïdie qu'il faut rechercher à côté de la calcémie.

Eloge nécrologique de M. E. Derrien. — M. WINTREBERT.

Sur la possibilité d'obtenir chez la souris les manifestations ganglionnaires caractéristiques du lymphome malin de Barrel-Haaland par la greffe du lymphadénome massif du poumon. — MM. L. MERCIER et L. GOSSELIN. A la suite d'injections intrapéritonéales de goudron de houille dilué dans l'huile d'olive, les auteurs ont observé dans leur élevage de souris l'apparition d'une forme particulière de lymphadénome localisée anx poumons (lymphadénome massif).

Ce lymphadénome du poumon peut être greffé sous la peau de la souris. Les tumeurs de greffe deviennent énormes et donnent des métastases ganglionnaires (ganglions du cou, de l'aisselle, de l'aine). Les ganglions hypertrophiés ont la même structure histologique que la tumeur de greffe et que les ganglions dans le lymphome malin de Borrel-Haaland.

En conclusion, les auteurs admettent, avec A. Chantemesse, que leucémie, lympho-sarcome, maladie de Hodgkin, lymphadénome, etc., ne sont que des manifestations différentes d'une même forme de cancer.

— Société de biologie de Lyon. (Séance du 20 avril 1931.)

Auto-épuration coli-bacillaire et pH des eaux fluviales. — MM. F. ARLOING, A. DUFOURT et Pierre ETIENNE-MARTIN contrôlent dans cette note l'action du pH des eaux fluviales sur leur auto-épuration colibacillaire.

De diverses numérations opérées en série sur les colibacilles contenus dans plusieurs échantillons d'eaux fluviales dont le pH a, suivant les cas, été ajusté à 8,2; 7,8; 7,6 et 5,2, il résulte que ces variations du pH n'influencent pas d'une façon très appréciable l'auto-épuration coli-bacillaire de ces eaux.

Il semblerait que l'abaissement du pH dût hâter la disparition du coli-bacille, mais, si l'acidification de l'eau est défavorable au coli-bacille, elle gêne, dans un phénomène aussi complexe que celui de l'auto-épuration, l'effet destructeur de la concurrence vitale entre germes et l'action du principe lytique. C'est donc avec un pH avoisinant 7,2-7,4 que l'auto-épuration est observée le plus aisément et avec le maximum de fréquence.

Sur l'influence de la longueur d'onde, dans les actions excito-motrices produites par les courants de haute fréquence redressés. — MM. J. CLUZET et P. PONTHUS indiquent qu'ils ont constaté que pour des longueurs d'onde variant de 55 à 400 mètres, correspondant approximativement à des fréquences de 6 millions à 750.000, les courants de haute fréquence redressés produisent le seuil de la contraction musculaire avec des intensités liminaires qui augmentent avec la longueur d'onde et, par suite, qui diminuent quand la fréquence augmente. L'action excito-motrice varie donc dans le même sens que la fréquence, toutes choses égales d'ailleurs.

LIVRES NOUVEAUX

Le Chancre mou. Symptomatologie, complications, diagnostic, traitement (1), par G. MILIAN, médecin de l'hôpital Saint-Louis. « La pratique médicale illustrée. »

Depuis quelques années, le chancre mou, rare auparavant, est devenu très fréquent en France, aussi était-il nécessaire et utile de rassembler en une monographie tout ce qui a trait à la pratique de cette maladie vénérienne.

La nécessité en était d'autant plus urgente que de nombreuses acquisitions ont été faites dans ce domaine.

Cette monographie comporte la symptomatologie, le diagnostic et le traitement du chancre mou. Conçue pour les praticiens, elle est appelée à leur rendre les plus grands services.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 1er juin. — Jury : MM. Couvelaire, président; Delbet, Legueu, Grégoire. — M. GOURCON. Fonctionnement de la Maternité de l'hôpital Boucicaut pendant l'année 1929. — M. LECHEVALIER. Etude de la stérilité. Causes et traitement. — M. PINTO-FERNANDO. Du rétablissement chirurgical de la perméabilité tubaire dans les salpingites bilatérales avec oblitération des trompes. — M. GOUZONNAT. Les ostéomes traumatiques paracondyliens internes du fémur. — M. QUIVY. Etude sur quelques cas d'adénite iliaque externe dans l'appendicite aiguë.

Mercredi 3 juin. — Jury : MM. Bernard, président; Lœper, Clerc, Debré. — M. GRÉGOIRE. Signes radiologiques pulmonaires dans l'érythème noueux de l'enfant. — M. PICAUD. Types cliniques et évolutions des abcès fétides du poumon. — M. RAVENEL. Etude chimique de l'hématopoièse.

Jeudi 4 juin. — Jury : MM. Carnot, président; Guillain, Gougerot, Terrien. — M. ORLÉAN. La télestéréoradiographie des hernies et éventrations diaphragmatiques. — M. LEFÈVRE. L'azotémie dans le traitement de la syphilis par le novoarsénobensol. — M. RAGU. Etude des Wassermann irréductibles. — M. CAVEL. L'angiome calcifié des méninges. — M. ERNOUX. Quelques considérations médico-légales sur la vision binoculaire.

Samedi 6 juin. — (Thèse vétérinaire.) Jury : MM. Rathery, président; Coquot, Maignon. — M. GUILHON. Influence des saisons et de la castration sur le métabolisme basal chez le chien.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — RELATION RAPIDE ENTRE LA VALLÉE DU RHÔNE, LYON ET PARIS. — Depuis le 15 mai, afin de faciliter les relations entre la Vallée du Rhône, Lyon et Paris, le rapide 36 (toutes classes, wagon-restaurant) avancé de 1 h. 20 au départ de Lyon-Perrache, reçoit à cette gare la correspondance du train 212 d'Avignon rendu direct entre Valence et Lyon-Perrache, où il arrive à 9 h. 58.

Départ de Montélimar, 6 h. 35; Valence, 8 h.; Vienne, 9 h. 16; Lyon-Perrache, 10 h. 10; Villefranche-sur-Saône, 10 h. 40; Mâcon, 11 h. 10; Chalon-sur-Saône, 11 h. 55.

Arrivée à Dijon, 12 h. 54; Paris, 17 h. 20.

(1) In-8 de 52 pages avec 4 planches hors texte. — Prix : 20 fr. — Paris, Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 44. — MERCREDI 3 JUIN 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 3 JUIN 1931. — N° 44.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
La radiologie en 1930, par MM. Louis Delherm et P. Thoyer-Rozat.
NOTES POUR L'INTERNAT
Tabes. Signes et diagnostic (suite).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Pinard, Ameuille, Hudelo, Hutinel, Rouillard, Vincent, Papillon, Weissenbach, Dufour, Chevallier, Robineau.

Consultation écrite. — MM. Chevalley, 19; Azerad, 19,72; Schulmann, 20; Hillemand, 19; Rachet, 18,18.

— DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sebileau, Bazy, Thiéry, Michon, Bréchot, Guillain, qui acceptent; Chevassu, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Lévy-Solal, Devraigne, Metzger, Cathala, Jeannin, Faure-Beaulieu, Lapointe.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours de l'adjuvat.* — *Deuxième séance de lecture.* — MM. Baumann, Vuillième et Palmer, 24; Lebel, 21.

Concours du prosectorat. — Liste des candidats :

MM. Sicard, Couvelaire, Dessaint, Lecœur, Lapeyre, Funck-Brentano, Cordier, Gosset.

Première séance de lecture. — MM. Sicard, 23; Couvelaire et Dessaint, 22.

Deuxième séance de lecture. — MM. Lecœur et Funck-Brentano, 24.

— BORDEAUX. — M. Auché, ancien professeur d'hygiène à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

— LILLE. — M. Charmeil, professeur de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

— LYON. — La chaire de matière médicale et botanique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

— MONTPELLIER. — M. Massabuau, professeur de clinique chirurgicale et infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Forgue).

M. Riche, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique chirurgicale (dernier titulaire de la chaire : M. Estor).

— NANCY. — La chaire d'histoire naturelle de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy (dernier titulaire : M. Vuillemin) est transformée en chaire de bactériologie.

M. Lavergne, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de bactériologie à ladite faculté.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — La chaire de toxicologie de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est déclarée vacante.

— La chaire de cryptogamie microbiologie de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est déclarée vacante.

MÉDECIN SANITAIRE MARITIME. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine (laboratoire d'hygiène), le 22 juin 1931.

Les dossiers des candidats devront être adressés au ministère de la Marine marchande (Services du travail maritime et de la comptabilité).

HÔPITAL MARITIME DE CHERBOURG. — M. le médecin principal Godillon, secrétaire du Conseil de santé du port de Cherbourg, remplira, en même temps, les fonctions de chef du service d'électroradiologie et de physiothérapie à l'hôpital maritime de ce port.

M. le médecin de 1re classe Condé, en service à Cherbourg, est nommé assistant des hôpitaux maritimes et désigné

comme adjoint au chef du service d'électroradiologie et de physiothérapie de l'hôpital maritime de Cherbourg.

OFFICE DE DOCUMENTATION MÉDICO-MILITAIRE. (Liége, Belgique). — PROGRAMME DES CONFÉRENCES DE 1931. — L'Office de documentation médico-militaire organise, dès cette année, et comme première manifestation de son activité, un cycle de conférences médico-militaires, à l'issue du Congrès international de médecine et de pharmacie militaires de La Haye.

Ces conférences se donneront à Bruxelles, à titre exceptionnel, à l'hôpital militaire, avenue de la Couronne.

Vous êtes cordialement invité à y assister et nous vous prions de vouloir bien nous envoyer votre adhésion.

Mardi 23 juin. — 14 h. 30 : Ouverture de la session; 15 h. : Tactique sanitaire (France); 16 h. 30 : Une question d'organisation du Service de santé colonial (France).

Mercredi 24 juin. — 9 h. : Organisation et emploi tactique des compagnies sanitaires de montagne (Suisse); 10 h. 30 : Une question de bactériologie (Yougoslavie); 14 h. 30 : La nouvelle Convention de Genève (Belgique); 16 h. : Le problème des évacuations (France).

Jeudi 25 juin. — 9 h. : Une question d'hygiène militaire (Pologne); 10 h. 30 : Une question de chirurgie d'armée (Belgique); 14 h. 30 : Le droit international dans ses rapports avec le Service de santé (Belgique).

Nous espérons également obtenir la collaboration de conférenciers italiens et néerlandais.

Pour assister à ces conférences, adresser son adhésion en indiquant son nom, son grade et sa position militaire, son adresse à l'Office de documentation médico-militaire, Hôpital militaire à Liége (Belgique).

L'inscription est gratuite.

Des réductions de transport peuvent être obtenues en s'adressant à l'agence Th. Cook.

RÉUNION HYDROLOGIQUE ET CLIMATOLOGIQUE DE MONTPELLIER. — L'ordre du jour de la session de 1932 est d'ores et déjà fixé de la façon suivante :

1° Rapports complémentaires sur le traitement hydrominéral des dysménorrhées de la puberté (confiés à MM. les docteurs Guibert (de Balaruc) et Sappey (de Grenoble-Uriage); cette question, qui a fait l'objet de rapports très étudiés en mars 1931, a été maintenue en raison de son intérêt à l'ordre du jour de 1932.

2° La susceptibilité bronchique de l'adulte et de l'enfant, les bases générales de son traitement et son traitement hydrominéral (professeur agrégé Puech (de Montpellier) et docteur Corone (de Nice-Cauterets).

La réunion accueillera, après avis de son bureau, toutes les communications qui lui seront présentées sur ces deux sujets, qui sont portés à la connaissance des médecins des stations hydro-minérales, dès l'ouverture de la saison d'été de 1931.

LA MUSIQUE A L'HOPITAL. — Une compagnie de gens du monde, c'est-à-dire de non professionnels, vient de se former sous le vocable : « La Musique à l'hôpital », afin de donner un peu de leur talent, de leur cœur, aux malades des hôpitaux parisiens.

Nous retrouvons là des noms appréciés du public : Mme Max de Kédarouet, un des meilleurs acteurs de la Petite Scène; Mme Georges Dupau, femme de médecin, la cantatrice intéressante de nombreux concerts de charité; Mlle Sarret, l'excellente mime de la Petite Scène; Mlle Christiane Joseleau, danseuse rythmique fine et gracieuse; Mlle Ameline, diseuse au talent si varié; Mlle Leroy, prix de violon de Musica; Mlle de la Beaujardière, soprano dramatique ample et magnifique. La partie de piano est infiniment intéressante avec Mmes Le Molt et Lebocq, qui ont su faire apprécier à Saint-Antoine, Lariboisière et la Pitié, le charme des danses de Granados, et la mélancolie poignante de certaines pages de Borodine.

Au nom des médecins et des malades, nous remercions cette compagnie de son initiative heureuse, et nous désirons que la « Musique à l'hôpital » multiplie ses concerts intéressants tant pour le plaisir que pour la culture intellectuelle et artistique des hospitalisés parisiens.

HÔPITAL NECKER-ENFANTS-MALADES. — MM. J.-M. Le Mée, André Bloch, M. Bouchet, laryngologistes des hôpitaux de Paris, avec M. Weill-Hallé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, et M. G. Canuyt, professeur d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Strasbourg, feront les 15, 16 et 17 juin, à l'hôpital Necker-Enfants-Malades (pavillon George et Florence Blumenthal), une série de conférences et démonstrations opératoires sur la « Chirurgie de l'amygdale ».

Les conférences auront lieu l'après-midi, de 4 h. à 6 h.

Les démonstrations opératoires et instrumentales le matin, de 10 h. à midi. Les explications seront fournies indifféremment en français, en anglais, en allemand et en italien.

Droits d'inscription : 300 fr.

Ecrire au docteur Magdelaine, assistant du service, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris.

CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. — M. le docteur Maurer, chirurgien des hôpitaux, fera le samedi, à 10 h., salle des conférences de la Clinique, quatre leçons sur les traitements chirurgicaux de la tuberculose pulmonaire.

La première leçon aura lieu le samedi 6 juin.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYGIÈNE ET CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Hospice des Enfants-Assistés. Clinique Parrot.) — M. le professeur P. Lereboullet fera, avec la collaboration de MM. Lelong, médecin des hôpitaux; Chabrun, Gournay, Bohn, Detrois et Baize, chefs de clinique et chefs de laboratoire, du lundi 22 juin au jeudi 25, une série de leçons cliniques, diététiques et thérapeutiques sur « Les diarrhées estivales et leur traitement ».

Les leçons auront lieu chaque matin, de 10 h. 15 à 11 h. 45. Ce cours est gratuit.

— M. le professeur P. Lereboullet fera, avec la collaboration de M. Cathala, professeur agrégé, médecin des hôpitaux; M. Lelong, médecin des hôpitaux; MM. Saint-Girons, Brizard, Chabrun, Benoist, Gournay, Detrois, Bohn, Pichon, Mme Dolfus-Odier, Baize, chefs de clinique, assistants et chefs de laboratoire, un cours de perfectionnement, du lundi 29 juin au samedi 11 juillet 1931.

Pour le programme, consulter les affiches. — S'inscrire à la Faculté.

— CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE DE L'ADULTE. — *Cours de revision en dix leçons.* — M. le professeur Mauclaire commencera ce cours le lundi 15 juin 1931, à 17 h., amphithéâtre Vulpian, et il le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme. — Historique général de l'orthopédie. — Chirurgie orthopédique des principales difformités du rachis et des membres. — Présentation de nombreux dessins et radiographies.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RADIOLOGIE EN 1930

PAR

Louis DELHERM et P. THOYER-ROZAT
CHEF — CHEF ADJOINT
DU SERVICE CENTRAL D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE LA PITIÉ

OS. CRANE. ARTICULATIONS

La maladie de Kummel-Verneuil. (O. Francke [Jassy]. *Lyon chirur.*, juil.-août 1931.) — La maladie de Kummel-Verneuil est aujourd'hui d'une vive actualité.

C'est une affection du corps vertébral, consécutive à un traumatisme souvent minime intéressant directement ou indirectement la colonne et dont l'évolution se fait en trois périodes :

— Le traumatisme avec les phénomènes douloureux qui l'accompagnent ;

— Un intervalle libre de santé presque complète ;

— Enfin la cyphose — avec ou sans gibbosité — et les phénomènes névralgiques.

Le diagnostic de la maladie de Kummel-Verneuil est basé sur l'examen clinique et sur l'examen radiologique ; l'interprétation des clichés reste souvent délicate en raison de l'absence de signes caractéristiques ; la déformation des corps vertébraux n'apparaît souvent que longtemps après le traumatisme et son polymorphisme peut prêter à confusion avec le mal de Pott, la platyspondylie et même certaines formes de rhumatisme vertébral ou de spondyloses.

Cf. — La spondylite traumatique (maladie de Kummel-Verneuil. (Froelich [Nancy] et A. Mouchet [Paris]. Rapport au *XXXIXe Congrès de chirurgie*, Paris, oct. 1930.)

Diagnostic entre la platyspondylie et le tassement vertébral traumatique. Tavernier et Massias [Lyon]. *Revue d'orth.*, janv. 1930.)

Sur la nature de la maladie de Kummel. (R. Leriche. *Lyon chir.*, janv. 1930.)

Syndrome de Kümmel-Verneuil, (A. Mouchet. *Soc. de chir.* 7 mai 1930.)

La spondylolisthésis. (Pedro H. Caravano. *Revue sud-amer. de méd. et de chir.*, mai 1930.) — La spondylolisthésis est le glissement antéro-inférieur de la Ve lombaire sur le sacrum, donnant lieu à une attitude particulière des malades avec lordose très accusée.

L'angle que fait l'axe de la colonne lombaire avec l'axe du sacrum atteint fréquemment l'angle droit.

La radiographie de face de la colonne lombo-sacrée, exécutée même en inclinant l'ampoule à 45 degrés, donne presque toujours une image en raccourci de la Ve lombaire qui se projette en partie sur le sacrum et peut en imposer au premier abord pour un tassement vertébral. Il est donc absolument indispensable de faire toujours une radiographie de profil qui montrera l'intégrité des corps vertébraux et des disques, et mettra en évidence le glissement vertébral et l'angulation consécutive.

Cette affection est généralement causée par des altérations congénitales prédisposantes de la dernière lombaire et secondairement par des facteurs traumatiques.

Bien que rare à son degré extrême, elle est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit à un stade moins avancé et demande à être diagnostiquée précocement.

Cf. — La spondylolisthésis, la luxation totale traumatique de la région lombo-sacrée et la prépondylolisthésis. (H. Hellner [Munster en W.]. *Forts. a. d. G. d. Rœntg.*, Bd XXXXI, 4514.)

Les indications de la ventriculographie et les renseignements qu'elle peut donner. (Cl. Vincent, David et Puech. *La science médicale pratique*, janv. 1930.) — La ventriculographie par l'air après trépano-ponction occipitale est actuellement une méthode parfaitement réglée et qui ne donne lieu pratiquement à aucun accident.

Ses indications toutefois restent limitées et il ne faut y avoir recours que lorsque la clinique et la radiographie (simple ou stéréoscopique) n'ont pas permis de localiser une tumeur cérébrale, c'est-à-dire dans les tumeurs comprimant le tronc cérébral (de diagnostic clinique toujours délicat) dans les hydrocéphalies prononcées, et en cas de tumeurs interventriculaires.

La ventriculographie, en revanche, est contre-indiquée quand il n'y a pas de stase papillaire et chez les malades demi-comateux ou dont l'état général est instable.

Les radiographies seront prises en différentes positions : *décubitus latéral droit et gauche* pour obtenir l'image des ventricules, sous forme d'un arc antéro-postérieur à concavité inférieure ; *décubitus ventral* front sur plaque, occiput en haut qui donne l'image des cornes occipitales ; *décubitus dorsal* avec occiput sur plaque et front en haut pour les cornes frontales et avec nuque sur plaque bregma en haut et tête hyperfléchie pour les ventricules latéraux.

La comparaison entre les images ainsi obtenues et plus ou moins déformées avec les images normales permet de faire un diagnostic précis de localisation.

Cf. — Diagnostic des tumeurs cérébrales par la ventriculographie. (Th. de Martel. *Soc. de méd. de Paris*, 22 mars 1930.)

Valeur de l'examen par les rayons X, pour le diagnostic des tumeurs situées à la base du cerveau. (Viggo Christiansen [Copenhague]. *Acta psych. et neurol.*, 1930, fasc. 4.)

Diagnostic radiographique du cancer secondaire du rachis. (J. Clément. *Marseille méd.*, 15 mai 1930.) — Reprenant les travaux de Sicard et de ses élèves, l'auteur envisage deux formes bien distinctes du cancer du rachis :

La forme ostéoporotique ou destructive avec aspect lacunaire plus ou moins étendu du corps vertébral, qui est fréquemment tassé, écrasé, aplati, mais avec conservation des disques intervertébraux sus- et sous-jacents. Cette forme se rencontrerait surtout dans les métastases des néos du sein.

La forme ostéoclasique ou constructive qui se traduit par un aspect particulier des os caractérisé par l'apparition de zones de condensation alternant avec des zones plus claires donnant au squelette un aspect marbré, ouaté, parfois pagé-

toïde. Cette forme est surtout secondaire au cancer de la prostate. Dans ce cadre rentrerait la vertèbre d'ivoire dont on ne peut affirmer cependant qu'elle soit toujours d'origine néoplasique.

Le diagnostic, souvent difficile au début, sera à faire avec différentes affections, en particulier avec la spondylite traumatique (ou maladie de Kummel-Verneuil), certaines formes de lombarthrie, mais surtout avec le mal de Pott.

Il sera toujours indispensable de pratiquer à la fois une radiographie de face et une radiographie de profil. Parfois le lipiodo-diagnostic pourra donner de précieux renseignements complémentaires.

Cf. — Difficultés et erreurs de diagnostic entre le mal de Pott et les tumeurs intrarachidiennes. (Bériel et Roussel. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 mars 1930.)

Diagnostic entre les tumeurs intrarachidiennes et le mal de Pott. (M. Kapsalas [Athènes]. *Soc. méd. des hôp.*, 24 oct. 1930.)

Allure clinique et aspects radiographiques de l'ostéopathie déformante progressive de Paget. (Lasserre. *Bordeaux chir.*, oct. 1930.)

Rhumatisme vertébral chronique. (Sarrère et Valat. *Progrès méd.*, 29 déc. 1930.)

Ostéopathie déformante du type Paget : étude de quelques cas. (Matthey-Cornat [Bordeaux]. *Soc. de radiol. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, janv. 1930.)

Le développement des « os de marbre ». (A. Howard Pirie [Montréal]. *Amer. journ. of Rœntg. and radioth*, août 1930.)

POUMONS. CŒUR. VAISSEAUX

Diagnostic des tumeurs du poumon chez l'adulte. (Delherm et Morel Kahn. Rapport au *Congrès pour l'avancement des sc.*, Alger, avril 1930 in *Journ. de radiol.*, mars 1930.) — Les auteurs étudient le diagnostic des tumeurs du poumon au point de vue radiologique et divisent celles-ci en deux grandes catégories : 1° celles qui sont arrondies; 2° celles qui sont de forme irrégulière. A la première catégorie appartiennent aussi bien des tumeurs bénignes (kystes dermoïdes, fibromes, kystes hydatiques) que des tumeurs malignes (sarcomes, cancers primitifs); ils montrent les difficultés du diagnostic et rappellent les principaux diagnostics différentiels qui peuvent se poser entre autres l'abcès du poumon, les pleurésies enkystées, l'anévrisme de l'aorte.

Dans la seconde catégorie existent des aspects morphologiques multiples : lobaire, juxtamédiastinal, médiastino-pulmonaire, cavitaire, pleural, chacun d'entre eux présentant des difficultés de diagnostic différentiel sur lesquels insistent les auteurs.

Les auteurs montrent l'insuffisance, du point de vue diagnostic, de la radiologie seule et l'importance de l'étude clinique (ponction exploratrice, examen des régions ganglionnaires, biopsies...) qui souvent même reste insuffisante et qui ne sera éclairée que par l'épreuve roentgenthérapique ou même l'intervention chirurgicale.

Cf. — Les opacités arrondies du thorax. (Belot et Peuteuil. *Journ. de radiol.*, oct. 1930.)

Contribution au diagnostic différentiel de quelques tumeurs pulmonaires. (Gautenberg [Munster]. *Roentgenpraxis*, 15 mars 1930.)

Tumeurs primitives du poumon. (L.-M. Bonner [Attanta]. *Journ. of Amér. méd. Assoc.*, août 1930.)

Cancer primitif du poumon. (Ramond. *Presse méd.*, 27 sept. 1930.)

Kyste hydatique et cancer du poumon. (Hartmann. *Journ. des prat.*, 17 mai 1930.)

Diagnostic radiologique des tumeurs du médiastin. (Giron. *Th. de Paris*, 1930.)

Diagnostic radiologique des collections intrathoraciques. (J. Serrand. *Cahiers de radiol.*, avril et oct. 1930.)

Difficultés diagnostiques du cancer primitif du poumon. (J. Milhit, R Huguenin et G. Albot. *Bull. du cancer*, 28 avril 1930.)

Adénopathies trachéo-bronchiques et condensations péri-hilaires : leur diagnostic : méthodes d'investigations. (Armand-Delille, Lehmann et Lestocquoy. *Paris méd.*, 22 nov. 1930.) — Le terme d'adénopathie trachéo-bronchique doit être réservé aux lésions anatomiques volumineuses et ne doit plus servir à désigner les petites intumescences ganglionnaires si fréquemment rencontrées chez l'enfant.

Dans ces conditions son pronostic étant sévère, le diagnostic ne doit en être porté qu'après avoir fait appel à tous les éléments d'une méthode rigoureuse d'investigation dont les différents termes sont : la recherche de la contamination familiale tuberculeuse, la pratique de la cuti-réaction à la tuberculine brute et de l'intradermo-réaction, la recherche du bacille de Koch dans les crachats, et l'examen radiologique. Ce dernier devra comporter systématiquement non pas une simple radioscopie, mais une radiographie à la fois de face et de profil franc (et non de 3/4) : cette dernière épreuve a l'avantage d'éviter une cause d'erreur possible venant de la projection du gros tronc vasculaire du hile : elle permet en outre de situer très exactement en profondeur le siège et l'étendue des condensations parenchymateuses para-hilaires.

Cf. — Les idées nouvelles sur la séméiologie des adénopathies trachéo-bronchiques. (Toinon. *Marseille méd.*, 5 fév. 1930.)

Contribution à l'étude radiologique de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse chez l'enfant. (Azoulay. *Bull. de la Soc. des méd. des disp. antitub. de l'O.P.H.S.*, mai 1930.)

Contribution à l'étude de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant. (E. Rist et J. Lévesque. *Revue de la tuberculose*, fév. 1930.)

Notes sur l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. (R. Debré. *Bull. de la Soc. des méd. des disp. anti-tub. de l'O.P.H.S.*, juil. 1930.)

Les condensations péri-hilaires et leur interprétation chez l'enfant. (Armand-Delille et Lestocquoy. *Soc. méd. des hôpit.*, 9 mai 1930.)

De la valeur de la radiologie dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (H. Mollard. *Lyon méd.*, fév. 1930.) — Les signes sthétacoustiques sont individuels, inconstants et surtout incomplets et l'auscultation ne nous permet pas toujours d'apprécier avec une exactitude suffisante l'existence ni l'étendue de la tuberculose pulmonaire. L'examen bactériologique lui-même a parfois des défaillances et sur plus d'un point il est insuffisant. Si le laboratoire et la clinique peuvent beaucoup, ils ne peuvent pas assez.

Ce complément d'information l'examen radiologique le fournit en nous donnant des renseignements d'ordre anatomique, physiologique et pratique.

La radiologie apporte des précisions en montrant les limites du tissu pathologique, son siège, son étendue, sa forme : elle permet d'affirmer l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions : elle révèle des manifestations discrètes qui, sans elle, risqueraient de passer inaperçues et facilite ainsi, à condition d'être systématique, un diagnostic précoce et un traitement, partant, plus efficace.

Cf. — La prééminence de l'auscultation ou de la radiologie pulmonaire. (Ameuille. *Revue critique de pathol. et de thérap.*, déc. 1930.)

De la valeur comparée des signes sthétacoustiques et radiologiques dans le diagnostic des lésions tuberculeuses des

poumons. (R. JACQUOT. *Bull. de la Soc. des méd. de sanat. et de dispensaire d'hyg. soc.*, 1930, nos 2, 3 et 4.)

Tuberculoses pulmonaires ignorées, décelées par l'examen systématique. (F. BEZANÇON, P. BRAUN et Mme FREY-RAGU. *Revue de la tuberculose*, fév. 1930.)

De la discordance entre les résultats de l'examen physique du poumon et de l'examen radiologique. (STERLING-OKUNIEWSKI [Varsovie]. *Lyon méd.*, 12 oct. 1930.)

Les principaux aspects radiologiques de la tuberculose pulmonaire. (AZOULAY. *Journ. des prat.*, 13 déc. 1930.)

Aspects cliniques et radiologiques de la dilatation des bronches. (J. TAPIE. *Soc. de méd., chir. et pharm. de Toulouse.* — Après la tuberculose la dilatation des bronches constitue la plus fréquente des affections chroniques de l'appareil broncho-pulmonaire. Sur la foi de signes de bronchite chronique s'accompagnant d'hémoptysies parfois abondantes, ces malades sont souvent considérés à tort comme des tuberculeux et pourtant la méconnaissance de cette affection a des conséquences regrettables tant pour le pronostic que pour le traitement de ces malades.

Au point de vue radiologique les grosses rétractions d'un hémi-thorax avec déviation de la trachée et du médiastin, les opacites médiastino-diaphragmatiques en équerre, les ombres annulaires entrecroisées dans la région juxtahilaire doivent faire envisager l'hypothèse d'une bronchectasie : le lipiodo diagnostic donnera toujours la certitude.

Cf. — Dilatation des bronches avec image radiologique de pleurésie médiastine. (BEZANÇON. *Avenir méd.*, avril 1930.)

Le lipiodo diagnostic et les fausses images cavitaires. (E. SERGENT. *Presse méd.*, 18 juin 1930.)

Exploration des bronches et des poumons par le lipiodol. (AMEUILLE. *Revue critique de pathol. et de thérap.*, mars 1930.)

Dextrocardie et dilatation bronchique par sclérose pulmonaire vraisemblablement tuberculeuse. (L. BERNARD et LAMY. *Soc. méd. des hôpit.*, 21 mars 1930.)

Les gommes syphilitiques du poumon et leur diagnostic radiologique. (E. SERGENT et R. BENDA. *Paris méd.*, 15 fév. 1930.) — Suivant le moment de son évolution, la gomme solitaire du poumon affecte à l'écran ou sur le film radiographique un des aspects suivants :

Image arrondie « obronde » (gomme à sa phase de début).

Image cavitaire (gomme plus évoluée dont le contenu a pu s'évacuer partiellement dans une bronche adjacente.

Image cicatricielle nodulaire ou étoilée (gomme guérie).

Cependant, malgré la concordance parfaite entre ces aspects radiologiques et les caractères anatomo-pathologiques macroscopiques de la gomme solitaire, il ne faut pas oublier qu'une image radiologique, qu'elle qu'en puisse être la précision, n'a qu'une signification purement morphologique et topographique : elle n'a jamais une signification de nature et ne saurait permettre à elle seule d'établir un diagnostic étiologique.

Les images obrondes cavitaires ou cicatricielles donti vient d'être question peuvent, en effet, se rencontrer avec des caractères radiologiques tout à fait identiques dans divers cas de tumeurs kystiques du poumon, de sarcomes métastatiques, d'infarctus, d'hématomes sous-pleuraux, de cavernes ou d'abcès.

Il n'en resterait pas moins intéressant de pratiquer l'examen radiologique systématique du thorax de tous les syphilitiques tertiaires pour permettre d'apprécier le degré de fréquence de ces formes en quelque sorte latentes de la syphilis du poumon et cette recherche aurait un double intérêt d'ordre doctrinal et pratique.

Les scléroses pulmonaires : étude clinique et radiologique. (P. DUPIRE. *Gaz. des hôp.*, 2 août 1930.) — La sclérose pulmonaire consiste dans la transformation de parties plus ou moins étendues du poumon en tissu fibreux.

Les types radiologiques les plus fréquemment observés sont :

La sclérose péribronchique à point de départ hilaire dans laquelle les bandes de sclérose sont disposées en arborisations divergentes, péribroncho-vasculaires, simples prolongations des ombres hilaires.

La sclérose diffuse se traduisant par une grisaille généralisée des champs pulmonaires ou dessinant un damier nuageux lorsqu'elle est associée à l'emphysème.

La sclérose périnodulaire, amas irréguliers et sombres dans le parenchyme pulmonaire.

Rentrent aussi dans le cadre des scléroses, ces états radiologiques décrits par Bezançon et Braun, sous le nom de tramite et qui représentent la sclérose de la trame conjonctivo-vasculaire du poumon.

A côté de ces ombres radiologiques de la sclérose elle-même, il faut signaler les modifications qu'elle entraîne dans la morphologie du thorax, se traduisant par des rétractions costales plus ou moins marquées, quelquefois localisées au sommet, et par des déviations de la trachée du médiastin et souvent aussi du cœur.

Cf. — La sclérose pulmonaire (A. FEIL, *Presse méd.*, 10 sept. 1930.)

A propos de la sclérose pulmonaire. (COUROZIER et MAGNIN. *Soc. de radiol.*, avril 1930.)

A propos de la sclérose pulmonaire. (MOREAU, *Soc. de radiol.*, déc. 1930.)

Dextrocardie et dilatations bronchiques par sclérose pulmonaire d'origine vraisemblablement tuberculeuse. (Léon BERNARD et M. LAMY. *Soc. méd. des hôp.*, 21 mars 1930.)

Radiographie du système artériel des membres. (RENAUD. *Revue critique de pathol. et de thérap.*, mars 1930.) — Deux sortes de substances sont utilisées actuellement pour rendre les artères visibles aux rayons X : ce sont le lipiodol généralement très bien supporté et les solutions plus ou moins concentrées d'iodure dont l'emploi n'est pas toujours absolument sans inconvénient.

Ces injections ont pour but de permettre de préciser l'état du système circulatoire d'un membre ou du cerveau comme le fait couramment Egas Monig, et de se rendre compte des modifications de calibre ou des oblitérations des grosses et moyennes artères.

A ce point de vue, l'artériographie des membres devrait donner dans les cas de gangrène deux sortes de renseignements intéressants : une localisation précise de l'oblitération et une appréciation exacte des conditions de la circulation au niveau du futur lambeau. Malheureusement ce procédé n'est pas absolument fidèle et donne lieu actuellement à des erreurs d'interprétation qui lui enlèvent les avantages d'un procédé de certitude.

La méthode toutefois mérite d'être retenue en attendant son perfectionnement.

Cf. — Radiographie des artères cérébrales. (Cl. VINCENT. *Revue critique de pathol. et de thérap.*, mars 1930.)

Artériographie des membres avec l'iodure de sodium : sa valeur dans les artérites et gangrènes. (CHARBONNEL et MASSÉ. *Bordeaux chir.*, avril 1930.)

Anévrisme artériel et artériographie. (JEANNENEY, MAGENDIE et MAGNANT. *Journ. méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 10 janv. 1930.)

L'épreuve artériographique dans un cas de gangrène du membre inférieur. (MASSÉ et MATTHEY-CORNAT. *Soc. de radiol. méd. de France*, mars 1930.)

Sur la valeur pratique de l'artériographie. J. SCHULLER. *Münch. med. Woch.*, 14 fév. 1930.)

Encéphalographie artérielle. (PINTO. *Journ. de chir.*, 3 sep. 1930.)

TUBE DIGESTIF

Quelques remarques sur la cholécystographie. (A. Chéron. *Cahiers de radiol.*, janv. 1930.) — Malgré les critiques que l'on a pu faire à la méthode de Graham et les échecs qu'on lui a imputés souvent à tort (parce qu'on lui demandait plus qu'elle ne pouvait donner) la cholécystographie est un remarquable procédé d'étude morphologique et fonctionnelle de la vésicule.

Elle permet, en effet, de connaître avec la perméabilité de la vésicule et son contenu, sa forme, son volume, sa situation, ses rapports avec les organes de voisinage, sa mobilité par rapport aux mêmes organes (et la notion de péricholécystite qui en découle parfois).

Elle renseigne, en outre, sur la physiologie de la vésicule en montrant dans quelles limites horaires s'effectuent son remplissage et son évacuation, sachant que la visibilité doit atteindre son maximum de douze à seize heures après l'administration du sel opaque (suivant qu'il est injecté dans les veines ou ingéré) et qu'elle doit être nulle à la vingtième heure si l'on a fait faire au malade un repas normal après l'examen de la seizième heure.

Mais ces très intéressants résultats ne peuvent être acquis qu'à la condition de soumettre le sujet à une préparation rigoureusement réglée et d'opérer avec une technique impeccable.

Cf. — Sur la préparation des malades en vue de l'exploration des voies biliaires par la méthode de Graham. (Stuhl. *Cahiers de radiol.*, avril 1930.)

Diagnostic de la cholécystite non calculeuse et de la péricholécystite par la cholécystographie. (Nemours-Augusti. *Soc. de gastro-entérol.*, 10 fév. 1930.)

Sur le diagnostic radiologique de la cholécystite non calculeuse et de la péricholécystite par la cholécystographie. (Nemours-Augusti. *Presse méd.*, 5 avril 1930.)

Diagnostic de lithiase vésiculaire sans complications. (Chiray et Lomon. *Paris méd.*, 28 juin 1930.)

L'objectivation de la vésicule biliaire par la cholécystographie. (Jacotot et Lachapelle. *Bull. de la Soc. de radiol.*, nov. 1930.)

La cholécystographie par voie veineuse et l'épreuve du fonctionnement hépatique dans la pratique. (Waters et King [Baltimore]. *Amer. journ. of Rœntg. and radioth.*, janv. 1930.)

Dynamique biliaire. (R. Coliez. *Cahiers de radiol.*, oct. 1930.)

Contribution à l'étude radiologique des estomacs biloculaires. (J. Belot, Gally et Dhikéos. *Journ. de radiol.*, déc. 1930.) — La biloculation de l'estomac est une segmentation de la cavité gastrique dont la forme ainsi que le siège peuvent varier à l'infini et qui divise l'estomac en deux poches, l'une supérieure, l'autre inférieure, communiquant plus ou moins largement entre elles.

Il y a lieu de distinguer entre les fausses biloculations et les vraies. Dans les premières rentrent, avec l'estomac « en cascade » ou « en cornue » dont l'aspect est généralement dû à une distension anormale de l'arrière-fond tubérositaire, toutes les biloculations par compression extrinsèque (des organes de voisinage, côlon, rate, foie, pancréas) ou par tiraillement : ces fausses biloculations se modifient ou disparaissent par la palpation ou suivant les changements de position du malade.

La biloculation vraie, par contre, est constituée par deux poches parfaitement distinctes avec communication plus ou moins terrée et dont l'aspect reste constant. Elle est généralement médiogastrique et affecte tantôt la forme en B majuscule tantôt le type en sablier.

La forme en B se rencontre surtout dans les spasmes qu'ils soient purs ou associés à une lésion pariétale.

La forme en sablier est presque toujours l'expression d'une lésion organique intéressant à la fois la petite et la grande courbure et provoquant leur resserrement.

C'est le type de la sténose organique médiogastrique.

On peut rencontrer enfin quelques types plus rares de biloculation observés au cours de l'évolution des linites plastiques ou encore lorsqu'il existe une hernie diaphragmatique dont le collet étrangle la cavité gastrique.

Cf. — Contribution à l'étude radiologique des estomacs biloculaires. (Dhikéos. *Th. de Paris*, 1930.)

L'estomac en cascade. (Chaumet. *Journ. de radiol.*, juin 1930.)

Diagnostic radiologique de la diverticulose colique. (H. Béclère et Porcher. *Journ. de radiol.*, juillet 1930.) — Soupçonnée chez certains malades et confirmée par l'examen radiologique du gros intestin, la diverticulose est souvent aussi une véritable trouvaille radiologique à l'occasion de l'exploration d'un côlon : dans le premier cas, cette diverticulose s'accompagne de *diverticulite* dont la symptomatologie clinique avait permis de prévoir l'existence : dans le second cas, elle ne donne lieu à aucun trouble appréciable. Son siège le plus habituel est sur le sigmoïde et le descendant, mais on peut également en rencontrer sur tout le trajet du côlon.

Anatomiquement, il faut distinguer les vrais diverticules (dont les parois sont les mêmes que celles de l'intestin) et les faux diverticules par plissement et par cloisonnement.

Radiologiquement, après administration d'un lavement opaque ou d'un repas baryté, leur aspect est celui de petites images arrondies implantées comme des clous de girofle le long des parois du côlon, et reste sensiblement le même qu'il s'agisse de vrais ou de faux diverticules (les diverticules par cloisonnement ont cependant parfois un volume beaucoup plus considérable) : mais après l'évacuation du liquide opaque, les vrais diverticules restent fréquemment imprégnés de gélobarmie, alors que les faux diverticules se vident entièrement.

La diverticulite s'accompagne généralement, en outre, de spasme colique, parfois intense.

Cf. — Diverticulose et diverticulites. (Prat [Nice]. *Soc. de chir.*, 22 oct. 1930.)

Observation de diverticules multiples du côlon. (Ledoux-Lebard, Jahiel et Garcia Calderon. *Soc. de radiol.*, 14 janv. 1930.)

Un cas de diverticulose du gros intestin. (Lapeyre. *Soc. de radiol.*, 4 mai 1930.)

Diverticules du côlon. (Ch. Paschetta. *Soc. de radiol.*, 4 mai 1930.)

Le carrefour inférieur dans l'appendicite et le diagnostic radiologique indirect de l'appendicite chronique. (Jacquet et Gally. *Paris méd.*, 5 avril 1930.) — Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique a plus d'intérêt qu'on ne le croit habituellement et mérite qu'on y ait plus souvent recours.

Il ne consiste plus seulement dans la recherche du point douloureux localisé au cæcum, ou à l'appendice lui-même lorsqu'il s'est imprégné de baryte ; d'autres signes radiologiques viennent s'y ajouter pour donner à l'examen du carrefour inférieur une plus grande précision. Ce sont, d'une part, le retard au franchissement du défilé iléo-cæcal par le repas baryté ingéré six heures auparavant, et, d'autre part, des réactions hypertoniques (encoches spasmodiques plus ou moins profondes, rétractions, etc.), les unes permanentes, les autres intermittentes, localisées dans le domaine du cæcum et du cæco-ascendant et à la terminaison de l'iléon. Associés, ces trois signes constituent un véritable syndrome radiologique du carrefour inférieur, qui est réellement caractéristique de l'existence de lésions d'appendicite chronique.

Cf. — Le retard du transit iléo-cæcal et l'hypertonie segmentaire du cæco-ascendant dans leurs rapports avec l'appendicite. (JACQUET, GALLY et POREAUX. *Presse méd.*, 15 fév. 1930.)

Diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. (ORLIANSKY. *Brit. med. Journ.* [Londres], 22 fév. 1930.)

La colite segmentaire, signe indirect d'appendicite chronique. (HUET. *Soc. de radiol.*, 11 mars 1930.)

Quelques cas de volvulus du cæcum. (DILLENSEGER [Vichy]. *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1930.) — Le volvulus du cæcum, appelé par d'autres cæcum coudé inversé, renversé, incurvé, constitue une simple anomalie de position par bascule de cet organe, sans qu'il s'y ajoute de phénomènes d'occlusion.

Favorisé par une trop grande mobilité du cæcum, il représente souvent le stade définitif d'une périviscérite adhésive ayant fixé le cæcum en position sous-hépatique. L'examen radiologique est indispensable dans ces cas non seulement pour apprécier la situation exacte et la morphologie du cæcum et de l'appendice, mais encore pour étudier le transit intestinal iléo-cæcal et la stose cæcale qui peut en résulter.

Cf. — Contribution à l'étude du volvulus du cæcum. (LANDEL. *Th. de Paris*, 1930, Jouve, édit.)

Le dolicho-sigmoïde. (BENSAUDE et O. MONOD. *Ann. de méd.*, avril 1930.) — Le dolicho-sigmoïde ou allongement de l'anse sigmoïde qui comporte une symptomatologie clinique susceptible de le faire soupçonner, n'est cependant bien mis en évidence que par l'examen radiologique : celui-ci peut se faire par la voie haute (repas opaque), mais c'est surtout l'épreuve du lavement baryté qui permet d'affirmer son existence. Encore faut-il que le lavement soit administré suivant certaines règles et, en particulier, sous faible pression, afin de ne pas créer artificiellement un allongement qui ne serait dû qu'à une trop grande quantité ou une trop grande pression du liquide opaque.

Les types radiologiques du dolicho-sigmoïde, sont :

1. L'anse longue simple, verticale ou légèrement oblique, dont la branche inférieure prolonge la directiou du rectum. Les branches sont accolées en canon de fusil et se coudent à angle brusque ou bien sont écartées, décrivant l'image classique en oméga à courbe de grand rayon ;

2. L'anse aux formes variées non rectilignes. L'anse est plus ou moins infléchie, pouvant remonter jusqu'au foie, formant parfois un 8 de chiffre, si le méso est long. D'autres fois elle présente des circonvolutions multiples en double spirale, pelotonnée sur elle-même si le méso est court.

Le dolichocôlon s'observe également, mais moins fréquemment sur le descendant et le transverse.

Cf. — Etude radiologique des anomalies du côlon. (AUBOURG. *Soc. des chir. de Paris*, n° 7, 1930.)

Sur d'importantes anomalies du gros intestin (G. GABRIEL [Francfort]. *Rœntgenpraxis*, 15 févr. 1930.)

Dystopies du gros intestin. (BOUQUET et JAUBERT DE BEAUJEU. *Arch. d'El. méd. et de Physioth.*, août-sept. 1930.)

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE. OBSTÉTRIQUE

Technique de l'hystéro-salpingographie. (Cl. BÉCLÈRE. *Journ. de radiol.*, avril 1930.) — L'hystéro-salpingographie, par injection intra-utérine de lipiodol aujourd'hui entrée dans la pratique courante doit, pour être inoffensive et donner des résultats exacts, s'exécuter suivant des indications rigoureuses et une technique correcte.

Le moment le plus favorable pour l'examen est la fin de la première semaine après les règles.

Cette exploration constituant une véritable petite intervention gynécologique nécessite une hospitalisation de vingt-quatre heures.

Elle doit être pratiquée sur des malades non fébriles, sans réactions douloureuses du petit bassin et sera précédée d'une injection vaginale antiseptique.

Elle nécessite une installation radiologique puissante.

La bonne technique de l'injection exige une obturation complète du col et l'emploi d'une pression suffisante mais limitée. Cette pression sera vérifiée par un manomètre, mais surtout par le contrôle radioscopique qui est indispensable pendant toute la durée de l'injection et décide du moment le plus favorable pour la prise des radiographies.

Enfin lorsque l'hystéro-salpingographie a pour but — et c'est le cas le plus fréquent — de rechercher la perméabilité tubaire, une dernière radiographie de contrôle sera faite quarante-huit heures ou plus après l'examen pour s'assurer s'il y a eu ou non passage et diffusion du lipiodol dans la cavité péritonéale.

Cf. — Le diagnostic du cancer du corps de l'utérus, la valeur de l'injection de lipiodol. (KELLER. *Strasbourg méd.*, 5 mai 1930.)

Les injections intra-utérines de lipiodol dans le traitement de la stérilité. (DUHAIL. *Progrès méd.*, 14 juin 1930.)

De l'état actuel des applications de la radiographie aux diagnostics gynécologiques et obstétricaux. (BOUCHACOURT. *Bull. méd.*, 27 sept. 1930.)

L'état actuel de la question de l'hystéro-salpingographie. (WITWER, CUSHMAN et LEUCUTIA [Détroit]. *Americ. Journ. of Roentgenol. and Radioth.*, fév. 1930.)

Le radiodiagnostic en obstétrique : quels renseignements le radiologiste peut-il fournir actuellement au médecin-praticien et à l'accoucheur? (BELOT et LEPENNETIER. *La science méd. prat.*, mars 1930.) — Depuis l'emploi d'installations puissantes, de la radiographie rapide, des diaphragmes antidiffuseurs, le radiologiste doit apporter à l'accoucheur une aide précieuse en le documentant sur la grossesse elle-même, sur le fœtus, sur la forme de la ceinture pelvienne et ses diamètres dont l'évaluation par le procédé manuel est souvent difficile. Le radiodiagnostic obstétrical donne donc lieu à trois sortes de recherches :

Le diagnostic de la grossesse, ses anomalies et en un mot tout ce qui concerne le fœtus in utero ;

L'étude radiologique et la mesure du bassin de la mère, ses rapports avec les dimensions de la tête fœtale ;

Le diagnostic de certaines rétentions placentaires, le diagnostic des superfétations et enfin l'étude du mécanisme du travail.

Cf. — De l'état actuel des applications de la radiographie aux diagnostics gynécologiques et obstétricaux. (BOUCHACOURT. *Bull. méd.*, 27 sept. 1930.)

Radiodiagnostic dans la grossesse et pendant l'accouchement. (BAUMANN [Munich]. *Münch. med. Woch.*, 4 juillet 1930.)

A propos du diagnostic radiologique des gestations ectopiques. (L. PORTES et LEBLANC. *Soc. d'obst. et de gynécol.*, mars 1930.)

Radiodiagnostic de la gestation ectopique. (COUVELAIRE, PORTES et DIGONNET. *Soc. d'obst. et de gynécol.*, 5 mai 1930.)

Valeur de la radiographie pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine. (V. CATHALA. *Soc. d'obst. et de gynécol.*, 2 juin 1930.)

Une nouvelle méthode de radiographie du système urinaire par l'urosélectan. (R. COLIN et O. BERGMANN. *Cahiers de radiol.*, oct. 1930.) — L'injection intraveineuse d'urosélectan donne, grâce à l'opacification de l'urine par l'iode, une visibilité très satisfaisante aux rayons X de tout l'arbre urinaire : calices, bassinet, uretères et vessie ; les contours

du rein lui-même sont beaucoup plus visibles que par les procédés habituels. Sur les sujets normaux cette opacification commence environ quinze minutes après l'injection et se poursuit pendant une demi-heure environ : un retard de visibilité, d'un ou des deux reins doit donc faire penser à une insuffisance rénale uni- ou bi-latérale. Ce procédé, plus physiologique que la pyélographie rétrograde, montre comme elle le volume des calices et des bassinets et leur dilatation dans l'hydronéphrose. Elle met en évidence les ptoses rénales, les coudures et les dilatations des uretères : la localisation des ombres calculeuses urétérales est également grandement facilitée.

Cette méthode toutefois ne doit pas s'opposer à la pyélographie urétérale habituelle car elle a ses principales indications dans les contre-indications de la seconde : rétrécissement de l'urèthre, atrophie ou tuberculose de la vessie, occlusion d'un orifice urétéral, infection vésicale, etc. Elle présente l'avantage d'une pyélographie double et simultanée, mais l'inconvénient d'un remplissage moins correct du bassinet.

Cf. — La pyélographie par urosélectan ayant donné lieu en 1930 à un nombre considérable d'articles ou de communications nous n'indiquerons ici que les principales références :

Communications diverses au *XXXe Congrès franç. d'urol.*, oct. 1930.)

Premiers résultats de la méthode de Lichtenberg : pyélo-uretéro-cystographie par injection intraveineuse (H. Béclère, P. Porcher, R. Henry. *Soc. de radiol.*, 11 fév. 1930.)

Nouveau procédé d'exploration radiologique des voies urinaires. (Pasteur Vallery-Radot, Jean Dolsau, Nemours-Auguste, Maurice Derot. *Presse méd.*, 19 mars 1930.)

Illumination radiologique de tout le système urinaire au moyen de l'injection intraveineuse d'urosélectan. (Fraisse et Le Coq. *Journ. de méd. de Paris*, 14 août 1930.)

L'urographie excrétoire : note préliminaire sur une nouvelle méthode d'exploration radiologique de l'arbre urinaire. (Héritage et Wart. *The Brit. med. Journ.*, 19 avril 1930.)

Pyélographies à l'urosélectan. (Chauvin. *Presse méd.*, 30 août 1930.)

L'exploration des voies urinaires par l'urosélectan. (Lepoutre. *Paris méd.*, 18 oct. 1930.)

L'examen radiologique des voies urinaires par l'urosélectan. (Luzuy. *Progrès méd.*, 1er nov. 1930.)

A propos de quelques pyélographies par urosélectan. (Haret, Constantinesco, Picarda. (*Soc. de radiol.*, 8 juillet 1930.)

Pyélographie et urographie par urosélectan : comparaison entre les deux méthodes. Colaneri. *Soc. de radiol.*, 8 juillet 1930.)

Les fonctions de l'appareil urinaire et des vaisseaux étudiées par l'urosélectan. (P.-E. Morhardt. *Presse méd.*, 24 déc. 1930.)

La pneumopyélographie. (Chauvin et Empéraire. *Journ. de radiol.*, juin 1930.) — La pneumopyélographie, — à l'inverse de la pyélographie habituelle qui emplit les cavités rénales avec un liquide opaque — a pour but de remplir ces mêmes cavités avec un gaz transparent (l'air est le plus communément utilisé). Par ce procédé l'uretère et le bassinet apparaissent en clair, sur fond sombre : on peut aussi mettre en évidence sur une même épreuve leurs contours et l'image de leur contenu et augmenter par contraste la visibilité de ce dernier : c'est ainsi que des calculs peu opaques deviennent plus visibles, entourés d'une aire gazeuse claire. On peut en tout cas les situer avec une précision parfaite dans les cavités pyélocalicielles.

Cf. — La pneumopyélographie. (Gunsett, Boeckel et Sichel. *Strasbourg méd.*, 11 janv. 1930.)

L'urétéropyélographie ascendante à l'urosélectan et à l'air; la méatoscopie gazeuse. (M. Chevassu. *XXXe Congrès d'urol.* Paris, oct. 1930.)

Quelques cas de pneumopyélographie par une méthode simple. (Darget. *XXXe Congrès d'urol.*, Paris, oct. 1930.)

RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie de la maladie de Hodgkin (lymphogranulomatose maligne). (Ch. Aubertin, P. Thoyer-Rozat et Robert Lévy. Rapport au *Congrès pour l'avancement des sciences*, Alger, avril 1930, in *Journ. de radiol*, mars 1930.) — Nous avons dans la radiothérapie une arme de destruction puissante des éléments de la lymphogranulomatose. Mais pour qu'il ait des chances de succès durable, le traitement doit être :

Précoce : d'où la nécessité d'un examen clinique très attentif de tout malade porteur d'adénopathies. Le diagnostic sera appuyé par un examen du sang et si possible par une biopsie. On complétera l'examen par une exploration radiologique minutieuse en vue de dépister des adénopathies profondes (médiastinales en particulier). Il importe, en effet, de traiter d'emblée toutes les localisations de la lymphogranulomatose.

Intensif. — Il faut toujours utiliser la radiothérapie profonde à 200.000 volts fortement filtrée (1 millimètre de Cu) et donner des doses fortes en attaquant la région à irradier par plusieurs champs (à raison de 3 à 4.000 R par champ).

Pour prévenir autant que possible les récidives, on complétera ce traitement d'attaque par un traitement de consolidation trois mois après et un traitement d'entretien six mois après. Si les récidives ou les complications ne peuvent être évitées, on les traitera en utilisant la technique du traitement d'attaque.

Chez les malades intransportables, ou devenus radiorésistants, on peut utiliser le radium.

Le thorium X enfin donne de bons résultats contre le prurit qui accompagne la maladie de Hodgkin.

Cf. — Le traitement radiothérapique de la maladie de Hodgkin. (Ch. Aubertin, P. Thoyer-Rozat et R. Lévy. *La médecine*, juin 1930; id. *Arch. des mal. du cœur*, mai 1930.)

La rœntgenthérapie totale dans la lymphogranulomatose maligne. (Sluys [Bruxelles]. *Le Scalpel*, 5 juil. 1930.)

La radiothérapie dans les périviscérites douloureuses. (Delherm et Laquerrière. *Gaz. des hôp.*, 16 juil. 1930.) — S'appuyant sur ce fait que l'irradiation des organes génitaux peut non seulement faire disparaître des adhérences, mais encore calmer les états inflammatoires et que la radiothérapie peut prévenir la formation de certaines réactions inflammatoires ou fibreuses, les auteurs ont essayé la radiothérapie dans le traitement des adhérences des organes abdominaux et ont même cherché à obtenir un résultat préventif sur la production de ces adhérences après intervention chirurgicale.

Appliquée à dose moyenne (400 R environ par séance avec un total de 1.600 R par champ pour une même série d'applications), la radiothérapie moyennement pénétrante (25 centimètres d'étincelle équivalente) a donné des résultats déjà très satisfaisants.

Cf. — Note sur la radiothérapie dans les périviscérites douloureuses. (Delherm et Laquerrière. *Soc. de radiol.*, juin 1930.)

La rœntgenthérapie dans le traitement de la syringomyélie. (Delherm et Morel-Kahn. *Journ. de radiol.*, sept. 1930.) — Dans cette affection dont l'évolution est particulièrement sévère, l'emploi de la rœntgenthérapie permet d'espérer, dans un nombre de cas appréciables, une amélioration parfois importante portant surtout sur les troubles de la sensibilité. En même temps, la faiblesse musculaire et les phé-

nomènes parétiques s'atténuent et d'une manière générale, les mouvements se font mieux.

Mais ces résultats favorables ne sont obtenus qu'à la condition que la radiothérapie soit appliquée de façon précoce, chez des sujets jeunes en prenant comme règle absolue de déborder largement le siège clinique des lésions. Il importe également de suivre longuement le malade et de répéter fréquemment le traitement tout en ménageant et en surveillant très attentivement la peau des régions irradiées.

Les auteurs conseillent d'utiliser la radiothérapie moyennement pénétrante en feux croisés sur le segment de moelle à irradier.

Cf. — La rœntgenthérapie dans le traitement de la syringomyélie. (DELHERM, MOREL-KAHN et DESGREZ. *Presse méd.*, janv. 1930.)

Indications et résultats des méthodes physiothérapiques dans les affections de l'axe cérébro-spinal. (DELHERM et MOREL-KAHN. *Ve Congrès intern. de physioth.*, Liége, sept. 1930.)

Le traitement de la poliomyélite infantile par la radiothérapie. (DELHERM et P. MATHIEU. *Monde méd.*, 15 fév. 1930.) — La radiothérapie de la poliomyélite suivant la méthode fixée par Bordier (qui l'associe à la diathermie) constitue un traitement rationnel au début de l'affection et qui paraît d'autant plus efficace qu'il a été institué plus tôt. Il y a lieu de tenir compte toutefois dans l'appréciation de ces résultats (qui sont actuellement diversement jugés par les uns et les autres) des améliorations spontanées qui se produisent chez de nombreux sujets au cours de l'évolution de leur affection, lorsque celle-ci a présenté une forme légère ou de moyenne gravité.

Par contre dans les formes graves avec réaction de dégénérescence totale, les résultats sont évidemment moins brillants et en tout cas inconstants. Les auteurs réservent donc encore leur opinion à ce sujet tout en reconnaissant que, dans l'état actuel de la question, on ne peut priver de ce traitement les malades atteints d'une affection souvent si grave.

Cf. Le traitement de la poliomyélite infantile par les agents physiques. (P. MATHIEU. *Journ. de méd. et de chir. pratique*, 10 sept. 1930.)

Indications et résultats des méthodes physiothérapiques dans les affections de l'axe cérébro-spinal. (DELHERM et MOREL-KAHN. Rapport au *Ve Congrès intern. de physioth.*, Liége, sept. 1930.)

Poliomyélite antérieure aiguë. Etude clinique, diagnostic, traitement. (HAMON et LE BARON. *Bull. méd.*, 18 oct. 1930.)

Poliomyélite et agents physiques. Traitement classique et technique de Bordier. (PORTRET. *Soc. d'électroth. et de radiol.*, juil. 1930.)

A propos des traitements de la paralysie infantile. (LAQUERRIÈRE. *Soc. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1930.)

La radiothérapie dans les affections de l'enfance. (DUHEM. *Paris méd.*, 19 avril 1930.)

La méthode de Bordier dans la paralysie infantile. (MANUEL et ARCÉ. *Paris méd.*, 13 déc. 1930.)

Résultats et indications de la radiothérapie dans le goitre exophtalmique. (ASTIER. *Bull. de la Soc. de radiol.*, juin 1930.) — Le traitement radiothérapique du goitre exophtalmique, pratiqué suivant une technique actuellement bien établie, donne des résultats très intéressants et des guérisons durables.

En général, les cas récents sont plus favorables que les cas anciens.

L'auteur utilise la technique classique des petites doses (200 R. par séance et par champ) répétées deux fois par semaine jusqu'à douze séances environ; puis repos de deux à trois mois pendant lesquels on peut avec avantage soumettre le malade à la galvano-faradisation; ensuite, reprise de la radiothérapie dans les mêmes conditions que pour la première série d'irradiations.

La mesure répétée du métabolisme basal permet de guider la marche du traitement et d'éviter les accidents de myxœdème.

Les symptômes le plus précocement modifiés sont la tachycardie et l'instabilité du pouls, les phénomènes nerveux (insomnie, agitation), les phénomènes toxiques (diarrhées), l'amaigrissement : la reprise du poids est généralement d'excellent augure.

La radiothérapie, par sa simplicité et sa souplesse d'application, est actuellement très en faveur; elle n'a de contre-indication que dans le goitre basedowifié qui reste une forme d'emblée chirurgicale.

Cf. Traitement de la maladie de Basedow par la radiothérapie (E. SÉVIN. *Th. de Paris*, 1930.)

Radiothérapie de la maladie de Basedow. (G. HOLZNECHT [Vienne]. *Radiology*, fév. 1930.)

Résultats de la radiothérapie dans la maladie de Basedow. W. BREDNOW. *Münch. med. Woch.*, 17 janv. 1930.)

Le traitement radiothérapique des goitres exophtalmiques. (RECHOU et WANGERMEY. *Arch. élect. méd.*, août 1930.)

La radiothérapie du sympathique dans certaines affections cardio-vasculaires. (DELHERM et BEAU. *Journ. de radiol.*, juil. 1930.) — Dans certains troubles vasculaires (en particulier dans la maladie de Raynaud et l'artérite oblitérante), la radiothérapie de la région cervico-dorsale pour les membres supérieurs et de la région dorso-lombaire pour les membres inférieurs, en y adjoignant parfois des champs d'irradiation échelonnés tout le long des vaisseaux du membre, donne des améliorations très marquées et même des succès durables.

L'angine de poitrine est également justiciable de la radiothérapie, mais ses résultats paraissent plus inconstants. Il ne semble pas, en tout cas, que ce soit une méthode dangereuse et à rejeter.

L'hypertension artérielle enfin, qui paraissait relever — au point de vue radiothérapique — de l'irradiation des surrénales, semble cependant pouvoir être améliorée également par des irradiations éloignées de la région surrénalienne et portant uniquement sur la chaîne du sympathique seul.

Cf. L'action des rayons X sur le sympathique est-elle un fait nouveau? (GOUIN et BIENVENUE, *Soc. de radiol. méd. de France*, 11 mars 1930.)

La radiothérapie de la région surrénale. (E. CHÉRIGIÉ. *Th. de Lille*, 1930.) — Au point de vue clinique la radiothérapie de la région surrénale ne modifie pas la tension artérielle mais provoque une amélioration des symptômes fonctionnels qui l'accompagnent : sans action sur le fond hypertensif habituel, elle supprime les épisodes hypertensifs surajoutés.

La radiothérapie améliore considérablement les troubles fonctionnels des artérites oblitérantes. Elle peut amener également la cicatrisation de tous les troubles trophiques.

Elle paraît exercer encore une action favorable sur la glycosurie et provoque une baisse importante et peut-être durable de la glycémie.

Elle provoque enfin des variations du taux de la calcémie.

La radiothérapie de la région surrénale est une radiothérapie fonctionnelle. Les résultats obtenus sont dus probablement à l'association de deux systèmes différents : endocrinien et sympathique, mais cependant inséparables, qui forment le système neuro-végétatif.

La radiothérapie de la région surrénale est une médication de régulation vaso-motrice qui rétablit dans les réflexes vasculaires et tensionnels un équilibre pathologiquement rompu.

L'auteur utilise la radiothérapie moyennement pénétrante

(130.000 volts) mais fortement filtrée (10 millimètres d'al.), et administre 2.000 R en une série de quatre séances sur chacune des deux zones irradiées (régions paravertébrales D et G de D^{11} à L^{3}).

Cf. — Radiothérapie surrénale dans les gangrènes artéritiques. (ZIMMERN et BRUNET. *Soc. de radiol.*, fév. 1930.)

L'irradiation des régions surrénales dans la vaso-constriction et dans la vaso-dilatation des extrémités. (DESPLATS et LANGERON. *Soc. de radiol.*, janv. 1930.)

La radiothérapie de la région surrénale, médication vasomotrice. (LANGERON et DESPLATS. *Presse méd.*, 11 janv. 1930.)

La radiothérapie de la région surrénale. (LANGERON. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 nov. 1930.)

Technique de radiothérapie des surrénales. DESPLATS. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 nov. 1930.)

Traitement par la radiothérapie fonctionnelle sympathique des prurits diabétiques et des diabétides [influence sur la glycosurie]. (J. GOUIN et BIENVENUE. *Soc. de radiol.*, déc. 1930.)

La radiothérapie dans les compressions médullaires et dans les tumeurs rachidiennes. (ZIMMERN et CHAVANY. *Monde méd.*, 15 juin 1930.) — Généralement bien mises en évidence et exactement localisées grâce au lipiodo-diagnostic intrarachidien, les compressions de la moelle sont dues soit à des altérations osseuses de voisinage, tuberculose vertébrale, cancer vertébral, soit à des lésions méningées tuberculeuses ou syphilitiques, soit à des néoformations tumorales ayant pour siège initial et évolutif le contenu du canal rachidien (tumeurs médullaires proprement dites). Ces dernières sont intramédullaires (gliomes ou endothéliomes de très grande malignité mais par contre très radiosensibles) ou juxtamédullaires (lipomes, angiomes, chondromes pour les extradurales neurogliomes, psammomes, schwannomes pour les intradurales, toutes peu radiosensibles).

Les indications de la radiothérapie dans ces divers cas sont assez nettes :

1. Les compressions par tumeurs juxtamédullaires, qu'elles soient intra ou extradurales, étant facilement énucléables et d'ailleurs peu radiosensibles, doivent être réservées à la neuro-chirurgie;

2. Toutefois si l'intervention n'a pas permis l'extirpation complète de la tumeur et si celle-ci s'est montrée, à l'examen histologique, assez radiosensible, on pourra utilement compléter l'œuvre du chirurgien par des séances de radiothérapie;

3. La radiothérapie sera également indiquée dans les tumeurs intramédullaires — généralement radiosensibles — mais il sera bon quelquefois de la faire précéder d'une laminectomie exploratrice et décompressive;

4. Dans les compressions médullaires (métastases juxtamédullaires de néoplasmes primitifs très radiosensibles, métastases de la maladie de Hodgkin) et en particulier dans le cancer du rachis osseux, la radiothérapie est à tenter également, bien que le résultat en soit assez variable.

Technique : rejeter les doses massives en cas de compression très serrée de la moelle et ne pas dépasser 4.000 à 5.000 R par séances de 500 R étalés sur quinze jours.

Dans le cancer rachidien, par contre, on peut frapper plus fort et aller jusqu'à 8.000 R par séances de 1.000 R.

De toutes manières, utiliser un rayonnement de très courte longueur d'onde (radiothérapie pénétrante) et fortement filtrée (0,50 à 1 millimètre de cuivre) et recommencer les irradiations après deux à trois mois de repos.

Cf. — Le traitement des tumeurs intrarachidiennes. PAOLI. (*Marseille méd.*, 15 mai 1930.)

La radiosensibilité des tissus nerveux. ZIMMERN et CHAVANY. (*Journ. de radiol.*, juillet 1930.)

Trois cas de tumeurs primitives du rachis : traitement favorable par les rayons X. (HAGUENEAU, GALLY et BERNARD. *Soc. de radiol.*, juillet 1930.)

Radiothérapie du cancer du col de l'utérus : résumé des travaux de la sous-commission à la Société des Nations. — Simone LABORDE. (*Journ. de radiol.*, février 1930.)

On tend de plus en plus actuellement — surtout à l'étranger — à abandonner la chirurgie et à utiliser uniquement la radiothérapie (rœntgen et curiethérapie) pour le traitement du cancer du col de l'utérus.

A l'Institut du radium, la technique est la suivante :

La curithérapie intracavitaire doit être pratiquée dans tous les cas où elle peut être correctement réalisée et elle suffit si la lésion est strictement limitée au col.

Quand les lésions ne sont pas strictement limitées au col ou quand la curiethérapie intracervicale n'a pu être rigoureusement pratiquée, on la complète par la radiothérapie transcutanée, curiethérapie à distance ou rœntgenthérapie. Cette dernière utilise une tension de 200.000 volts avec grande distance focale (60 à 80 centimètres), forte filtration (1 à 2 millimètres de zinc ou cuivre) et champs larges. L'irradiation est faite par quatre portes d'entrée (2 antérieures, 2 postérieures), à raison de 4.000 à 5.000 R par porte (soit 16.000 à 20.000 R en tout, étalés sur quinze à vingt jours par séances quotidiennes de 1.000 R).

Les résultats très encourageants accusent un pourcentage de 20 p. 100 de guérisons ; celles-ci dépendent de deux facteurs : diagnostic précoce, traitement précoce et correct.

Cf. — La radiothérapie du cancer du col de l'utérus au centre anticancéreux parisien. (S. LABORDE et Y. WICKHAM. *Journ. de radiol.*, juillet 1930.)

Les cancers gynécologiques au centre anticancéreux de Strasbourg. (GUNSETT, *Strasbourg méd.*, 15 juin 1930.)

Curie et rœntgenthérapie du cancer du col de l'utérus : résultats obtenus de 1915 à 1924 inclus. (H. BOWING et R.-E. FRICKE [Mayo Clinic]. *Radiology*, mars 1930.)

NOTES POUR L'INTERNAT

TABES

SIGNES ET DIAGNOSTIC [1]

2. *Troubles génitaux.* — Très précoces.

Exaltation au début : priapisme ; crises clitoridiennes, puis impuissance et frigidité.

Parfois c'est l'un quelconque de ces

3. *Troubles sensoriels* qui incitent à l'examen systématique.

a. *Œil* surtout. Malade se plaint :

1. D'une perte progressive de l'acuité visuelle, pouvant aller parfois jusqu'à l'amaurose, de dyschromatopsie pour le vert et le rouge ;

2. Dans d'autres cas, c'est un *strabisme* divergent ou convergent, de la *diplopie* qui donne l'éveil.

Les paralysies oculaires sont à ce stade, *parcellaires*, *dissociées*, *fugaces*, plus tard elles deviendront définitives.

b. *Oreille*, plus rare :

Soit surdité ;

Soit troubles labyrinthiques.

Parfois : anosmie, agneusie.

Tantôt c'est un

4. *Trouble trophique* : qui fait rechercher le tabes.

Mal perforant plantaire, peut être le seul signe. — C'est une ulcération creusée dans un durillon incolore, à bords anes-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 42, p. 818.

thésiques, siégeant à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Cette ulcération est tenace et récidive dès que le malade reprend la marche.

Arthropathies. — Frappent surtout les grosses articulations : *genou, hanche, cou-de-pied.* Elles débutent *brusquement*, entraînent un *gonflement considérable* de l'article et des lésions voisines, s'accompagnent de *gros craquements articulaires*, de déformations considérables : luxations, subluxations. Cependant, *il n'y a pas de douleurs* et l'impotence fonctionnelle est *presque nulle* malgré l'importance des désordres articulaires. Parfois c'est une

Fracture spontanée dont on recherche la cause.— Fréquente surtout chez la femme et au membre inférieur. Parfois la fracture est si peu douloureuse qu'on ne la reconnaît qu'à la déformation du membre.

Radio : grosses lésions d'ostéoporose.

Parfois, plus rarement.

Troubles de la peau : zona.

Dans d'autres cas enfin, le malade peut venir pour des

5. *Troubles de la marche.* — Au début, il s'agit de troubles moteurs qui surviennent *dans l'obscurité*, laquelle empêche le contrôle visuel. Difficulté de monter un escalier : *incertitude, chute.*

Examen. — On le pratique si l'on a constaté l'un quelconque de ces symptômes. Parfois ceux-ci sont absolument isolés, parfois associés selon des types cliniques les plus divers. On pratique également un examen systématique pour une constatation de moins d'importance encore : un stigmate de syphilis tertiaire, une aortitite.

Rapidement. — On pratique deux recherches qui vont permettre immédiatement d'assurer le diagnostic, en montrant d'une part l'existence d'une lésion radiculaire, d'autre part, d'une méningite syphilitique, substratum anatomique à la base du tabes.

On pratiquera donc :

1° *Examen des réflexes.* — 1. *Rotuliens abolis : signe de Westphall*, ainsi que les réflexes achilléens et médioplantaires;

2. Recherche du *signe d'Argyll-Robertson*, abolition du réflexe lumineux avec conservation de l'accommodation.

2° *Une ponction lombaire.* — Qui montrera l'existence et le degré de la méningite syphilitique. Puis le diagnostic étant posé, on cherche à dresser le bilan du tabes, par l'examen neurologique systématique qui précisera l'intensité des troubles, leur nature, la phase du tabes.

Interrogatoire. — Renseigne sur les troubles déjà énumérés pour lesquels est venu consulter le malade : troubles sensitifs, sensoriels, trophiques, viscéraux, de la marche. On fait préciser au malade, on recherche par l'interrogatoire d'autres signes fonctionnels que le malade n'aurait pas caractérisés.

1. *Troubles moteurs.* — Rechercher les *signes d'ataxie latente.*

a. *Malade debout.* — 1. *Signes de Romberg* : station debout, les talons joints, les yeux fermés : oscillations;

2. *Faire marcher le malade.* — Exercice à la Fournier : marche, halte, demi-tour au commandement. Les troubles s'exagèrent avec l'occlusion des yeux.

b. *Malade couché.* — On constate : 1. Force musculaire *normale : il n'y a pas de paralysies, la motilité active* n'est pas troublée;

2. *Motilité passive plus ou moins atteinte.* — Recherche capitale de *l'hypotonie musculaire.*

Exploration segmentaire : hypotonie ligamenteuse, hypotonie musculaire;

3. *Recherche de l'incoordination : a. Membre supérieur.* — Doigt sur le nez, prise d'un objet (la main plane);

b. *Membre inférieur.* — Talon au genou du côté opposé;

c. *Enfin ataxie statique* (ne peut maintenir les membres en position donnée).

2. *Troubles des réflexes* capitaux : a. *tendineux; achilléens*, abolis les premiers; *rotuliens*, leur abolition chez un tabétique constitue le signe de Westphall; *au membre supérieur* : les réflexes tendineux ne disparaissent que plus tard;

b. *Cutanés* : s'abolissent également de bas en haut.

3. *Troubles sensitifs* : 1. *Avant tout, troubles de la sensibilité profonde*, portant sur muscles, os, tendons, articulations. Ils expliquent :

a. Perte de la notion *de position des membres*;

b. Perte de la notion de *résistance*, de *poids*;

c. Perte du *sens stéréognostique* (reconnaissance des objets);

d. Perte de la *sensibilité osseuse* (diapason).

2. *Sensibilité superficielle* troublée d'une façon inconstante et variable.

Ces troubles ont une disposition radiculaire. On les observe d'abord à la partie supérieure du thorax avec extension à la face interne du bras, plus tard au membre inférieur et à la plante du pied.

Anesthésies (plutôt hypoesthésies) aux trois modes : douleur, tact, chaleur, d'une façon inégale, l'analgésie étant d'abord observée, la thermo-anesthésie la dernière.

Hyperesthésies : épaule, région lombaire, seins.

Paresthésies : retard, mauvaise localisation, fausse interprétation.

3. *Sensibilité viscérale.* — Anesthésie testiculaire, trachéale. Disparition de la douleur à la pression du nerf cubital.

4. *Troubles sensoriels. Œil.* — 1. *Musculature interne* : intérêt capital;

Inégalité pupillaire. Myosis;

Signe d'Argyll-Robertson.

2. *Musculature externe.* — Rechercher les paralysies du III (ptosis, strabisme externe), du VI.

3. *Examen du fond de l'œil.* — Parfois névrite optique (décoloration de la papille à contours nets).

Autres troubles sensoriels possibles : auditifs, goût, odorat.

5. *Troubles trophiques* : vus.

6. Enfin on recherchera toute une série de signes qui traduisent la diffusion de l'atteinte syphilitique du névraxe.

On recherchera paralysies des *nerfs craniens.*

On fera une étude rapide du *psychisme* du malade : intact dans le tabes pur. On recherchera les troubles de la mémoire, les modifications du caractère, l'existence d'idées délirantes, pour ne pas passer à côté d'une paralysie générale associée à un tabes.

On a fait le *bilan du tabes*, on va rechercher :

a. *Les signes de syphilis* cause du tabes (stigmates cutanéo-muqueux);

b. On fera ensuite un *examen approfondi des autres organes.*

En effet, le tabes est *rarement isolé.* Il fait partie de la syphilis tertiaire viscérale. La syphilis, en effet, peut avoir aussi frappé :

1° *L'aorte.* Parfois véritable syndrome de Babinski-Vaquez; 2° *le rein*; 3° *le foie.*

On sait toute l'importance de l'exploration des fonctions *hépato-rénales* quand on veut instituer un traitement. Enfin l'on devra toujours pratiquer une :

c. *Ponction lombaire.* — Sa valeur diagnostique : *méningite syphilitique* :

Liquide clair;
Hyperalbuminose;
Lymphocytose;
Wassermann et benjoin positifs.

— Sa valeur pronostique :

Tabes *évolutif*;
Tabes *fixe.*

Importance de faire une coloration vitale qui montre la variété des cellules dans le *liquide céphalo-rachidien.*

Importance thérapeutique. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Encéphalites aiguës infantiles, par M. L. BABONNEIX.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de médecine de Paris.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 31 mai. — MM. Pichon, 20; Lambling, 19; Bariéty, 19,09; Ravina, 20.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Pichon, Schulmann et Ravina.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Liste des candidats :

MM. Digonnet, Laennec, Lantuéjoul, de Peretti, Seguy, Sureau, Suzor.

Epreuve écrite anonyme d'anatomie et de physiologie. — Séance du 2 juin. — Questions données : « Anatomie du cordon ombilical. — Physiologie de la circulation du fœtus à terme. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours de l'adjuvat. — Troisième séance de lecture.* — MM. Mouchet, 25; Rudler, 24; Dufour, 23; Monod, 21.

Epreuve orale. — Séance du 1er juin. — MM. Mouchet, 19; Vuillième, 18; Baumann, Dufour, Hepp et Palmer, 17; Billet, Rudler et van der Elst, 15.

Epreuve de dissection. — Séance du 3 juin. — MM. Dufour, Hepp, Palmer et Vuillième, 26; Billet et Rudler, 25; Baumann et Mouchet, 24.

Sont proposés : MM. Mouchet, Vuillième, Palmer et Dufour.

Concours du prosectorat. — Troisième séance de lecture. — MM. Gosset, 27; Cordier, 26; Lapeyre, 22.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 3 juin publie l'arrêté ministériel concernant le concours pour l'admission en 1931 à l'emploi de médecin sous-lieutenant du Service de santé militaire de l'armée active des troupes métropolitaines.

Il ne sera pas ouvert en 1931 de concours pour l'admission à des emplois de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active.

LES DÉLÉGUÉS DU CORPS MÉDICAL CHEZ M. MARIO ROUSTAN. — Le 28 mai la délégation officielle du Corps médical français a été reçue par M. Mario Roustan, ministre de l'Instruction publique.

Elle était composée de MM. Cibrie et Hilaire, secrétaire général et secrétaire adjoint de la Confédération des syndicats médicaux de France, de M. Coldéfy, secrétaire des médecins de la Seine, de M. Mordagne, publiciste et membre d'honneur du Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, et de M. Lemonnier, secrétaire de cette Association.

Le docteur Cibrie a exposé au Ministre combien le vote de la proposition de loi Armbruster était urgent pour enrayer la pléthore médicale et retirer aux étrangers postulant le doctorat d'état, les équivalences abusives du baccalauréat français.

Le Grand Maître de l'Université qui a réservé à la délégation l'accueil le plus sympathique, a prononcé au cours de l'entretien des phrases typiques qui méritent d'être signalées : « Messieurs, j'ai défendu votre cause par la plume et j'ai montré le grave danger moral qui résultait de la pléthore médicale... Croyez que cette maison vous est acquise et que vous pourrez compter sur elle... Lors du vote de la loi Armbruster, je monterai à la tribune du Sénat, pour défendre la juste cause des médecins français » et M. Roustan a assuré aux médecins qu'il était resté comme eux le vieil étudiant à qui aucun problème intellectuel n'échappe et qui ne laisse pas éteindre en lui la flamme de l'idéal. Il a dit en terminant aux délégués de la Corporative : « Ne m'oubliez pas surtout auprès de mes camarades, les étudiants, qui peuvent compter sur moi ». Ainsi donc après l'entrevue des Syndicats médicaux avec le garde des Sceaux, M. Léon Bérard, qui leur avait le mois dernier confirmé l'appui du Sénat, c'est aujourd'hui le

sympathique et érudit ministre de l'Instruction publique qui témoigne aux médecins et aux étudiants en médecine l'approbation de l'Université au sujet de la loi Armbruster.

Les médecins de France apprendront avec grand plaisir cette bonne nouvelle.

INSTITUT DE TECHNIQUE SANITAIRE ET HYGIÈNE DES INDUSTRIES DE PARIS. — Le ministère de l'Instruction publique de France a créé, il y a quelques années, un Institut de technique sanitaire et hygiène des industries, destiné à la formation de techniciens de l'assainissement

Cet organisme d'Etat, rattaché au Conservatoire national des arts et métiers de Paris, ouvrira sa prochaine session en novembre.

Les élèves régulièrement inscrits et qui satisfont à l'examen de fin d'études, reçoivent un diplôme d'Etat : brevet de technicien sanitaire.

Des auditeurs libres sont admis, sans être astreints à une scolarité régulière.

L'enseignement, dont la durée est limitée à trois mois, n'est pas exclusivement réservé aux Français; chaque année, des étrangers se font inscrire pour l'obtention du brevet ou du certificat d'assiduité.

Pour tous renseignements, écrire au directeur de l'Institut, au Conservatoire des arts et métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris (IIIe).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN. — **VOYAGE DANS LES ALPES.** — Pour tous renseignements au sujet du Voyage dont nous avons donné le programme dans le numéro 43 de la *Gazette* le 30 mai 1931, s'adresser au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

JOURNÉE DE LA BARÉGINE. — La Société médicale de Barèges organise pour le 9 septembre 1931, jour du passage du grand V. E. M. parisien à Barèges, une Journée d'étude de la Barégine, substance complexe, organique et minérale, que l'on trouve dans les célèbres eaux de Barèges et dans les eaux sulfureuses d'autres stations thermales. Les études présentées pourront porter sur chacun des aspects de la question (chimie, biologie, botanique, thérapeutique, etc.). Le Rapport sera présenté à une séance du matin par M. le professeur Fourment (d'Alger). Les communications seront faites l'après-midi. MM. les professeurs Carnot, Villaret, Sellier et Serr ont bien voulu accepter le patronage de cette Journée et la Présidence des séances.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire de la Société médicale à Barèges (Hautes-Pyrénées).

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Rouen.

Le traitement de début est fixé à 30.000 fr. par an et peut être porté, par avancements successifs, de 30.000 fr. à 39.000 fr. A ce traitement s'ajoutent une indemnité de 2.500 fr. par an, dite de « fonctions », plus d'autres indemnités variables selon les circonstances. Interdiction de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter du 24 mai 1931, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références et de leur acte de naissance.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs L. Mesnard, professeur agrégé, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux; Sarrazin, ancien maire de Sarlat, ancien député; M. Maurice Haïk, interne des hôpitaux, victime du devoir professionnel; MM. les docteurs Arbaud, médecin de la Compagnie du canal de Suez, décédé à Paris; L. Detape (de Paris), le professeur Golovine, le maître de l'ophtalmologie à l'Université de Moscou, le docteur Philippot (d'Arcachon).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.** (Professeur M. Georges GUILLAIN.) — *Cours pratique et technique d'anatomie pathologique du système nerveux.* — M. Ivan Bertrand, chef de laboratoire, commencera le lundi 15 juin 1931, à la Salpêtrière, dans la Clinique Charcot, une série de douze leçons sur l'anatomie pathologique du système nerveux. Ce cours, d'un ordre essentiellement pratique, sera accompagné d'exercices techniques de laboratoire, avec présentation de pièces macroscopiques et étude de préparations histologiques.

Les élèves seront initiés aux techniques d'histopathologie nerveuse et pourront se constituer une collection des coupes qu'ils auront exécutées.

Le cours aura lieu tous les jours, de 14 à 16 h., à la Clinique Charcot de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, du 15 au 27 juin 1931.

Techniques de Nissl, Weigert, Pal, Bielschowsky, Cajal, Lhermitte, Marchi, Alzheimer, Rio del Hortega, etc.

Les inscriptions pour ce cours, comportant un droit de 250 fr., sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h.

— **CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN.** (Professeur : M. ACHARD.) — Un cours de perfectionnement clinique aura lieu sous la direction du professeur Achard, à l'hôpital Cochin, du 6 au 11 juillet 1931.

Ce cours aura lieu tous les jours, de 10 h. à midi et de 14 h. à 16 h.

Il ne comportera que des présentations de malades. A propos de chaque cas on exposera dans une courte conférence la sémiologie de l'affection, les moyens de laboratoire mis en œuvre, la discussion du diagnostic et du traitement. Les élèves pourront examiner eux-mêmes les malades sous la direction des chefs de clinique. Les cas seront choisis de façon à permettre une revision complète des dernières acquisitions concernant la clinique générale.

Ce cours est réservé aux docteurs en médecine français et étrangers.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), de 14 à 16 h., les lundis, mercredis et vendredis.

Le droit d'inscription est de 250 fr.

Un second cours semblable aura lieu du 28 septembre au 3 octobre 1931.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier (1), publiées sous la direction de A. BRINDEAU, professeur de Clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Paris.

Chacune de ces leçons est l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier.

M. Brindeau a désiré que l'enseignement complémentaire, donné à la clinique Tarnier, comprenne deux ordres de conférences conçues suivant un plan particulier et s'adressant à un public différent. Les cours de pratique sont relativement élémentaires. Ils doivent être exposés devant des étudiants ou des praticiens désireux de se mettre au courant de la conduite à tenir en présence des divers problèmes qui peuvent se poser au cours de la puerpéralité. *Les Leçons du Jeudi soir* s'adressent à des médecins déjà au courant des questions obstétricales. Elles constituent un enseignement supérieur. Chacun des conférenciers expose une question qui l'a intéressé particulièrement et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Il ne faut donc pas chercher, dans ces leçons, l'exposé didactique d'une question obstétricale, mais y voir le développement d'études qui ne sont, en général, publiées que dans des mémoires. M. Brindeau a, dans cet esprit, demandé la collaboration de certains de ses collègues, français ou étrangers, qui ont bien voulu venir exposer le résultat de travaux personnels longuement poursuivis ou leurs conceptions actuelles de certains problèmes encore discutés. Il a, par ailleurs, prié ses élèves d'étudier quelques questions qui lui ont paru devoir être actuellement mises au point.

Les Leçons du Jeudi soir apparaissent ainsi comme le complément nécessaire de tout ouvrage didactique et particulièrement de la 4e édition entièrement refondue, de *La Pratique de l'art des accouchements* publiée sous la direction de M. Brindeau. *Les Leçons du Jeudi soir* viendront chaque année mettre au point les questions encore discutées; elles étudieront ou développeront les faits d'ordre trop exclusivement scientifique pour être largement exposés dans un traité; en somme, *Les Leçons du Jeudi soir* doivent permettre au médecin de suivre l'évolution des conceptions obstétricales et de connaître la direction des recherches scientifiques poursuivies par les accoucheurs. L. G.

(1) Un volume in-8 raisin de 244 pages avec 74 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, Vigot frères.

Petites cliniques (1) [1re série], par Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laennec.

Les Petites cliniques que tout médecin, chirurgien, accoucheur ou spécialiste des hôpitaux fait oralement chaque matin à son entourage à propos des malades qui lui sont présentés constituent un enseignement pratique de la clinique qui fait la particularité et le renom de la médecine française.

Afin de faire profiter les praticiens retenus loin de l'hôpital d'un enseignement réservé aux élèves astreints à fréquenter les services hospitaliers, le docteur Louis Ramond a donné une forme écrite à ses présentations de malades : ce sont ces *Petites cliniques* qu'ont pu apprécier les lecteurs de la *Presse médicale*, et ce sont elles, au nombre de 36, qui paraissent aujourd'hui dans ce livre. L. G.

(1) Un volume de 200 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

ENCÉPHALITES AIGUES INFANTILES

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

Messieurs (1),

« J'ai dessein », s'écrie Jacques Tournebroche, d'illustre renom, « de rapporter les rencontres sin« gulières de ma vie. Il y en a de belles et d'étranges. « En me les remémorant, je doute moi-même si je « n'ai pas rêvé. » A moi aussi, il est arrivé de faire, en médecine, des rencontres singulières. Laissez-moi vous en conter quelques-unes et vous dire quelle fut, en bien des cas, ma perplexité.

*
* *

I. ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

Voici, d'abord, si vous le voulez bien, quelques observations d'encéphalite léthargique.

Les *formes suraiguës* sont représentées par le cas que nous avons eu l'occasion de voir avec M. le docteur Avenier.

Observation I. — X..., douze ans, sans antécédents, de bonne santé habituelle, est pris brusquement, à 2 heures du matin, une certaine nuit d'hiver 1925, de mouvements choréiques intenses, avec perte de connaissance complète, mydriase, hyperthermie. Le médecin traitant fait, non sans difficulté, une ponction lombaire qui permet d'éliminer l'hypothèse de méningite tuberculeuse ou cérébro-spinale et oriente plutôt, étant donné l'existence d'une certaine hyperglycorrachie, vers l'idée d'une encéphalite léthargique. Lorsque nous sommes appelé, l'après-midi suivant, l'état est toujours le même, mais ce qui domine ce sont les mouvements identiques à ceux de la chorée, violents, incessants, comme dans l'état de mal choréique. Toutes les hypothèses : intoxication par l'oxyde de carbone, helminthiase, hérédosyphilis, etc., sont successivement envisagées et éliminées. La mort survient le soir même sans que le tableau se soit un instant modifié.

Il semble évident, autant qu'on puisse dire après un seul examen clinique, et en l'absence de toute vérification anatomique, qu'il s'est agi là d'encéphalite léthargique à forme choréique. Encore a-t-elle affecté un type bien spécial, puisque l'état de mal choréique, qui, d'habitude, n'apparaît qu'au bout d'un certain temps, a été ici le phénomène initial, et qu'il a, avec l'hyperglycorrachie, constitué toute la symptomatologie.

Les *formes aiguës à type choréique* sont bien connues depuis l'épidémie de 1920. Comme tous les neurologistes, nous les avons, nous aussi, observées.

Obs. II. — Ch... (Marcel), seize ans, a été atteint, il y a trois ans, de chorée aiguë. Il vient nous consulter aujourd'hui pour un syndrome parkinsonien, avec aspect figé, marche à petits pas, disparition des mouvements automatiques, rigidité des membres, salivation abondante.

Plus intéressants sont les cas où l'encéphalite se complique d'*hémiplégie*.

Obs. III. — X... (René), vingt ans, a été pris brusquement, un beau matin, d'hémiparésie gauche compliquée de céphalée et de diplopie. Les médecins militaires dans le service desquels il est transporté aussitôt font, non sans apparence de raison, le diagnostic de syphilis cérébrale et instituent un traitement spécifique consistant en injections intraveineuses de cyanure mercurique et de salvarsan. Aucune amélioration : bien au contraire, ce dernier médicament, malgré toutes les précautions prises, déclanche une crise nitritoïde. Le malade est alors envoyé, pour observation, au Val-de-Grâce, où M. Fribourg-Blanc, prenant en considération, d'une part, l'échec du traitement, de l'autre, les résultats négatifs de la réaction de Wassermann, pense à une encéphalite léthargique, ce diagnostic devant se confirmer, puisqu'en 1926 se produisit une nouvelle poussée évolutive, avec céphalée, somnolence, diplopie, engourdissement du côté gauche.

J'avais longtemps mis en doute le diagnostic d'hémiplégie postencéphalitique porté, dans ce cas, par mon excellent collègue Fribourg-Blanc. Bien à tort, car je devais moi-même en observer un cas dans mon service.

Obs. IV. — L... (André), quatorze ans, entre salle Josias pour un malaise général, accompagné de fièvre et de troubles nerveux, dont les principaux sont la somnolence, les vomissements et une paresthésie localisée à la moitié gauche de la face. A l'examen, somnolence invincible, abolition des réflexes tendineux et abdominaux, exagération du réflexe médiopubien. Le diagnostic d'encéphalite léthargique est donc porté. Au cours de la maladie, apparition d'une hémiplégie droite, sans aphasie, avec réactions du liquide céphalorachidien : glycorrachie (0,97), hyperalbuminose (0,50), laquelle finit, après nous avoir grandement préoccupé, par disparaître.

Quant aux *syndromes postencéphalitiques*, ils peuvent être de plusieurs ordres :

moteur, comme dans le cas, déjà cité, de Ch. Marcel, et dans plusieurs autres, dont nous avons, en 1925, fait l'objet d'une leçon clinique aux Enfants-Malades, chez le professeur Nobécourt (1);

psychique, comme dans les deux cas suivants qui viennent s'ajouter à tous ceux que, dans ces dernières années, ont signalés les aliénistes.

Voici un bébé atteint d'*excitation nocturne* avec cris, agitation, etc. Quelle est la cause de ces singuliers phénomènes? L'encéphalite léthargique.

Obs. V. — Edith Z..., vingt-deux mois, vue le 7 octobre 1924.

Cette fillette, qui n'a pas d'*antécédents* héréditaires ou personnels, s'est bien portée jusqu'à quatorze mois. A ce moment, elle a été prise de somnolence diurne, avec agitation nocturne, strabisme. Strabisme et somnolence ont disparu, mais l'agitation continue. Le docteur Paillet (de Saint-Gervais), qui a vu l'enfant, a pensé à une encéphalite léthargique.

Etat actuel. — Edith Z... est une belle petite fille, gaie, vive, d'apparence intelligente. L'examen physique, chez elle, reste négatif. Il n'existe, en particulier, aucun phénomène de la série parkinsonienne. Mais ses nuits sont « terribles ». Vers 11 heures, commence une période d'agitation; l'enfant ne veut pas rester dans son lit, se débat et hurle

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Louis, annexe Grancher, le 2 mars 1931. — V. la leçon : Réactions méningées chez l'enfant, *Gaz. des hôpit.*, 2 mai 1931, n° 35.

(1) L. Babonneix. Aspect protéiforme de l'encéphalite léthargique de l'enfant, *Pédiatrie*, mai 1925, p. 71-75.

jusqu'à 4 ou 5 heures du matin; alors elle s'endort, accablée de fatigue. Ces crises ont résisté à des doses même fortes de gardénal et de bromure.

Le diagnostic a été longtemps incertain. Il a fallu que M. le docteur Péhu (de Lyon) et le docteur Paillet (de Saint-Gervais) aient eu l'ingénieuse idée de chercher avec soin, dans les antécédents, l'encéphalite, qui avait presque passé inaperçue, pour attribuer à leur véritable cause les accidents actuels.

Obs. VI. — S..., treize ans et demi, vu le 21 novembre 1922.

Antécédents héréditaires et personnels. — Ses parents sont en bonne santé. Sa grand'mère paternelle serait sujette à la dépression nerveuse. L'arrière-grand'mère paternelle « tremble ».

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans, un domestique a eu une « grippe » compliquée de névralgies; à la même époque, le jeune S... a été pris de malaise général, d'embarras gastrique, de fièvre et de somnolence, sans diplopie, ni ptosis. Cette période aiguë a duré quinze jours. L'enfant a été conduit ensuite à différents spécialistes, dont MM. Netter et Sicard. Ce dernier a noté surtout un tremblement récent du côté droit, avec raideur. Depuis quelque temps, ce qui domine, ce sont les anomalies du caractère, qui est devenu ombrageux, difficile; le puérilisme; les tendances à la kleptomanie.

Etat actuel. — Les signes somatiques sont ceux des syndromes parkinsoniens : bradykinésie, surtout localisée du côté droit, avec attitude hypertonique, tremblement transitoire du membre inférieur droit, claudication légère droite. Mais ces signes sont, somme toute, peu accusés, et ce qui domine de beaucoup, ce sont les troubles du caractère : l'humeur est devenue fantasque avec tendance aux « idées noires ». L'enfant est sujet aux réactions impulsives. Son émotivité est devenue excessive. Il manifeste aussi des instincts anormaux qui ne sont pas sans inquiéter son entourage.

Obs. VII. — H..., dix-neuf ans, vu avec le docteur Ramus, ne peut plus travailler. Jadis brillant, il se plaint maintenant d'engourdissement cérébral, de barrage de la pensée. Ces constatations l'ont plongé dans un tel désespoir que nous avons dû le faire entrer dans une maison de santé, redoutant, chez lui, les funestes conséquences d'un *toedium vitae*. Durant son séjour à cette maison de santé, on a noté qu'il présentait des signes somatiques : mouvements choréiques indiscutables, insomnie, et psychiques : fatigabilité rapide, nervosité, crises pithiatiques. La cause de ces troubles? Une encéphalite léthargique survenue il y a quatre ans.

II. ENCÉPHALITES AIGUES POSTÉRUPTIVES

Comme la plupart des pédiatres, nous avons eu l'occasion de voir, dans ces dernières années, des troubles nerveux divers survenir à la suite de fièvre éruptive : rougeole, vaccine, varicelle, herpès même, peut-être.

A. Encéphalite postrubéolique. — Obs. VIII. —

G... (Yvette), sept ans, nous est adressée par M. J. Hutinel, qui a bien voulu nous résumer son histoire. Cette enfant, sans le moindre antécédent morbide, est prise brusquement, en décembre 1927, à la suite de la rougeole, de troubles nerveux complexes : céphalée, vomissements faciles, démarche à type cérébelleux, ultérieurement, strabisme, engouement, quadriplégie, douleurs localisées au côté droit, modifications du caractère qui est devenu méchant. Tous les examens spéciaux, qu'ils aient porté sur le fond d'œil, sur le liquide céphalo-rachidien, ou sur l'aspect radiographique du crâne, sont restés négatifs.

Etat actuel. — Les symptômes principaux sont d'ordre :

moteur : parésie flasque généralisée, intéressant la nuque (aussi la tête est-elle ballante), les muscles du tronc, mais surtout les membres inférieurs; démarche titubante, ébrieuse; signe de Romberg; dysmétrie du membre supérieur gauche, signe de Romberg; peut-être aussi, crises comitiales;

réflexe : diminution des réflexes rotuliens, contrastant avec la conservation des réflexes achilléens et la présence d'un double signe de Babinski;

sphinctérien : incontinence d'urines;

bulbaire : dysphagie, engouement, strabisme interne de l'œil droit, mydriase, nystagmus oblique en haut et à droite; parésie faciale gauche de type périphérique;

psychique : modifications du caractère;

généraux : tendance à l'obésité (1).

Singulier cas, que seules peuvent expliquer des lésions diffuses du névraxe, intéressant au moins cervelet, cornes antérieures, faisceau pyramidal, région infundibulaire, et au sujet duquel bien des hypothèses sont permises. Hypothèses relatives à la cause des phénomènes : bien qu'ils soient survenus après la rougeole, chez une enfant jusqu'alors saine, cette infection doit-elle être incriminée? Hypothèses concernant leur nature : encéphalo-myélite aiguë disséminée correspondant plus ou moins à la description de Flatau, plutôt que radiculo-névrite, étant donné l'intégrité du liquide céphalo-rachidien. Encéphalite postrubéolique, comme dans les cas récents de Benn et Monquio? A noter qu'un moment, certains symptômes nous avaient orienté vers l'idée d'une tumeur cérébrale, d'autant que les accidents nerveux graves consécutifs à la rougeole sont véritablement exceptionnels.

B. Encéphalite postvaccinale. — Obs. IX (2). —

F... (Pierre), quatorze mois, sans antécédents héréditaires ni personnels, dont le poids est supérieur à la normale (10kg500), est pris, le 21 octobre 1929, de troubles nerveux : convulsions généralisées, avec prédominance sur le côté gauche; raideur de la nuque et des membres, déviation conjuguée de la tête et des yeux, et généraux, dont le principal est une brusque ascension thermique à 39°-40°; les jours suivants, la température s'abaisse, sans redevenir normale; en même temps, s'installe une hémiplégie gauche. A la ponction lombaire : 1 gramme d'albumine, 6,4 éléments à la cellule de Nageotte, 55 mono, 15 polynucléaires intacts et 30 cellules endothéliales, pas de germes. Le 19 juin 1930, c'est-à-dire sept mois après le début des accidents, voici l'état de l'enfant :

Hémiplégie gauche discrète, prédominant sur le membre supérieur, avec exagération des réflexes tendineux et légère contracture, sans amyotrophie, sans signes de Babinski;

Convulsions survenant de temps à autre au réveil et intéressant, elles aussi, le membre supérieur gauche;

Nervosité excessive;

(1) Le docteur Lefèvre a bien voulu nous donner quelques renseignements sur l'évolution de la maladie. Vers le 15 juillet, perte de l'usage de la parole, bien que l'enfant comprit tout ce qu'on lui demandait. Plus tard, redoublement de la céphalée et de la tétraplégie devenue douloureuse, apparition d'une légère hydrocéphalie, ascension thermique à 41°6 et mort dans les premiers jours d'août.

(2) L. Babonneix. Encéphalite postvaccinale, *La Médecine*, fév. 1931.

Retard intellectuel, plus apparent que réel, d'ailleurs. Le jeune âge du malade empêche de procéder à un examen complet des fonctions sensorielles, mais il se pourrait qu'elles ne fussent pas intactes. Il ne reconnaît que les voix qui lui sont familières et il semble ne pas pouvoir les localiser dans l'espace.

A quoi rattacher cet ensemble symptomatique apparu sans cause connue chez un bébé qui ne présente aucune tare? Il ne saurait s'agir ni de méningite tuberculeuse ou cérébro-spinale, ni d'hérédo-syphilis, ni de poliomyélite antérieure aiguë, ni d'hémorragie méningée. Nous voilà donc, par exclusion, et bien que la période d'incubation soit un peu courte, amené au diagnostic d'encéphalite postvaccinale. L'enfant avait, en effet, été vacciné six jours auparavant.

Faut-il rattacher à la même cause certaines *crises épileptiques*? C'est ce qu'on pourrait conclure de l'observation suivante.

Obs. X. — M... (Simone), douze ans, n'a aucune espèce d'antécédent morbide, et il n'y a nulle raison de suspecter l'hérédo-syphilis. Elle vient nous consulter pour des crises d'épilepsie, dont la première est apparue trois jours après la vaccination. L'examen neurologique est entièrement négatif.

C. **Encéphalite postvaricellique.** — Obs. XI. — X... (Jean), est habituellement bien portant. Au décours d'une varicelle sévère, survenue au début de mars 1930, crise d'*épilepsie bravais-jacksonienne droite*, suivie d'hémiparésie transitoire, s'étant reproduite au bout de quinze jours et ayant disparu sans laisser la moindre trace.

Autre cas, infiniment moins bénin.

Obs. XII (1). — L... (Rosine), vingt-deux mois, vue le 20 juillet 1927.

Antécédents héréditaires et personnels. — Ils n'offrent que peu d'intérêt.

L'enfant, qui pesait 4 kilogrammes à la naissance, a été élevée jusqu'à six mois au sein maternel. Elle a toujours été un peu nerveuse. Elle a été vaccinée vers huit-dix mois.

Histoire de la maladie. — Le 11 juin 1927, varicelle, contractée de petits cousins chez qui elle a évolué sans la moindre complication. Dans la nuit du 12 au 13, convulsions avec écume aux lèvres, fixité du regard, auxquelles s'adjoignent des symptômes de divers ordres : dyspnée *sine materia*, ascension thermique à 40°, sueurs abondantes.

Les 13 et 14, la température redescend à la normale, mais on constate de l'abattement et de la somnolence.

Dans la nuit du 15 au 16, convulsions à type bravais-jacksonien, affectant le côté droit, s'étant reproduites les jours suivants; elles disparaissent enfin, laissant une hémiplégie droite prédominant sur les membres. Ces crises, d'intensité très variable selon les moments, duraient environ deux minutes chacune et se répétaient pendant deux à trois heures. La ponction lombaire, qui a donné issue à un liquide clair, s'écoulant sous tension normale (il n'y a pas eu d'examen cytologique, chimique ou bactériologique) ne les a pas modifiées. Les jours suivants, elles ont reparu, mais moins longues et plus espacées.

Le 17, nouvelle crise convulsive généralisée, extrêmement violente, à la suite de laquelle l'enfant a perdu l'usage de la parole et ne semble plus reconnaître personne.

Depuis ce moment, l'hémiplégie est d'abord devenue hémiparésie; il n'en reste plus traces, mais on a assisté au développement d'autres troubles nerveux : agitation incessante, qui redouble chaque soir : l'enfant crie, se débat, essaie de griffer, de mordre, d'arracher ce qui se trouve à sa portée.

Une réaction de Wassermann, recherchée pour le sang, s'est montrée négative.

Divers traitements ont été appliqués : abcès de fixation, autohémothérapie, urotropine, bains, pour lutter contre l'élément infectieux; chloral, contre les convulsions.

Etat actuel. — Ce qui domine, ce sont des mouvements involontaires d'une grande amplitude, violents, incohérents, incessants, généralisés à toute la musculature, et rappelant tout à fait la chorée. A ces mouvements s'associent d'autres troubles nerveux : grincement de dents, mâchonnement, strabisme intermittent, gestes automatiques des membres du côté droit, spasmes et mouvements athétosiques avec attitude décérébrée du membre supérieur droit qui est le siège d'une hypertonie manifeste; marche digitigrade et attitudes forcées du membre inférieur droit; mutisme incomplet, l'enfant recommençant à dire quelques syllabes depuis huit à dix jours; agitation avec cris, pleurs, tentatives de violence; inconscience totale.

Symptômes d'ordre négatif : il n'existe ni hémiparésie faciale, ni troubles de la déglutition, ni modifications nettes des réflexes tendineux, ni signe de Babinski. Les réactions méningées : raideur de la nuque, signe de Kernig, si nettes les premiers jours, font défaut. L'état général est excellent. Il n'y a pas de fièvre.

Depuis lors, il s'est produit une amélioration sensible. L'enfant est devenue plus gaie, rit volontiers, commence à reconnaître les personnes de son entourage, cherche à saisir les objets qu'on lui présente, marche presque normalement. Elle prononce quelques mots. Les mouvements choréiques ont diminué d'intensité. En 1931, les seules séquelles constatées sont : 1° des crises comitiales; 2° une notable arriération intellectuelle.

En somme, troubles nerveux graves, survenus chez une fillette atteinte de varicelle, et ayant évolué en deux phases : une première, convulsive; une seconde, choréique. Impossible de chercher, pour les expliquer, une autre cause que la varicelle. N'ont-ils pas apparu au lendemain de l'éruption? Ne serait-ce pas commettre une grave erreur de raisonnement que de les rattacher à la vaccination, pratiquée plus d'un an auparavant?

Donc, encéphalite varicellique, au sujet de laquelle nous voudrions faire quelques réflexions :

1° La varicelle avait été transmise, très vraisemblablement, par de petits cousins qui, eux, n'ont fait aucune complication nerveuse. Il semble donc que l'élément *terrain* soit intervenu ici pour favoriser l'apparition des accidents nerveux.

2° L'encéphalite varicellique est aujourd'hui bien connue. Il est rare, toutefois, qu'elle manifeste son existence par des réactions méningées. MM. Winnicott et Gibbs, dans leur intéressant travail, n'en citent que deux cas, dus à Koplik, et où, au cours d'une varicelle, apparurent des phénomènes rappelant la méningite tuberculeuse : assoupissement croissant, agitation, délire, hydrocéphalie légère.

3° Rares sont ceux où, parmi les symptômes principaux, figurent les mouvements choréiques. Menko en a rapporté un qu'il a intitulé : *Eine Forme fruste von Chorea minor nach Varicellen.* MM. Rocaz et Lartigue ont observé un enfant chez lequel, au cours d'une varicelle bénigne, apparurent des mouvements athétoso-choréiques du bras gauche.

(1) L. Babonneix, Adeline et Colombe. Un cas d'encéphalite varicellique, *Gaz. méd. de France*, avril 1928.

4° On sait les controverses qui se sont élevées à propos de l'encéphalite vaccinale. Est-ce (Levaditi) ou non une encéphalite léthargique latente, réveillée par la vaccination? Rappelons-nous combien sont voisines encéphalite vaccinale et encéphalite varicellique, et voyons si l'étude de celle-ci ne nous aiderait pas à mieux comprendre celle-là. En faveur de la théorie soutenue par M. Levaditi et par ses collaborateurs, deux arguments : 1° dans notre cas, le principal symptôme a été la chorée; or, qui ne sait les relations de la chorée avec l'encéphalite? 2° les enfants qui ont transmis la varicelle sont restés indemnes de tout accident nerveux, comme si la varicelle avait eu pour effet de rendre apparente une encéphalite léthargique restée latente jusque-là. Une seule objection : s'il s'agit d'encéphalite léthargique, pourquoi cette absence de séquelles signalée par tous les auteurs? Objection qui, à vrai dire, est loin d'être irréfutable : combien d'encéphalites léthargiques à la suite desquelles n'apparaissent jamais de syndromes parkinsoniens!

Obs. XIII (1). — L... (Simone), sept ans, sans le moindre antécédent morbide, a été prise, à la suite d'une varicelle d'autant moins discutable que, dans l'entourage immédiat de la petite malade, on en a observé deux cas, concernant, l'un, sa sœur, l'autre, sa cousine, de troubles moteurs : paraparésie flasque, avec difficulté de la marche, pieds ballants et tombants, tremblement des mains, dysphagie, engouement, et sensitifs : douleurs occupant les lombes et se propageant aux membres inférieurs ; il n'existait ni troubles sensoriels ni troubles sphinctériens, ni fièvre. Les circonstances n'ont permis de faire ni ponction lombaire ni examen de sang. Devant cet ensemble si particulier, on a pensé à un mal de Pott, mais à la radiographie, la colonne vertébrale a été reconnue normale, puis à une myélite d'origine indéterminée, et, à tout hasard, on a prescrit un traitement spécifique qui n'a donné aucun résultat.

Etat actuel. — 1° *Troubles nerveux.* — A. *Troubles moteurs.* — *Membre supérieur droit.* — Il existe :

1° Une paralysie flasque de la plupart des muscles : deltoïde, biceps, extenseurs des mains et des doigts, pronateurs et supinateurs, pectoraux;

2° Des secousses choréiques;

3° Un tremblement continuel, assez menu et rapide.

Membre supérieur gauche. — Il est le siège de phénomènes analogues, mais moins accusés.

Membre inférieur droit. — On y constate une paralysie flasque portant sur la plupart des muscles : extenseurs, fléchisseurs, abducteurs et adducteurs de la cuisse, extenseurs et fléchisseurs de la jambe, muscles du pied. Seuls, quelques mouvements des orteils restent possibles.

Membre inférieur gauche. — Mêmes phénomènes, mais un peu moins nets.

La marche est impossible; jambes et pieds sont ballants, comme dans la paralysie infantile; le pied se tourne en dedans.

La nuque est un peu molle.

B. *Troubles réflexes.* — Les réflexes tendineux sont tous abolis. Il n'y a ni trépidation spinale, ni signe de Babinski, ni phénomène des raccourcisseurs.

C. *Troubles des réactions électriques.* — *Plexus brachial.* — Il est impossible d'obtenir de réaction par l'excitation du point d'Erb, que l'on emploie le galvanique jusqu'aux intensités de 20 M. A., ou le faradique, avec la bobine à fil fin, et même en augmentant au maximum l'intensité du courant.

Nerfs circonflexes. — Aucune réaction, ni au galvanique, ni au faradique.

Deltoïde gauche. Abolition de l'excitabilité faradique, inversion au galvanique, secousse lente.

Deltoïde droit. Aucune contraction.

Grand pectoral. — Hypoexcitabilité, tant faradique que galvanique, du nerf et du muscle.

Grand dentelé. — Aucune contraction, galvanique ou faradique, du muscle ni du nerf. De même pour les muscles suivants : sus et sous-épineux, rhomboïde, grand droit et grand oblique de l'abdomen.

Membre supérieur droit. — Abolition complète des réactions galvaniques et faradiques dans le territoire des trois nerfs suivants : médian, cubital, musculo-cutané. Pour le radial, hypoexcitabilité galvanique avec inversion de la formule. Aucune réaction pour le triceps. Long supinateur : abolition de la contractilité faradique; hypoexcitabilité galvanique, sans inversion de la formule.

Pour les muscles radiaux et pour le cubital postérieur, abolition du courant faradique, hypoexcitabilité galvanique, secousse lente. Aucune contraction pour les divers extenseurs des doigts.

Membre supérieur gauche. — Hypoexcitabilité galvanique, inexcitabilité faradique des nerfs musculo-cutané et radial.

Abolition, ou grande diminution au faradique, excitabilité galvanique, avec inversion de la formule, pour les muscles suivants : triceps, brachial antérieur.

Diminution de l'excitabilité galvanique pour les muscles radiaux, mais sans inversion de la formule, et avec secousse assez brève.

Aucune réponse à l'excitabilité électrique pour le médian et pour le cubital, comme pour les muscles de leur domaine.

Membre inférieur droit. — *Nerf crural.* — Abolition de l'excitabilité faradique et galvanique au point moteur. Réaction longitudinale avec secousse très lente. Rien au quadriceps ni aux fessiers. Adducteurs : légère excitabilité galvanique.

Grand sciatique. — Aucune réponse. Biceps : légère réaction au galvanique.

Sciatique poplité externe. — Aucune contraction. Dans les muscles de son domaine, réaction longitudinale, secousse traînante.

Membre inférieur gauche. — Réactions analogues.

D. *Troubles de la voix.* — Elle est nasonnée, monotone.

E. *Troubles intellectuels.* — Depuis sa maladie, l'enfant apprend moins bien qu'auparavant, mais son caractère n'est pas changé.

Signes négatifs. — Il n'y a ni troubles sensitifs ou sensoriels, ni gros troubles trophiques, ni modifications vasomotrices, ni perturbations électriques dans le domaine du trijumeau moteur, ni du spinal, ni du facial.

En présence de ces phénomènes, quel diagnostic porter? Paralysie infantile? Mais : 1. les muscles pris électivement dans cette affection, comme le jambier antérieur, ne sont pas plus pris, ici, que leurs voisins; 2. il n'y a pas de grosse atrophie; 3. les troubles des réactions électriques sont bien diffus; 4. certains phénomènes constatés ici, secousses choréiques, tremblement généralisé, timbre monotone de la voix, ne rentrent pas dans le cadre de cette affection. Il faudrait, de plus, admettre ici l'existence d'une paralysie infantile secondaire : ces cas existent, mais ils ne sont pas fréquents.

Chorée molle? Hypothèse bien invraisemblable, étant donné la longue durée des accidents, la gra-

(1) L. Babonneix. Encéphalo-myélite varicellique, *Volume di scripti in onore a Carlo Comba*, Firenze 1929, VII.

vité des troubles des réactions électriques, l'absence de toute arthro ou cardiopathie. Radiculo-névrite? Il est bien difficile de l'affirmer, en l'absence de ponction lombaire! Force est, ici, d'admettre une encéphalo-myélite aiguë disséminée, puisque, au début, il a existé des troubles sensitifs, mais prédominant sur les grandes cellules des cornes antérieures (ou sur leurs prolongements cylindraxiles). Cette infection survenue à la suite de la varicelle, chez une enfant sans le moindre antécédent morbide, peut d'ailleurs être, comme nous venons de le dire, soit la varicelle elle-même, soit une encéphalite épidémique développée à l'occasion d'une varicelle intercurrente.

Etant donné ce diagnostic, on a prescrit le salicylate de soude qui, soit parce qu'il a été donné par la bouche, soit parce qu'il a été mal supporté, est malheureusement resté sans effet, et l'on a dû se contenter d'un traitement symptomatique dont les résultats ont été très limités.

Dans la littérature, nous n'avons pas rencontré de cas analogue au nôtre. Tout au plus, pourrait-on en rapprocher le cas de M. Krabbe, dans lequel on note l'absence des réflexes tendineux, mais, comme il existait un double signe de Babinski, avec réflexe des raccourcisseurs, de l'ataxie, des réactions méningées, de l'incontinence d'urines, et que le malade guérit rapidement, on voit que l'analogie n'est que superficielle.

Ajoutés au cas ancien de Caccia, et à ceux, plus récents, de Galli, Winnicott et Gibbs, Pruvost, Crouzon, L. van Bogaert, Ingelrans, Robert Rendu, Gautier, les deux faits que nous venons de rapporter ne montrent pas seulement que la varicelle peut être, à l'occasion, une infection sévère, mais encore que le germe qui la cause possède une certaine affinité pour le système nerveux, et plus particulièrement encore pour les grandes cellules radiculaires. M. le professeur Marfan, auquel nous devons cette remarque, en fait une autre, non moins justifiée : à savoir que, dans l'entourage des sujets atteints de varicelle, on voit apparaître parfois des phénomènes nerveux atypiques, mal classés, et qui, sans doute, ne sont que des manifestations neurotropes de la maladie.

D. **Encéphalite herpétique**. — Autant cette forme d'encéphalite est bien connue expérimentalement, autant elle est peu connue chez l'homme. C'est à peine si, l'an dernier, on en a rapporté un ou deux exemples (Philibert). Aussi formulons-nous les plus expresses réserves au sujet du cas suivant, que l'on pourrait étiqueter : *Encéphalite aiguë avec herpès.*

OBS. XIV. — P... (Hélène), trois ans, n'a jamais été malade, abstraction faite d'une broncho-pneumonie aiguë apparue à dix mois.

Elle est prise brusquement, en été 1928, de troubles généraux : ascension de la température à 39°, 39°5, embarras gastrique, malaise général, éruption herpétique péribuccale. Au bout de quarante-huit heures, convulsions généralisées très violentes, compliquées de coma, ayant duré trois jours. Actuellement, il ne persiste aucun symptôme neurologique, et, en particulier, aucun signe de tétanie. Tout au plus, pourrait-on noter une légère exagération des tendances antérieures : turbulence, caractère opposant.

III. ENCÉPHALITE AIGUE ET ACRODYNIE

Vous connaissez, Messieurs, cette singulière affection que caractérisent essentiellement la rougeur (pink disease) et le prurit des extrémités, parfois les mutilations spontanées, et qui, décrite au commencement du XIXe siècle, a été l'objet, dans ces dernières années, de nombreuses recherches. En voici un cas que j'ai eu l'occasion d'observer avec les docteurs Girard [d'Amiens] (1) et Blains.

OBS. XV. — F... (René), cinq ans, a été pris, le 22 février 1930, de malaise général avec fièvre légère, état saburral, céphalée, avec hyperhidrose palmo-plantaire. Les jours suivants, aggravation des phénomènes généraux et extension du sudamine à tout le corps. Au bout d'un mois, desquamation des mains et des pieds, avec paresthésie, sensation alternative de froid et de chaud, prurit qui empêche le sommeil et que, seule, calme l'eau froide.

Le 4 avril, sept à huit crises d'épilepsie bravais-jacksonienne droite, avec sialorrhée abondante, et qui se reproduisent au bout d'une semaine. Les démangeaisons continuent. L'albuminurie, après avoir été de 0,30, tombe à 0,10 par litre. Le 15 mai, œdème de la face et du cou, recrudescence de la sialorrhée, suivis, le 19, de nouvelles crises convulsives. On pratique un abcès de fixation, qui prend, et dont l'incision donne passage à 300 grammes de pus. Les jours suivants, amélioration lente, mais progressive.

Que de réflexions au sujet de ce cas! Cette éruption mal déterminée, suivie de desquamation, d'albuminurie et de convulsions, a, fort naturellement, orienté les esprits vers l'idée d'une scarlatine atypique. Et cependant, il s'agissait, non de scarlatine, mais d'acrodynie associée à des signes d'encéphalite, comme dans les cas de MM. Rocaz et Janet (*Bull. de la Soc. de pédiatrie*, 21 déc. 1926).

IV. ENCÉPHALITE AIGUE ET VOMISSEMENTS ACÉTONÉMIQUES

Les complications nerveuses, abstraction faite de quelques réactions méningées, sont rares au cours des vomissements acétonémiques, et c'est à peine si le professeur Marfan, dans son excellente monographie, a pu en rassembler quelques exemples. C'est ce qui donne de l'intérêt à l'observation suivante.

OBS. XVI (2). — X..., neuf ans et demi, de souche et de constitution arthritiques, est pris brusquement, le 14 février 1913, de vomissements bilieux répétés, avec odeur acétonique de l'haleine et des urines. Dans la nuit du 20 au 21, ictère, avec apparition brusque d'une hémiplégie droite, respiration de Cheynes-Stokes; tandis que l'on pense à une hémorragie méningée, tous les phénomènes observés disparaissent comme par enchantement, si bien que nous pensons à une hémiplégie hystérique. Le 29, consultation avec M. Marfan : l'hémiplégie s'est reproduite et s'accompagne

(1) Ce cas a été présenté par M. GIRARD à la Société médicale d'Amiens en 1930.

(2) L. BABONNEIX et G. BLECHMANN. Vomissements acétonémiques et encéphalite aiguë, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 30 mai 1913.

d'un signe de Babinski évident. Deux heures après, disparition de l'hémiplégie. Rien au fond de l'œil (docteur Bellencontre). Les jours suivants, amélioration relative. Mais, dans la nuit du 26 au 27, agitation, délire, incontinence d'urines, prostration, gémissements, hémiplégie droite, raie méningitique, irrégularité respiratoire, anorexie. Le 28 février, coma profond, et, bientôt, mort par broncho-pneumonie.

Que s'est-il passé ici ? L'acidose, comme le pense M. Marfan, explique à merveille les vomissements de type acétonémique. Mais les accidents cérébraux. Encéphalite aiguë? Spasme de la sylvienne? Tumeur cérébrale, malgré l'absence de stase papillaire? En l'absence de toute nécropsie, impossible de prononcer.

V. ENCÉPHALITES AIGUES D'ORIGINE INDÉTERMINÉE

Ici encore, plusieurs catégories.

Dans la *première*, il s'agit de cas qui, après un début aigu, passent à la chronicité.

Obs. XVII. — Ch... (Bernard), huit ans, sans le moindre antécédent, a été pris, il y a deux ans, d'un petit vertige comitial, suivi de nombreuses crises d'épilepsie, dont certaines, d'après la description qu'on nous en a donnée, rentrent peut-être dans le cadre de l'épilepsie tonique. Aggravés par une coqueluche intercurrente, ces symptômes se sont bientôt compliqués, d'abord de mouvements choréiques, puis d'une diminution intellectuelle à type progressif. Sur une radiographie cranienne, pratiquée en position menton plaque, M. Hirtz a constaté une infection chronique de la région sinusienne postérieure, avec extension probable à la base du crâne et du mésencéphale. L'examen des yeux, pratiqué par M. Hartmann, comme les réactions sérologiques, sont négatifs. Lorsqu'après de nombreux neurologistes, nous sommes appelé à voir cet enfant, nous retrouvons les mêmes phénomènes que nos prédécesseurs et, en plus, une agitation choréiforme, une démarche cérébelleuse, un signe de Babinski à la fois spontané et provoqué.

Quel diagnostic porter en ce cas ? Hérédo-syphilis? Rien n'autorise à y penser. Tumeur cérébrale, malgré l'absence de tout symptôme oculaire? Encéphalite aiguë de nature indéterminée ayant passé à l'état chronique ? Ou, plutôt, comme le croit M. Cl. Vincent, encéphalite évolutive plus ou moins analogue à la sclérose centro-lobaire de MM. P. Marie et Foix ?

Autre cas de même ordre.

Obs. XVIII. — D... (André), deux ans et demi, nous est adressé par M. Laederich pour un ensemble de troubles nerveux : démarche cérébello-spasmodique, agitation choréiforme, parésie faciale droite, nystagmus transversal, et psychiques : diminution de l'intelligence, troubles du caractère, qui est devenu méchant, survenus chez un enfant jusqu'alors normal, à la suite d'une période aiguë caractérisée par un tremblement généralisé, de la nervosité et quelques réactions méningées dont la photophobie. Le liquide céphalo-rachidien est normal, la réaction de Wassermann négative pour le sang.

S'agit-il, ici, d'ataxie aiguë, comme sembleraient le montrer certains symptômes : tremblement, nystagmus, démarche à type cérébello-spasmodique, d'encéphalite aiguë, de sclérose en plaques aiguë ? Question pour le moment insoluble.

Obs. XIX. — H... (Claude), cinq ans et demi, nous est adressée par M. Blechmann parce qu'il y a deux ans, sans cause, elle a été prise de convulsions, les premières légères, les secondes très fortes, suivies d'absences probables et de grandes crises, et d'arrêt intellectuel. Elle a déjà été vue par M. Tournay, qui a prescrit du salicylate de soude et des extraits glandulaires. Cette médication a, d'ailleurs, semblé donner des résultats favorables.

A l'heure actuelle, les phénomènes dominants sont l'agitation, entrecoupée de périodes de somnolence, l'arriération mentale, les troubles du caractère, jadis doux, aujourd'hui difficile. A la ponction lombaire, une seule anomalie, hyperalbuminose nette (0,94).

Ici encore, diagnostic incertain. Encéphalite léthargique ou encéphalite due à un virus voisin? Hérédo-syphilis? Mais les réactions sérologiques sont négatives. Sclérose centro-lobaire? Aucune raison valable d'y penser.

Dans la *seconde*, figurent les cas rapidement mortels.

Obs. XX. — X..., trois ans et demi, se plaint, depuis quelque temps déjà, de vertige et de faiblesse des jambes. Comme il y avait des raisons d'incriminer l'hérédo-syphilis, on essaye un traitement spécifique prudent, sous forme d'injections sous-cutanées de sulfarsénol à doses progressives de 1, 2, 4, 6 centigrammes. A la quatrième, coma, réactions méningées avec signe de Kernig, raie vaso-motrice, tremblement des mains, ascension thermique à 41 degrés. Appelé par le médecin traitant, nous envisageons diverses hypothèses : neurotropisme, intoxication arsenicale suraiguë, méningite basilaire. Aucune ne semblant satisfaisante, et l'examen des oreilles étant resté négatif, on pratique une ponction lombaire : le liquide céphalo-rachidien, d'apparence normale, contient 1g48 de sucre par litre; la réaction de Wassermann y est négative. Le lendemain du début des accidents, l'enfant sort du coma, appelle ses parents qu'elle déclare ne pas voir, et meurt bientôt dans une syncope. L'examen nécropsique n'ayant pu être pratiqué, le diagnostic exact restera toujours impossible.

Cas encore plus dramatique, si possible, et observé avec M. le docteur Mallet (1).

Obs. XXI. — Odette X..., sept ans, vue le 9 novembre 1928.

Antécédents héréditaires et personnels. — Les parents, non consanguins, sont bien portants; la fillette, assez délicate, a toujours joui d'une bonne santé.

Histoire de la maladie. — Le 3 novembre 1928, l'un de nous voit à sa consultation le petit Roger X..., cinq ans, adénoïdien ancien, et que ses parents amènent pour les symptômes suivants : alopécie ayant débuté il y a un ou deux jours; troubles nerveux, aspect hébété, marche à petits pas, exagération du réflexe rotulien, sans signe d'Argyll ni de Kernig. Les grands appareils fonctionnent normalement à l'exception du tube digestif; la langue est sale, l'haleine saburrale, il existe un peu de constipation. Une légère purgation est prescrite et l'enfant mis au régime lacto-végétarien. Le 5, il est revu à domicile; les symptômes nerveux se sont aggravés; il s'y joint un léger ptosis, de la somnolence, la démarche est incertaine; l'état général est devenu grave. Le soir, consultation avec le docteur Tournay qui ne constate aucune paralysie, aucune grosse réaction méningée, mais assiste à des alternatives de sommeil léger, avec signe de

(1) L. Babonneix et J. Mallet. Encéphalite rapidement mortelle avec alopécie aiguë chez le frère et la sœur, *Concours méd.*, 24 fév. 1929, p. 594.

Babinski, et d'état de veille; il conclut à une méningo-encéphalite aiguë. Il propose une ponction lombaire, mais avant qu'on ait pu procéder à cette opération le petit Roger avait succombé.

Le 9 novembre, la petite Odette se plaint du genou droit qui est légèrement tuméfié; elle doit s'aliter : on constate chez elle un début d'alopécie, laquelle, les jours suivants, fera de grands progrès. Il n'y a, chez elle, ni réaction méningée ni signe de Kernig, raideur du cou, vomissements, etc., ni signe d'Argyll, ni paralysie; la langue est saburrale, l'haleine, fétide. La température oscille entre 37°8 le soir et 37°3 le matin. On lui prescrit une purgation légère et un peu d'albumine. Mais l'état général s'aggrave rapidement et il apparaît, surtout la nuit, une agitation de mauvais augure.

Le 14, léger signe de Kernig, ébauche de convulsions, agitation excessive. Le 20, consultation avec un médecin d'enfants; on administre du salicylate de soude et l'on pratique des injections de pyoformine. Une ponction lombaire ramène un liquide clair, coulant sous tension normale, et contenant deux lymphocytes par millimètre cube et 0,22 d'albumine.

Le 23, l'état est le suivant :

Troubles moteurs. — Ils consistent surtout en :

1° *Agitation*, tendant à prendre le type choréiforme;

2° *Ptosis* discret.

Il n'existe *ni paralysie*, ni, autant qu'on puisse dire, *phénomènes cérébelleux*.

3° *Strabisme convergent* variable d'un moment à l'autre.

Troubles réflexes. — Les réflexes *tendineux* sont tous conservés, peut-être même sont-ils *exagérés* au membre inférieur droit qui semble aussi le siège d'une *ébauche de trépidation spinale*; des deux côtés, on observe un *signe de Babinski spontané*.

Troubles sensitifs. — La sensibilité *objective* est impossible à explorer. En ce qui concerne la sensibilité *subjective*, il faut signaler quelques douleurs localisées au genou et à la tempe, du côté droit. On doit croire cependant que la petite fille souffre, parce que, de temps à autre, elle pousse un cri rappelant le *cri hydrencéphalique*; elle se plaint constamment aussi d'une sensation de cheveu sur la langue, qu'elle gratte pour la débarrasser du corps étranger qu'elle y croit déposé.

Troubles sensoriels. — Nous avons déjà signalé les principaux *troubles oculaires*; ajoutons qu'il n'y a ni inégalité, ni irrégularité des pupilles qui réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'*audition* est conservée.

Réactions méningées. — La plupart : signe de Kernig, inégalité et irrégularité des mouvements respiratoires; mâchonnement, raideur, raie vaso-motrice, etc., font défaut. A peine existe t-il une légère contraction de la nuque, d'ailleurs peut-être volontaire. D'ailleurs le liquide céphalo-rachidien, examiné par M. Chené, est normal. Il convient pourtant de signaler une *respiration irrégulière*, prenant par instant le *type de Cheynes-Stokes*, de la *tachycardie*, contrastant avec l'absence totale de fièvre, et un peu de *délire*.

Les *troubles sphinctériens* et *trophiques*, escarre, etc., font défaut. Il n'y a pas de *dysphagie*.

Troubles généraux. — Les plus frappants sont :

L'*altération du teint*, à la fois pâle et cyanosé;

Le *ballonnement du ventre*;

L'*alopécie aiguë* aboutissant en quelques jours à la chute de toute la chevelure, abstraction faite d'une touffe située sur le vertex et qui, seule, a subsisté.

Les *grands appareils* fonctionnent tant bien que mal. L'examen des poumons n'aboutit qu'à des résultats négatifs : ni vomissement, ni diarrhée, ni même, fait plus surprenant, suppression de l'appétit. De temps à autre, l'enfant s'asseoit toute seule, demande à manger et avale sans difficulté, soit un peu de café au lait, soit un lait de poule. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Un abcès de fixation est pratiqué le soir même, mais l'injection sous-cutanée de térébenthine ne produit aucune réaction locale, et le 25 la mort survient sans nouvel incident.

De quelle affection s'agit-il ici?

Assurément, d'une *affection nerveuse*, puisque les principaux symptômes, chez la fillette, ont été les suivants : au début, réactions méningées légères, plus tard agitation choréiforme, ptosis discret, hyperréflectivité tendineuse, signe de Babinski spontané, douleurs vagues, cri hydrencéphalique, paresthésies, tachycardie sans fièvre, respiration à type de Cheynes-Stokes, délire; chez le petit garçon, somnolence, hébétude, marche à petits pas, léger ptosis, exagération discrète des réflexes rotuliens.

Ajoutons que cette affection nerveuse possède au plus haut point, malgré l'absence de fièvre, le caractère *infectieux*. Que les enfants aient été contagionnés en même temps ou successivement, peu importe! Les caractères mêmes de la maladie, son évolution, l'absence de déterminations viscérales, donnent à penser que nous nous trouvons en présence d'une de ces *infections à virus neurotropes* qui ont été bien étudiées dans ces dernières années. Peut-on aller plus loin dans la voie de diagnostic?

Pour résoudre cette question, nous avons fait une enquête discrète. A l'école que fréquentaient les pauvres petits, aucun cas de maladie épidémique; dans l'entourage et dans la maison, autant qu'on puisse dire, rien de particulier. Ils n'avaient eu, ces temps derniers, ni troubles digestifs ni angine. Ils n'avaient été soumis à aucune intoxication médicamenteuse en particulier. En somme, résultats négatifs sur toute la ligne et comme nous n'avons pu, ni procéder à la vérification, ni nous livrer à des recherches expérimentales, on conçoit combien nous devons nous montrer prudents lorsqu'il s'agit d'une affection aussi singulière.

Nous n'avons évidemment affaire, ni à une poliomyélite antérieure aiguë, ni à une méningite. Au premier de ces diagnostics, on peut objecter l'absence de tous phénomènes paralytiques, au second, la médiocrité des réactions méningées; aux deux, l'intégrité du liquide céphalo-rachidien. Mieux vaudrait peut-être s'orienter vers l'idée d'une affection plus ou moins analogue à l'encéphalite épidémique. N'avons-nous pas constaté de la somnolence chez le petit garçon, du ptosis et un strabisme variable chez la petite fille? Ne trouve-t-on pas dans le livre du professeur Achard sur l'*Encéphalite léthargique* (Paris 1922, in-8° de 324 pages, J.-B. Baillière et fils, édit.), des exemples, au cours de cette maladie, de respiration à type de Cheynes-Stokes (p. 57), de tachycardie sans fièvre (p. 58), de prurit plus ou moins comparable aux paresthésies signalées pour notre petite malade? Le même auteur ne déclare-t-il pas expressément (p. 83) que, dans l'encéphalite léthargique, le liquide céphalo-rachidien est souvent à peu près normal?

Admettons donc qu'il s'agit, soit d'une encéphalite léthargique, soit d'une encéphalite aiguë due à un virus neurotrope voisin. Reste à savoir la cause de cette alopécie aiguë qui a tant frappé tous les médecins appelés auprès des deux petits malades.

La bibliographie médicale ne nous fournit malheureusement que peu de données sur le sujet. Dans l'ouvrage si complet de M. Laignel-Lavastine sur la *Pathologie du sympathique* (Paris 1924, in-8° de 1.080 pages, F. Alcan, etc.), la question de l'alopécie tient en quelques lignes (p. 504) où se trouvent cités les cas d'alopécies consécutives aux blessures de guerre (Mme Athanasiu-Benisty), ou par goitre exophtalmique (Walsh). Même pauvreté de renseignements dans la *Revue neurologique* dont les fiches des dix dernières années ne relatent, en dehors du cas précédemment cité, qu'un cas d'Herman (*Encéphale*, an. XXI, n° 1, p. 64, janv. 1926) intitulé : Immobilité pupillaire à la lumière dans un cas d'alopécie en aires d'origine endocrino-sympathique. Nous avons consulté sans plus de succès le livre de M. Achard comme nos notes personnelles. Les neurologistes que nous avons interrogés n'ont gardé le souvenir d'aucun fait analogue. En somme, phénomène à rapprocher des cas de canitie postchoréique parfois signalés [Escherich, Möbius (1)], et qui, comme eux, reconnaît sans doute une origine sympathique.

VI. ATAXIES AIGUES (2)

« Sous le titre d'*ataxie aiguë* », dit M. Jacques Decourt, dans son excellente thèse, « nombre d'au-
« teurs, et surtout en Allemagne, ont rapporté des
« faits qu'il est, à l'heure actuelle, fort difficile de
« classer.

« Il s'agit, sinon d'une maladie déterminée, du
« moins d'un syndrome qui présente les caractères
« généraux suivants :

« Début rapide en quelques instants, quelques
« jours, généralement au milieu de phénomènes
« infectieux.

« Tableau d'une grande ataxie, de type cérébel-
« leux, accompagnée souvent de tremblement inten-
« tionnel et de troubles de la parole rappelant ceux
« de la sclérose en plaques. Nystagmus fréquent.

« Réflexes périostes et tendineux conservés, ordi-
« nairement vifs, avec parfois du clonus et une in-
« version du réflexe cutané plantaire.

« Absence habituelle de paralysies véritables, de
« troubles sensitifs et sphinctériens.

« Evolution favorable, le plus souvent vers une
« guérison rapide. »

Ces *ataxies aiguës de Leyden*, du nom de l'auteur qui les a le premier décrites, en 1869, sont assez fréquentes chez l'enfant (3). Nous avons eu l'occasion d'en observer un certain nombre de cas, ces derniers temps.

Voici le plus intéressant d'entre eux.

***

Obs. XXII. — Anne X..., deux ans, vue le 13 juin 1927 pour troubles moteurs survenus il y a onze mois.

Quels sont ces *troubles moteurs*? Il n'existe *aucun phénomène paralytique*, qu'il s'agisse des membres, du tronc ou de la face, mais on est frappé, dès l'abord, par le *caractère anormal* du *mouvement volontaire*.

La *marche* est mal assurée, hésitante, titubante, les pieds jetés brusquement de chaque côté de la ligne médiane, dont ils s'écartent d'une manière démesurée; peut-être même existe-t-il un peu de talonnement. Quand elle se sent observée, la petite fille veut se hâter : ses pieds s'entrechoquent, ses jambes s'embarrassent et on a l'impression qu'elle va tomber, la chute étant d'ailleurs rare. D'autres fois (et le fait a d'ailleurs attiré l'attention des parents), tout son corps, pendant qu'elle essaie de progresser, est comme ramené en arrière par une force invisible; à ces phénomènes de rétropulsion se substitue, quoique assez rarement, de l'antépulsion. Malgré toutes ces anomalies, la marche ne semble point particulièrement pénible, et, toute la journée, l'enfant va et vient, parcourt la pièce où elle se trouve, va en explorer tous les recoins, répond à tous les appels sans paraître un instant fatiguée.

Nous n'avons pas constaté d'une façon nette de décomposition des mouvements du tronc et des jambes. Nous n'avons pu non plus, en raison du jeune âge de la patiente, chercher si l'occlusion des yeux modifiait ces troubles de la démarche.

Dans la *station verticale*, piétinement ininterrompu avec élargissement du polygone de sustentation; instabilité choréiforme du tronc, des membres supérieurs et de la tête.

Les *mouvements des membres supérieurs* sont *incertains*, *maladroits*; l'enfant éprouve une certaine difficulté à saisir les objets : sa main plane un moment avant de s'abattre sur eux.

Les seules anomalies motrices observées dans le domaine des *nerfs* craniens sont : 1° quelques oscillations de la tête, à l'occasion des mouvements volontaires; 2° un peu d'*engouement* : la petite X... s'étrangle facilement quand elle boit. Mais il n'existe ni paralysie faciale, ni phénomènes oculaires : ptosis, nystagmus, strabisme, modifications pupillaires; 3° une *salivation abondante*, datant du début des accidents.

D'une manière générale, il existe de l'*hypotonie* : celle-ci est surtout nette aux membres inférieurs, où l'on observe un double genu recurvatum.

La *parole* ne semble pas modifiée.

Nous n'avons pu constater aucun symptôme de *lésions pyramidales*. Les réflexes tendineux sont normaux. Il n'y a ni signe de Babinski, ni trépidation spinale.

Il nous a été impossible de déceler le moindre *trouble psychique* : facultés critiques, caractère, sentiments affectifs ne différant pas de ceux qu'on observe chez une enfant du même âge.

L'état général n'a subi aucune altération.

En présence d'un tel ensemble symptomatique, impossible de ne pas porter le diagnostic d'ataxie. Mais de quelle nature?

Question bien difficile à résoudre, et ce, pour deux raisons :

1° Notre observation est incomplète, et parce qu'elle concerne un bébé, chez lequel il ne faut pas compter sur une exploration méthodique du système nerveux, et parce qu'il nous manque quelques données d'importance capitale : celles, en particulier, qu'aurait fournies l'examen du fond d'œil, du liquide céphalo-rachidien et du sang;

2° Les phénomènes observés semblent assez complexes. La rétro et l'antépulsion, l'instabilité choréiforme, la salivation font penser à une lésion des ganglions de la base, l'ataxie statique, élargissement du polygone de sustentation, piétinement, et ciné-

(1) L. Babonneix. *Les Chorées*, Paris 1924, in-18 de 278 pages, Flammarion, édit.

(2) J. Decourt. Contribution à l'étude des ataxies aiguës, *Th. de Paris*, 1927, in-8° de 150 pages, p. 110.

(3) Griffith. Ataxie aiguë infantile, *Arch. of neurol. and psych.*, déc. 1921, p. 241.

tique, démarche hésitante, titubante, ébrieuse, à une lésion cérébelleuse. Mais si l'on se rappelle que « les pieds sont jetés brusquement de chaque côté « de la ligne médiane, dont ils s'écartent d'une ma- « nière démesurée, que, peut-être, existe-t-il même « un peu de talonnement », comment ne pas évoquer l'idée d'une ataxie tabétique? Les tabétiques « élèvent brusquement un pied, puis, au moment « où ils le reposent, frappent lourdement le sol (ils « *talonnent*); ils *fauchent*, c'est-à-dire qu'ils lancent « la jambe trop en dehors pour la ramener ensuite « trop en dedans ». Un peu plus tard, « ils pro- « gressent avec peine et n'arrivent à éviter la chute « qu'en s'appuyant sur une canne ou au bras de « quelqu'un. Abandonnés à eux-mêmes, ils sem- « blent d'abord cloués au sol. Enfin, ils partent : « leurs pieds s'entrechoquent, et ils ne tardent pas « à tomber (1) ».

Il s'agit donc, dans notre cas, d'une ataxie à caractères mixtes, rappelant à la fois l'ataxie tabétique et l'ataxie cérébelleuse, et présentant certains caractères de la symptomatologie striée.

Cette ataxie si spéciale, impossible, malgré l'absence de certaines pièces du « dossier », de la rattacher à un tabes hérédo-spécifique. Outre que celui-ci est exceptionnel chez le nourrisson, il se caractérise par des signes qui, ici, font défaut : abolition des réflexes tendineux, signe d'Argyll-Robertson, etc. Il serait encore plus téméraire d'incriminer une sclérose en plaques ou une maladie de Friedrich. Il suffit, en effet, de prendre en considération les antécédents de l'enfant pour s'orienter aussitôt dans la bonne direction.

Antécédents héréditaires et personnels. — Les parents du bébé sont actuellement bien portants, de même qu'une sœur aînée âgée de six ans, mais la maman a fait, il y a quelques années, une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire. La grossesse qui s'est terminée par la naissance de la petite Anne avait été médiocre. L'accouchement a eu lieu à terme et s'est effectué rapidement; on n'a pas eu besoin de recourir au forceps. L'enfant, qui pesait 3kg200, a été élevée deux mois au lait condensé, puis au lait de vache frais, puis aux bouillies. On a eu quelques difficultés à la nourrir. Elle a eu sa première dent à cinq mois, en raison, probablement, d'un spasme du pharynx; aussi est-elle restée longtemps délicate, elle a commencé à marcher vers quatorze à quinze mois, e ne parle encore que très peu. Un grand-oncle serait épileptique.

Histoire de la maladie. — Vers onze mois, *période de somnolence très nette*, avec petit mouvement fébrile, et, bientôt, troubles de la démarche, titubante. Il n'y a eu, à aucun moment, de modifications de caractère, de troubles sensoriels, de signes d'hypertension intracranienne. Différentes personnalités du monde médical parisien, dont MM. Aviragnet et Sicard, ont porté le diagnostic d'encéphalite léthargique avec d'autant plus de vraisemblance qu'il y en avait plusieurs cas dans la ville qu'habitait alors l'enfant. On a essayé sans succès l'urotropine, les extraits thyroïdiens à faible dose et les rayons ultraviolets. Il n'a été fait ni ponction lombaire, ni examen du fond de l'œil.

Bien que la somnolence soit loin d'être un symptôme pathognomonique (Guillain et Alajouanine), il semble donc que l'enfant a fait, à onze mois, une encéphalite léthargique typique. Si l'on se rappelle que les phénomènes actuels ont immédiatement succédé à la phase initiale de somnolence, qu'ils s'accompagnent de rétro et d'antépulsion, de salivation, impossible de ne pas établir entre celle-là et ceux-ci une relation de cause à effet, et de porter un autre diagnostic que celui d'ataxie postencéphalitique.

Autre cas de même ordre.

Obs. XXIII. — Ch..., dix-sept mois. Rien à signaler dans ses antécédents, sinon qu'il a été difficile à élever. Il a été pris brusquement, il y a huit à dix jours, de troubles nerveux : démarche cérébelleuse, nystagmus transversal, tendance à la chute en arrière, sans la moindre perte de connaissance. Aucune modification des réflexes tendineux; aucun signe d'hypertension intracranienne.

Lorsqu'il nous est amené par M. Regnard, le nystagmus a disparu; il n'existe ni réaction méningée, ni phénomène paralytique, ni trouble psychique. Les réflexes tendineux sont un peu vifs, mais la marche est titubante, les pieds étant lancés brusquement à droite et à gauche, avec choc du talon contre le sol. On note aussi un tremblement généralisé, mais prédominant sur la tête et sur les membres supérieurs.

Après une rechute, l'enfant a complètement guéri.

Dernier cas.

Obs. XXIV. — A... (Claudine), trois ans, vue le 3 juin 1927.

Cette fillette, sans le moindre antécédent, a été prise brusquement, le 14 mai précédent, de troubles nerveux : tendance à la chute et, même, chute, démarche ataxique, sans parole scandée, sans modifications de la sensibilité, sans fièvre. Le docteur Blechmann, consulté, fait une ponction lombaire qui ramène un liquide limpide, dans le fond duquel la sédimentation, même prolongée, ne fait apparaître aucun dépôt; à la cellule de Nageotte, 1,2 éléments; 0,308 p. 1.000 d'albumine, 0,52 p. 1.000 de glucose; réactions de Bordet-Gengou et de Guillain-Léchelle négatives.

Lorsque nous sommes appelé à voir l'enfant, nous constatons surtout :

1° Une démarche ataxique, ou plutôt cérébelleuse, avec talonnement, peut-être plus marqué du côté gauche;

2° Atonie musculaire avec, des deux côtés, genu recurvatum;

3° Abolition générale des réflexes tendineux;

4° Nervosité.

Symptômes négatifs. Il n'y a ni paralysie, ni tremblement, ni bradycinésie, ni troubles sensitifs, sensoriels, sphinctériens. Un examen électrique, pratiqué par M. Duhem, n'a montré qu'une légère diminution de l'excitabilité. L'état général est bon.

Ces divers symptômes ont bientôt rétrocédé, et, en quelques mois, la guérison était complète.

Par l'aréflexie tendineuse, l'absence de tremblement, d'ataxie cérébelleuse, ce cas s'éloigne de l'ataxie aiguë de Leyden, dont le rapprocheraient le début brusque et l'évolution rapide vers la guérison.

***

Quelles réflexions nous inspirent les faits précédents?

Une première souligne la *fréquence actuelle des encéphalites aiguës*, le terme étant pris dans son

(1) L. Babonneix. Tabes dorsualis, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. XIX, 2e édition, Paris 1924.

sens le plus large et sans tenir trop compte des critiques qu'il serait facile de lui adresser. On peut dire, pratiquement, qu'elles étaient inconnues avant la guerre. C'est à peine si, de nos maîtres, les plus riches en expérience se rappelaient avoir vu, au cours d'une longue carrière, quelques cas de chorée aiguë mortelle survenus chez des adultes. Quant à l'encéphalite léthargique, elle était régulièrement méconnue, comme dans le cas suivant, où le diagnostic a erré de la tumeur cérébrale à l'hérédo-syphilis, en passant par la chorée molle.

Obs. XXV. — X... (Louis), cinq ans et demi, vu en novembre 1913.

Rien à signaler dans les *antécédents*, si ce n'est que sa mère est nerveuse, qu'il a plusieurs frères et sœurs lymphatiques et que lui-même a toujours été délicat.

Histoire de la maladie. — En 1912, à la suite d'une grippe légère, sont apparus divers troubles nerveux, mouvements choréiques, ataxie, strabisme convergent, attitude inclinée à droite du corps et de la tête, hémiparésie droite (?). Depuis cette époque, l'état du jeune X... a passé par des alternatives d'amélioration et d'aggravation et l'a conduit chez de nombreux médecins dont les uns ont pensé à « l'encéphalite », d'autres à une chorée molle, à une polynévrite, à une maladie de Friedrich typique, à une hérédo-ataxie cérébelleuse.

Etat actuel. — *Troubles de la motilité.* — La démarche est difficile, ataxique même, avec tendance à la chute. Il existe en plus : 1° des mouvements choréiques légers, cessant la nuit; 2° une attitude forcée de la tête, inclinée à droite et tournée en avant; 3° du tremblement intentionnel; 4° une légère paralysie faciale gauche. La parole est monotone, un peu saccadée. Les réflexes tendineux sont vifs. Il n'y a pas de trépidation spinale, pas de signes de Brudzinski, mais un signe de Babinski net surtout à droite.

La sensibilité générale est intacte.

Examen des yeux (docteur Dupuy-Dutemps). — Pas de lésions du fond de l'œil, en particulier, ni stade papillaire, ni atrophie des nerfs optiques. Réflexes pupillaires normaux. Strabisme convergent paralytique, survenu au moment de la première atteinte d'hémiparésie droite. Ce strabisme, qui ne paraît pas avoir varié depuis, est dû à une parésie accusée du droit externe gauche, côté opposé à celui de l'hémiparésie. Secousses nystagmiformes dans la position latérale des yeux (nystagmus paralytique).

On ne constate ni gros troubles trophiques, ou sphinctériens, ni atténuation de l'intelligence, ni lésions de la colonne vertébrale, ni modifications des réactions électriques.

En présence de ce cas, nous avons pensé qu'il s'agissait d'une lésion protubérantielle. Comment expliquer autrement la paralysie des VIe et VIIe paires gauches contrastant avec l'hémiparésie droite? Cette lésion, à quoi l'attribuer? A un néoplasme? On pouvait y penser, et, étant donné l'aspect cachectique de l'enfant, admettre, avec les réserves d'usage, l'hypothèse d'un tubercule siégeant dans la région protubérantielle. Mais pourquoi cette absence de signe d'hypertension intracranienne? A une manifestation de l'hérédo-syphilis? Ayant envisagé ce diagnostic, nous avons fait pratiquer, chez le père, une réaction de Wassermann qui a été une fois fortement positive, et une autre fois entièrement négative... D'ailleurs, il n'existait à notre connaissance aucune raison valable d'incriminer le tréponème : aucune notion de spécificité, aucune constatation de « stigmates ». Nous avions donc, en 1914, conclu, par exclusion et sans nous illusionner beaucoup sur la valeur de ce terme, à une « encéphalite » survenue à la suite de la grippe.

Nous avons, depuis lors, perdu de vue ce petit malade, mais nous pouvons, aujourd'hui, nous demander s'il ne s'agissait pas d'encéphalite léthargique. Ces mouvements choréiques diurnes, avec alternatives d'amélioration et d'aggravation depuis deux ans, ces attitudes forcées de la tête; ces troubles de la parole, lente, monotone, ce strabisme ne cadrent-ils point avec cette hypothèse? Sans doute, d'autres signes sont d'interprétation plus délicate, encore qu'on puisse les expliquer par des localisations spéciales des lésions propres à l'encéphalite léthargique.

Seconde remarque. — *La nature de ces infections reste encore inconnue.* Neuro-virus. Virus neurotropes, infections cryptogénétiques du système nerveux, névraxites aiguës? Autant de mots qui ne servent qu'à cacher notre ignorance. Ces infections sont-elles identiques à la sclérose en plaques aiguë ou en diffèrent-elles essentiellement? L'ataxie aiguë de Leyden représente-t-elle vraiment une maladie, ou n'est-elle qu'un syndrome? Autant de questions que chacun peut résoudre à sa guise, tant que nous manquerons des caractères biologiques indispensables pour définir telle ou telle de ces affections.

Nous savons, du moins, que *leur origine peut être locale*, et les constatations de M. Hirtz, utilisant l'ingénieuse technique qu'il a inventée, apportent une sérieuse contribution à la thèse (Targowla) qui subordonne certaines affections mentales et nerveuses à l'inflammation des régions voisines, et, particulièrement, des sinus. Nous avons eu l'occasion de voir, chez quelques adultes, des aspects radiographiques pris en position menton-plaque, semblant indiquer de grosses lésions sinusiennes et qui, assurément, jouaient leur rôle dans le déterminisme des accidents.

Lorsqu'on relit nos observations, on ne peut s'empêcher de remarquer que dans nombre d'entre elles, et abstraction faite des coïncidences toujours possibles, les troubles nerveux sont survenus à la suite d'une infection déterminée, varicelle, vaccine, rougeole. Sans doute, peut-on admettre que le germe de ces maladies est en cause. Explication difficile à admettre lorsque l'encéphalite survient, comme dans notre cas XX, au cours d'un traitement arsenical, et dont rend parfaitement compte la belle théorie du *biotropisme* imaginée par M. Milian! On sait que, pour cet éminent dermatologiste, certaines infections ou intoxications réveillent la virulence d'un germe enfoui dans quelqu'une de nos cavités. Théorie riche en applications qui, seule, rend compte de l'érythème du neuvième jour, des infections si communes au cours des traitements arsenicaux et qui mériterait, à cause de sa valeur, d'être étendue à toute la pathologie! C'est elle, d'ailleurs, qu'invoque M. Levaditi lorsqu'il rattache à l'encéphalite léthargique les troubles nerveux survenus au cours de la

varicelle. A l'appui de cette théorie, ne peut-on faire valoir que, dans deux de nos cas, la varicelle évolua normalement chez les frères ou cousins des petits malades, comme si son rôle s'était borné à déclancher, chez ceux-ci, une encéphalite encore latente?

Autre considération, qui a trait à la *difficulté de diagnostic*. Songez qu'il s'agit d'enfants tout jeunes, peureux, dont l'émotivité naturelle est encore accrue, et par la maladie et par l'examen médical, qui se prêtent mal aux longues et minutieuses recherches, que l'on n'a parfois vus qu'une ou deux fois et qui sont ensuite perdus de vue. Songez que certaines affections, jadis considérées comme exceptionnelles, sont devenues si fréquentes que les notions classiques relatives à leur symptomatologie et à leur évolution ont tellement dû être revisées — nous voulons parler des tumeurs cérébrales — qu'il faut toujours, même en l'absence de stase papillaire, soupçonner leur existence! Songez que, même en l'absence de toute réaction sérologique, l'hypothèse de spécificité héréditaire peut être envisagée, que les spécialistes ne sont pas d'accord sur les relations entre l'encéphalite léthargique, l'ataxie aiguë et la sclérose en plaques aiguë; qu'ils se demandent si la sclérose centro-lobaire est (Levaditi), ou non, une affection contagieuse, et étonnez-vous que, pour nombre de cas, il soit impossible de conclure!

Dernière remarque, plus consolante celle-ci, parce que d'*ordre thérapeutique* : si vraiment nombre d'hémiplégies infantiles, d'épilepsies, de troubles psychiques divers, dont, surtout, la diminution de l'intelligence et les modifications du caractère, surviennent brusquement, chez des sujets sains, non suspects d'hérédo-syphilis, venus au monde dans les meilleures conditions, à la suite d'un épisode « encéphalitique » ou « méningé », pourquoi ne pas faire de ceux-là la conséquence de celui-ci? Pourquoi ne pas étendre à tous ces faits l'ingénieuse hypothèse de M. Targowla? Pourquoi ne pas les traiter, dès le début, par les médications habituelles des infections à neuro-virus : salicylate de soude en injections intraveineuses si possible, ou sinon par la bouche?

Annuaire médical et pharmaceutique Palissier (édition 1931).

Extrêmement pratique et complet, cet Annuaire comprend toutes les adresses des médecins, médecins spécialistes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes de Paris, Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise. Une partie administrative comprenant tous les hôpitaux et les stations thermales et climatiques. In-8 de 472 pages. — Prix : 15 fr. — Librairies médicales et Editions Palissier, 10, rue Versigny, Paris. Chèques postaux 717.90.

Hypertension artérielle, par le docteur M. PERRIN, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et le docteur RICHARD, médecin consultant à Royat. Deuxième édition. In 16 de 112 pages avec 16 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 MAI 1931)

Sur une nouvelle méthode de synthèse de l'aldéhyde cinnamique et de ses homologues substitués sur le noyau. — MM. L. BERT et R. ANNEQUIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JUIG 1931)

Section d'hygiène. — L'Académie adjoint deux membres, MM. Chauffard et Sergent, à la section d'hygiène pour constituer la Commission de présentation aux places de correspondants vacants.

Le magnésium dans la bile. — MM. DELBET et BRETEAU poursuivant leurs recherches, montrent que le magnésium n'est pas seulement cholagogue, mais que son élimination se fait avec la bile dans des proportions très importantes.

Artériographie rénale. — MM. LEGUEU, FEY et TRUCHOT. Ces artériographies concernent surtout des lésions rénales. Elles ont été obtenues par la méthode de des Santos, Lomas et Caldas, qui consiste à injecter par ponction dans l'aorte abdominale un mélange concentré d'abrodil et d'iodure de sodium et à surprendre par la radiographie le passage de ce liquide opaque dans le territoire de l'aorte abdominale.

On obtient par cette méthode des renseignements nets sur la circulation rénale, sur l'existence de néoplasmes, sur la localisation de lésions tuberculeuses, etc...

Et cette méthode, que M. Legueu utilise depuis plusieurs mois, lui donne des résultats très supérieurs par leur précision aux urographies intraveineuses.

Ces avantages ne sont d'ailleurs atténués par aucun incident grave : pour éviter la douleur que provoque l'injection, M. Legueu a l'habitude d'endormir complètement les malades; l'anesthésie générale lui paraît préférable à l'anesthésie du plexus solaire ou intrarichidienne.

Sérothérapie de la poliomyélite. — L'Académie discute le rapport de M. Netter sur la constitution d'une provision de sérum d'anciens malades en prévision d'une apparition possible de la poliomyélite. MM. Vaillard, Roux et Sieur prennent part à la discussion.

M. PETTIT rappelle qu' « actuellement, trois sérums peuvent être utilisés contre la poliomyélite, le sérum de convalescent, le sérum de singe, le sérum de cheval. Le gouvernement belge paraît avoir pris les mesures les plus rationnelles; en 1929, il a décidé : 1° d'entreprendre la fabrication en Belgique du sérum de cheval, suivant la formule de Pettit ; 2° de faire préparer à l'Institut Pasteur de Paris du sérum de singe; 3° d'organiser, sur la plus vaste échelle, la récolte, la conservation et la distribution du sérum de convalescent. En 1931, le docteur Timbal, directeur général de l'hygiène pour la Belgique, constate que « la campagne, en ce qui concerne le prélèvement de sang de convalescent, n'a pas donné plus qu'il en était attendu : dix-huit malades seulement ont répondu à l'appel ». En Hollande, la réserve de sérum de convalescent est d'un litre ; quand ce sérum manque, on recourt au sérum de singe.

Une seule et même raison physiologique, la présence d'immunisines, peut être invoquée en faveur de l'emploi thérapeutique des trois sérums d'homme, de singe et de cheval. On pouvait reprocher au sérum de cheval d'avoir un pouvoir immunisant inférieur au pouvoir immunisant du sérum humain; or, il est facile de traiter le sérum de cheval obtenu avec la méthode de Pettit, de façon à ce que son pouvoir immunisant soit le quintuple du pouvoir immunisant du sérum de convalescent. D'ailleurs, l'usage du sérum de cheval s'est déjà étendu à tous les pays civilisés.

Quant au sérum de singe, son pouvoir immunisant est au moins égal à celui du sérum de convalescent, et on peut le renforcer après chaque saignée partielle. Le sérum antipoliomyélite de singe pourrait être obtenu très économiquement et en quantité illimitée dans de nombreuses colonies africaines où pullulent les cynocéphales ; cette réalisation est du ressort du gouvernement.

En ce qui concerne le sérum de convalescent, la question est la suivante : chaque poliomyélitique exige selon son âge 20-100 centimètres cubes de sérum de convalescent; depuis vingt ans que la question est posée, en aucun pays le stock n'a encore été suffisant pour répondre aux besoins ; d'ailleurs, les anciens malades ne sont guère disposés à se laisser saigner, les mères encore moins quand il s'agit de prélever du sang à leurs enfants ; on ne peut, non plus, saigner impunément un homme donneur de sérum. »

En définitive, on adopte le vœu suivant :

« L'Académie de médecine estime qu'en prévision de la réapparition possible de la poliomyélite, il est désirable de pouvoir mettre à la disposition du Corps médical une provision suffisante de sérum d'ancien malade et de sérum d'origine animale.

Ces sérums devront être recueillis dans des conditions qui permettront d'assurer leur activité et leur innocuité. »

Sérodiagnostic de la lèpre par l'agglutino-sédimentation des globules de moutons formolés. — M. G. RUBINO (Montevideo). [Note présentée par M. le professeur Marchoux.] C'est une réaction basée sur l'utilisation des globules de mouton fixés par le formol, lesquels sous l'action des sérums lépreux sont agglutinés et sédimentés rapidement. Dans la lèpre, elle est en moyenne positive dans 75 p. 100 des cas et il semble qu'elle dépende plus de la forme évolutive de la maladie que de l'ancienneté des lésions; elle s'est aussi montrée dans quelques cas positive alors que les symptômes cliniques étaient peu apparents. Enfin la même réaction éprouvée sur un grand nombre des sérums d'origines diverses, tuberculose, syphilis, maladies tropicales, etc., est toujours restée négative.

Rapport. — M. RENAULT donne lecture d'un rapport sur des demandes en vue de fabriquer et mettre en vente des sérums.

Fièvre exanthématique. — MM. BLANC et CAMINOPETROS exposent de nouvelles recherches expérimentales sur la fièvre boutonneuse.

Sur quelques déformations de l'épaule chez les myopathiques. — M. Henry MEIGE.

Prix Albert Ier de Monaco. — En comité secret, l'Académie adopte à l'unanimité le rapport de M. Bezançon concluant à l'attribution du prix Albert de Monaco (100.000 fr.) à M. Veillon (de l'Institut Pasteur) pour ses travaux sur les anaérobies et les gangrènes.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — NOUVELLE RELATION DE NUIT ENTRE PARIS, LYON ET LE LANGUEDOC. — Depuis le 15 mai, une nouvelle relation a été établie entre Paris, Lyon et le Languedoc au moyen du rapide n° 15 (wagons-lits de 1re et 2e classes, lits-salons, couchettes 1re et 2e classes) qui a été mis en correspondance à Avignon avec l'express 1503 (toutes classes) : Avignon-Bordeaux, *via* Nîmes, Sète, Toulouse.

Départ de Paris P.-L.-M., 17 h. 05 ; Dijon, 21 h. 26 ; Lyon-Perrache, 0 h. 15.

Arrivée à Nîmes, 5 h. 35 ; Montpellier, 6 h. 49 ; Sète, 7 h. 45 ; Béziers, 8 h. 47 ; Narbonne, 9 h. 17.

Wagon-restaurant entre Paris et Lyon-Perrache.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 MARS 1931)

M. DARTIGUES fait un rapport sur un mémoire de M. F. Cavazzi, de Bologne (Italie), sur les **effets produits chez l'homme par des injections sous-cutanées d'hormones de la glande sexuelle mâle d'animaux jeunes et sains.** Ces hormones sont prélevées dans le sang qui sort de la glande. En les injectant sous la peau des vieillards, elles leur redonnent les énergies organiques, physiques et psychiques, c'est-à-dire les rajeunissent. Les effets en sont durables. Les injections sont inoffensives. Les expériences ont été faites d'abord à Bologne et répétées dernièrement à Paris, sous contrôle scientifique.

M. LÉOPOLD-LÉVI montre l'intérêt des recherches de M. Cavazzi et, à ce sujet, pose une série de questions à propos de la technique utilisée, le mode d'action des médications, le mode d'emploi et la comparaison qu'il y a lieu d'établir avec les greffes testiculaires.

A propos du traitement de l'hypertrophie prostatique par la radiothérapie profonde. — M. Charles GUILBERT estime qu'il y a des réserves à faire; le traitement radiothérapique n'est curatif qu'à la période de début, quand la sclérose n'est pas organisée et que l'intervention n'est pas encore indiquée. Les scléreux peuvent être améliorés. La moindre infection vésicale est une contre-indication formelle.

Guérison par le forage de la prostate d'une fistule hypogastrique définitive. — M. Georges LUYS présente une treizième observation d'un intérêt particulier, en raison de l'état général déficient du malade qui, âgé de soixante-deux ans, était atteint d'un emphysème pulmonaire extrêmement prononcé; il était porteur d'une fistule hypogastrique permanente depuis dix-neuf mois. Ce malade était résolu au suicide, en raison de son infirmité et de l'impossibilité où il se trouvait de subir le deuxième temps de la prostatectomie qui devait le libérer. Deux séances de forage permirent le rétablissement de la miction normale. La fistule hypogastrique fut ensuite fermée sous anesthésie locale et le malade put sortir de la maison de santé en urinant normalement, avec un jet fort et puissant du début à la fin de la miction, la vessie se vidant parfaitement sans aucun résidu. Cette observation particulièrement concluante montre bien l'efficacité du forage de la prostate.

Toxi-infection d'origine intestinale due à une rétention par péricolite. — M. THÉVENARD rapporte un cas dans lequel les symptômes névropathiques prirent une importance capitale au point de masquer complètement les symptômes entéritiques. L'auteur insiste à la suite du professeur H. Vincent sur la fréquence de cette pathogénie d'accidents névropathiques qu'on doit toujours avoir présente à l'esprit afin d'éviter des erreurs de thérapeutique. C'est ainsi que le malade qui fait le sujet de cette observation, faillit être interné, puis guérit complètement après une colotyse suivie d'un traitement médicophysiothérapique approprié.

Confirmant les idées exprimées par M. Thévenard. M. MAZERAN développe les troubles nerveux plus particulièrement observés dans la stase intestinale chronique. Et relativement au traitement, il considère qu'il faut envisager trois formes d'intervention thérapeutique : une première purement médicale, correspondant à la thyphlatonie; une deuxième où la péricolite est tolérée, c'est-à-dire où le drainage intestinal s'effectue; une troisième où l'élément sténosant prédomine et qui nécessite l'intervention.

M. PERPÈRE rappelle que la notion des troubles mentaux liés à la stase intestinale est vieille comme la médecine. Il ne croit pas opportun pour cela de créer un « syndrome entéro nerveux », car il s'agit dans ces cas seulement d'intoxication (non d'infection) nerveuse légère chez les prédisposés dans les syndromes entéro-rénaux, entéro-pulmonaires, etc., il s'agit au contraire de poly-infection viscérale.

La prostatite chronique latente. — M. Ch. DAVID montre la fréquence des infections chroniques de la prostate qui passent totalement inaperçues. Elles sont dues soit au gonocoque le plus souvent seul ou associé, soit au staphylocoque, au streptocoque, au colibacille ou à l'entérocoque, ces derniers venus par voie descendante à l'occasion d'un syndrome entéro-urinaire. Cette infection prostatique ne traduit habituellement son existence que par un minimum de symptômes. Il existe souvent, mais non toujours, une petite goutte matinale et fréquemment une issue par le méat de liquide blanchâtre lors de la défécation. Le toucher rectal montre une prostate de volume à peu près normal, mais dont le massage fait sourdre plus ou moins de liquide séropurulent. La culture des sécrétions permet le diagnostic étiologique de ces prostatites qui doivent être traitées par le massage, les grands lavages au nitrate d'argent et les injections d'autovaccin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 9 juin. — Jury: MM. Balthazard, président; Lereboullet, Nobécourt, Piedelièvre. — M. BEITZ. Les conceptions récentes sur la mort par inhibition. — M. FALGUIÈRE. Etude de la rate dans la lymphogranulomatose maligne, formes à prédominance splénomégalique. — M. PROFICHET. Identification des os en médecine légale.

Jury : MM. Faure, président; Lejars, Lenormant, Moulonguet. — M. BARON. De la conservation ovarienne dans les hystérectomies et ses résultats. — M. GOUTALLIEN. Etude des métrorragies après la ménopause sous la dépendance des lésions annexielles. — M. QUELMAR. La maladie de Zohn.

Mercredi 10 juin. — Jury : MM. Bernard, président; Gosset, Lœper, Binet. — M. DELAVELLE. Sur un cas de cylindrome de l'épiglotte. — M. LOGEAT. La rate, organe réservoir. — Mlle DE LARNAGE. L'antivirusthérapie en gynécologie. — M. BARRAULT, De l'action du cidre chez les lithiasiques urinaires. — M. WAL. Etude de l'insuffisance pulmonaire au cours du rétrécissement mitral.

Jeudi 11 juin. — Jury : MM. Carnot, président ; Rathery, Harvier, Lian. — M. LÉVÈQUE. Traitement des anémies de la tuberculose par une opothérapie pluriglandulaire. — M. BROSSE. Le syndrome périphérique de l'insuffisance aortique. — M. TRUMEL. Etude de la tuberculose du pancréas.

(Thèse vétérinaire.) Jury : MM. Duval, Lesbouyries, Nicolas. — M. BARRI. Emploi de l'ésérine dans le traitement de l'obstruction œsophagienne chez les bovins.

Samedi 13 juin. — Jury: MM. Achard, président; Bezançon, Guillain, Verne. — MM. AUGENSTREICH. Des effets thérapeutiques de la pilocarpine dans l'hypertension artérielle et dans l'encéphalite parkinsonienne. — M. GÉRARD. Etude de la grippe cardiaque. — Mlle DE PERETTI DELLA ROCCA. De la syncope au cours des hémorragies et des anesthésies. — M. RIVOIRE. Le syndrome des cardiaques chez les gazés de guerre. — M. LANDRY. Diagnostic des tuberculoses pulmonaires lorsque la bacilloscopie des expectorations reste négative. — DEMAHIS : Sur un type clinique d'affection congénitale caractérisée par une double paralysie faciale, et du moteur oculaire externe.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Technique générale des opérations sur les voies biliaires, par M. le professeur H. Hartmann.
L'aurothérapie locale, par M. G. Roulin.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
Société de médecine d'Alger.
NOTES POUR L'INTERNAT
Tabes. Signes et diagnostic (fin).
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 2 juin. — MM. Pichon, Azerad, Ravina, Chevalley et Schulmann, 20.

Sont proposés à la nomination de M. le directeur général de l'administration pour occuper les trois places mises au concours :

MM. Schulmann, Pichon et Ravina, 40 points.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — — Le Conseil de la Faculté a décidé de présenter au choix du ministre pour la chaire d'histoire de la médecinc : en première ligne, par 26 suffrages : M. Laignel-Lavastine; en seconde ligne, par 18 suffrages, M. Harvier.

— *Concours du prosectorat.* — *Epreuve orale d'anatomie.* — Séance du 8 juin. — MM. Gosset, 19; Sicard, 18; Dessaint, 17; Funck-Brentano, 16; Cordier, 15; Lecœur, 14.

— *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — Le lundi 6 juillet 1931, à 8 h. 1/2 : Clinicat des maladies infectieuses : titulaire, sans traitement, 1; adjoint, 1; Clinicat médical infantile : titulaire, sans traitement, 1; Clinicat d'hygiène et clinique de la première enfance : titulaire, sans traitement, 1.

Le jeudi 9 juillet 1931, à 9 h. : Clinicat ophtalmologique : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 1; adjoint, 1.

Le vendredi 10 juillet 1931, à 9 h. : Clinicat médical : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 5; Clinicat médical propédeutique : titulaire, sans traitement, 1; Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : titulaire, sans traitement, 1; Clinicat des maladies mentales : titulaires, avec traitement, 1; sans traitement, 2; Clinicat des maladies nerveuses ; titulaires, sans traitement, 2; Clinicat chirurgical ; titulaires, avec traitement, 2; sans traitement, 3; Clinicat thérapeutique chirurgical : titulaire, sans traitement, 1; Clinicat urologique : titulaire, sans traitement, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 h., jusqu'au samedi 27 juin inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

— NANCY. — La chaire d'histoire naturelle de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est tranformée en chaire de bactériologie.

M. Lavergne, agrégé prés la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de bactériologie à ladite Faculté.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officier d'Académie. — MM. les docteurs Moquet (d'Arnay-le-Duc) et Morin [Herbland-Pierre] (de Paris).

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le poste de médecin chef de service à l'asile Sainte-Marie-de-Privas, asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés, est vacant par suite du décès de M. le docteur Dupin.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La prochaine session ordinaire du Conseil supérieur de l'Assistance publique s'ouvrira dans la matinée du vendredi 3 juillet 1931.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. Adolphe Lepape, sous-directeur du laboratoire de chimie-physique à l'Institut d'hydrologie et de climatologie, rattaché au Collège de France, est nommé auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France (catégorie des chimistes, physiciens et pharmaciens), en remplacement de M. Kohn-Abrest, nommé membre titulaire.

COMMISSION DES SÉRUMS ET VACCINS. — Le titre de membre honoraire de la Commission des sérums et vaccins a été conféré à M. le docteur Arnold Netter, démissionnaire.

VISITEUSES D'HYGIÈNE SOCIALE. — Le *Journal officiel* du 5 juin publie le programme d'études pour les sages-femmes désireuses d'obtenir les diplômes d'Etat de visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance.

INSTITUT PROPHYLACTIQUE. — Une série de Conférences sur la Pratique des séroflocułations dans la syphilis et la tuberculose et la technique des micro-dosages chimiques avec exercices individuels aux laboratoires et applications de la méthode syphilimétrique au dispensaire, sera faite du jeudi 25 juin au mercredi 8 juillet inclus, sous la direction du docteur Arthur Vernes, avec la collaboration des docteurs P. Uffoltz, Machtou, R. Bricq, H. Chauchard, Gustave Martin, Lhuerre, Marcel Léger.

Tous les jours de 9 à 12 h. et de 14 à 18 h.

Ces conférences et exercices s'adressent aux médecins, aux pharmaciens, aux sérologistes en général, aux étudiants en fin d'études.

Aucun droit d'inscription n'est requis. Le nombre des auditeurs sera limité à 20. Adresser les demandes au docteur Marcel Léger, Institut Prophylactique, 36, rue d'Assas, Paris (VIe), qui enverra le programme détaillé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. le professeur E. Bodin (de Nantes); les docteurs Henri Cury, médecin sanitaire maritime (du Havre); Ferdinand Lespine (de Nice), Méritan (de Marseille).

DÉMONSTRATIONS CLINIQUES DE RADIOLOGIE GASTRO-DUODÉNALE. — Du 21 au 29 juin 1931, le docteur F. Ramond, avec le concours des docteurs Ch. Jacquelin, Chêne et Vannier, fera une série de démonstrations radiologiques sur les maladies de l'estomac et du duodénum.

Chaque séance comprendra une conférence théorique suivie d'une démonstration pratique sur le même sujet avec étude radiologique de nombreux malades.

Conférences à 9 h., gratuites.

Démonstrations radiologiques (droit : 300 fr.) tous les matins, à 10 h. 30.

S'inscrire hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, auprès de la surveillante du service.

Un certificat de participation au cours sera délivré aux auditeurs.

HÔPITAL MARITIME DE BERCK-PLAGE. — DOUZE LEÇONS SUR LES TUBERCULOSES OSTÉO-ARTICULAIRES ET GANGLIONNAIRES ET QUELQUES AFFECTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR, par MM. les docteurs Etienne Sorrel, ancien chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck-Plage; André Richard, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck-Plage, chirurgiens des hôpitaux de Paris; avec la collaboration de MM. les docteurs Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime; M. et G. Mozer, chefs de laboratoire de l'Hôpital maritime; Parin, chef de radiologie de l'Hôpital maritime; G. Huc, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Paris, assistant d'orthopédie de l'hôpital des Enfants-Malades, du 3 au 14 août 1931.

Les cours auront lieu à l'Hôpital maritime, l'après-midi, à 2 h. Les matinées seront consacrées aux opérations (opérations de grande chirurgie, ponctions). Confection d'appareils plâtrés, démonstration de laboratoire.

La première réunion aura lieu le lundi matin 3 août, à 9 h., et sera suivie d'une visite des différents services de l'Hôpital maritime.

Droits d'inscription : 300 fr. (Les internes des hôpitaux de Paris en sont dispensés.)

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, à l'Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Professeur : M. J.-L. FAURE.) — *Gynécologie. Cours de perfectionnement.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques; M. Grinda et M. Claude Béclère, chefs de clinique, feront ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 22 juin au 4 juillet 1931.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers, ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin, de 10 à 12 h., visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mickulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol; l'après-midi, de 5 à 7 h., cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

Une démonstration cinématographique aura lieu le 4 juillet 1931, à 18 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

VOYAGE MÉDICAL AUX VILLES D'EAUX TCHÉCOSLOVAQUES. — Il y aura cette année deux départs, dont le premier aura lieu le 19 juillet et le second le 23 août.

Les voyages se feront en autocar au départ de Strasbourg et on visitera en cours de route : Baden-Baden, Nuremberg, Francensbad, Marienbad, Carlsbad, Prague, Vienne, Budapest, Les Alpes Autrichiennes et Munich.

Nombre de places strictement limité. Demander programme et renseignements à l'Agence « Mon Voyage », 9, rue de la Michodière. Téléphone, Louv. 08-90.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

LA RENAISSANCE SANITAIRE vient d'ouvrir un 2e pavillon de 250 lits à son sanatorium de Villiers, par Charly (Aisne). On demande deux médecins phtisiologues ayant déjà la pratique du sanatorium.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

LIVRES NOUVEAUX

Éléments de Sémiologie médicale (1), par le docteur F. Robert.

Ce livre vient combler une lacune parmi les ouvrages élémentaires de médecine. Il s'adresse spécialement aux étudiants qui commencent à s'initier à la clinique hospitalière.

L'auteur y décrit minutieusement la meilleure façon d'aborder un malade, la manière de l'interroger, la méthode selon laquelle on doit l'examiner pour n'omettre aucun symptôme utile au diagnostic, etc.

La technique d'exploration des divers organes y est présentée avec tous les détails nécessaires à des débutants. En ce qui concerne l'étude fonctionnelle des viscères, l'auteur n'a retenu que les moyens d'analyse qui peuvent être mis en œuvre au lit du malade, en dehors de tout laboratoire.

La sémiologie de certains organes tels que le foie, le pancréas, la rate, etc., est précédée d'un rappel succinct de l'anatomie et de la physiologie de ces organes. L'auteur a tenu compte des progrès considérables accomplis, dans ces dernières années, par la pathologie nerveuse; il a décrit, un peu plus longuement, l'anatomie et la physiologie du système nerveux. De nombreux schémas, en noir et en couleurs, facilitent la compréhension du texte. Les nouveaux syndromes nerveux sont exposés très clairement, sans aucun souci de compilation.

Ces *Eléments de Sémiologie*, conçus selon un plan nouveau, sont destinés à être le *vade-mecum* des étudiants à l'hôpital; mais ils seront également utiles aux médecins qui désireront se remémorer quelques notions de sémiologie un peu oubliées.

L. G.

(1) Un volume in-8 de 732 pages, avec 61 figures dans le texte et 24 planches en couleurs hors texte. — Prix : 90 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le pH et sa mesure (1), par M. Huybrechts.

Parmi toutes les études qui ont paru jusqu'ici sur la question du pH, la plupart supposaient que le lecteur était pourvu d'une culture mathématique et physico-chimique déjà assez complète. L'exposé de la notion du pH se trouvait ainsi dans l'esprit de l'auteur à la fois abrégé et allégé.

L'importance croissante de la notion du pH en biologie et médecine rend nécessaire que ce chapitre de nos connaissances soit exposé à un public dont la culture générale est étendue, mais dont l'instruction mathématique, en particulier, n'atteint pas un niveau qui lui permette d'aborder sans préparation ni revision de notions oubliées, l'étude du pH.

L'auteur réserve donc une large partie de son exposé à l'exposé préliminaire des lois de physique et de chimie sur lesquelles se base la connaissance du pH : études des solutions, des lois de l'osmose, de l'électrolyse, des piles et des électrodes, des mesures électriques et des titrages chimiques ayant trait aux solutions dissociées.

L'exposé du pH, de sa mesure, de ses méthodes de mesure avec les détails techniques se trouve ainsi préparé et éclairci. Quelques pages du livre seulement ont pour objet les techniques de laboratoire, mais il n'est pour ainsi dire aucune question soulevée, ni aucun problème dont on ne trouve dans les chapitres qui ont précédé la solution sans qu'aucune recherche dans un autre traité soit rendue nécessaire.

En sorte qu'il ne manque que de rafraîchir des notions d'algèbre et de physique mathématique parfois un peu lointaines pour le médecin. Un important appendice répond à ce besoin dans toutes les conditions désirables de concision et de clarté.

En somme un précis à la fois complet et maniable d'une question d'importance croissante pour le médecin.

R. L.

(1) [Bibliothèque scientifique belge. Section biologique.] — Paris, 1930, Masson et Cie.

TECHNIQUE GÉNÉRALE DES OPÉRATIONS

SUR LES

VOIES BILIAIRES

Par le Professeur Henri HARTMANN,
Membre de l'Académie de médecine.

Depuis les premières opérations de calculs biliaires, faites dans des cas de vésicules adhérentes à la paroi par J.-L. Petit dès le XVIIe siècle, la chirurgie des voies biliaires a pris une extension considérable. Cette extension n'a pu néanmoins se faire qu'après l'ère antiseptique.

En 1878, Marion Sims et Keen font la cholécystotomie; quelques années plus tard, en 1882, Langenbuch la cholécystectomie et, en 1884, Kümmel la cholédochotomie.

A partir de ce moment la technique opératoire se perfectionne rapidement, si bien que les interventions se multiplient.

Pour avoir de réels succès il faut :

1° *Eviter l'infection du péritoine*, de manière à avoir des *guérisons opératoires;*

2° *Faire une opération complète*, de manière à avoir des *succès thérapeutiques*. Un grand nombre d'insuccès sont dus à ce que le chirurgien n'a pas enlevé la totalité des concrétions calculeuses.

On y arrive si l'on opère dans un champ opératoire bien limité et si, en même temps, on met à découvert l'ensemble des voies biliaires, de manière à pouvoir les explorer dans leur totalité.

Les voies biliaires se trouvent heureusement dans les conditions les plus favorables pour que les infections opératoires, dont elles peuvent être le point de départ au cours de l'intervention, soient sinon évitées, tout au moins localisées, et n'entraînent pas d'accidents immédiats.

Situées au-dessous du foie, au-dessus du côlon transverse qui, continué par son méso, constitue une barrière à la propagation des processus infectieux, elles se trouvent dans un espace isolé du reste de la cavité péritonéale. C'est dans cet espace normalement virtuel que le chirurgien doit rester; il doit l'ouvrir comme on ouvre les feuillets d'un livre et ne pas en sortir. Travaillant ainsi dans un espace anatomiquement circonscrit il est à l'abri des péritonites diffuses qui, au début de la chirurgie biliaire, alors que l'on allait droit à la lésion souvent à travers le mésocôlon, avaient assombri les statistiques. Dans des cas où l'épiploon et le côlon transverse sont intimement soudés au bord antérieur du foie, où l'on sent à travers le mésocôlon une tuméfaction, il est évidemment tentant d'aller directement à elle, au lieu de commencer par un décollement long et pénible. C'est cependant en pratiquant ce décollement, en séparant le côlon du foie, en abaissant l'intestin, *qu'on restera dans l'espace immédiatement sous-hépatique* bien isolé du reste de la grande séreuse péri-intestinale et qu'on opérera en pleine sécurité. On aura ainsi rempli la première des indications opératoires que nous avons posées. Reste la deuxième, faire une opération complète; pour y arriver il faut voir et explorer toute l'étendue des voies biliaires sous-hépatiques. Ce peut être difficile dans de nombreux cas, surtout chez les individus gras, lorsqu'on opère sur un malade couché à plat sur la table d'opération.

Pour avoir une vue complète de l'ensemble des voies biliaires extrahépatiques, il suffit de suivre le conseil donné par Wheelock Elliot (de Boston), *placer le tronc du patient en hyperextension.*

Si quelques chirurgiens n'ont pas trouvé dans cette position les avantages qu'elle peut donner, c'est qu'ils ont placé le coussin destiné à l'obtenir au niveau de l'ensellure lombaire, point où l'on a une tendance naturelle à le placer. Bien loin de rendre plus abordable l'espace sous-hépatique, le soulèvement de la région lombaire le rend plus profond. Le coussin doit être placé sous la partie inférieure de la région dorsale, les intestins tombent alors vers le pelvis, la paroi postérieure de l'abdomen projetée en avant amène le cholédoque au voisinage de l'incision abdominale. L'exploration, qui semblait difficile sur le malade couché à plat, devient des plus simples.

Lorsque le foie est souple, non adhérent, il est même possible de l'extérioriser; il suffit de l'attirer un peu en bas, puis de le renverser sur la lèvre supérieure de la plaie, on redresse ainsi les voies biliaires, on supprime l'angle que fait le canal cystique avec la voie commune; le hile arrive presque à fleur de peau, à tel point que, chez les individus maigres, il serait possible de suturer le cholédoque à l'incision abdominale.

Il est bien évident que pour arriver à un pareil résultat il faut faire une incision presque parallèle au bord du foie. Cette incision oblique en haut et en dedans, en général à un travers de doigt du rebord costal, plus bas si le foie est très volumineux, sera prolongée si c'est nécessaire à ses deux extrémités, en la recourbant en haut sur la ligne médiane et en bas au niveau de son extrémité externe.

Si le chirurgien, contrairement à la pratique ordinairement suivie, *se place*, non pas à droite, mais *à gauche du malade* comme nous le faisons, la face inférieure du foie avec l'ensemble des voies biliaires se trouve directement en face de ses yeux, ce qui facilite beaucoup l'opération. Se placer à gauche pour avoir en face de soi la concavité droite du diaphragme, à droite pour avoir la concavité gauche, est chose tellement évidente que je ne puis comprendre que tous les chirurgiens n'aient pas cessé de se placer à droite du malade lorsqu'ils ont à faire une opération sur la face inférieure du foie.

Soins préopératoires. — Les soins préopératoires ne présentent, en général, rien de particulier. Nous avons l'habitude de faire donner, l'avant-veille et la veille de l'opération, un petit laxatif, sans soumettre cependant le malade à la diète, mais en continuant à l'alimenter, particulièrement avec du lait, des féculents, des légumes et des fruits; nous diminuons simplement la quantité de viande prise habituellement. Seuls les ictériques nécessitent quelques soins particuliers. Il est bon lorsque l'ictère a eu une longue durée, qu'il y a tendance aux hémorra-

gies, de mesurer le temps que demande le sang pour se coaguler; quand la coagulation se fait en moins de dix minutes on n'a rien à craindre, si au contraire le temps de coagulation est beaucoup plus long, nous faisons une petite transfusion de 150 à 200 centimètres cubes. Nous n'avons pas l'expérience de l'injection intraveineuse de la solution de chlorure de calcium au 2/10 que l'on emploie couramment à la Clinique des Mayo. Dans tous les cas il est bon de faire des applications chaudes sur la région hépatique pour décongestionner le foie et de faire du goutte à goutte rectal avec du sérum glucosé.

Opération. — On a beaucoup discuté la question de l'anesthésique à employer chez les hépatiques. Gosset, Quénu, en particulier, rejettent d'une manière absolue le chloroforme. L'anesthésie chloroformique pourrait, suivant eux, entraîner le développement d'une cholémie hémorragique, déterminer une aggravation de l'ictère, des vomissements, du malaise, de l'agitation ou de la dépression et entraîner la mort par insuffisance hépatique.

Je n'ai pas été frappé de la fréquence des accidents post-chloroformiques chez les hépatiques. J'ai employé le chloroforme des centaines de fois et m'en suis toujours bien trouvé. Pendant une courte période de temps, impressionné par ce que j'entendais dire et par ce que je lisais sur la nocivité du chloroforme, j'ai employé l'éther. J'ai vu alors les opérations chez les lithiasiques biliaires, souvent gras et emphysémateux, être suivies, chez un grand nombre de malades, de bronchites et d'accidents pulmonaires quelquefois sérieux, si bien que je suis revenu au chloroforme. Kehr, dont tout le monde connaît la grande expérience en matière de chirurgie biliaire, a suivi la même évolution que moi et est revenu au chloroforme, il est vrai mêlé d'oxygène.

L'éther est, du reste, loin d'être inoffensif pour le foie, contrairement à ce que croient quelques chirurgiens. Chevrier, qui a spécialement étudié cette question, l'a établi. L'important est de bien surveiller l'anesthésie, de ne pas donner de trop grandes quantités de chloroforme et de s'abstenir, autant que possible, d'opiacés, de morphine après l'opération.

Le ventre ouvert, dans les cholécystistes aiguës infectieuses, nous réduisons l'opération au minimum et pratiquons, en décollant le moins possible les adhérences, une *cholécystotomie*. Vidant la vésicule par une ponction aspiratrice, nous la fixons à la paroi par quelques points non perforants, puis l'incisons, enlevant les calculs s'ils se présentent, mais nous ne nous attardons pas à les chercher et nous contentons de placer un gros drain dans la vésicule. En pareil cas, il s'agit de donner issue aux matières septiques contenues dans la vésicule ; il sera toujours temps de réintervenir secondairement pour obtenir une guérison complète si c'est nécessaire. Souvent, du reste, nous avons vu, dans les jours qui suivent l'opération, des calculs se présenter dans la plaie au moment où nous retirions le drain pour le laver.

Dans les autres cas, nous faisons la cholécystectomie, mettant à découvert tout l'ensemble des voies biliaires extrahépatiques, de manière à pouvoir en faire l'exploration complète.

En l'absence d'adhérences, il suffit de récliner la lèvre inférieure avec un écarteur et de limiter le champ opératoire avec des compresses stérilisées, prenant en particulier soin de tamponner la région correspondant à l'angle inféro-externe de l'incision pour barrer l'espace qui s'étend de la région sous-hépatique à la partie externe du côlon ascendant.

Lorsqu'il existe, ce qui est habituel, des adhérences, il faut les libérer. Cette libération doit être faite avec précaution, veillant à ne pas léser le canal digestif, la lésion de celui-ci entraînant la contamination du champ opératoire et nécessitant une suture qui prolonge l'intervention. Il faut de même décoller méthodiquement le grand épiploon pour ne pas le déchirer et s'exposer à causer une hémorragie profuse ou la production d'un hématome. C'est dire que, dans ces manœuvres de décollement, on doit toujours rester au contact du foie et de l'appareil biliaire. A mesure que l'on avance dans le décollement, on abaisse le côlon en bas, puis le duodénum en bas et à gauche vers la ligne médiane.

En général, quand les adhérences sont récentes, le doigt coiffé de gaze suffit pour les décoller ; lorsqu'elles sont anciennes, il peut être nécessaire de recourir au bistouri ; quand elles sont serrées et dures, il faut penser à la possibilité d'une fistule cholécysto-duodénale ou cholécysto-gastrique, et n'avancer qu'avec de grandes précautions, repérant la perforation s'il en existe une et la suturant immédiatement.

Dans un certain nombre de cas, l'ensemble des voies biliaires est complètement enfoui dans des adhérences, le côlon est fusionné avec le foie. On pourrait, à première vue, croire l'intervention impossible, il n'en est rien. Avec de la patience et de la méthode, on arrive toujours à découvrir l'arbre biliaire. Il suffit de chercher sur le bord du foie l'encoche qui répond normalement au point où se trouve dans la profondeur la vésicule rétractée. Avançant progressivement, lentement, à partir de cette encoche, restant toujours, pendant les manœuvres de décollement, au contact de la face inférieure du foie, on arrive fatalement au fond de la vésicule, même lorsqu'elle est réduite à un cordon fibreux. A partir de ce moment, on tient le bout du fil d'Ariane qu'il n'y a qu'à suivre pour arriver au cystique, puis au cholédoque. C'est à ce moment que l'aide extériorisera le foie lorsque c'est possible. Lorsque c'est impossible, on facilite les manœuvres en relevant le foie à l'aide d'un écarteur ou en exerçant une traction sur le fond de la vésicule saisie avec une pince. Comme, dans ces cas, la vésicule a presque toujours subi une transformation fibreuse, elle est très résistante et supporte bien les tractions. Il est nécessaire de toujours explorer la voie principale, des calculs pouvant se trouver dans le cholédoque, même en l'absence d'ictère.

La cholécystectomie peut alors être pratiquée, soit du fond vers le col, soit par voie rétrograde.

Dans le premier cas, il est bon de placer, dès le début, une pince de Kocher sur le cystique pour éviter, au cours des manœuvres opératoires, la des-

cente de pus ou de graviers dans le cholédoque. Le péritoine étant sectionné en fer à cheval, au point où il se réfléchit de la vésicule sur le foie, de manière à conserver deux petits lambeaux de séreuse, on décolle progressivement la vésicule de son lit hépatique. C'est généralement facile ; toutefois, il y a des cas, heureusement rares, où la vésicule adhère intimement au foie, recevant même parfois de celui-ci de petits vaisseaux, exceptionnellement des canaux biliaires aberrants.

Lorsqu'elle est complètement libérée, on peut l'attirer en bas et en dehors ; elle ne tient plus que par le canal cystique et ses deux artères, l'une située entre le foie et la vésicule, l'autre sur le côté interne du cystique. Avec une sonde cannelée et une aiguille mousse, on charge ce pédicule vasculaire, on le lie et on le sectionne. Il ne reste plus alors qu'à lier et à couper le cystique. Cette ligature et cette section doivent être faites à ras du canal cholédoque, s'assurant qu'on n'attire pas angulairement celui-ci et ne liant le cystique qu'après l'avoir préalablement bien isolé. Avec le thermo, on cautérise le moignon du cystique.

Dans la cholécystectomie rétrograde, on commence par bien préciser le point de jonction du cystique et de la voie commune. C'est seulement quand on a bien reconnu les trois branches du trépied qu'on incise circulairement le péritoine autour du cystique et qu'on lie celui-ci, faute de quoi on s'expose à léser le cholédoque. Après avoir lié le cystique, placé une pince sur son bout vésiculaire, de manière à éviter tout écoulement dans la suite de l'opération, on le sectionne. Le pédicule vasculaire est ensuite de même lié et sectionné.

Rien n'est plus simple alors que de sectionner le péritoine sur les côtés de la vésicule, la décollant de son lit hépatique, sectionnant à mesure qu'on avance le péritoine à droite et à gauche de la vésicule. L'adhérence du péritoine étant moindre au niveau du cystique qu'au niveau du fond de la vésicule, les manœuvres de décollement sont plus faciles que dans le premier procédé.

Dans les deux cas, la vésicule enlevée, nous péritonisons le lit hépatique et plaçons un gros drain à son niveau, refermant le reste de la plaie sans y mettre le moindre tamponnement, contrairement à la pratique généralement suivie, en particulier par les chirurgiens allemands.

Lorsqu'une *cholédochotomie* paraît indiquée, avant de la pratiquer, il faut faire avec soin la palpation extérieure de la voie biliaire principale, palpant en même temps la tête du pancréas. On sentira ainsi souvent des calculs, on pourra les faire remonter dans la voie biliaire principale jusqu'au-dessus du bord supérieur du duodénum que l'on a au préalable abaissé. Rien ne sera plus simple alors que d'inciser la voie biliaire sur le calcul. Lorsqu'on ne sent pas de calcul au-dessus du duodénum, il faut avant toute ouverture du canal bien repérer le cholédoque. Situé à la partie antérieure du hile, en avant de la partie droite de la veine porte, d'une blancheur relative, dilaté dans les cas de lithiase, recouvert de fines arborisations vasculaires, il ne peut guère être confondu avec la veine porte. En cas de doute, il suffira de suivre le cystique jusqu'à son confluent avec la voie biliaire principale. Après avoir soulevé sa paroi antérieure avec deux petites pinces de Kocher, on l'incise et avec une curette mousse on enlève les calculs, s'aidant au besoin de pressions douces pour les faire remonter, faisant toutefois attention de ne pas broyer les concrétions, les mauvais résultats éloignés des opérations sur le cholédoque tenant presque toujours à l'abandon dans le canal de débris calculeux. Immédiatement après l'ablation du calcul un flot de bile arrive dans la plaie. Avec la curette, on explore les voies biliaires en haut et en bas ; on s'assure par le passage d'une bougie urétrale que la voie est perméable. Ces diverses explorations ne suffisent toutefois pas pour avoir l'assurance que la totalité des concrétions a été enlevée. Aussi nous faisons une exploration de l'intérieur du canal avec le doigt déganté, ce qui est presque toujours possible par suite de sa dilatation. Souvent le doigt sent une concrétion que l'exploration avec la curette ou avec la bougie n'avait pas décelée.

Lorsqu'il existe de petits calculs multiples ou lorsque les manœuvres d'extraction ont effrité un gros calcul, nous avons l'habitude de faire un lavage du cholédoque avec du sérum physiologique, introduisant jusqu'à son extrémité duodénale une sonde en caoutchouc rouge et poussant le liquide avec une seringue. Il est fréquent de voir ce lavage ramener de petits calculs ou des débris, qui, laissés en place, auraient été le noyau de nouvelles concrétions.

Exceptionnellement dans des cas où nous n'avions pu refouler le calcul jusqu'à l'incision supra-duodénale, nous avons été amené à pratiquer la cholédochotomie rétro-duodénale. Incisant le péritoine contre le bord droit de la portion descendante du duodénum, on décolle celui-ci avec facilité sans rencontrer le moindre vaisseau, car on chemine dans l'espace avasculaire résultant de la coalescence secondaire du duodénum, de manière à exposer sa face postérieure avec la tête du pancréas, on voit le cholédoque placé dans un sillon du pancréas ou recouvert d'une mince couche de tissu pancréatique. Après incision et extraction du calcul, on assure l'hémostase du pancréas incisé par quelques points de suture au catgut.

Exceptionnellement, une fois sur 145 cas, nous avons eu recours à la cholédochotomie transduodénale, ouvrant la deuxième portion du duodénum par une incision verticale que nous avons suturée transverticalement une fois le calcul enlevé.

Dans tous les cas, que l'on ait fait une cholédochotomie supra-duodénale simple, que l'on ait combiné à celle-ci une cholédocotomie rétro ou transduodénale, il y a intérêt à drainer la voie biliaire principale avec un tube en T à l'exemple de Kehr. A côté de ce tube, nous plaçons un gros drain sous-hépatique, mais pas plus que dans les cholécystectomies simples nous ne faisons de tamponnement.

Soins post-opératoires. — Ce sont ceux habituels après les cœliotomies. Toutefois, il y a, après les opérations sur les voies biliaires, quelques indications spéciales à remplir. Comme presque toujours

ces voies biliaires sont infectées, il y a lieu de faire prendre quotidiennement 1g50 d'uroformine. Pendant quelques jours, nous instillons dans le rectum et nous injectons sous la peau du sérum glucosé ou sucré.

Au point de vue du moment où il y a lieu d'enlever le tube en T qui draine l'hépatique, nous ne pouvons donner une date fixe. Nous continuons ce drainage jusqu'à ce que la bile soit devenue claire, se présente comme un liquide doré et transparent.

Nous donnons le moins de morphine possible, Chevrier ayant montré que les accidents post-anesthésiques, d'insuffisance hépatique, surviennent surtout lorsque après chloroforme ou éther, on donne des opiacés. Enfin, les lithiasiques biliaires étant souvent des malades gras, quelquefois emphysémateux, nous faisons asseoir presque immédiatement les opérés et leur faisons faire des exercices respiratoires.

Le malade guéri, nous croyons prudent de le soumettre pendant un certain temps à un régime et même de lui faire faire une cure thermale, à Vichy, par exemple, la lithiase biliaire se compliquant, dans un très grand nombre de cas, de lésions d'hépatite, comme l'a établi, après plusieurs auteurs étrangers, notre élève Caroli.

L'AUROTHÉRAPIE LOCALE

Par M. Georges ROULIN.

Les sels d'or ont été tout d'abord utilisés uniquement par injections dans la circulation générale, soit indirectement par voie intramusculaire, soit, et plus souvent encore, directement par voie intraveineuse. Il n'est pas dans nos intentions de discuter les résultats ainsi obtenus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Mais bientôt on a cherché à étendre les indications de l'aurothérapie à des localisations extrapulmonaires de l'infection tuberculeuse, et, pour certaines d'entre elles, l'injection intraveineuse se montrant peu efficace, on devait être conduit à tenter l'introduction du médicament *in situ* au sein des lésions. Ainsi devait-il en être en cas de pleurésie, de péritonite, de méningite.

Nous avons eu l'occasion de suivre ou de pratiquer nous-mêmes un certain nombre d'essais de ce genre, tant dans le service de phtisiologie de notre maître le docteur Ameuille à l'hospice Debrousse que dans le service de médecine générale de notre maître le docteur Boidin à l'hôpital Tenon. Et c'est ainsi que nous avons été amenés à rechercher dans la littérature médicale les observations publiées d'essais analogues et l'état des connaissances médicales sur ces sujets.

Pour ce qui est de l'injection intrapleurale, elle a fait l'objet d'études assez nombreuses pour que de leur analyse on puisse dès à présent faire ressortir quelques notions générales et c'est ce à quoi nous avons consacré en partie notre thèse (1). Au contraire, les injections intrapéritonéales et intrarachidiennes ont été si exceptionnellement pratiquées qu'il n'est pas encore possible de juger de leur valeur. Il nous paraît cependant intéressant d'exposer nos essais, si peu nombreux soient-ils, pour qu'ils s'additionnent à ceux qui ont été précédemment publiés et qu'ils contribuent ainsi à former une base aux discussions ultérieures.

D'ailleurs, il est plein d'intérêt de rapprocher et de comparer ces diverses tentatives d'aurothérapie locale car l'expérience acquise de l'un de ces modes d'introduction, la voie intrapleurale, projette quelque lumière sur les autres, voie intrapéritonéale et intrarachidienne, aide à pénétrer leur mode d'action et leurs indications, et contribue ainsi à en faire avancer l'étude.

Rôle thérapeutique et mode d'action. — La sanocrysine injectée dans une collection pleurale tuberculeuse se présente douée de quatre rôles principaux : elle ralentit la sécrétion de l'épanchement, elle accélère sa résorption, augmente sa fluidité et diminue sa richesse en bacilles de Koch.

Le *ralentissement de la sécrétion* de l'épanchement est l'action la plus fréquemment observée, qu'il s'agisse de sérosité ou de pus, et c'est aussi la plus précocement manifeste. Dans l'ensemble, en cas d'exsudation séro-fibrineuse ce résultat est presque constant et très rapide, apparaissant déjà très nettement en huit ou quinze jours; en cas d'exsudation purulente il ne s'observe plus que chez les deux tiers des malades et peut se faire attendre un mois.

La *résorption de l'épanchement* est moins fréquente et plus tardive. Sans doute n'est-ce souvent qu'une action indirecte, le médicament tarit la sécrétion et dès lors la séreuse peut résorber peu à peu le liquide contenu dans sa cavité. Quoi qu'il en soit, là encore, on note que le résultat est plus rapide en cas de sérosité où il est obtenu en un laps de temps de quinze jours, trois semaines, alors que dans le cas d'une collection purulente il demande plusieurs mois.

La *fluidification d'un épanchement* n'intéresse, bien entendu, que le cas de collection purulente, surtout lorsqu'il s'agit de pus particulièrement épais; alors cette action est très nette, presque constante, et semble apparaître en moyenne après un traitement d'un mois comportant une dose totale de sels d'or proche de 1 gramme.

Le *rôle bactéricide* est sans doute le plus inconstant. Encore ne semble-t-il pas niable. Dans la moitié des cas environ, on voit les bacilles de Koch se raréfier, puis disparaître de l'épanchement. Aussi, au contraire de certains auteurs, tels que Amat, Sergent, qui dénient à la sanocrysine tout rôle antibacillaire et la font agir comme les substances sclérosantes classiques, elle nous semble pouvoir être considérée comme un agent spécifique relatif.

Tels sont les quatre rôles principaux du thiosulfate, mais en dehors de ces modifications de l'épanchement, le médicament semble avoir un *rôle cicatrisant* incontestable sur les parois de la cavité dans laquelle il est injecté, ainsi que le montre la gué-

(1) G. Roulin, Etudes sur les pleurésies tuberculeuses et leur traitement par les sels d'or, *Th. de Paris*, 1931, A. Legrand, édit.

rison rapide et quasi constante des fistules pleuro-pulmonaires.

Ces divers facteurs d'efficacité thérapeutique observés dans la mise en œuvre de l'aurothérapie intrapleurale, nous apparaissent pour la plupart comme complètement indépendants de la plèvre. La séreuse ne joue un rôle actif que dans la résorption d'un exsudat qu'elle contient et cet élément interviendra en cas d'inflammation péritonéale comme il le fait en cas d'atteinte pleurale, mais cette résorption n'est qu'un des facteurs de l'amélioration, et un des moins importants; qu'il soit supprimé, les autres persistent, l'arrêt de la sécrétion, sa fluidification, sa diminution de richesse en bacilles de Koch, la cicatrisation des parois, et ils doivent se retrouver dans toute aurothérapie locale aussi bien en cas d'abcès froid à point de départ ganglionnaire ou osseux qu'en cas de pleurésie.

D'ailleurs ces diverses actions s'expliquent facilement par l'étude de la constitution chimique des sels d'or. En effet, les divers produits les plus fréquemment employés, qu'il s'agisse d'hyposulfite double d'or et de sodium préparé sous les noms de sanocrysine, crisalbine, thiochrysine, ou qu'il s'agisse de l'auro-thiopropanol sulfonate de sodium préparé sous le nom d'allochrysine, possèdent un atome de soufre non oxydé, donc actif. Or le soufre, agent thérapeutique utilisé de très longue date en particulier en dermatologie, était connu pour ses propriétés cicatrisantes et sécrétoires. Il produit parfois, au début, une augmentation des sécrétions qui s'accompagne de leur fluidification, action qui est bien nette en particulier au début d'une cure thermale dans le traitement des rhinopharyngites, mais très rapidement il détermine un arrêt des sécrétions, ce qui en fait le médicament type de la séborrhée et de l'acné. Comme réducteur, il diminue l'inflammation; comme kératoplastique, il accélère la cicatrisation des plaies, propriété qui avait valu à Eaux-Bonnes et Barèges le nom d'« eaux d'Arquebusades »; enfin, comme antiseptique, il lutte contre l'infection, surtout banale à colibacille, à staphylocoque doré (Simon et Ameuille) mais aussi à bacilles de Koch, puisque Villemin dans sa thèse en 1888 montrait que ces bacilles de Koch étaient tués au contact du polysulfure de sodium.

Le soufre contenu dans les sels d'or semblerait donc à lui seul pouvoir expliquer l'efficacité thérapeutique, mais l'or associé n'est pas inactif; au moins faut-il lui accorder le rôle d'un agent catalyseur, propriété commune de tous les métaux lourds; et ainsi, il prépare et favorise grandement l'action du soufre.

Ces propriétés non seulement expliquent les résultats obtenus, mais encore et par là même, légitiment la pratique d'une expérimentation sur une plus grande échelle. Ainsi on sera conduit à pratiquer des injections de sels d'or, non seulement dans les collections pleurales, mais encore dans les collections péritonéales, articulaires, ou autres.

Réactions et complications. — Mais il apparaît d'importance capitale, avant de préconiser un remède comme avant de fixer ses doses, de connaître les réactions qu'il peut déterminer. Les accidents produits par l'injection intraveineuse de sels d'or sont bien connus, par contre ceux que provoque l'aurothérapie locale le sont beaucoup moins. Les premiers expérimentateurs ont pu penser que cette voie d'introduction serait dénuée de tout danger. Il n'en est rien. Nous avons réuni dans notre thèse des accidents variés consécutifs à l'injection intrapleurale. On peut les distinguer en deux grands groupes, les réactions locales, et les réactions générales.

Les réactions locales consistent en douleurs ressenties à la base du thorax et surtout en une exsudation pleurale légère qui, en règle, n'est appréciable que radiologiquement lorsque la plèvre avait été précédemment évacuée; alors on voit le cul-de-sac se remplir dès le lendemain.

Parmi les réactions générales, les manifestations fébriles sont les plus intéressantes, par leur fréquence et par leur netteté clinique.

Ces deux groupes de réactions et particulièrement ces dernières qui sont de beaucoup les plus fréquentes, ont un intérêt majeur, c'est qu'elles vont guider la posologie. L'expérience de l'aurothérapie intrapleurale a montré que leur apparition est en rapport assez étroit avec la nature et l'importance du contenu pleural ainsi qu'avec la dose injectée. Elles sont plus fréquentes lorsque la plèvre a été évacuée ou ne contient qu'une lame peu abondante d'exsudation séreuse, elles sont plus rares en cas d'épanchement purulent abondant; enfin les doses fortes y prédisposent. Ces facteurs associés conduisent à fixer des doses plus faibles ne dépassant pas 0,20 centigrammes en cas d'épanchement séro-fibrineux, la dose moyenne étant de 0,10-0,15, alors qu'en cas d'épanchement purulent, la dose maxima peut être élevée à 0,50 et que le chiffre de 0,30 peut être considéré comme moyen.

Une expérience plus étendue pourra montrer si, toutes choses égales d'ailleurs, la séreuse péritonéale est plus sensible que la plèvre, mais la nature séro-fibrineuse de l'ascite tuberculeuse nous fait déjà orienter les doses autour de 0,10 pour 2 litres d'épanchement (0,30 pour une ascite de 6 litres) comme dose moyenne hebdomadaire, et le même raisonnement fixerait le chiffre moyen de l'injection intrarachidienne à 0,01 pour les 150 centimètres cubes du liquide céphalo-rachidien.

Quant aux complications proprement dites de ce traitement, ce sont celles de l'aurothérapie intraveineuse; troubles digestifs, ictère, purpura hémorragique, éruption cutanée, s'y retrouvent avec les mêmes caractères. Là intervient l'absorption médicamenteuse par les parois de la collection où se fait l'injection. On sait que d'une manière générale les séreuses, plèvre, péritoine en particulier, sont perméables aux agents médicamenteux, mais on connaît mal le retentissement que peuvent avoir les lésions en cours sur ces facultés d'absorption. Il est vraisemblable que plus est altérée la paroi, moins elle est perméable et, par suite, plus les doses peuvent être élevées, fait qui concorde d'ailleurs avec ce que nous venons de voir sur la plus grande tolérance des doses fortes en cas de collections purulentes.

Telles semblent pouvoir être les notions générales qui guideront la mise en œuvre d'un traitement par injections locales de sels d'or. Il faut ajouter que la possibilité d'accidents graves devra rendre prudent dans les indications.

Indications et résultats. — L'aurothérapie intrapleurale. — L'aurothérapie intrapleurale est la seule voie d'introduction locale qui ait été assez pratiquée pour que l'analyse et la synthèse des divers essais publiés nous aient permis de quitter la période des tâtonnements et d'énoncer des règles précises.

1° Les fistules pleuro-pulmonaires. — Son indication majeure, formelle, est le cas de fistulisation bronchique de collections pleurales tuberculeuses.

En présence d'une telle éventualité, aussitôt le diagnostic posé, il faut pratiquer une ponction évacuatrice et la faire suivre d'une injection intrapleurale de 0,10 de thiosulfate dilués dans 4 à 5 centimètres cubes d'eau distillée comme s'il devait s'agir d'une injection intraveineuse. Ces injections devront être répétées de cinq jours en cinq jours, en élevant progressivement les doses de 5 en 5 centigrammes, pour atteindre une dose maxima de 0,30 à 0,40. Si l'épanchement se reproduit, et tant que les signes de fistule persistent, on fera précéder les injections intrapleurales de nouvelles ponctions évacuatrices. Mais en règle, la guérison est très rapidement obtenue, après dix-quinze jours de ce traitement et le fait est d'autant plus notable que ces fistulisations bronchiques des pleurésies tuberculeuses sont d'ordinaire très graves et presque fatalement mortelles après une évolution traînante de plusieurs mois. Tel est du moins le cas des fistulisations larges. Pour ce qui est des fistulisations étroites, à trajet sinueux, parfois avec clapet, qui donnent d'ailleurs une symptomatologie nettement différente des précédentes sur laquelle nous avons insisté dans notre thèse, si elles peuvent guérir spontanément sous la seule influence des ponctions évacuatrices, du moins cette évolution serait-elle péniblement obtenue, alors que la pratique d'injections intrapleurales de thiosulfate suivant la même technique que précédemment l'accélère considérablement.

En cas de perforation pulmonaire des oléothorax, qu'il s'agisse également de perforation large ou de fissuration, la même technique s'impose avec cette seule modification qu'il faut ici diluer le thiosulfate dans une solution huileuse, par exemple de l'huile cholestérinée, qui est ainsi miscible à l'huile déjà contenue dans la cavité pleurale.

Et cette pratique pourrait être exactement répétée, la ponction évacuatrice en moins, en cas de perforation pulmonaire en plèvre libre, soit au cours du pneumothorax artificiel, soit au cours du pneumothorax spontané à fistule ouverte ou à soupape. Ainsi pourrait-on obtenir la fermeture rapide de la communication pleuro-bronchique.

2° Les collections purulentes a « pus épais ». — La seconde indication de l'aurothérapie intrapleurale est l'existence d'une collection purulente à pus épais imponctionnable comme il en est observé d'assez fréquents exemples.

Dans ces cas, l'injection de thiosulfate in situ, pratiquée chaque semaine à des doses moyennes de 0,20 à 0,40, après avoir éprouvé la susceptibilité pleurale par des injections progressives partant de 0,05, produit après un laps de temps variant de quinze jours à six semaines, une fluidification très nette de l'exsudat permettant son évacuation même avec de fins trocarts. Ce résultat est d'importance puisque ainsi sont transformés en formes de gravité banale, des épanchements qui étaient impossibles à traiter médicalement, se compliquaient fréquemment de fistules pariétales et imposaient le recours à la chirurgie.

3° Les abcès froids pleuraux du pneumothorax. — Au cours des pleurésies du pneumothorax, l'injection intrapleurale de sels d'or donne encore des résultats notables. Dans l'abcès froid pleural, cet épanchement purulent qui apparaît par transformation secondaire d'un exsudat séro-fibrineux, puis se reproduit et se prolonge pendant de longs mois, l'aurothérapie locale, aux doses moyennes de 0,30 à 0,40 répétées chaque semaine, détermine dans les 2/3 des cas une amélioration notable consistant surtout en un ralentissement très marqué de la sécrétion purulente. Tel épanchement qui nécessitait des ponctions évacuatrices de 1 litre tous les quinze jours, ne donnera plus que 500 centimètres cubes tous les deux mois, et ce fait, associé à la fluidification marquée du pus, à la raréfaction des bacilles de Koch, permettant des ponctions plus rares avec un plus fin trocart et rendant le pus moins richement bacillifère ou même abacillifère, rendra logiquement plus rares les fistules pleuro-cutanées. L'évolution, la durée totale de l'épanchement restent longues, et il faudrait pour apprécier nettement si elle est diminuée et de combien, des expériences plus nombreuses que celles qui ont encore été pratiquées jusqu'à ce jour,

4° Les pleurésies séro-fibrineuses du pneumothorax. — Ces résultats quoique très appréciables ne sont donc pas parfaits et il faudrait, semble-t-il, pratiquer ce traitement, en présence de toute pleurésie séro-fibrineuse du pneumothorax qui persiste et se reproduit, sans attendre sa transformation purulente et les considérables lésions pleurales qu'elle suppose. Ainsi pourrait-on espérer rendre beaucoup plus rares ces redoutables complications.

5° Les pyothorax malins. — A côté de la pleurésie séro-fibrineuse et de l'abcès froid pleural, le pneumothorax peut se compliquer de pyothorax malin, purulent d'emblée et fébrile. Ces formes sont également justiciables de l'aurothérapie intrapleurale suivant la même technique que précédemment et les observations que nous en avons réunies sont très nettement favorables d'autant plus que ce sont des formes très graves lorsque soumises au seul traitement médical banal.

6° Les pleurésies purulentes tuberculeuses spontanées. Les fistules pleuro-pariétales. — Les pleurésies purulentes tuberculeuses spontanées sont également justiciables du même traitement. Nous avons réuni un groupe d'observations dont les résul-

tats sont moins favorables, mais il ne semble pas qu'il faille pousser trop loin la distinction entre les divers cas pour juger de l'efficacité thérapeutique, car on risquerait ainsi d'être trop influencé par une série défavorable. Il faut penser que l'aurothérapie intrapleurale donnera dans cet abcès pleural primitif des résultats comparables à ceux qu'il donne dans les abcès froids pleuraux secondaires au pneumothorax artificiel, la proportion d'ensemble des améliorations notables étant des deux tiers des cas traités.

Par contre, les fistules pleuro-cutanées au cours d'épanchements purulents tuberculeux ne semblent nullement améliorées par l'injection intrapleurale de sanocrysine. Il vaut donc mieux s'en abstenir.

7° La pleurésie a frigore. — Un problème assez délicat à résoudre est celui des indications de ce traitement dans la pleurésie séro-fibrineuse a frigore. On a souvent insisté sur la difficulté qu'il y avait à apprécier une action thérapeutique quelle qu'elle fût au cours de la pleurésie a frigore, puisque aussi bien celle-ci guérit presque toujours spontanément en quinze jours, trois semaines. Cependant il semble bien que l'aurothérapie intrapleurale, même à très faibles doses, accélère ici la résorption de l'exsudat et la guérison concomitante. Il suffit d'une injection de 0,05, 0,10 centigrammes pour déclencher la défervescence, rarement ces doses ont à être répétées deux ou trois fois. Si l'on n'en doit pas changer les règles thérapeutiques communes d'une pleurésie a frigore, l'avantage obtenu devant être mis en balance avec les accidents possibles, par contre, dans ces cas de pleurésies graves où la température persiste élevée à 39-40 degrés au delà des trois semaines classiques, où l'épanchement se reproduit rapidement et nécessite des ponctions, que le poumon semble notablement altéré ou non, l'injection intrapleurale de crisalbine semble très indiquée, étant donné la rapidité du résultat obtenu et la faiblesse des doses nécessaires. Ainsi l'on obtiendra rapidement la défervescence d'une pleurésie qui résistait à la thérapeutique usuelle.

On voit donc par l'énoncé de ces diverses indications et des résultats obtenus dans chaque cas, que l'aurothérapie locale dans les pleurésies constitue un agent thérapeutique très appréciable et digne d'être retenu. Et ces résultats sont nettement supérieurs à ceux que donnerait l'injection intraveineuse,

Mais il est nécessaire de suivre, dans leur ensemble, les principes que nous avons indiqués pour chaque cas; et l'observation de faits où l'efficacité thérapeutique semble nulle ne peut être mise au passif de la méthode si l'on n'a pas eu recours à des doses suffisantes. Ainsi, il nous a été donné d'observer des malades présentant des pleurésies purulentes du pneumothorax et traités par des injections intrapleurales de 5 à 10 centigrammes de crisalbine tous les quinze jours. Ce sont là des doses nettement insuffisantes, espacées d'intervalles trop longs, et on ne peut dès lors s'étonner d'observer une inefficacité complète de tels traitements. Au contraire, cette méthode thérapeutique correctement appliquée donne une moyenne de bons résultats qu'on peut chiffrer à peu près aux 2/3 des cas traités. Elle nous semble donc devoir entrer dans la pratique courante.

L'aurothérapie intrapéritonéale. — Dès lors que l'on pouvait injecter la sanocrysine dans la cavité pleurale, on devait tout naturellement être conduit à tenter l'injection intrapéritonéale. C'est ce que nous avons fait dès le mois de mai 1929 dans les circonstances suivantes :

Enfant âgé de onze ans, en traitement à l'hospice Debrousse depuis le 2 décembre 1927. Il avait présenté alors des signes radiographiques d'une granulie chronique et avait été traité par des injections intraveineuses de sels d'or. Cependant étaient apparues des lésions pulmonaires bilatérales, lentement évolutives, à tendance ulcéreuse, avec expectoration bacillifère (décelée par tubages gastriques). Dans les premiers jours de mai 1929, apparaissent des signes de dissémination pleurale et péritonéale. On décèle un épanchement pleural modéré du côté droit, en même temps qu'une ascite d'abondance moyenne, ascite libre, mobile, avec sa matité en croissant à concavité supérieure sous-ombilicale. Nous pensâmes alors à pratiquer des injections intrapéritonéales de crisalbine, avec l'assentiment de notre maître le docteur Ameuille.

Le 15 mai, nous pratiquons une ponction avec une aiguille fine, sur la ligne spino-ombilicale, en pleine matité. Aspiration de 10 centimètres cubes de liquide d'ascite, suivie d'une injection de 5 centigrammes de crisalbine dilués dans 5 centimètres cubes d'eau. Nous faisons prendre la température toutes les trois heures. Au moment de l'injection, 10 h. 30, on note 36°8; à 13 h. 30, 39°3; à 16 h. 30, 39°7; à 19 h. 30, 38°,6; le lendemain matin, la température était à 37°2. En dehors de cette réaction fébrile, aucune manifestation anormale, pas de douleurs abdominales.

Le liquide d'ascite retiré, à Rivalta fortement positif, contenait 60 grammes d'albumine par litre et était de formule cytologique à prédominance lymphocytaire : 60 p. 100.

Deux jours après cette injection, tous les signes d'épanchement péritonéal avaient disparu. Aussi bien dans la région sus-pubienne l'enfant debout, que dans la région péri-ombilicale l'enfant en position genu-pectorale, il nous fut impossible de déceler aucune matité. Symptôme concomitant, le poids qui était de 22kg550 le 13 mai, n'était plus le 20, que que de 21kg100, et ce chiffre n'a plus continué à baisser ultérieurement. Il semble donc pouvoir représenter le poids du liquide d'ascite résorbé.

Donc une ascite au cours d'une dissémination tuberculeuse chez un enfant de onze ans; une injection de 5 centigrammes de crisalbine intrapéritonéale est suivie de disparition extrêmement rapide, en quarante-huit heures, de tout signe d'épanchement. Cette observation ne fut pas publiée. Mais un autre cas de péritonite tuberculeuse, guérie à la suite d'injections intrapéritonéales de thiosulfate, a été décrit le 28 mai 1930, dans la *Gazette des hôpitaux*, par MM. Villaret, Bernal et Leduc, observation bien différente à de nombreux points de vue, puisqu'elle a trait à une localisation péritonéale isolée ou très prédominante chez un adulte. Le traitement consista en des injections intrapéritonéales de 0,10 de thiosulfate, une fois par semaine au début, puis deux fois, et dut être prolongé pendant trois mois. C'est

au bout de ce laps de temps que l'ascite disparut.

Ces deux observations, d'où se dégage une impression favorable, semblent devoir conduire à de nouveaux essais. Mais il faut dire que les indications en resteront sans doute assez limitées. Chez l'adulte, la péritonite tuberculeuse est souvent, dès le début, fibro-caséeuse, non ascitique, et n'autorise par suite pas les injections intrapéritonéales. Chez l'enfant, si les formes ascitiques sont fréquentes, on sait qu'elles présentent souvent le type clinique de l'ascite essentielle qui guérit rapidement et dans ces cas le recours à l'aurothérapie, qui n'est pas une méthode anodine, est peut-être discutable.

L'aurothérapie intra-rachidienne. — Elle semble également avoir été très rarement pratiquée. Jacquerod, Mollard proposaient ce mode d'introduction en cas de méningite, sans en avoir aucune expérience clinique. A la suite de l'article de Jacquerod, une petite note de Garin, dans la *Presse médicale* du 6 juillet 1927, signalait au contraire qu'il avait essayé cette pratique deux fois aux doses de 5 et de 10 centigrammes, dissous dans 2 centimètres cubes d'eau distillée. Les deux malades étaient morts quarante-huit heures après l'injection, et l'auteur gardait l'impression de les avoir plutôt aggravés. En tout cas, la sédation d'aucun symptôme n'avait été obtenue. Nous-mêmes avons traité ainsi un cas de méningite tuberculeuse chez l'enfant ci-dessus indiqué, qui nous avait présenté une dissémination tuberculeuse et dont la localisation péritonéale avait été guérie par l'injection locale de sels d'or.

Dans les derniers jours de mai, soit quinze jours après l'épisode péritonéal, des céphalées tenaces apparaissent et la ponction lombaire décèle un liquide céphalo-rachidien hypertendu contenant 0,71 d'albumine, 75 éléments à la cellule de Nageotte, dont : lymphocytes : 96 pour 100 ; mononucléaires : 3 p. 100 ; polynucléaires : 1 p. 100, et la recherche des bacilles de Koch est positive dans ce liquide.

Nous avons alors essayé ces injections locales qui nous avaient réussi dans le traitement de la lésion péritonéale. Le 1er juin, injection intrarachidienne de 0,025 de crisalbine dilués dans 5 centimètres cubes d'eau distillée. Pas de manifestations anormales, ni atténuation, ni aggravation nettes.

Le 4 juin, nouvelle ponction lombaire et injection d'une même dose de 0,025. Le liquide céphalo-rachidien retiré à cette ponction était très légèrement sanglant, les signes cliniques permettant d'éliminer l'hypothèse d'une hémorragie locale : teinte uniforme, pas de caillot. L'examen, au laboratoire, a décelé 2gr82 d'albumine, 537 éléments à la cellule de Nageotte, avec formule leucocytaire suivante : lymphocytes : 11 p. 100 ; mononucléaires : 11 p. 100 ; polynucléaires : 78 p. 100. La recherche des bacilles de Koch est restée positive.

Les signes cliniques se sont accentués les jours suivants et l'enfant est mort le 10 juin.



Il semble que l'injection intrarachidienne ait provoqué une réaction méningée et qu'elle ait plutôt également joué un rôle aggravant. L'aurothérapie intrarachidienne ne semble donc pas devoir être encouragée. Au moins faudrait-il pratiquer des doses très faibles, puisque même 0,025 semble avoir été une dose trop forte. Et d'ailleurs, si l'on compare le degré de dilution du médicament dans un liquide pleural et dans un liquide céphalo-rachidien, on est conduit à penser que, à la dose de 10 centigrammes injectés dans 1.500 centimètres cubes de liquide séro-fibrineux pleural, correspondrait logiquement une dose de 0,01 pour les 150 centimètres cubes du liquide céphalo-rachidien. Sur ces bases, de nouveaux essais pourraient être tentés, quoique, à priori, les chances de succès ne soient pas notables. Dans l'ascite, dans la pleurésie, la réaction liquidienne est la manifestation morbide principale ; dans la méningite, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien n'est qu'un fait secondaire, et la cause même de la mort dans la méningite tuberculeuse est beaucoup plus complexe.

L'aurothérapie locale chirurgicale. — Les notions que nous avons sur l'action thérapeutique de la sanocrysine en injections locales, rendent vraisemblable son efficacité dans les abcès froids tuberculeux. Elle mériterait d'être essayée comme injection modificatrice et ses résultats ne seraient sans doute pas inférieurs à ceux des substances habituellement employées dans ce but. La même question se pose de son emploi en injections intra-articulaires. Notons seulement que dans l'observation de la péritonite tuberculeuse publiée par Villaret, Bernal et Leduc, la malade a présenté en cours d'évolution une brusque augmentation de volume du genou droit. L'examen a montré l'existence d'un épanchement séreux lymphocytaire (80 p. 100 de lymphocytes). Une injection d'or intra-articulaire a été pratiquée, et, au bout de quinze jours, le genou redevint normal.

En résumé, l'aurothérapie locale nous semble devoir être préconisée dans les cas d'épanchements tuberculeux de la plèvre et du péritoine où elle joue souvent un rôle curateur, et dans les collections tuberculeuses osseuses, ganglionnaires, articulaires, où, sans remplacer le traitement chirurgical lorsqu'il est possible, elle pourrait se substituer au traitement classique par injections modificatrices L'injection intrarachienne est sans doute la plus discutable.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DÉPLACEMENT DU RAPIDE DE JOUR DE TOUTES CLASSES MARSEILLE-PARIS. — Le train rapide de jour de toutes classes (avec wagon-restaurant) n° 26 est, depuis le 15 mai, avancé d'environ 1 h. 40 de Marseille à Paris. Dans son nouvel horaire ce train est en correspondance à Dijon avec l'express Dijon-Reims-Lille-Tourcoing.

Départ de Marseille Saint-Charles, 6 h. 20; Avignon, 8 h. 02; Lyon-Perrache, 11 h. 35.

Arrivée à Dijon, 14 h. 26; Paris, 18 h. 50; Reims, 19 h. 36; Lille, 23 h. 01; Tourcoing, 23 h. 38.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1931)

La polypeptidémie dans les néphrites avec azotémie, l'urémie toxique et l'anurie. Résultats de six années d'expériences. — MM. A. PUECH, P. CRISTOL et P. MONNIER.

Quelques cas d'ostéomyélite de l'os iliaque. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et BÉTOULIÈRES.

Arthrite à streptocoque chez un nourrisson de dix mois. — M. ETIENNE.

Contribution à l'équilibre hémo-rachidien des bicarbonates. Le chimisme hémo-méningé de la réserve alcaline chez les sujets normaux. — MM. P. CRISTOL et P. MONNIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1931)

Compression du lobe frontal gauche par un kyste traumatique. — MM. DUMOLARD, COSTANTINI, SARROUY et VIALLET. Malade de trente-cinq ans déjà présenté à la Société en février 1931 pour un syndrome de compression du lobe frontal gauche : crises convulsives d'épilepsie généralisée, parésie faciale centrale droite, dysarthrie; myoclonies fasciculaires du menton et des lèvres, liquide céphalo-rachidien normal, tension de ce liquide, le malade couché, 45. Notion d'un traumatisme cranien grave à l'âge de vingt-sept ans. A l'intervention : kyste d'origine traumatique du lobe frontal gauche. Le malade est en voie de complète guérison.

Endocardite végétante chez un jeune indigène. — MM. AUBRY, LOUBEYRE, SALLE et SANTUCCI. En rapportant un cas typique d'endocardite maligne localisée à la mitrale, chez un indigène de dix-sept ans avec évolution mortelle en cinq mois et vérification nécropsique, les auteurs relèvent la rareté des endocardites plastiques d'origine rhumatismale chez l'indigène algérien arabe et la fréquence relative des endocardites malignes.

Abcès du poumon à pneumobacilles de Friedlander. Pneumotomie. Traitement émétinien ultérieur. — MM. AUBRY et COSTANTINI. Abcès du poumon droit à pneumobacille de Friedlander pur chez une femme de soixante-trois ans. Guérison par pneumotomie. A l'occasion d'une reprise avec fièvre deux mois après, l'émétine employée fait disparaître les phénomènes menaçants. L'association amibienne, plus fréquente peut-être qu'on ne le croit, n'explique-t-elle pas certains succès remarquables de l'émétine?

Abcès pulmonaire et ostéite engainante des diaphyses. — MM. DUMOLARD, DERRIEU et CURTILLET. Observation d'un indigène de trente-trois ans atteint d'abcès pulmonaire de la partie moyenne du poumon droit dont la nature précise reste indéterminée. L'intérêt du cas réside surtout dans la coexistence rare avec l'abcès pulmonaire et évoluant parallèlement à ce dernier du syndrome décrit sous le nom d'ostéite engainante des diaphyses.

Kyste hydatique de la cloison interventriculaire. — Au nom du médecin commandant Vielle, M. AUBRY présente un kyste hydatique de la cloison interventriculaire ayant

entraîné la mort rapide d'un soldat indigène. Le kyste non fissuré, gros comme une noix, bombe vers le ventricule droit et vers la pars membranacea. La compression très vraisemblable du faisceau de His explique sans doute la bradycardie à 44 présentée par le sujet et que l'évolution foudroyante des accidents n'a pas permis d'analyser. Le kyste était primitif, ce qui pour Dévé est la règle.

L'arsenic pentavalent et le nerf optique. — M. P. Toulant. Observations montrant que le stovarsol et ses dérivés peuvent provoquer des lésions très graves du nerf optique, même avec les petites doses administrées sous la peau ou par la bouche. Les lésions antérieures du nerf optique, l'insuffisance hépato-rénale qui favorise l'accumulation des doses contre-indiquent l'emploi du stovarsol. Pendant les cures, le fond d'œil et la vision doivent être surveillés.

NOTES POUR L'INTERNAT

TABES

SIGNES ET DIAGNOSTIC [1]

Formes cliniques. — *Formes évolutives*. — Tabes évolutif, tabes fixe (topo). Toutes ces

Formes frustes : traduisent, soit un tabes au début, soit un tabes atténué d'emblée comprenant ce que P. Marie appelle : *les tabétisants*. C'est ici que se pose la question des limites du tabes. Pour faire un tabes, il faut au moins un symptôme de la série radiculaire et uu signe de méningite syphilitique. Il faut insister sur la valeur des signes plus que sur leur quantité et parmi les signes de valeur primordiale, il faut insister sur : douleurs fulgurantes, abolition des réflexes, Argyll-Robertson, Romberg, crises viscérales, troubles trophiques, lymphocytose rachidienne.

Formes topographiques. — Tabes dorso-lombaire : c'est celui qui a été étudié.

Formes supérieures. — a. *Tabes cécité* : forme très curieuse, le processus semble borner là tous ses ravages;

b. *Tabes basilaire* : atteinte des nerfs craniens;

c. *Tabes cervical* : rare. L'ataxie prédomine aux membres supérieurs.

B. **Deuxième tableau : Ataxie locomotrice manifeste.** — Ici, contrairement, aux formes frustes que nous venons d'étudier, le diagnostic de tabes s'impose presque tout de suite, devant une symptomatologie riche en troubles sensitifs, sensoriels, trophiques, viscéraux. Mais c'est surtout *la grande ataxie*, plus rare de nos jours, qui attire tout de suite l'attention.

Le malade ne peut marcher sans appui et sans le contrôle de la vue. Le pied est lancé brusquement, trop haut, trop en avant. Il retombe brusquement sur le sol trop en dedans, trop en arrière. *Le malade talonne. L'hypotonie musculaire* est considérable. A la longue, la marche va devenir impossible. Le malade est maintenant confiné au lit. C'est le moment où l'on voit souvent apparaître des *amyotrophies*. Cette complication tardive du tabès dépend, d'après Déjerine, de *névrites surajoutées*, L'atrophie musculaire est souvent prononcée, prédominante aux membres inférieurs, entraînant la déformation du pied en *varus équin : pied bot tabétique de Joffroy*. La mort survient très tardivement.

— Cachexie, morphinomanie.

— Complication infectieuse : pulmonaire, tuberculose, bronchopneumonie, urinaire.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 42, p. 818, et n° 44, p. 858.

— Syphilis causale : aortite, urémie, ramollissement cérébral.

Formes associées — Tabes et paralysie générale, tabes et hémiplégie, tabes et paraplégie : *scléroses combinées*.

Signaler le tabes juvénile. — Manifestation très rare d'hérédo-syphilis.

Pronostic. — Le bilan du tabes est surtout important pour l'établissement du pronostic. Le problème qui domine tout est le suivant : *le tabes est-il ou n'est-il pas évolutif*? Il sera résolu :

1. *Par la clinique* : douleurs, crises gastriques, progression de l'incoordination, arthropathies;

2. *Par l'état humoral surtout* : la ponction lombaire.

Ce sont ces données qui conditionnent la thérapeutique du tabes : traitement *d'arrêt*, traitement *d'entretien*, et l'importance est considérable d'un diagnostic précoce du tabes.

Diagnostic. — *Positif*. — Vu.

Différentiel. — A. Penser au tabes et ne pas laisser le diagnostic s'égarer vers une affection locale devant les troubles suivants :

Douleurs fulgurantes. — Les névralgies diverses.

Crises gastriques. — Affections organiques de l'estomac, surtout ulcère.

Troubles laryngés. — Chez un syphilitique, compression récurrentielle par extasie aortique.

Troubles urinaires. — Cystite, hypertrophie de la prostate, rétrécissement de l'urètre.

Mal perforant. — Diabète.

Arthropathies — Diagnostic à peu près évident. Une seule cause d'erreur, la *syringomyélie* : atrophie des muscles de la main, cyphoscoliose, dissociation thermo-analgésique, exagération des réflexes rotuliens.

B. *Polynévrites à type pseudo-tabétique.* — Lorsqu'aux troubles moteurs, à l'abolition des réflexes se joignent des troubles sensitifs importants, surtout portant sur la sensibilité profonde, et des paralysies oculaires.

Polynévrite alcoolique, diphtérique, diabétique (savoir que le tabes céphalique peut se compliquer de glycosurie), mais dans ces polynévrites, en dehors des antécédents, des symptômes associés qui font faire le diagnostic,

— Il y a des paralysies. Elles dominent, en général, sur les extenseurs et entraînent du steppage.

— Douleurs à la pression des muscles et des nerfs.

— Pas de troubles sphinctériens.

— S'il peut y avoir des paralysies oculaires, *il n'y a jamais d'Argyll*.

— Evolution toute différente.

En cas de doute, la paralysie générale trancherait le diagnostic en montrant l'absence de lymphocytose.

C. *Distinguer ataxie du tabes de : ataxie cérébelleuse.* — De marche ébrieuse;

Asynergie, hypermétrie, adiadococinésie;

Aucune de ces manifestations n'est augmentée par l'occlusion des yeux.

Maladie de Friedrich congénitale; pied bot, cyphose.

D. *Séparer le tabes d'autres manifestations de la syphilis nerveuse.* — Ce qui n'est pas toujours facile. Un seul moyen, faire l'épreuve du traitement antisyphilitique, inefficace contre la sclérose radiculaire et médullaire, souverain contre les processus syphilitiques en activité.

Traitement. — On ne peut rien sur les lésions scléreuses constituées, mais on peut espérer arrêter l'évolution de l'affection, la fixer. Régression de certains symptômes considérés autrefois comme tabétiques : paralysies oculaires, névrite optique, arthropathies, mal perforant.

Attaquer à son début la méningo-vascularite syphilitique.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS, — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6°

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

VI° CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE
(Compte rendu, par M. M. LANCE.)
Question mise à l'étude : « Traitement de la coxalgie et des séquelles. » Rapporteurs : MM. DELAHAYE et GALLAND (de Berck), YOVTCHITCH, STOYANOVITCH, VASSITCH et GRADOYEVITCH (de Belgrade), JACOBOVICI et NICHITA (de Cluj), DELITALA (de Venise).
Discussion des rapports.
Communications particulières.
Résolutions et vœux.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société médicale des hôpitaux.
Société de pédiatrie.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
La proposition Armbruster devant le Sénat.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 juin. — MM. Banzet, 19; Seille, 13; Huard, 14; Ménégaux, 17.

Séance du 9 juin. — MM. Fèvre, 16; Bernard, 19; Welti, 20; Reinhold, 18.

Médecine opératoire. — Séance du 10 juin. — Questions données : « Ligature de l'artère iliaque externe. — Désarticulation de l'épaule. »

MM. Bernard, 29; Reinhold, 26; Welti, 29; Ménégaux, 28; Fèvre, 25; Banzet, 28.

Candidats admis à prendre part à la deuxième épreuve clinique :

MM. Welti, 49 points; Bernard, 48; Banzet, 47; Ménégaux, 45; Reinhold, 44; Fèvre, 41.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Composition écrite anonyme.* — Question donnée : « Complications et pronostic de la môle hydatiforme. »

MM. Digonnet, 23; Lantuéjoul, 25; de Peretti, 16; Seguy, 25; Sureau, 9; Suzor, 9.

Epreuve clinique. — Séance du 8 juin. — MM. Sureau, 26; Suzor, 24; de Peretti, 29.

Séance du 9 juin. — MM. Digonnet, 24; Seguy, 28; Lantuéjoul, 30.

Epreuve d'anatomie (lecture des copies). — MM. Digonnet, 21; Lantuéjoul, 23; de Peretti, 11; Seguy, 8; Sureau, 16; Suzor, 6.

Classement des candidats : MM. Lantuéjoul, 78 points; Digonnet, 68; Seguy, 61; de Peretti, 56; Sureau, 51; Suzor, 39.

Candidats admis à subir les épreuves définitives :

MM. Lantuéjoul, Digonnet, Seguy.

— CONCOURS DE L'INTERNAT (admissibilité). — Le jury est composé de MM. les docteurs de Gennes, Gutmann, Hamburger, Mme Bertrand-Fontaine, Bloch (René), Leroux, Métivet, Ameline, Ravina (accoucheur).

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours pour deux places de médecins adjoints des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Delmas-Marsalet et Massière.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat. — Epreuve orale de physiologie.* — MM. Gosset et Sicard, 19; Dessaint, Funck-Brentano et Lecœur, 17; Cordier, 16.

Epreuve de chirurgie. — MM. Sicard et Gosset, 17; Dessaint, Funck-Brentano et Lecœur, 16; Cordier, 15.

— LYON. — Il est créé, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, un emploi de chargé de cours permanent d'anatomie médico-chirurgicale (traitement annuel, 9.000 fr.; emploi d'Université).

GUERRE. — M. le médecin colonel Epaulard, des troupes du Maroc, est désigné comme sous-directeur du Service de santé des troupes du Maroc.

— M. le médecin colonel Duffau, médecin chef de la subdivision autonome de Casablanca, a été nommé au grade de médecin général et admis à la retraite le même jour.

ÉRECTION D'UN MONUMENT A CHARLES MOUREU. — Le 13 juin 1929, Charles Moureu, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, né à Mourenx (Basses-Pyrénées), est mort à Biarritz. Les notices consacrées à sa mémoire ont été unanimes à rappeler les éminents services qu'il a rendus à la Science et à proclamer ses droits à la reconnaissance nationale.

Sur l'initiative de l'Académie de Béarn, ses amis, ses élèves et ses admirateurs se sont groupés pour perpétuer son souvenir par l'érection d'un monument. Œuvre du sculpteur E. Gabard, ce monument sera érigé à Pau; des bustes seront placés au Collège de France, à la Faculté de pharmacie de Paris et à Mourenx. Il sera, en outre, si la souscription le permet, créé une fondation scientifique qui portera le nom de Charles Moureu.

Les souscriptions sont reçues : à Paris, au Collège de France, place Marcelin-Berthelot, par M. Badoche, assistant de la chaire de chimie organique; à Pau, chez M. le docteur Sabatier, rue Latapie, 7.

Une médaille et un livre d'or contenant la liste des souscripteurs seront édités et envoyés à titre de souvenir aux personnes qui auront souscrit plus de 100 fr.

HÔPITAL SAINT-MICHEL. — Les élèves, les amis et les collaborateurs du docteur Joseph Récamier lui remettront une médaille à l'hôpital Saint-Michel, le dimanche 28 juin, à 10 h.

Les souscriptions sont reçues par M. G. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

ÉCOLE DES INFIRMIÈRES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Un concours pour l'admission d'environ 140 élèves à l'Ecole des infirmières de l'Assistance publique de Paris aura lieu à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, le 12 octobre 1931, à 13 heures.

Ce concours, ouvert aux jeunes filles de vingt à vingt-six ans, comporte une dictée, deux problèmes d'arithmétique et une rédaction sur un sujet général.

Les candidates pourvues du brevet élémentaire ou d'un diplôme équivalent ou supérieur sont dispensées des épreuves écrites; elles n'ont à satisfaire qu'à l'examen médical.

Les inscriptions seront reçues, jusqu'au 1er octobre 1931, à l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria (sous-direction du personnel, 2e bureau).

Le traitement du début à la sortie de l'École des infirmières est de 13.440 fr. (y compris l'indemnité de résidence).

LE CRAPOUILLOT (Numéro spécial, 1er juin). — Le *Crapouillot*, encouragé par le formidable succès de la « Guerre inconnue », publie un nouveau numéro exceptionnel qui paraît nettement supérieur au premier : C'est tout « l'inconnu » de la grande tourmente qui nous est révélé aujourd'hui, avec des documents d'un palpitant intérêt sur les services de l'espionnage anglais, la Mort tragique de lord Kitchener, les Fusillés par erreur, les Mutineries, le Non-bombardement de Briey, l'Espionne Mata-Hari, le Bouc hypnotiseur Raspoutine — véritable tsar de Russie — le Commerce avec l'ennemi, le Secret du « chiffre » et la Mort mystérieuse du pape Pie X en 1914. — Le numéro : 12 fr.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours en anglais (hors série) d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, ophtalmologiste honoraire, membre de l'Académie de médecine; Magitot, Bollack et E. Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le mercredi 1er juillet 1931, à 9 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 500 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. (Professeur : M. Léon BERNARD.) — *Cours complémentaire sur les tuberculoses ostéo-articulaires*, fait à l'hôpital franco-américain de Berck, par le docteur J. Calvé, avec la collaboration de MM. les docteurs Galland, Froyez et Louis Lamy, du 1er juillet au 12 juillet 1931.

Les leçons seront accompagnées d'examens de malades, de démonstrations pratiques (confection des appareils plâtrés, ponction des abcès froids, injections modificatrices, etc.) et d'opérations courantes (résection du genou, ostéosynthèse vertébrale, etc.).

Droit d'inscription : 200 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA PROPOSITION ARMBRUSTER DEVANT LE SÉNAT

Le Sénat a abordé mardi la discussion de la proposition de loi de M. Armbruster, tendant à modifier la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. On sait que ce projet a pour but de mettre à égalité avec les étudiants français les étrangers exerçant chez nous la profession médicale, en supprimant les équivalences jusqu'ici admises par rapport au baccalauréat français.

Divers orateurs, dont MM. Dentu et Chauveau, exposèrent que le texte n'a pas pour but d'interdire aux étrangers l'exercice de la médecine, mais d'exiger des médecins étrangers les mêmes garanties, les mêmes diplômes universitaires que ceux exigés des médecins français.

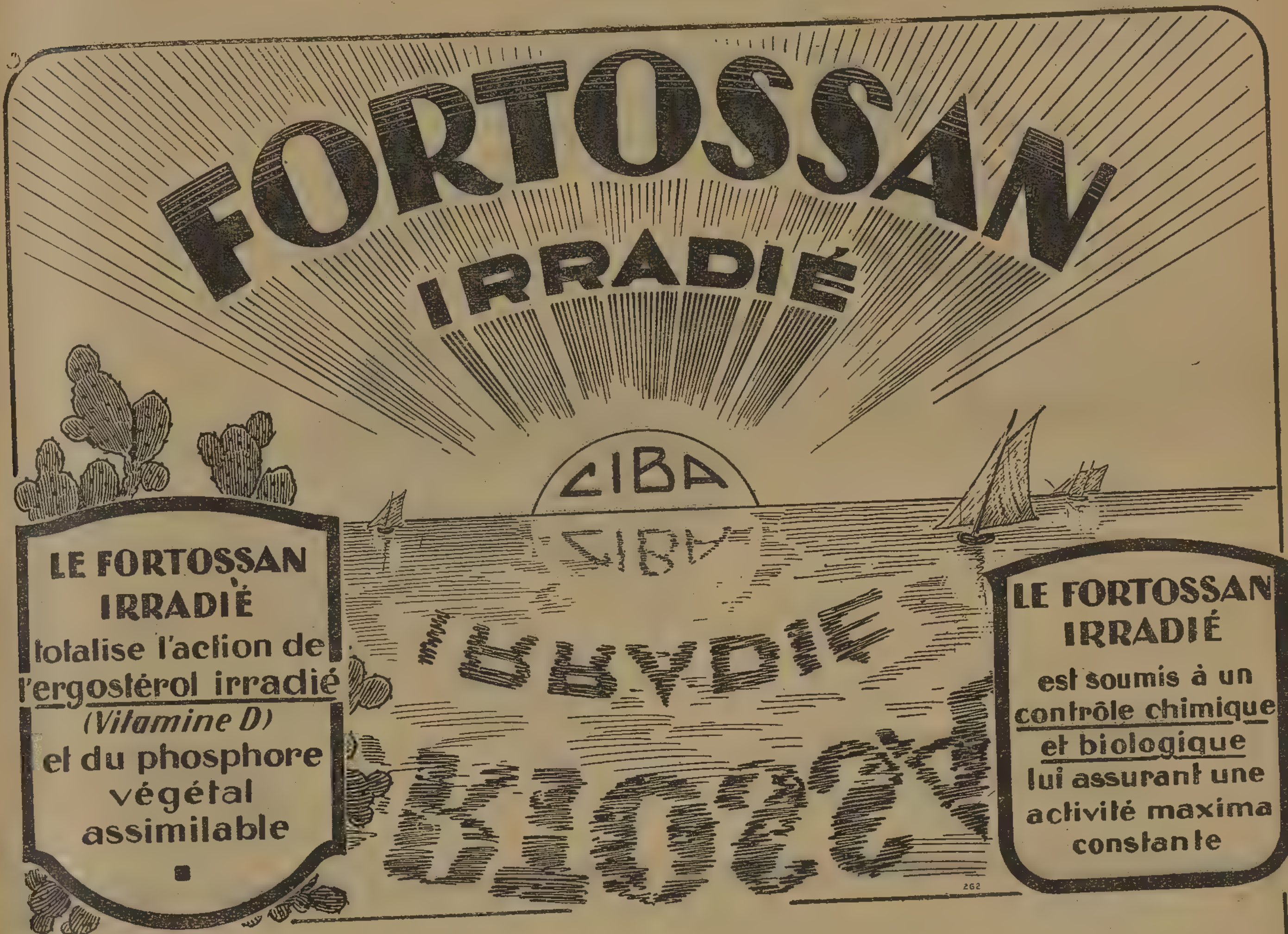
M. Debierre a déposé un article additionnel exigeant le baccalauréat classique pour toute prise d'inscription de médecine.

Le premier paragraphe de l'article 1er fut adopté; puis, la fin dudit article ayant été retournée à la commission sur la demande du ministre de l'Instruction publique, la suite du débat a été renvoyée à la séance suivante.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉNAGE, 35 et 39 ans, désire emploi dans sanatorium. — Ecrire Mathieu, 71 *bis*, rue Philippe-de-Girard, Paris (18e).



Ce qu'est le Fortossan irradié

D'abord du FORTOSSAN, c'est-à-dire une Phytine spécialement préparée pour le nourrisson et l'enfant en bas âge ; une Phytine sodique neutre, qui ne coagule pas le lait et qui, mélangée avec une certaine quantité de lactose, constitue le médicament phosphoré idéal pour l'organisme fragile des enfants.

Mais, *en plus*, le FORTOSSAN IRRADIÉ contient une quantité exactement dosée *d'ergostérine irradiée*. Cette quantité, qui correspond à 40 unités cliniques par cuillerée à café de Fortossan, a été fixée après un recul de temps suffisant depuis les premiers essais sur l'action des stérols irradiés, afin d'être proportionnée le plus justement possible aux besoins d'une thérapeutique utile sans les dépasser.

1/2 à 2 cuillérées à café par jour

TOLÉRANCE PARFAITE

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND, 109-113, boulev. de la Part-Dieu, LYON

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL
DE
THALASSOTHÉRAPIE

[*Berck-Plage, 26-27-28 mai 1931*] (1).

SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE

Le mardi 26 mai s'est ouvert à Berck-Plage, sous la présidence de M. BLAISOT, Ministre de la Santé publique, le VIe Congrès de la Société internationale de thalassothérapie.

Plus de deux cents médecins et chirurgiens français et étrangers s'étaient donné rendez-vous dans la grande salle de conférences de l'Hôpital maritime de l'assistance publique. Des allocutions de bienvenue furent prononcées successivement par MM. E. SORREL, Président du Congrès; Marcel LABBÉ, Président du bureau permanent de la Société de thalassothérapie; TERWAGNE, délégué belge; DELITALA, délégué italien; JURASCZ, délégué polonais; JACOBOVICI, délégué roumain; Joseph SIMON, délégué tchéco-slovaque; YOVTCHITCH, délégué yougoslave; CHÉNEVIER, Secrétaire général de l'Assistance publique; LEREBOULLET, délégué de la Société de pédiatrie; OMBRÉDANNE, délégué de la Société d'orthopédie; RATHERY, de la Société d'hydrologie; ARMAND-DELILLE, de la Société médicale des hôpitaux; LENORMANT, de la Société de chirurgie de Paris; COUREAUD, du Ministère de la marine; CLAVELIN, du Ministère de la guerre; CHATELAY, recteur de la Faculté de Lille; LENOIR, de l'Académie de médecine; Ambroise RENDU, du Conseil municipal de Paris; NOBÉCOURT, du Ministère de l'Instruction publique, et enfin par le Ministre de la Santé publique.

Au cours de quelques-unes de ces allocutions, comme dans la conférence faite ensuite sur Berck par le Dr Henry de Rothschild, l'histoire de notre grande station de cure marine fut exposée. Résumons-la en quelques mots.

C'est en 1820 qu'un médecin de Montreuil, Perrochaud, confia des nourrissons de l'assistance publique et des enfants « scrofuleux » à Mme la veuve Duhamel, du village de Grosfliers. Celle-ci conduisait deux fois par jour ses petits malades à la Plage alors déserte de Berck, et comme Grosfliers en est loin, elle les transportait dans une brouette. Le climat faisait merveille et les petits scrofuleux guérissaient de manière étonnante. Aussi Perrochaud résolut de confier des malades à une femme qui vivait dans une cabane à Berck, Marianne, dite « Marianne toute seule ».

Frappé des excellents résultats obtenus, Perrochaud les soumit à l'Assistance publique de Paris qui décida en 1861 de créer un hôpital de 100 lits près du phare de Berck — cet hôpital fut honoré de la visite de l'impératrice Eugénie en 1864 — et l'Assistance décida la construction d'un vaste hôpital marin, l'hôpital Napoléon, qui fut inauguré en 1869.

Peu après, le baron James de Rothschild créait un hôpital privé, que la générosité de la famille de Rothschild a constamment entretenu depuis.

C'est autour de ces fondations que s'est peu à peu créée cette ville de 35.000 habitants, ville de malades contenant plus de 100 maisons de santé, ville unique en son genre — et qui est bien comme on l'a dit « fille de la Charité ».

Elle est aussi fille de la Science — car après Perrochaud et Cazin, le poste de chirurgien-chef de l'Hôpital maritime fut pendant vingt-huit ans, de 1891 à 1919, entre les mains de Victor Ménard. Savant aussi modeste que travailleur infatigable et clinicien de grande lignée, Ménard par ses travaux sur la tuberculose osseuse fit une œuvre qui durera, par ses élèves constitua une école et fit de Berck un grand centre d'enseignement. Le choix de Berck pour siège du Congrès international de thalassothérapie constituait l'apothéose de la carrière de Victor Ménard, dont le nom restera, comme l'a dit le Pr Lenormant, parmi ceux des bons ouvriers de la chirurgie osseuse avec Ollier, avec Lannelongue.

* * *

QUESTION MISE A L'ÉTUDE

TRAITEMENT DE LA COXALGIE ET DES SÉQUELLES

Rapport de M. DELAHAYE (de Berck).

L'auteur montre quelles sont les directives essentielles et les tendances nouvelles qui président en France au traitement de la coxalgie.

Depuis Lannelongue et Ollier s'est progressivement constitué un traitement classique de la coxalgie qui a permis de préciser :

1° *Les données de la climatothérapie*, base du traitement général.

2° *Les lois de l'immobilisation*, base du traitement local.

3° *Le traitement des abcès et des fistules.*

4° *Les lois de l'appareillage.*

Dans ce traitement classique *le rôle de la chirurgie* est limité :

Pendant la période évolutive de la lésion : aux interventions de nécessité de drainage, à l'exérèse ou à quelques opérations pour lésions limitées (séquestrectomies, curettage de caverne).

Pendant la période des séquelles : à certaines interventions *orthopédiques* dont l'ostéotomie extrafocale pour la correction des *hanches ankylosées en attitude vicieuse*, reste le type exclusif et parfait.

Mais il y a dans ce traitement plusieurs points faibles :

I. Quelle que soit la valeur du traitement général, la thérapeutique spécifique de la tuberculose reste à trouver, d'où les recherches de laboratoire.

II. *Malgré le soin apporté au traitement local classique, les aggravations ne sont pas toujours évitées.*

Presque toujours chez l'adulte et parfois chez l'enfant, l'évolution reste longue et traînante.

De toute manière la durée minima d'évolution ne peut être raccourcie et la maladie passe par l'inéluctable cycle anatomo-clinique, que les formes de l'enfance réalisent le plus schématiquement.

Pour modifier semblable évolution, certains chirurgiens ont pratiqué des essais opératoires, intrafocaux, pendant la période d'activité lésionnelle.

La valeur de ces essais est actuellement jugée. De l'avis même de ceux qui les ont pratiqués, une semblable méthode ne mérite pas continuation.

III. *Des séquelles anatomiques et fonctionnelles viennent grever encore le budget des guérisons véritables dans les coxalgies non ankylosées.*

Par l'emploi de l'*arthrodèse*, la chirurgie moderne a ouvert un de ses plus beaux chapitres.

IV. A l'heure actuelle il apparaît que les *indications de l'arthrodèse* débordent même le cadre des séquelles des coxalgies mobiles et les travaux les plus récents montrent que certaines formes évolutives de l'adulte, tout au moins, peuvent bénéficier de l'ankylose opératoire précoce.

Pareille chirurgie ne peut être possible et avantageuse que si l'on sait parfaitement reconnaître ces contre-indications :

Etat général déficient,
Poussées évolutives locales,
Décharges toxémiques,
Localisations multiples,

évidentes ou frustes, sont autant de manifestations qui s'opposent à l'acte opératoire.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Telles sont les idées très générales qui paraissent répondre chez nous aux tendances actuelles.

L'aéro, la thalasso et l'héliothérapie sont les trois éléments capitaux du traitement général.

Chacun d'eux, loin de s'opposer, doit se prêter un mutuel concours, et les indications spéciales de chaque climat, où l'un ou l'autre de ces éléments domine, varieront selon les cas particuliers.

Leur action, en améliorant le terrain sur lequel évolue la lésion, favorise sa guérison et en atténue sa gravité.

L'action du soleil sur le foyer hâte la cicatrisation des fistules et des plaies opératoires.

Jusqu'à maintenant les méthodes biologiques et climothérapiques n'ont pas fait leurs preuves définitives.

Grâce au laboratoire, l'actuelle thérapeutique sortira un jour du cul-de-sac où elle est engagée, mais il est prudent d'exécuter ces traitements d'essais sur des malades bénéficiant par ailleurs du traitement général climatique dont l'efficacité est universellement reconnue.

L'auteur développe ensuite les règles classiques du traitement locale *pendant la période évolutive*, insiste :

1° *Sur la nécessité d'une immobilisation* en bonne position pendant toute la durée de l'évolution, soit par *extension continue*, soit par *appareillage plâtré*: plâtre bivalve, plâtre fermé, et précise les indications spéciales des deux méthodes.

2° Sur le traitement des incidents qui surviennent au cours de l'évolution :

attitudes vicieuses,
abcès,
luxations précoces.

3° Sur la difficulté de traiter certaines *fistules prolongées* et sur l'action très inconstante des vaccins sérums en injections intra-musculaires, pansements in situ d'antivirus et de filtrats, en ces cas.

4° Sur le traitement des lésions graves et multifistuleuses par les interventions de drainage; résection de hanche ou d'exérèse : désarticulation.

Après la période évolutive :

1° *Lorsqu'une coxalgie de l'enfance a terminé sa période évolutive, ce que montrent signes cliniques, radiographiques, temps écoulé*, les aspects anatomiques qu'elle présente sont :

Erosion cartilagineuse,
Pseudarthrose intracotyloïdienne,
Pseudarthrose extracotyloïdienne,
Ankylose osseuse.

Cliniquement la hanche est ankylosée ou mobile, en bonne ou en mauvaise position.

Quel est l'avenir de la guérison focale de la hanche coxalgique?

Bien que la mobilité favorise les récidives, on ne peut se baser de manière certaine sur l'existence d'une ankylose totale pour conclure à l'improbabilité d'une récidive d'abcès ou de fistule.

Quel est l'avenir fonctionnel de la hanche coxalgique?

L'ankylose osseuse totale en mauvaise position est aisément corrigée par l'ostéotomie.

Une hanche mobile en position vicieuse est d'un mauvais pronostic fonctionnel.

Une hanche mobile en position correcte ne sera avantageuse que si elle reste *stable et non douloureuse*.

Or, il y a *chez l'enfant* un nombre respectable de coxalgies mobiles qui restent stables, non douloureuses et dont la mobilité doit être conservée. Sur 161 cas, revus par l'auteur, de quatre à dix ans, 48 coxalgies se sont terminées avec mobilité utile. Mais on ne peut se rendre compte de ces qualités que par l'épreuve prolongée de la marche.

Jusqu'à ces vingt dernières années, le traitement habituel était relativement démuni pour lutter contre les séquelles des hanches mobiles instables et douloureuses : appareillage, ostéotomie basse.

Cette insuffisance est actuellement comblée par la pratique des *arthrodèses*.

Depuis Albee, 1908; Maragliano, 1913, Nové-Josserand et Tavernier, 1921, le rapport de Mathieu, 1926, la thèse du docteur Bérard et les nombreuses publications parues dans les Sociétés savantes, en particulier Société de chirurgie, la question de l'opportunité de l'ankylose opératoire dans les séquelles des coxalgies mobiles est réglée.

Il existe quatre modes principaux d'arthrodèses :

A. Intra-articulaire,
B. Extra-articulaire,
C. Para-articulaire,
D. Mixte.

Etant donné les formes anatomiques multiples des vieilles coxalgies, le même mode doit-il être employé pour tous les cas, ou bien existe-t-il une méthode de choix pour chaque cas particulier?

Pseudarthroses intra-cotyloïdiennes. — Tous les chirurgiens ont abandonné l'arthrodèse intra-articulaire à cause de la difficulté de consolidation des surfaces.

Beaucoup ont employé l'excellente arthrodèse extra-articulaire type Mathieu Wilmoth, avec d'excellents résultats.

Mais l'existence de foyers résiduels enkystés est fréquente dans ces formes anciennes et nous savons qu'ils peuvent récidiver même sur des hanches bien ankylosées.

Pour un certain nombre de chirurgiens, la mesure de prudence consiste non pas à éviter ces lésions résiduelles, mais à en débarrasser l'articulation par curettage et avivement.

Pour compléter la consolidation, une arthrodèse extra-articulaire supplémentaire est faite.

Ainsi est née l'arthrodèse mixte.

Pseudarthroses serrées sans destructions importantes ni lésions résiduelles. — Elles bénéficient parfaitement de l'arthrodèse extra-articulaire Mathieu. Certains y apportent des modifications de détail :

Incision d'Ollier élargie,
Avivement large de la partie externe du col afin d'avoir une bonne consolidation au point faible.

Pseudarthroses totales avec énorme destruction et ascension trochantérielle marquée secondaire aux résections de drainage et aux coxalgies de nourrisson. — L'arthrodèse par avivement pur et simple au ciseau permet d'obtenir de bonnes consolidations.

Les conditions anatomiques spéciales de pareilles luxations sont seules capables de justifier l'usage d'un procédé dérivé directement de l'ancienne arthrodèse intra-articulaire simple.

Telles sont les indications spéciales des unes et des autres variétés d'arthrodèses. La notion qui doit dominer avant tout est la recherche d'une ankylose massive et saine.

Coxalgies de l'adulte. — L'évolution de la coxalgie est d'autant plus traînante que le sujet avance en âge et sa guérison est d'autant plus incertaine.

L'ankylose est exceptionnelle et la mobilité, dans les lésions sérieuses, reste, en règle, désavantageuse.

L'absence de décalcification de voisinage ou tout au moins son faible degré est un élément heureux pour la mise en place d'un greffon.

L'ankylose opératoire, en période évolutive chez l'adulte, est donc *a priori*, logique.

Mathieu attache une grande valeur à certains aspects anatomiques, formes à début cotyloïdien, formes de carie sèche.

Opérer ces malades lorsqu'ils présentent un bon état de santé générale :

En dehors des poussées locales et générales,

A distance du foyer par le procédé para-articulaire, sont des conditions essentielles.

Les résultats immédiats sont bons et on peut affirmer l'innocuité de l'intervention faite à distance et l'obtention d'ankyloses solides.

Mais il faut attendre encore pour se faire une idée exacte sur la valeur de la méthode.

En résumé, *grâce à l'étude plus parfaite des indications et des contre-indications opératoires, le traitement classique s'est enrichi d'acquisitions nouvelles.*

Chez l'enfant, bon nombre de coxalgies traitées par l'immobilisation se terminent avec une mobilité utile qui mérite d'être conservée et pour *décider de l'utilité de l'arthrodèse*, il sera souvent nécessaire de savoir ce que l'épreuve de la marche peut donner.

Lorsqu'on interviendra pour les séquelles des hanches mobiles chez l'enfant et l'adulte, à chaque cas spécial devra répondre une technique particulière.

Chez l'adulte, la mobilité n'est pas un élément favorable et l'évolution lésionnelle est très lente.

C'est de cette constatation qu'est née l'arthrodèse para-articulaire faite relativement tôt.

Pareilles indications sont d'extrême prudence et ne peuvent être envisagées qu'après examen approfondi des malades et lorsqu'un traitement général les aura mis dans les meilleures conditions de résistance possible.

Rapport de M. Marcel GALLAND (de Berck).

Dans ce travail, l'auteur s'est efforcé de montrer l'état actuel du traitement de la coxalgie en essayant de dégager des directives essentiellement variées qui sont le fait des tempéraments médicaux ou chirurgicaux de chacun, des habitudes thérapeutiques si divergentes, propres à chaque nation et à son organisation sociale, de dégager une ligne de conduite logique, sûre et cependant aussi rigoureusement moderne et à l'ordre du jour qu'il se doit. On remarquera qu'une véritable préoccupation dominera constamment cette étude, à savoir : quelle est la place de l'interventionnisme et du conservatisme, quel est le rôle et quelles sont les limites du néo-interventionnisme moderne (car on a trop tendance maintenant à proclamer que la coxalgie est devenue une affection d'ordre chirurgical). L'interventionniste est le chirurgien *qui pratique habituellement* et *de principe* des interventions intrafocales en période évolutive et surtout au début. Cet interventionnisme, qui semblait définitivement mort, renaît de ses cendres sous le prétexte de l'asepsie moderne, sous l'impulsion du tempérament chirurgical (essentiellement chez les chirurgiens généraux citadins) et souvent du fait de la méconnaissance du caractère absolu du cyclisme évolutif de la tuberculose osseuse (première année : ensemencement; deuxième année : ulcération; troisième année : sclérose de limitation des lésions). On est interventionniste si l'on ouvre un abcès froid, si l'on évide une lésion avec plombage ou remplissage de la cavité au moyen de greffes osseuses, etc..., et surtout si ces interventions sont pratiquées en *méconnaissant le cap du dix-huitième mois*. Avant le dix-huitième mois, la lésion est envahissante ou ne demande qu'à envahir. Après le dix-huitième mois, la lésion est limitée. On peut alors concevoir des opérations intrafocales à l'intérieur de la barrière de guérison (généralement inoffensives, mais dont on pourra discuter l'opportunité) et des opérations extrafocales (orthopédiques ou fonctionnelles, ankylosantes, etc.), toujours inoffensives si réellement extrafocales. En opposition à l'interventionnisme : le conservatisme. Il ressort avec évidence des réponses reçues que le conservatisme intégral (absence totale de tout traitement chirurgical) est périmé. Mais quelle est la ligne de conduite générale qui se dégagera de la discussion?

Elle semble être la suivante : coucher le malade sur plan dur, l'immobiliser strictement (plâtre ou extension) pendant deux ans et demi chez l'adulte, trois ans chez l'enfant. Ne pratiquer d'intervention intrafocale qu'exceptionnellement (séquestre ou fistule mal drainée) et que tardivement, après le dix-huitième mois, mais recourir aussi largement qu'il conviendra aux opérations orthopédiques ou fonctionnelles extrafocales, même à l'arthrodèse précoce extra-articulaire si l'expérience démontre (mais ce n'est pas encore le cas) qu'elle peut en fait être pratiquée hors du foyer ou des abcès, ses prolongements, et que si les résultats d'ensemble à longue distance (dix ans) sont supérieurs à ceux des méthodes habituellement en usage et focalement et fonctionnellement (ce qui n'est pas encore démontré de si tôt).

L'auteur affirme la véracité de ces propositions en étudiant les inconvénients de la déambulation précoce jointe à l'immobilisation (statistiques); la nécessité de l'immobilisation stricte, la façon de la pratiquer, sa durée; en décrivant les divers types d'abcès (précoces, tardifs, résiduels, type rechute, type coxalgie mobile), en mettant en évidence dans ces cas le rôle du terrain, en comparant les résultats statistiques des méthodes de traitement sanglant des abcès et du traitement par ponctions; le traitement des fistules, etc. Puis vient un chapitre sur le traitement orthopédique pendant l'évolution, la façon de lutter contre les attitudes vicieuses, le traitement de convalescence, enfin l'étude critique des résultats.

L'étude des résultats se montre malaisée à conduire. Il convient, en effet, d'interpréter les statistiques et de ne pas se contenter d'additionner les chiffres. Il en ressort dès lors que les interventionnistes ne peuvent nous donner aucune statistique importante, aucune statistique à long recul, et que des interventionnistes de longue date et notoires ont abandonné leur méthode. Il est, en outre, évident que le traitement conservateur ne donne de bons résultats que s'il est entrepris dès le début et d'emblée strictement. Enfin, il reste évident que, quel que soit le traitement s'il est bien conduit, quel que soit le climat, etc., on obtient, au point de vue fonctionnel et particulièrement au point de vue mobilité de la hanche, des résultats généralement semblables et que l'on pourrait chiffrer de la façon suivante :

53 p. 100 de hanches mobiles avec tous leurs inconvénients;

30 p. 100 de mobilité minime mais gênante;

Et seulement 17 p. 100 de stabilité articulaire (ankylose osseuse ou fibreuse serrée).

Seule, la stabilité articulaire donne un résultat fonctionnel satisfaisant.

En effet, les échecs, les séquelles redoutables de la coxalgie sont le fait de la persistance de la mobilité. Ce sont les attitudes vicieuses progressives, les crises douloureuses, les abcès à répétition, la majorité des boiteries. Or, il est bien évident que si une coxalgie ankylosée en attitude correcte présente le minimum de boiterie, la hanche mobile, même très peu mobile (4 à 5°) boitera de façon très disgracieuse. Cette boiterie (l'antalgie décrite par Calvé) se traduit par une inclinaison du tronc vers le côté malade portant pendant l'appui unilatéral statique ou pendant la marche. Cette démarche ou cette attitude se distingue de la boiterie du moyen fessier ou de l'attitude de Trendelenburg en ce sens qu'il n'y a pas, comme dans ces cas, plongeon du bassin vers le côté opposé au membre malade portant. Pendant l'appui unilatéral sur le membre coxalgique, il est évident que le poids du tronc qui est transmis au sacrum tendra à fermer l'angle pelvi-fémoral (sauf conservation du moyen fessier ou existence d'une butée interne inter-ischio-petit trochanter), mais le malade saura instinctivement éviter ce mouvement de fermeture de l'angle pelvi-fémoral et la distension qui risque de devenir douloureuse des fibres supérieures de la capsule articulaire, par une translation en masse du

poids du tronc vers l'extérieur hors du sacrum, au-dessus de la diaphyse fémorale elle-même. (Etudes cinématographiques.)

Ces inconvénients de la hanche mobile (attitudes vicieuses, crises douloureuses, abcès, antalgie) représentent précisément les indications de l'arthrodèse tardive dans la coxalgie. Ces indications sont des plus étendues (50 à 80 p. 100 de coxalgies guéries).

L'auteur décrit ensuite diverses voies d'abord, les divers procédés opératoires et conclut que sur 378 arthrodèses retrouvées, les arthrodèses intra-articulaires ou mixtes donnent environ 69 p. 100 de succès, alors que les arthrodèses extra-articulaires (309) atteignent le chiffre de 87 p. 100 de succès. Il semble que la consolidation réelle (disparition de l'antalgie) soit infiniment plus précoce dans toutes les arthrodèses pratiquées pour arthrites autres que les arthrites tuberculeuses; et que dans la coxalgie, la consolidation soit d'autant plus rapide que la coxalgie est moins récente. Enfin, il conseille l'emploi de greffons aussi nombreux et volumineux que possible tant au point de vue mécanique qu'en considération du rôle eutrophique joué par la présence même du greffon.

Nous répétons que si les indications de l'arthrodèse tardive sont évidentes, on ne peut encore se prononcer sur l'arthrodèse précoce, mais qu'il n'est pas impossible que l'emploi de cette dernière intervention ne puisse devenir un jour le principe du traitement d'avenir chez l'adulte ou chez le malade de l'hôpital. Il convient d'attendre, avant de se prononcer, la confirmation par les faits.

Suivent en outre des études sur les autres indications opératoires, le traitement physique et biologique, le traitement général et climatique, mais ce sont des considérations qui nous entraîneraient hors du cadre forcément restreint de cette analyse.

Rapport de MM. Yovtchitch, Stoyanovich et Vassitch (Belgrade).

Chargés d'un service de chirurgie infantile, nous nous occupons dans ce travail du traitement de la coxalgie et de ses séquelles, uniquement chez l'enfant. En examinant ces observations des dix dernières années, nous avons pu relever que plus de 305 enfants, atteints de coxalgie, sont venus nous consulter.

Comme toujours, nous nous sommes efforcés de relever d'abord l'état général, d'autant plus qu'aucun traitement actuel n'est capable d'abréger l'évolution des foyers tuberculeux qui continuent leur cycle évolutif constant malgré notre traitement. En même temps, nous nous sommes occupés de l'état local pour éviter, enrayer et soigner les complications possibles.

Pour relever l'état général, nous avons eu recours à l'aérothérapie et à l'héliothérapie complétées par une alimentation appropriée.

Nous ne nous étendrons pas sur l'aérothérapie et l'héliothérapie qui ont déjà fait leurs preuves. A part un petit nombre de nos malades ayant pu suivre la cure marine ou celle d'altitude, la majorité a dû se contenter de l'aérothérapie et de l'héliothérapie pratiquées à domicile.

Sans vouloir reprendre l'historique de l'héliothérapie, nous voudrions rendre hommage au chirurgien lyonnais Bonnet qui, en 1845, d'après les dires de M. Lange, de Munich, en a été le précurseur. Ses successeurs Ollier et Poncet, l'ont appliquée ensuite méthodiquement aux mêmes affections.

Depuis, cette méthode thérapeutique a été très étudiée, en particulier par Rollier, qui la préconise surtout aux altitudes.

L'héliothérapie, pratiquée au bord de la mer, a aussi ses adeptes ; le traitement hélio-marin mixte est considéré comme traitement de choix pour les tuberculoses chirurgicales par MM. Andrieu, Ménard, Robin et Binet, Sorrel et nous-mêmes.

La vraie solution nous paraît être trouvée en France, pays où se trouvent un grand nombre de sanatoriums marins. La plage de Berck nous paraît particulièrement indiquée pour le traitement des tuberculoses chirurgicales.

Le traitement local aura pour but d'immobiliser la hanche malade afin d'éviter l'ulcération compressive. Nous immobilisons nos malades soit par l'extension continue, soit par appareil plâtré. Nous nous servons de ces derniers surtout chez les malades indociles ou chez ceux difficiles à surveiller de près.

Dans les deux cas, nous gardons nos malades couchés jusqu'à la disparition complète de tout signe clinique révélateur de l'activité du foyer, et aussi longtemps que la radio ne nous montre pas le liséré de cicatrisation ou de condensation autour du cotyle et de la tête fémorale.

Dans le but de corriger les attitudes vicieuses, nous avons dû pratiquer 38 redressements et 12 ostéotomies; trois fois, celles-ci ont été suivies d'arthrodèses.

Après ces opérations que nos malades ont très bien supportées, le membre est immobilisé en rectitude et légère flexion, et nous n'avons jamais éprouvé aucun ennui du côté de la plaie opératoire et du foyer coxalgique.

Cinq fois nous avons pratiqué l'arthrodèse extra-articulaire; il s'agissait, dans ces cas, de coxalgies guéries avec ankylose incomplète, restées douloureuses et présentant une tendance à la position vicieuse.

Dans nos arthrodèses, nous nous sommes servis surtout de l'incision de Smith-Petersen, modifiée par M. Mathieu. Tout de suite après le décollement des muscles, nous avons l'habitude de sectionner le grand trochanter. Ceci nous facilite ensuite la préparation du volet iliaque. La fixation de ce dernier entre le fémur et le grand trochanter sectionné a été toujours exécutée au moyen d'un fil de lin. Une fois celle-ci terminée, nous immobilisons le membre dans un grand appareil plâtré de coxalgie.

Notre première arthrodèse, faite il y a quatre ans, nous a donné toute satisfaction au point de vue de la solidité. La seconde, qui date de plus de dix mois, paraît aussi solide cliniquement et radiographiquement; l'enfant marche sans fatigue et sans douleur. La troisième a été faite il y a plus de sept mois; elle est aussi solide cliniquement et radiographiquement. L'enfant muni d'un appareil plâtré, qui s'arrête au-dessus du genou, est autorisé à marcher. Enfin la quatrième et la cinquième étant encore récentes (quatre mois et demi), il serait prématuré de nous prononcer dès à présent sur leur avenir.

Rapport de M. Gradoyevitch (Belgrade).

Il expose le traitement de la coxalgie de l'adulte tel qu'il est actuellement pratiqué en Yougoslavie.

La plupart des malades adultes sont traités ambulatoirement dans les hôpitaux situés aux environs de leurs domiciles.

Dans les cas graves, l'immobilisation en décubitus horizontal est pratiquée pendant environ deux ans. Le membre est immobilisé dans un grand plâtre prenant le pied et le bassin; l'attitude est l'abduction et flexion légères.

Le traitement hélio-marin est pratiqué en Yougoslavie à l'hôpital maritime de Kraljevice, sur la côte dalmate, hôpital de 102 lits, spécialement organisé pour le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire. Pendant les premiers mois, les douleurs et les attitudes vicieuses sont corrigées par l'extension continue. Si celle-ci échoue, on corrige l'attitude vicieuse sous anesthésie générale suivie d'applications du grand appareil plâtré. Cependant, Spisic ne pratique pas ce redressement en période aiguë, il considère l'attitude vicieuse en quelque sorte comme favorable pour la guérison de l'affection, il laisse le malade guérir avec l'attitude vicieuse et pratique, une fois le foyer éteint, la correction par ostéotomie.

Le traitement est conservateur dans les cas bénins, interventionniste dans les cas graves. Les indications de l'intervention, en général, sont la fistulisation compliquée d'infection secondaire, la suppuration interminable épuisant les malades, les gros séquestres, l'état général mauvais et surtout les formes graves très aiguës, et enfin dans les cas où le traitement conservateur est resté sans succès.

Le traitement des séquelles est dominé par les ostéotomies para-articulaires. Dans le cas de pseudarthrose intracotyloïdienne, l'arthrodèse extra-articulaire trouve son indication.

Rapport de MM. J. Jacobovici et Em. Nichita (Cluj).

Les auteurs exposent, dans leur travail, le traitement de la coxalgie tel qu'il est pratiqué en Roumanie, d'une part à la clinique chirurgicale de Cluj, d'autre part au sanatorium de Tékir-Ghiol.

En dix ans, de 1920 à 1930, 143 cas de coxalgies ont été soignés à la clinique chirurgicale de Cluj. A Tékir-Ghiol, pendant le même temps, on a soigné 153 coxalgiques. Il s'agit d'enfants et d'adultes, et le grand nombre de complications montre le stade avancé auquel arrivent à l'hôpital la plupart des malades.

Le traitement général des malades, à Tékir-Ghiol, présente une particularité. Le long du littoral roumain de la mer Noire existent deux grands lacs, celui de Sabolat et celui de Tékir-Ghiol. Ce sont des lacs salés, sur les bords desquels se dépose une boue.

On utilise l'eau du lac en bains chauds, dans lesquels on mélange une certaine quantité de boue. La boue peut aussi être employée directement comme complément du bain froid et du bain de soleil. L'emploi de ces boues donne parfois des résultats surprenants.

Les auteurs insistent aussi sur l'excellent effet thérapeutique de l'alternance des cures marines et de montagne (Cluj est à 400 mètres).

Les recherches faites à la clinique de Cluj montrent que dans la tuberculose osseuse, le calcium sanguin est diminué dans 31 p. 100 des cas. Ces malades ont été traités par des séries d'injections intraveineuses de chlorure de calcium, qui donnent des améliorations dans les cas au début, mais restent inefficaces dans les tuberculoses osseuses avancées.

En opposant les deux statistiques de Cluj et du sanatorium marin, les auteurs montrent, d'une part, les mauvais résultats obtenus par le traitement fait transitoirement sur des malades soignés à domicile et ne venant à la clinique que pour changer les appareils, et les excellents résultats (84 p. 100 de guérisons chez les malades non suppurés) obtenus dans un hôpital hélio-marin.

Les résultats s'amélioreraient encore considérablement si les malades étaient envoyés plus tôt, et non lorsqu'ils sont déjà fistulisés. La mortalité s'est en effet élevée à 23 p. 100 chez les fistuleux, alors qu'elle n'est que de 1,5 p. 100 pour les non suppurés.

Les auteurs exposent ensuite les méthodes d'immobilisation, le traitement des abcès et les indications des interventions chirurgicales. Ils donnent en particulier les observations de cinq cas d'arthrodèse extra-articulaire, quatre pour des cas anciens qui ont parfaitement guéri, une autre pour une coxalgique en évolution qui est devenue fistuleuse et a succombé deux mois après l'opération de tuberculose généralisée.

Ils concluent à la nécessité de traiter les coxalgies dans des sanatoria spécialement aménagés à la mer ou à la montagne.

Rapport de M. Delitala (Venise).

L'auteur fait un rapport sur le traitement de la coxalgie au Lido de Venise, dans l'ospedale al Mare, le solarium de Malamocco, et dans les établissements dans lesquels il est chirurgien consultant.

532 coxalgies ont été soignées en dix ans.

Pour lui, la base du traitement consiste dans l'association d'un traitement orthopédique strict avec l'héliothalassothérapie. L'immobilisation est indispensable et avec les appareils de celluloïd, l'héliothérapie est facile à pratiquer.

Le but à rechercher est la suppression des complications pendant le traitement, et une ankylose en bonne attitude comme terminaison. On ne peut pas prétendre, par l'héliothalassothérapie, obtenir un raccourcissement de l'affection, et une guérison avec conservation des mouvements.

De toutes les méthodes de chirurgie active, il ne retient que les opérations correctrices des séquelles, la meilleure est l'ostéotomie sous-trochantérienne, et dans des cas choisis pour les pseudarthroses, l'arthrodèse extra-articulaire.

*
* *

Discussion des rapports

M. Clavelin (armée), chargé du service des tuberculoses osseuses à l'hôpital Percy, immobilise les coxalgiques dans l'appareil métallique à extension continue et suspension, avec point d'appui sur l'ischion du côté sain.

Il discute les indications de l'arthrodèse extra-articulaire chez l'adulte. Chez les malades en traitement, il a trouvé dans 40 p. 100 des cas des lésions pulmonaires ou des lésions osseuses multiples, ce qui, à cause du danger de généralisation constitue une autre indication.

Depuis 1928, il a soigné 58 coxalgies, avec 8 morts (foyers multiples); sur 25 malades guéris depuis plus d'un an, on a observé 3 récidives. 17 hanches solides, dont 7 ankyloses osseuses, 5 présentaient des mouvements et des douleurs, on a pratiqué avec succès l'arthrodèse extra-articulaire.

MM. Ed. Delcroix, de Haene et Berckmans (Ostende) insistent sur les difficultés du diagnostic (fausses coxalgies); 40 p. 100 des malades envoyés au sanatorium pour coxalgie, présentent d'autres lésions de la hanche.

Le traitement général domine tout le traitement. Son efficacité peut être contrôlée au moyen de la mesure du débit respiratoire au moyen du masque de Pech. On peut, avec cette méthode, dépister ces contre-indications au traitement hélio-marin.

Le traitement local consiste en maintien d'une immobilisation en attitude favorable. Les auteurs emploient l'appareil plâtré, avec redressement des positions vicieuses sous anesthésie s'il est utile.

La guérison est obtenue en deux ans. Il est nécessaire de porter un celluloïde pendant un an ou deux.

Pour les séquelles, le traitement suivant a été appliqué :

1° Coxalgies guéries avec attitude vicieuse, ostéotomie sous-trochantérienne;

2° Coxalgies guéries avec luxation iliaque, ostéotomie;

3° Pseudarthrose extra-cotyloïdienne, arthrodèse extra-articulaire.

Les auteurs concluent que le traitement de la coxalgie en milieu marin, associé à un traitement local approprié a transformé le pronostic de l'affection, réduisant la mortalité de 25 à 6 p. 100.

M. Vignard (Lyon) vient apporter des résultats éloignés des opérations d'évidement suivi de plombage, dans les coxalgies, à la période d'activité du foyer. Sur 200 coxalgiques, il en a opéré 67 en pleine poussée évolutive, ou dans des cas graves où la nécessité d'une résection pouvait se poser. Il y a eu, soit dans les premiers mois, soit tardivement, 15 morts soit 23 p. 100.

Dans 24 cas, il est intervenu tardivement, tantôt il a observé un tassement secondaire de la tête avec un raccourcissement de 3 à 5 centimètres, soit avec une ankylose, soit

une conservation des mouvements, enfin dans 7 cas, il s'est produit une luxation secondaire avec hanche ballante.

Les seuls bons résultats (8 cas), avec conservation de longueur du membre, mobilité articulaire et bonne fonction ont été obtenus dans des ostéites localisées, discrètes, avant que l'envahissement articulaire soit complet.

MM. Climesco et Af. Ianas (Roumanie) exposent le traitement de la coxalgie au sanatorium Carmen Sylva, près de Constanza. Ils insistent sur l'action bienfaisante de l'héliothérapie sur la teneur en hémoglobine et calcium du sang. La cure de bains de soleil ne doit pas être continue, mais interrompue de temps en temps pour donner une nouvelle excitation à l'organisme. La gymnastique respiratoire doit être pratiquée par le malade couché.

Ils ont été amenés cinq fois à pratiquer l'arthrodèse extra-articulaire pour des cas restés mobiles et douloureux; dans un cas, il y a eu rupture de greffon, et une autre fois, ouverture d'un abcès froid et élimination du greffon.

MM. Nové-Josserand, Bérard et Pouzet (Lyon) apportent la statistique des résultats éloignés des malades traités dans la clinique chirurgicale infantile de 1910 à 1930. Ils sont au nombre de 180. De 1910 à 1920, les malades étaient soignés en ville ou remportés au loin à la campagne. Sur 107 malades il y a eu 18 morts (17 p. 100). 35 malades ont été retrouvés, 25 examinés, 2 n'étaient pas encore guéris, 23 guéris dont 9 plus ou moins mobiles (4 stables, 5 boiteries). Les autres étaient ankylosés, 3 en bonne position, 11 en position vicieuse.

Il y a donc eu chez ces enfants mal soignés une mortalité élevée et un grand nombre d'ankyloses.

De 1920 à 1930, les malades ont été soignés dans des hôpitaux suburbains puis à l'hôpital maritime de Giens. Les résultats sont bien supérieurs. Sur 73 cas, 5 morts (6,8 p. 100). 37 malades ont été revus : 4 restitutio ad integrum, 13 hanches mobiles et instables dont plusieurs ont été arthrodisées, 1 luxation iliaque, 3 encore fistuleux, 2 ankyloses seulement.

L'action de la cure hélio-marine sur l'amélioration de la statistique n'est pas douteuse.

M. H.-L. Rocher (Bordeaux) s'élève contre l'anathème jeté contre un des rapporteurs sur l'emploi du grand plâtre pelvi-pédieux. Son emploi est indispensable pour les enfants soignés dans les consultations et remportés chez eux parfois au loin.

Il ne se considère pas comme interventionniste pour avoir opéré 4 fois des coxalgies en activité sur 200 cas observés. Il s'agissait dans ces cas de très jeunes enfants chez lesquels la coxalgie laisse des séquelles énormes. L'opération précoce a permis d'obtenir la guérison.

MM. Calot et Fouchet (Berck) apportent le résultat de 41 années de pratique à Berck. Elle se résume en l'emploi de méthodes absolument conservatrices : traitement général, immobilisation par le grand plâtre, l'extension continue ou l'association des deux, les injections modificatrices intra-articulaires. La seule opération admise par les auteurs dans le traitement de la coxalgie est l'ostéotomie sous-trochantérienne correctrice.

*
* *

Communications particulières.

M. Ugo-Camera (Milan), chez un homme de 30 ans présentant une coxalgie très douloureuse il pratique une résection économique ne supprimant que la tête fémorale. Le malade a été 24 mois en extension continue et a guéri avec une reconstitution de la tête fémorale, pas de raccourcissement, des mouvements étendus.

M. Félix Bérard (Lyon). Dans une série de projections l'auteur montre les voies d'abord de la hanche pour la pratique de l'arthrodèse dans la coxalgie. Il montre d'après 39 cas opérés à Lyon les différentes indications de l'opération.

Il projette ensuite un film cinématographique résumant l'histoire de l'arthrodèse de la hanche dans la coxalgie : indications, technique, résultats. Enfin il présente une malade opérée.

MM. Sorrel et Delahaye (Berck) résument les indications de l'arthrodèse de la hanche dans la coxalgie et projettent un film cinématographique montrant la technique de l'opération.

M. Coureaud (marine). Dans la tuberculose osseuse il ne faut opérer qu'à la phase de réparation. Il est très difficile de savoir l'âge de la lésion. La méthode de la sérofloculation de Vernes permet de l'indiquer à coup sûr. Employée par l'auteur depuis 1926 elle lui a permis de préciser que le taux qui est à 50 chez les malades en évolution tombe à 10 chez les malades en période de réparation. Si une ascension nouvelle se produit il faut craindre une rechute ou une autre maladie et ne pas opérer. Après l'opération il y a une ascension mais seulement passagère.

M. Decreton (Paris-Plage) expose les avantages climatiques du Touquet qui possède outre le climat marin, une forêt de pins, une source diurétique et une vaste piscine d'eau de mer chaude.

M. Nedelkoff (Bulgarie) expose les résultats obtenus par le traitement hélio-marin au sanatorium maritime près de Varna.

*
* *

RÉSOLUTIONS ET VŒUX

A la séance de clôture du Congrès qui était présidée par M. Gérard, sous-secrétaire d'Etat au Tourisme, ont été votés la résolution et les vœux suivants.

1. **Résolution.** — Le VIe Congrès international de Thalassothérapie enregistre avec satisfaction les résultats qui ont été obtenus, grâce au diagnostic plus précoce de la tuberculose infantile, et qui ont abouti :

1. A une diminution du nombre des malades.
2. A une atténuation de la gravité de leur affection.

2. **Vœux.** — Le VIe Congrès international de Thalassothérapie émet les vœux suivants :

A. Que les convalescents soient surveillés le plus longtemps possible dans la station où ils ont été soignés.

B. Que des centres d'apprentissage et de rééducation soient organisés dans les stations de cure marine.

C. Que des organisations semblables à celle qui actuellement se développe à Paris sous les auspices du Service social des hôpitaux sous le nom de « Retour de cure » soient généralisées pour tous les malades traités dans les hôpitaux marins.

D. Que les malades guéris dans une station marine y trouvent toutes facilités pour s'y fixer et y exercer une profession.

— Le prochain Congrès international de Thalassothérapie se tiendra en 1934 à Palerme.

La question mise à l'étude est : *l'Action physiologique de la cure marine sur le système lymphatique, et son action curatrice sur les tuberculoses ganglionnaires.*

*
* *

Nous ne pouvons terminer ce compte rendu sans rendre hommage à la parfaite organisation du Congrès, à l'accueil fait par la municipalité de Berck dans un banquet et soirée offerts au grand Casino de Berck, le 26 mai.

Le 27 mai, les Congressistes, après avoir été assister à

l'inauguration de la splendide piscine d'eau de mer chaude construite sur la plage du Touquet, furent les hôtes dans le cadre somptueux de l'Hôtel Picardy et du Casino du Touquet de la municipalité de Paris-Plage-le-Touquet.

Enfin le 28 mai le voyage se termina, pieusement, comme il convenait, par une visite des champs de bataille voisins : la crête de Vimy, Notre-Dame-de-Lorette — où reposent le long d'immenses avenues les « croix de bois » de toutes les nations alliées.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er JUIN 1931)

Sur un cinématographe ultrarapide donnant de 2.000 à 3.000 images par seconde. — MM. HUGUENARD et MAGNAN.

Recherches sur le rôle des lipides et des protéides sanguins dans les échanges d'eau dans l'organisme. — M. A. MACHEBEUF.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 JUIN 1931)

Proposition de vœu relatif à la revision de la loi de 1902. — M. Léon BERNARD, rappelant que l'Académie de médecine, à la demande de M. le ministre de l'Hygiène, a étudié et adopté en 1921, un projet de revision de la loi de 1902 rapporté par lui ; rappelant, d'autre part, les vœux qu'à différentes reprises l'Académie a émis relativement à la protection de la santé publique; annonce à la Compagnie que le rapport du docteur Legros, député, aboutissement des travaux de la Commission d'hygiène de la Chambre suscités par le projet de revision déposé naguère par M. Paul Strauss, est actuellement déposé à la Chambre. En raison de l'intérêt majeur qui s'attache à ce que la réforme ne soit pas différée davantage, M. Léon Bernard propose à l'Académie de formuler le vœu suivant : « L'Académie de médecine, consultée en 1921 par le gouvernement sur la revision de la loi de 1902, et frappée des imperfections et des lacunes de l'organisation sanitaire actuelle, qui constituent les facteurs de la mortalité qu'il importe d'abaisser dans notre pays, émet le vœu que le Parlement, saisi du rapport du docteur Legros, entame au plus vite la discussion de celui-ci, afin d'aboutir, grâce à des mesures nouvelles appropriées à l'état actuel de nos connaissances, à une protection plus efficace de la santé publique ; et prie M. le ministre de la Santé publique de bien vouloir appuyer le vœu de sa haute autorité. »

L'Académie décide de transmettre ce vœu à M. le ministre de la Santé publique.

La réforme des études dentaires. — La discussion sur la réforme des études dentaires reprend aujourd'hui.

M. Hayem demande de surseoir à la discussion; l'Académie, à une grosse majorité, décide de la rouvrir sans délai.

M. MARFAN propose à l'Académie :

1° De déclarer que la suppression du titre de chirurgien dentiste ne lui paraît pas justifiée ;

2° Que le diplôme de bachelier doit désormais être exigé de ceux qui désirent commencer les études nécessaires pour obtenir ce titre ;

3° Qu'il y a lieu de procéder à une réforme de ces études, lesquelles devront durer quatre années.

4° Que les écoles dentaires doivent être soumises à une surveillance attentive;

5° Que les chirurgiens dentistes qui désirent obtenir le diplôme de docteur en médecine devront se soumettre à toutes les conditions imposées aux autres étudiants sans dispenses, ni faveurs, ce qui entraîne la suppression de l'article 5 du projet de loi.

M. CAMUS apporte à son tour quelques observations.

A propos de la prétendue rareté du cancer en Egypte. — M. BRUMPT. Dans la séance de l'Académie de médecine du 19 mai dernier, le professeur Delbet a présenté et analysé un travail du docteur Schrumpf-Pierron, dans lequel ce dernier auteur affirme la rareté du cancer chez les paysans égyptiens qui seraient dix fois moins atteints que les Européens et explique cette rareté par la haute teneur en sels de magnésium du sol égyptien et de l'eau du Nil non filtrée.

M. Brumpt qui, en 1928, s'est occupé de la question des cancers bilharziens en Egypte n'est pas du tout de l'avis de M. Schrumpf-Pierron.

D'après lui, le cancer est aussi fréquent, sinon plus fréquent qu'en Europe, à en juger tout au moins par les seuls faits probants résultant des autopsies pratiquées à l'hôpital de Kars el Ainy du Caire. Il cite, dans son travail, toute la bibliographie accessible sur le sujet des cancers en Egypte et il montre que dans ce pays, comme dans beaucoup d'autres, les statistiques vitales concernant les causes de décès laissent beaucoup à désirer. Comme conclusion, M. Brumpt estime qu'on peut être surpris que M. Schrumpf-Pierron, pour soutenir l'hypothèse du rôle préventif du magnésium dans le cancer, ait choisi comme exemple l'Egypte dont les statistiques vitales plus ou moins obligatoires datent seulement de 1918 et dont la bibliographie médicale était très incomplète jusqu'à ces dernières années. M. Brumpt estime que l'hypothèse du rôle du magnésium dans la prophylaxie du cancer ne pourra être démontrée que par des statistiques parfaites, ce qui ne sera possible que dans de nombreuses années, ou mieux et plus rapidement par des recherches de pathologie expérimentale comparée sur des lignées d'animaux à prédisposition cancéreuse, comme ce qu'il compte faire avec ses élevages de souris de la Faculté de médecine où il récolte chaque mois de douze à quatorze sujets présentant spontanément des adéno-carcinomes de la mamelle.

Le calcium dans les éliminations urinaires. — M. Desgrez présente une note de M. P.-L. VIELLE (de Vittel) et P. DUFOURT (de Vichy) sur le rôle important que joue le calcium dans les éliminations de l'acide urique chez les goutteux et certains rhumatisants chroniques. Ces malades n'arrivent à éliminer facilement leur acide urique que s'il forme avec le calcium une certaine combinaison.

Cette combinaison serait entre autres réalisée par les eaux minérales du type Vittel, dont l'action est bien connue sur l'uricémie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1931)

Forme azotémique pure d'une amylose rénale. — M. ABRAMI, Mme BERTRAND-FONTAINE, MM. LICHTWITZ et LAUDAT.

Un cas de splénomégalie mycosique. — MM. M. LABBÉ et R. BOULIN.

Athérome généralisé de l'artère pulmonaire avec béance du trou de Botal. (*Présentation de pièces*) — MM. APERT et BAILLET.

Une épidémie familiale de streptococcie. — MM. Chabrol et Waitz.

Rétraction des aponévroses palmaires et plantaires. Coexistence de gros troubles sensitifs du type syringomyélique. — MM. J. Rouillard et R.-A. Schwob.

Rhumatisme vaso-moteur. — M. May.

Sur des abcès putrides du poumon et leur évolution apparemment favorable. Du traitement par l'émétine. — MM. Etienne Bernard, Patourel, Decourt et Louvet rapportent cinq observations de suppurations pulmonaires putrides localisées ayant eu une tendance spontanée à évoluer vers la guérison. Ces cas, malgré leur relative bénignité, s'opposent aux abcès simples par l'odeur nauséabonde de l'haleine et de l'expectoration, et par le fait d'une flore microbienne comportant toujours une multiplicité de germes. Ces cas ont tous été traités par l'émétine. Deux fois cette thérapeutique n'a pas été suivie de modifications évidentes; deux fois elle s'est accompagnée d'une augmentation de l'expectoration puis d'une amélioration assez rapide; une fois il y a eu parallélisme entre le traitement et la guérison clinique. Il s'agit donc d'une thérapeutique qui mérite d'être tentée.

Sur les cinq malades dont la guérison clinique remonte pour la plupart à neuf mois, la restitution anatomo-radiologique n'a été obtenue que dans deux cas. Mais les auteurs se demandent si les reliquats des lésions sous forme de fines arborisations ou d'épaississements broncho-vasculaires ne sont pas résidus inévitables dans une affection dont la tendance sclérogène est si grande.

La guérison dans tous ces cas a été suffisamment rapide (un mois à quatre mois et demi) pour qu'il n'y ait jamais eu à discuter une intervention chirurgicale.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(séance du 21 avril 1931)

A propos du pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. — M. Armand-Delille s'associe aux conclusions des membres de la Société de Pédiatrie qui ont discuté la communication de M. Ameuille; elles montrent que les formes régressives des réactions périfocales sont fréquentes chez l'enfant, si on a soin de les suivre par des radiographies en série.

Il ne faudrait pas cependant que cette discussion contribue



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Aix-les-Bains, station thermale, est aussi un centre d'excursions en Savoie. — Les touristes ont un moyen pratique de visiter les plus beaux sites de la Savoie; c'est d'emprunter les autocars P.-L.-M. qui assurent les circuits automobiles organisés en été, au départ d'Aix-les-Bains, et qui sont les suivants : Aix-Mont-Revard-Aix, par Chambéry, les Déserts, le col de Plampalais, le pont de l'Abîme; Annecy-Gorges du Fier, par Hauteville et Rumilly; le lac du Bourget par l'Abbaye de Hautecombe et le col du Chat, la Grande Chartreuse par Chambéry, les grottes des Echelles et le col du Granier; le lac d'Aiguebelette par les Echelles, la Bauche-les-Bains, le col de l'Epine; la Chambotte, par Saint-Germain; le tour du lac d'Annecy par le pont de l'Abîme, Talloires, Menthon, Annecy; le circuit Aix-Genève par Annecy et Saint-Julien; enfin, l'étape de la route des Alpes, Aix-Chamonix, par Annecy, Cluses et le Fayet.

Demandez tous renseignements complémentaires, notamment les jours de fonctionnement des services, aux bureaux et gares P.-L.-M. ou au bureau des autocars, place du Revard, à Aix-les-Bains.

à répandre l'opinion que le pneumothorax est inutile chez l'enfant. L'auteur s'associe aux conclusions du dernier congrès de la tuberculose dans lequel tous les phtisiologues ont été d'accord pour affirmer que le pneumothorax a complètement transformé le pronostic de la tuberculose pulmonaire, et permet, si on intervient à temps, de guérir des sujets qui. abandonnés à eux-mêmes, étaient irrémédiablement perdus.

Gommes du foie. — MM. L. Babonneix et A. Miget présentent le foie d'un nourrisson hérédo-syphilitique à la surface duquel se voient des gommes volumineuses, crues, où le microscope n'a pas décelé la nécrose massive, avec infiltration de mononucléaires et de plasmazellen qu'on s'attendait à trouver, mais où M. Sézary a mis en évidence d'indiscutables spirochètes.

Hernie diaphragmatique chez le nourrisson. — MM. L. Babonneix et A. Miget présentent un nourrisson de quatre mois porteur d'une hernie diaphragmatique mise en évidence par la radioscopie. Il semble que la plus grande partie du côlon soit passée dans l'hémithorax gauche. L'état général étant insuffisant et l'intervention offrant une certaine gravité, les auteurs, après avoir pris l'avis de M. Mouchet, ont décidé, pour le moment, de ne pas recourir à la chirurgie.

Un cas d'hépato-splénomégalie chez l'enfant. — M. L. Babonneix et Mlle F.-B. Lévy présentent un garçon de quatorze ans atteint d'hépato-splénomégalie chronique qui semble relever de l'hérédo-syphilis.

Paralysies simultanées chez la mère et chez le nouveau-né. — MM. L. Babonneix et A. Miget présentent une jeune femme qui, à la suite de l'accouchement, a été prise d'une paralysie des sciatiques poplités externes; quant à son enfant, il est atteint d'une paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial droit et d'une monoplégie flasque du membre inférieur droit. L'explication de ces phénomènes est malaisée.

Hémiplégie infantile avec atrophie optique. — MM. L. Babonneix et A. Miget présentent une fillette atteinte d'hémiplégie infantile et d'atrophie optique. Les cas de ce genre ne sont pas fréquents, et, dans la littérature, on n'en compte pas plus d'une dizaine.

Hématémèses répétées chez un jeune sujet atteint de choréo-athétose. — M. L. Babonneix et Mlle F.-B. Lévy présentent un enfant de quatorze ans, atteint de choréo-athétose congénitale et sujet, depuis plusieurs années, à des hématémèses. Quelle est la cause de ces accidents que n'expliquent ni la clinique, ni les examens de laboratoire? Les auteurs discutent l'hypothèse de maladie de Wilson, pour conclure, avec les réserves d'usage, à une syphilis gastrique.

Nævus variqueux ostéo-hypertrophique. — M. Apert présente un cas de cette curieuse affection dans lequel l'accroissement rapide du membre malade entraîne une disproportion marquée avec celui du côté sain et commence à provoquer des troubles fonctionnels.

Sensibilité actinique de la peau chez l'enfant. — M. Saïdman a exploré systématiquement la sensibilité de la peau chez le jeune enfant et peut prouver que les rayons ultraviolets ont une action plus complexe que les corps irradiés et n'agissent pas seulement par formation de ces derniers dans la peau.

Maladie de Basedow et allaitement. — M. Deglos a autorisé l'allaitement au sein chez quatre de ses malades atteintes de maladie de Basedow,

Dans trois cas, les résultats furent satisfaisants tant pour la mère que pour l'enfant qui progressa normalement; mais dans une quatrième observation, l'allaitement fut nettement insuffisant et l'enfant présenta des troubles d'hypo-alimentation qui ne cédèrent qu'après sevrage.

Péritonite à pneumocoques chez le nourrisson. — M. Hallez rapporte un cas de péritonite à pneumocoque typique coexistant avec un abcès gingival également pneumococcique. L'enfant fut traité d'abord par la sérothérapie, mais devant la gravité des symptômes, on se décida à intervenir le septième jour : on put confirmer le diagnostic clinique et constater l'absence totale de tendance à l'enkystement. Mort le lendemain de l'intervention.

Deux cas de cachexie thérapeutique. — M. Jules Renault rapporte ces deux observations de M. Ferru (de Poitiers). Dans les deux cas il s'agit de cachexie progressive due à la suppression du lait au cours d'un eczéma sans que l'on observe d'amélioration de l'eczéma par suite de cette modification de régime. La réalimentation lactée n'aggrava pas l'eczéma, mais amena une reprise rapide du poids et de l'état général.

Le B. C. G. à Sao-Paulo. — M. C. Ferrero.

Le miel dans la diététique et la thérapeutique infantile. — M. Momaguerra utilise couramment chez l'enfant le miel, qui est parfaitement toléré, influe heureusement sur la courbe du poids et semble jouir de propriétés antiputrides.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 15 juin. — Jury : MM. Legueu, président; Ménétrier, Leroux, Portes. — M. Sabatier. Action de quelques médicaments sur la muqueuse urétrale et sur les suppurations chroniques de l'urètre. — M. Cavéribert. La vie et l'œuvre de Rayer (1793-1867).

Mardi 16 juin. — Jury : MM. Brindeau, président; Villaret, Tanon, Sézary. — M. Bompart. L'hystérectomie abdominale pour fibrome pendant la grossesse, technique, résultats. — M. Felsenwalle. Recherches expérimentales sur la gale. — M. Tran van Dô. Causes locales et prophylaxie du choléra au Tonkin. — M. Joua Israëli. Sur un nouveau type de syndrome pruriglandulaire à participation hépatique. — M. Voustad. Etude de la péricardite avec épaulement, diagnostic et traitement des péricardites tuberculeuses et pneumococciques.

Jeudi 18 juin. — Jury : MM. Achard, président; Bernard, Sebileau, Lejars. — M. Calvet. Traitement des états prétuberculeux et tuberculeux pulmonaires par un composé séro-médicamenteux. — M. Mattei. Essai sur les perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax thérapeutique. — M. Wyrz. A propos de trois cas d'épithélioma primitif de l'oreille moyenne. — Mlle Zimmer-Leibovici. Des ostéo-périostites tuberculeuses primitives des os du nez.

Jeudi 18 juin. — Jury : MM. Cunéo, président ; Duval, Terrien, Velter. — M. Fleurance. Une nouvelle technique opératoire par extériorisation des cancers coliques. — M. Marie. Invagination intestinale aiguë primitive de l'adulte. — Mlle Bogoraz. De l'hypertension au cours des irido-cyclites.

Samedi 20 juin. — (Thèse vétérinaire.) Jury: MM. Jeannin, président ; Rathery, Coquot, Lesbouyries, Robin. — M. Duparc. Accouchement césarien chez nos femelles domestiques. — M. Béchade. De la sédimentation spontanée du sang chez le chien.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE ARRETTE.

GAZETTE DES HOPITAUX

JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES INTERNATIONALES

Paris, *22 juillet — 4 août 1931.*



Reproduction de l'affiche dessinée
par le docteur Maurice ROLLET
pour les Journées médicales coloniales.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les syndromes ictéro-hémorragiques en pathologie tropicale, par M. le professeur Tanon et M. R. Neveu.
Les phénomènes d'intolérance à la quinine, par M. Pierre Sée.
Les parasitoses du tube digestif (helminthiase et protozoaires les plus fréquents), par M. L. Caillon.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Mal de Pott de l'adulte. Formes cliniques. Diagnostic. Traitement.

PROGRAMME DES JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES

Mercredi 22 juillet (Matin). — Séance d'ouverture, présidée par M. le maréchal Lyautey, assisté du professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris; du professeur Radais, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris; du professeur de Lapersonne, président de l'Académie de médecine; du professeur Roux, du professeur Calmette, directeur et sous-directeur de l'Institut Pasteur; du professeur Teissier, professeur à la Faculté de médecine et à l'Institut de médecine coloniale; de l'inspecteur général du Service de santé des colonies Lasnet et des présidents des différentes séances des Journées médicales.

Mercredi 22 juillet (Soir). — *Enfance indigène.* — Présidence du professeur Bordas, du Collège de France et du médecin général Thiroux, du Corps de santé colonial.

1. Natalité et mortalité infantiles aux colonies : M. Thiroux; 2. Protection de l'enfance en Indochine : M. Lalung-Bonnaire; 3. Protection de l'enfance en A. O. F. : M. Crozat.

Jeudi 23 juillet (Matin). — *Stegomya. Fièvre jaune.* — Présidence du professeur Pettit, de l'Institut Pasteur et du docteur Bouet, du Corps de santé colonial.

1. Le stegomya en A. O. F. : docteur Laigret; 2. Sérums et vaccins de la fièvre jaune : MM. Pettit et Stefanopoulo.

Jeudi 23 juillet (Soir). — *Anophèle. Paludisme.* — Présidence du professeur Marchoux, de l'Institut Pasteur et du docteur Blanchard, du Corps de santé colonial.

1. L'anophèle : professeur Roubaud; 2. Organisation du Service antipalustre en Indochine : docteur Robin, de l'Institut Pasteur.

Vendredi 24 juillet (Matin). — *Lutte contre la maladie du sommeil.* — Présidence du professeur Mesnil, de l'Institut Pasteur et du docteur Gustave Martin.

Résultats obtenus : *a.* au Cameroun : docteur Jamot; *b.* en A. E. F. : docteur Sicé.

Trypanosomiase dans les Colonies portugaises d'Afrique : docteur Kopke (de Lisbonne).

Communication : Les tendances actuelles de la thérapeutique chimique des maladies à trypanosomes : professeur Launoy, de la Faculté de pharmacie de Paris.

Vendredi 24 juillet (Soir). — *Maladies cutanées (spécialement lèpre) et syphilis dans les pays chauds.* — Présidence du professeur Jeanselme et du médecin général Mathis, directeur de l'Institut Pasteur de Dakar.

1. Traitement et prophylaxie de la lèpre aux colonies : docteur Stevenel; 2. Lutte contre la lèpre à la Société des Nations : docteur Burnet, secrétaire de la Commission de la lèpre à la S. D. N; 3. Prophylaxie de la lèpre au Brésil et en Argentine : docteur Raoul Bernard, de Bruxelles; 4. Lèpre dans l'Inde Portugaise : docteur Froilano de Mello, de Goa; 5. Formes cliniques de la syphilis aux colonies : docteur Lacapère; 6. Prophylaxie et traitement de la syphilis aux colonies : docteur Léger; 7. Syphilis et pian : docteur Toullec.

Samedi 25 juillet (Matin). — *Transmission des maladies communes à l'homme et aux animaux.* — Présidence du professeur Leclainche et du médecin général Camail, du Corps de santé colonial.

1. Les maladies infectieuses et parasitaires des animaux transmissibles à l'homme dans les colonies : professeur Panisset.; 2. Situation de Madagascar, au point de vue de la tuberculose des animaux : M. Krick, vétérinaire à Madagascar; 3. Le rôle du vétérinaire colonial : M. Monod, vétérinaire au Maroc.

Samedi 25 juillet (Soir). — *Aviation sanitaire.* — Présidence du professeur Richet et du médecin-général Rouvillois.

1. Histoire de l'aviation sanitaire : docteur Foveau de Courmelles; 2. Utilisation de l'aviation sanitaire aux colonies : médecin-commandant Quemener, capitaine Michel et médecin-capitaine Martinet; 3. Aviation sanitaire au Maroc

et en Syrie : médecin-colonel Epaulard, colonel Cheutin; 4. Chirurgie et aviation sanitaire : communication du médecin-commandant Lacaze, professeur au Val-de-Grâce et communication du médecin-colonel Botreau-Roussel, professeur à l'Ecole de Marseille.

Immigration exotique. Police sanitaire maritime. — Présidence du docteur Abt, directeur de l'Office international d'hygiène publique et du docteur Dufougeré, du Corps de santé colonial.

1. Immigration exotique : docteur René Martial; 2. Police sanitaire maritime : docteur Ribot, directeur de la Santé à Marseille.

Dimanche 26 juillet. — Voir Programme des fêtes. Visites. Réceptions.

Lundi 27 juillet (Matin). — *Aviation sanitaire.* — Présidence du sénateur Chassaing et du médecin général inspecteur Rigollet.

1. L'aviation sanitaire en A. O. F. : médecin-colonel Passa, et commandant Bouscat; 2. L'aviation sanitaire en Indochine : médecin-colonel Passa, et capitaine Michel; 3. Communication du colonel de Prémorel, commandant de l'aviation d'Indochine.

Alimentation en eaux potables et parasitisme intestinal. — Présidence du professeur Brumpt et du docteur Noël Bernard, de l'Institut Pasteur.

1. Alimentation en eaux potables : docteur Pons; 2. Parasitisme intestinal : docteur Blanchard; 3. Infections d'origine hydrique aux colonies : docteur Brau; 4. Résultats d'une campagne de déparasitation chez les troupes noires en France : docteur Stevenel.

Lundi 27 juillet (Soir). — *Pharmacologie coloniale.* — Présidence du professeur Perrot et du pharmacien général Bloch.

1. Considérations sur la production des plantes médicinales dans les colonies françaises et, en particulier, des chaulmoogra, strophantus et quinquina : professeur Perrot; 2. Exercice de la pharmacie aux colonies : M. Bloch; 3. Rôle du pharmacien colonial aux colonies : M. Cheyssial; 4. Procédés de purification des eaux d'alimentation : M. Colin; 5. La médecine sino-annamite et ses enseignements : docteur Sallet.

Mardi 28 juillet (Matin). — *Protection sanitaire et démographique des populations autochtones.* — Présidence du professeur Nattan-Larrier, du Collège de France et du docteur Brau, du Corps de santé colonial.

1. La protection démographique et les grands emprunts coloniaux : docteur Lasnet; 2. Les Instituts Pasteur et le développement des populations : docteur Noel Bernard; 3. Programme de protection démographique : *a.* Au Maroc : docteur Colombani; *b.* En A. O. F. : docteur Sorel; *c.* En Indochine : docteur Hermant.

Mardi 28 juillet (Soir). — *Alimentation des populations autochtones. Hygiène du travail.* — Présidence du professeur Tanon et du docteur Léger, du Corps de santé colonial.

1. Protection sanitaire de la main-d'œuvre : docteur Heckenroth; 2. Etudes expérimentales sur les produits azotés aminés : professeur Schaeffer, de Strasbourg; 3. Régime alimentaire des populations autochtones et moyens pratiques de remédier à la sous-alimentation : docteur Tournier, contrôleur de la Métropole à l'alimentation du côlon.

Mercredi 29 juillet (Matin). — *Assistance médicale aux colonies.* — Présidence du docteur Georges Brouardel et du docteur Colombani, directeur des Services sanitaires du Maroc.

1. Fonctionnement de l'Assistance médicale au Maroc : docteur Colombani; 2. Fonctionnement de l'A. M. en Indochine : docteur Lalungbonnaire; 3. Fonctionnement de l'A. M. à Madagascar : docteur Dumas; 4. Fonctionnement de l'A. M. en A. O. F. : docteur Fulconis.

Mercredi 29 juillet (Soir). — Présidence de M. le Gouverneur Cognacq et du docteur Hermant, médecin de l'Assistance médicale en Indochine.

1. Formation et recrutement du personnel médical européen de l'Assistance : docteur Lasnet; 2. Ecole de médecine de l'A. O. F.; Formation morale et technique des médecins indigènes : docteur Couvy; 3. Formation et rôle des sages-femmes et des infirmières-visiteuses en A. O. F. : docteur Crozat; 4. La vaccination anti-variolique aux colonies; Organisation ancienne et actuelle; Son importance sociale; Ses résultats : docteur Rigollet.

Jeudi 30 juillet (Matin). — *Chirurgie coloniale.* — Présidence du professeur Lenormant et du médecin général inspecteur Emily, du Corps de santé colonial.

1. Traitement chirurgical de l'éléphantiasis : docteur Botreau-Roussel; 2. Complications chirurgicales des infections coloniales : docteur X...

Jeudi 30 juillet (Soir). — Présidence du professeur Pauchet et du docteur Botreau-Roussel, du Corps de santé colonial.

1. L'Institut du radium en Indochine : docteur Le Roy des Barres; 2. Myosites infectieuses coloniales : docteur X...

Démonstrations pratiques d'aviation sanitaire. — Présidence de l'inspecteur général du Service de santé Lasnet et du médecin-colonel Schickelé.

Vendredi 31 juillet (Matin). — *Spécialités médicales et chirurgicales.* — Présidence du docteur Morax et du docteur Motais, médecin colonial à Saïgon.

1. Le trachome en Afrique : docteur Cuénod; 2. Le trachome en Indochine : docteur Fleury; 3. Etudes sur l'importance de l'emploi des prothèses dentaires inoxydables dans le milieu colonial : docteur Massonnet.

Vendredi 31 juillet (Soir). — *Stations thermales et climatiques.* — Présidence du professeur Desgrez et du médecin général Coulogner, du Corps de santé colonial.

1. Stations thermales et climatiques dans les Colonies françaises : docteur Abbatucci; 2. Stations thermales et climatiques utilisées par les coloniaux dans la Métropole : professeur Bonnin, de Bordeaux.

Séance de clôture. — Présidence de l'inspecteur général du Service de santé Lasnet et du professeur Tanon.

Congrès internationaux et intercoloniaux (rattachés aux Journées médicales coloniales). — *Samedi 1er août* (Matin). — *Démographie coloniale.* — Président français : M. le sénateur Strauss, membre de l'Académie de médecine.

(Soir). — M. le médecin général inspecteur Sieur, membre de l'Académie de médecine.

1. Les problèmes de démographie aux colonies : docteur Lasnet; 2. Des mesures prises par les Administrations publiques et les entreprises privées pour fixer les populations et améliorer les conditions de leur habitat : M. Labouret; 3. Réglementation des migrations de colonies à colonies : *a.* Emigration asiatique au Congo français : docteur Boyé; *b.* Main-d'œuvre annamite hors de l'Annam : docteur Hermant.

Dimanche 2 août. — Les doctrines médicales coloniales actuelles (discussion internationale).

Lundi 3 août (Matin). — *Assistance médicale.* — Président français : docteur Jules Renault, membre de l'Académie de médecine.

(Soir). — Professeur Pinard, membre de l'Académie de médecine.

1. Historique de l'Assistance médicale aux colonies : docteur Jouvelet; 2. Situation matérielle des médecins de l'Assistance aux colonies : docteur Alphand; 3. L'Enfance indigène : docteur Crozat; 4. Organisation mobile d'assistance : *a.* Enseignement de l'hygiène; *b.* Visites périodiques, dépistage, phophylaxie, contrôle des nourrissons; docteur Cazaove; 5° Organisation fixe d'assistance : cliniques, dispen

saires, maternités, sanatorias. Lutte contre les fléaux sociaux: alcoolisme, tuberculose, cancer.

Mardi 4 août (Matin). — *Alimentation.* — Présidents français : amiral Lacaze, président de l'Institut colonial français.

(Soir). — M. Alcide Delmont, ancien sous-secrétaire d'état aux colonies.

1. Valeur alimentaire des produits coloniaux : docteur Tournier; 2. De l'alimentation et du travail indigène; 3. Règles d'hygiène dans la préparation, la conservation des aliments : docteur Gauduchau; 4. Contribution des produits coloniaux à l'alimentation de la Métropole; 5. Echange de produits alimentaires entre les colonies.

Note. — Les noms des rapporteurs français ne sont inscrits qu'à titre de première indication, le droit reste entier pour chaque nation de traiter le sujet indiqué.

Chaque Congrès international a un président étranger désigné au moment du Congrès et un président français dont le nom figure dès à présent au programme.

Fêtes. Visites. Réceptions. — *Mercredi 22 juillet.* — A 17 h. : réception et thé chez Mᵐᵉ la maréchale Lyautey, 5, rue Bonaparte, Paris.

Jeudi 23 juillet. — Après-midi : fête de l'enfance à l'exposition. Réception et thé chez Mᵐᵉ la marquise de Ganay, château de Courances (Forêt de Fontainebleau).

Vendredi 24 juillet. — Après-midi : théâtre annamite. Société des Gens de lettres; à 17 h. : réception à l'Hôtel de Ville; soir : La nuit indochinoise.

Samedi 25 juillet. — A 11 h. : visite de l'Ecole d'Alfort; après-midi : Journée indochinoise, promenade du dragon; soir : soirée cinématographique.

Dimanche 26 juillet. — Matin : Bois de Vincennes; plateau de Gravelle; Ecole de Joinville; Jardin colonial; Château de Vincennes; visite du Château sous la conduite de M. E. Lemarchand, historien du Château; visite de la bibliothèque et du musée de la Grande guerre, sous la conduite de M. Camille Bloch, conservateur; après-midi : Exposition coloniale.

Lundi 27 juillet. — A 17 h. : réception à l'Aéro-Club de France, rue Galilée, Paris; à 20 h. : dîner par petites tables au restaurant Indochinois.

Mardi 28 juillet. — A 1 h. 30 : visite des établissements Citroën; à 17 h. : réception et thé chez Mᵐᵉ la vicomtesse Benoist d'Azy, 4, rue Fabert, à Paris.

Mercredi 29 juillet. — Matin : visite aux établissements Farman et Renault; à 2 h. 30 : visite au centre médical du Bourget; à 17 h. : visite du Muséum et de la Cité universitaire. Soirée : réception en collaboration avec le commissariat général (soirée théâtrale).

Jeudi 30 juillet. — A 15 h. : démonstration d'aviation sanitaire, sous la présidence de M. le ministre de l'Air.

Vendredi 31 juillet. — Soirée : banquet. Musique de la Garde Royale anglaise et concert par la musique de la Garde Républicaine. Des visites, après les Journées médicales coloniales, à un certain nombre de stations thermales et climatiques sont à l'étude. Le programme en sera donné ultérieurement.

Comité d'organisation.

Bureau. — Président d'honneur : M. le médecin général inspecteur Rigollet (Corps de santé colonial); président : M. le docteur Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris et à l'Institut de médecine coloniale; vice-présidents : MM. le pharmacien général Bloch (Corps de santé colonial); Panisset, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort; secétaire général : M. le docteur Georges Boyé, rédacteur en chef de *L'Hygiène sociale*; secrétaire général adjoint : M. le docteur Gautier, médecin colonel en retraite (Corps de santé colonial); trésorier : M. le docteur Léon Giroux, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris; secrétaire des séances et conseiller artistique : M. le docteur Maurice Rollet.

Cotisation. — Membres actifs : 100 fr.; membres associés (familles des congressistes, étudiants) : 50 fr.

Envoyer les adhésions au secrétaire général : docteur Georges Boyé et les cotisations au compte Chèques postaux, Paris 1547.16, comité d'organisation des Journées médicales coloniales, 112, boulevard Haussmann, Paris (VIIIᵉ), ou par chèque barré au trésorier, docteur Léon Giroux, 3, rue Saint-Philippe-du-Roule, Paris.

Un banquet sera organisé au cours des Journées médicales coloniales. Prière d'envoyer les adhésions au banquet et le montant (soixante francs) en même temps que la cotisation. Un insigne-souvenir (plaquette en bronze, œuvre du docteur Maurice Rollet, peintre-graveur, frappée par le maître Marey) sera remis à chaque congressiste).

Avantages et facilités. — *Réductions pour les transports.* — *a.* Chemins de fer français : les grandes Compagnies des chemins de fer français (Est, Midi, Nord, Orléans, P.-L.-M. et l'administration des chemins de fer de l'Etat) accordent en faveur des congressistes, une réduction de 50 p. 100 (moins l'impôt) sur le prix du voyage direct, de leur gare de départ en France jusqu'à Paris et retour.

b. Chemins de fer étrangers : des réductions variables (20 à 35 p. 100) suivant les pays parcourus, sont consenties aux adhérents des Journées médicales coloniales.

c. Compagnies de navigation maritime et aérienne : il en est de même pour les Compagnies de navigation maritime et aérienne (10 à 25 p. 100).

Hôtels. — Une circulaire détaillée indique les prix spéciaux des chambres dans les diverses catégories des hôtels à Paris. Là aussi, les meilleures conditions sont obtenues pour nos adhérents.

Exposition coloniale. — Entrée gratuite pour les congressistes pendant les Journées médicales coloniales.

Fêtes de nuit. — Entrée gratuite pour les congressistes pendant les Journées médicales coloniales.

Attractions. — Entrée gratuite dans celles de l'Exposition, réduction dans les attractions privées.

Restaurants de l'Exposition. — Réduction de 10 à 15 p. 100. Réduction analogue dans des restaurants de Paris dont la liste sera donnée ultérieurement.

Fêtes et réceptions. — Voir programme ci-dessus.

Comité des dames. — Un comité s'occupera spécialement des dames accompagnant les congressistes et inscrites régulièrement. Des réceptions, des visites dans les Grands magasins et aux Expositions, pouvant particulièrement intéresser les dames, seront organisées.

Visites de Paris et des environs. Excursions en France. — En plus des visites prévues dans le programme des Journées médicales coloniales, des excursions seront spécialement étudiées pour nos congressistes :

Paris, Vincennes, Versailles, les bords de la Seine, Saint-Cloud, Malmaison, Compiègne et Pierrefonds, Fontainebleau, un certain nombre de stations thermales et climatiques.

Passeports. Change. Billets de théâtres. — Pendant la durée des congrès, le bureau spécial de tourisme s'occupera sur place de toutes les questions pouvant faciliter les visas des passeports et le change des monnaies.

Des billets à prix réduits pour les théâtres seront à la disposition des congressistes.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat général, 112, boulevard Haussmann, Paris.

(Voir la suite des « Informations », *p. 947.)*

LES SYNDROMES ICTÉRO-HÉMORRAGIQUES EN PATHOLOGIE TROPICALE

Par M. le professeur L. TANON et M. R. NEVEU.

La note communiquée à l'Office international d'hygiène publique, par le professeur Ricardo Jorge, sur plusieurs épidémies nautiques de malaria à forme typhoïdique simulant, du moins au début, la fièvre jaune, donne un regain d'actualité à l'étude des syndromes ictéro-hémorragiques en pathologie tropicale. Elle montre combien le diagnostic peut être difficile quand on se trouve en présence de cas frustes ou des premières manifestations du typhus amaryl.

Dernièrement, en effet, de véritables épidémies de paludisme avec ictère, ont été constatées à bord de cargos provenant d'Afrique occidentale. Elles rappelaient les typhoïdes bilieuses des anciens médecins de la marine française. L'allure clinique avait d'abord fait penser à la fièvre typhoïde; puis devant la gravité de certains cas rapidement mortels, avec lésions viscérales, surtout hépatiques, on songea à la fièvre jaune; ensuite, on reconnut qu'il s'agissait uniquement de malaria.

On retrouve là, les mêmes incertitudes cliniques, les mêmes inquiétudes qu'avaient éprouvées les cliniciens du XIXe siècle, à l'époque où on ne connaissait pas l'agent du paludisme. Les observations de Ricardo Jorge rappellent celles de Corre (qui étaient les premières), et prouvent à nouveau que l'on a le droit d'être hésitant, quand on se trouve en présence de malades provenant de pays où il apparaît de temps en temps quelques manifestations de typhus amaril.

La notion d'endémicité, peut rendre service; mais elle peut aussi créer une confusion. Il y a plus de cinquante ans que Bérenger-Féraud disait que dans les cas douteux, pour affirmer la fièvre jaune, il fallait s'appuyer sur les commémoratifs; ceux-ci indiquant : 1° que la maladie existait déjà à l'état d'épidémie dans la localité ou 2° qu'elle n'y existait pas; ou au moins, qu'on ne l'avait pas encore constatée. Dans le premier cas, le diagnostic était rendu plus probable. Dans le second, ce n'était que lorsque la succession des symptômes attirait spécialement l'attention que l'on pouvait avoir la hardiesse (suivant l'expression de Bérenger-Féraud), de formuler une opinion qui restait malgré tout, en l'absence de démonstrations positives, plus ou moins hypothétiques.

Actuellement, l'examen du sang et l'expérimentation biologique autorisent des diagnostics plus précis, et sont absolument nécessaires, surtout si l'on songe aux conséquences qu'ils entraînent en matière de prophylaxie sanitaire internationale. C'est grâce à eux que l'on a pu éliminer le typhus amaryl, dans les intéressantes observations de Ricardo Jorge que nous résumons :

Le cargo allemand *Ernst Brokelmann* arrive le 27 septembre dernier à Lisbonne, revenant du Sénégal où il a fait escale à Dakar, Rufisque et Kaolak. Le médecin sanitaire de Lisbonne trouve 10 malades à bord sur 21 hommes d'équipage. Ils présentent tous de la fièvre, de la céphalalgie, une langue saburrale, de la bradycardie et une prostration très accentuée avec délire.

Le 1er, le 2 et le 3 octobre, quatre de ces malades meurent.

Le navire poursuit sa route et de nouveaux cas se produisent à bord ; un marin est débarqué à Dunkerque et deux à Amsterdam.

Devant la violence de cette épidémie, on pense d'abord à une affection du groupe typhoïdique, mais les séro-agglutinations restent négatives. On songe alors à la fièvre jaune, car l'un des malades a présenté un ictère caractéristique peu de temps avant de mourir.

Les autopsies montrent une hypertrophie de la rate, un aspect stéatosique du foie, des reins, du myocarde, et de l'œdème pulmonaire.

On émet alors l'hypothèse que ces matelots ont été contaminés dans une escale en A. O. F. Déjà en 1911 un jauneux infecté en Guinée Portugaise était venu mourir au Lazaret de Lisbonne.

Mais avant de poser officiellement ce diagnostic, M. Ricardo Jorge demanda au Service de santé des colonies s'il existait des cas de fièvre jaune en A.O.F. Le médecin inspecteur général Lasnet, répondit aussitôt qu'il n'y en avait pas pour le moment au Sénégal.

C'était là un argument de première importance, auquel s'en ajoutèrent deux autres : l'absence d'albumine, et l'absence d'altération nécrotique du foie. On sait en effet, que Gouzien a beaucoup insisté sur la présence de l'albumine dans la fièvre jaune, dont Vidaillet avait fait un symptôme précoce de premier ordre, auquel Cazanove (Cours des grandes endémies tropicales) accorde aussi une importance considérable.

C'est alors que le docteur Luiz Figueiria eut l'idée de faire des frottis de la pulpe splénique dans laquelle il retrouva du pl. Falciparum. Il s'agissait d'une forme grave de paludisme contracté vraisemblablement à Kaolak où les marins étaient descendus à terre.

Ces observations justifient donc ce qui vient d'être dit, et montrent combien le diagnostic dans certains cas peut-être difficile, d'autant plus que la fièvre jaune et le paludisme peuvent se rencontrer chez le même malade ainsi que l'a fait remarquer à nouveau Cazanove à la Conférence africaine de la fièvre jaune (Dakar 1928).

*
* *

L'épidémie de paludisme à forme ictéro-hémorragique qui a sévi sur l'équipage de l'*Ernst Brockelmann* n'est d'ailleurs pas unique.

D'autres navires arrivèrent à Lisbonne à peu près à la même époque, avec des cas semblables, moins sévères sans doute, mais cependant de même allure.

Le vapeur allemand *Anna Marguareth Petersen* parti le 14 septembre de Balthurst, fut obligé au retour de relâcher à Lisbonne, car 9 hommes de l'équipage sur 18 étaient malades. Tous présentèrent

de la fièvre, de la céphalalgie, un abdomen douloureux, de la diarrhée.

Le paquebot français *Belle-Isle* revenant du Brésil et ayant fait escale à Dakar, arriva à Lisbonne le 4 novembre, avec trois matelots déserteurs anglais qui durent être hospitalisés pour fièvre, rachialgie, vomissements. Pour ces malades, le traitement par la quinine trancha tout de suite le diagnostic. Enfin le 20 novembre, le vapeur *Margaret Cordes* dût relâcher à Lisbonne, venant de la Gambie Britannique, car 8 hommes sur 24 étaient atteints des mêmes symptômes.

Voici donc qu'en peu de temps, une série de coïncidences ramènent l'attention sur une question qu'on croyait définitivement résolue. Elles permettent de reprendre des hypothèses soulevées il y a quelques années, et momentanément abandonnées. C'est ainsi qu'à propos des cas de fièvre jaune survenus en 1926 sur la Côte Occidentale d'Afrique, alors qu'aucune épidémie n'avait été signalée depuis longtemps, Morisseau à la Société de médecine et d'hygiène tropicales soulevait la même discussion, signalait les mêmes hésitations et reprenait les mêmes arguments en faveur de paludisme avec complications hépatiques.

Les circonstances de lieu lui paraissaient secondaires. Il revenait ainsi à l'opinion de Dutrouleau qui, en 1868, frappé de certaines analogies symptomatiques entre la bilieuse hématurique et la fièvre jaune, avait soutenu que leurs rapports géographiques n'étaient que le résultat de coïncidences, et que la fièvre jaune « avait ses malades, comme elle avait ses foyers » qu'elle respectait ceux qu'elle avait touchés une première fois et n'atteignait guère que ceux qui arrivaient dans le pays ou sévissait la maladie. Cette notion d'immunité était pour lui, la plus importante, et quand elle existe, l'analyse des symptômes doit suffire. L'ictère apparaît très tôt dans la bilieuse hématurique, et manque assez souvent pendant le cours de la fièvre jaune ou n'apparaît qu'à la fin.

Il signalait encore avec juste raison que l'albuminurie précoce, qui est un des principaux symptômes du typhus amaril, se rencontre souvent dans la bilieuse hématurique. Elle est due certainement à l'élément hémorragique de ces deux affections.

La question de lieu n'interviendrait pour lui que sous cette forme : le séjour prolongé dans un pays où sévit la fièvre jaune à l'état endémique donne l'immunité, alors qu'au contraire le séjour prolongé dans les pays impaludés prédispose à la bilieuse hémoglobinurique.

C'est une opinion analogue qu'avait exprimée Laveran lorsqu'il disait que le diagnostic différentiel de ces deux maladies était en général facile, en dehors de l'examen du sang.

Nous ne pensons pourtant pas que cette opinion soit tout à fait exacte lorsque la notion d'endémicité n'existe pas. S'il est vrai que la fièvre jaune atteint surtout les nouveaux venus, alors que la bilieuse s'attaque plutôt aux vieux paludéens, il y a cependant des cas où des coloniaux paludéens peuvent être atteints de fièvre jaune ou que les deux maladies se superposent. Les observations de Ricardo Jorge montrent également que le doute, tout au moins au début, est légitime, et que l'examen du sang peut seul trancher le diagnostic.

Gouzien, dont l'autorité en matière tropicale est indiscutable, tout en remarquant que la fièvre jaune n'avait pas toujours la même distribution géographique que la bilieuse hémoglobinurique — puisque en Grèce, au Tonkin, à Madagascar, il n'y en a pas — constatait que bien souvent, dans certains pays, les deux maladies évoluaient ensemble, et il citait à ce sujet l'épidémie de 1906 au Soudan.

On comprend qu'alors le diagnostic soit particulièrement délicat et puisse prêter à maintes erreurs dans les premiers jours.

Si l'on analyse d'autres observations, on se rend compte que la fièvre jaune, à son début, a été souvent confondue avec la fièvre bilieuse dans les pays où elle est endémique. Bellow-Treille a vu même dans cette dernière une forme spéciale de fièvre jaune, opinion qui n'a pas été maintenue. Pellarin, dans son mémoire sur la fièvre hématurique, rapporte et commente l'observation de Dutroulau sur l'épidémie qui éclata sur le brick *Le Cuirassier* en 1833. Elle est à rapporter, car à cinquante ans de distance, elle reproduit celles de Ricardo Jorge :

« Nous partîmes, écrit-il, pour la Martinique et nous arrivâmes fin août. La fièvre jaune ne régnait pas dans le pays et n'y avait pas paru depuis 1827. Nous y restâmes huit jours, après lesquels nous partîmes pour Saint-Domingue. A moitié route, un officier fut pris de tous les symptômes de la fièvre jaune que je reconnus facilement, bien que je ne l'eusse vue encore que dans les livres. Le jour suivant, un matelot fut pris des mêmes accidents, et huit autres avant notre arrivée à Port-au-Prince. Là existait une épidémie intense de fièvre jaune et les termes de comparaison ne me manquèrent pas pour confirmer mon diagnostic. L'épidémie continua à bord avec un caractère de bénignité qu'elle était loin d'avoir à terre et sur les bâtiments marchands qui étaient voisins de nous...

... Ce n'est que vers le 25e degré de latitude que l'épidémie nous quitta après avoir duré deux mois et avoir atteint 54 hommes dont un avec vomissement noir et deux avec ictère. »

Comme le dit Corre, il semble bien y avoir eu erreur de diagnostic, et s'être agi plutôt de fièvre bilieuse.

Ces exemples qu'on pourrait multiplier, ne sont pas rares, et l'on cite souvent le cas du brick anglais *Centurion* où l'on observa 150 cas qui prêtèrent à la même confusion. J.-M. Laurent encore dans un travail présenté à la Société de médecine et d'hygiène tropicales, en 1926, a analysé l'évolution de tous les cas de fièvre jaune déclarés dans le Golfe du Bénin, depuis plus de vingt ans. Pour lui, tous ces cas, ou tout au moins, le plus grand nombre étaient du paludisme. Ne jugeant, il est vrai, que du point de vue clinique, il fait remarquer que le vomito negro qui entraîne presque toujours le diagnostic n'est pas un symptôme exclusif de la fièvre jaune. Il trouve une preuve de son affirmation dans le fait que les noirs furent atteints alors qu'ils auraient dû être immunisés s'il s'était agi vraiment de typhus amaryl. Dans

cette épidémie du golfe Bénin, J.-M. Laurent a pensé uniquement au paludisme, laissant de côté le spirochète ictéro-hémorragique, car jamais on ne constata l'ictère spécial ni les réactions méningées du début.

Spire, également, a soutenu que la différenciation précoce au Dahomey, comme d'ailleurs à la côte d'Ivoire, était absolument impossible à établir et que ce n'était qu'à la phase ultime qu'on pouvait poser le diagnostic.

Quelquefois même, on a confondu sous des désignations diverses, ces deux maladies; comme beaucoup de médecins de la marine anglaise qui, sous le nom de malarious yellow fever ou de febris icteroïde remittens, désignaient jadis une maladie assez complexe analogue à notre paludisme bilieux. Lorsqu'on lit soigneusement la description qu'en donne Aitken on s'aperçoit qu'il ne s'agissait pas du tout de fièvre jaune. Cette fièvre d'origine nettement malarienne était caractérisée par une céphalée intense et de l'ictère, mais il n'y avait pas d'albumine dans les urines; en outre, elle ne semblait pas contagieuse.

Peut-être s'agit-il dans ces cas de la spirochétose ictérigène épidémique qui a été observée dans certaines régions africaines, à Dakar, par Leger; à Bouaké par Stevenel et qui est très voisine de la spirochétose ictéro-hémorragique. M. Blanchard, Lefrou et Laignet ont étudié cette maladie à l'Institut Pasteur à Brazzaville. Elle présente cliniquement deux formes très nettes : l'une ictéro-hémorragique avec tendance au syndrome amaryllique, l'autre pulmonaire avec ictère.

En aucun cas, il n'y a de contagion directe, les expériences ont démontré que les punaises étaient les agents transmetteurs.

Dans une série d'autres recherches, MM. Blanchard et Lefrou ont décelé des spirochètes dans le sang d'Européens atteints d'un syndrome qui rappelait la Bilieuse hémoglobinurique. Or cette affection est une complication du paludisme. Schuffner, aux Indes néerlandaises; Van Hoof, au Congo belge ont rencontré et décrit des cas semblables.

* * *

Quoi qu'il en soit, cette courte étude montre combien il est difficile de poser le diagnostic dans un pays où la fièvre jaune existe à l'état endémique, et combien le problème est compliqué quand les examens du laboratoire restent négatifs, ce qui n'est pas rare.

Le syndrome ictéro-hémorragique se rencontre dans tous les cas d'ictère grave et selon l'expression même de Ricardo Jorge « ce signe de défaillance hépatique fait partie de la symptomatologie de la rémittente bilieuse, de l'ictère grave infectieux palustre. »

Enfin, il existe un autre syndrome qui peut faire penser, tout au moins au début au typhus amaril, c'est la fièvre à vomissements noirs des enfants à la Guadeloupe, que Hébrard a décrite jadis, et au sujet de laquelle Gaide, en 1891, a publié un travail fort intéressant.

A la Société de médecine et d'hygiène tropicales, Wurtz et Thiroux présentèrent pour la première fois à Paris, un jeune garçon, originaire de Pointe-à-Pitre qui avait eu à neuf mois, à deux ans, à six ans et à huit ans les symptômes classiques de cette affection : nausées, malaises, vomissements noirs, hypertrophie de la rate, urines albumineuses, ictère, fièvre à type rémittent.

Il est à constater que les petits malades éloignés de leur foyer ne disséminent pas la maladie et que la recherche des hématozoaires dans le sang s'est toujours montrée négative. Si certains symptômes font songer à la fièvre jaune, la dissociation du pouls et de la température, ainsi que les récidives doivent, comme l'a fait remarquer Thiroux, faire écarter ce diagnostic. Il est vrai cependant que Rodriguez au Mexique a signalé des cas nets de récidive de la fièvre jaune, alors qu'on pense généralement que celle-ci confère l'immunité.

Toutes ces observations anciennes ou nouvelles tirent leur intérêt du fait qu'elles prouvent une fois de plus combien en l'absence des constatations microscopiques, lesquelles ne sont pas toujours positives, le diagnostic entre les deux maladies peut être difficile en dehors du temps d'épidémie. Elles montrent aussi qu'il faut se garder de faire sans réserves et sans un examen approfondi, les déclarations prévues par les Conventions sanitaires et par les décrets, déclarations qui provoquent toute l'application des mesures sanitaires internationales.

LES PHÉNOMÈNES D'INTOLÉRANCE A LA QUININE

Par M. Pierre SÉE,

Docteur ès sciences, lauréat de l'Académie de médecine.

La quinine est, en thérapeutique, d'un emploi si courant que, depuis bien des années déjà, les médecins ont pu observer des sujets présentant vis-à-vis de ce médicament, des phénomènes d'intolérance. Comme l'a rappelé Laveran, certaines personnes ont une sensibilité particulière à la quinine. Trousseau et Pidoux ont vu, à l'hôpital de Tours, une jeune religieuse rester « folle » pendant un jour, pour avoir pris, en une dose, 1g25 de sulfate de quinine. Un autre malade absorba en une fois 3 grammes de sulfate de quinine pour se guérir d'un asthme qui revenait quotidiennement. Quatre heures après, il éprouva des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, des étourdissements, des vomissements. Sept heures après, il était aveugle, sourd et délirant. Les accidents cédèrent spontanément au milieu de la nuit.

Un homme vigoureux, observé par Floyer, présentait après une prise de sulfate de quinine, même à très faible dose (0g15). une violente dyspnée et de l'urticaire. Rizu observa une malade qui, chaque fois qu'elle absorbait du sulfate de quinine, même en très petite quantité, avait une vive congestion de la face, puis un véritable accès d'orthopnée et de l'urticaire. Piskiris (d'Athènes) a vu deux cas d'hémorragie intestinale chez des malades atteints d'ané-

mie paludéenne, à la suite de l'administration de sulfate de quinine.

Kobner, chez un enfant, à la suite d'une injection hypodermique de 0g30 de quinine, a assisté aux phénomènes suivants : éruption scarlatiniforme (observée dans un autre cas par Feulard), coliques, écoulement sanguinolent par l'anus. Grosskopff a constaté des faits du même genre.

Dans l'observation de Witherspon, une malade, quinze minutes après ingestion de quinine, présenta du prurit, de la rougeur et de la tuméfaction de la peau, de la congestion conjonctivale avec sécrétion lacrymale, une rougeur intense de la gorge, de la céphalalgie, des nausées avec vomissements; les urines étaient rares et colorées. Il se produisit ensuite une desquamation de la peau en larges lambeaux. La moindre dose avait toujours provoqué chez elle des accidents semblables.

On a signalé aussi l'apparition d'une dermatite bulleuse (James Johnston).

H. E. Kersten a vu l'intolérance se traduire par des hémorragies de la peau et des muqueuses, avec céphalée, abattement, faiblesse, pâleur, etc.

Manoussakis a rappelé des cas de malades qui, après absorption de quelques milligrammes de quinine, présentèrent des érythèmes hyperpyrétiques graves.

Dans le cas de Spire et Léger les phénomènes d'intoxication se traduisirent par des symptômes gastro-intestinaux, une éruption cutanée, des accidents oculaires et auditifs et, dans celui de Vialatte et Remontet, par du purpura.

Les observations pourraient être multipliées; elles sont presque toutes caractérisées par les mêmes symptômes; et offrent souvent cette particularité de mentionner qu'une dose même très faible de médicament suffit pour provoquer ces accidents.

La quinine détermine souvent, c'est une notion classique, des troubles oculaires (amaurose, amblyopie) et auditifs (bourdonnements). Elle agit aussi sur l'utérus, etc. Tous ces phénomènes sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister; on en trouvera une excellente relation dans divers Traités et notamment dans le *Manuel de médecine tropicale* de Castellani et Chalmers.

L'hémoglobinurie est un symptôme fréquent dans le paludisme. Quel est le rôle de la quinine dans sa production? La question a été très discutée; elle est d'ailleurs si complexe qu'elle nécessite une étude particulière, d'autant que l'action spéciale de la quinine a été invoquée comme cause de la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

*
* *

L'examen des symptômes d'intolérance quinique permet de les classer en deux catégories. Les premiers peuvent être considérés comme des phénomènes d'intoxication propres à la quinine (quoique à la vérité certaines autres substances puissent aussi donner des accidents analogues), c'est-à-dire qu'ils se manifestent sur des organes où la quinine exerce normalement son action, soit à fortes doses, soit à petites doses chez les sujets hypersensibles. C'est le cas des accidents oculaires, de la surdité, des vertiges.

L'amblyopie de la quinine, notamment après emploi de doses trop fortes, pourrait être en relation avec la constriction des artères de la rétine et avec la dégénérescence des cellules des ganglions de la rétine (in Castellani et Chalmers). Les bourdonnements, etc., sont dûs à une congestion de l'oreille moyenne et du labyrinthe.

On sait aussi que les sels de quinine ont un effet de dépression sur le myocarde; l'alcaloïde tend à paralyser le centre bulbaire du pneumogastrique. Des phénomènes analogues s'observent sur les vaisseaux, sur les centres vasomoteurs.

L'état individuel du sujet joue, sans doute ici, un rôle important et il faut faire entrer en ligne de compte le taux du calcium, le milieu ionique, la réserve alcaline.

Il en est de même de l'action de la quinine à doses assez élevées sur l'utérus, qui est plus marquée en milieu alcalin, tandis qu'elle diminue en milieu acide. Zipf a vu, de même, sur des grenouilles, que la contracture quinique des muscles est renforcée par la présence de cations polyvalents.

On doit donc distinguer ici, aux effets normaux de la quinine, l'hypo et l'hypersensibilité. On peut même prononcer le mot d'idiosyncrasie. La sensibilité faible est aussi une idiosyncrasie à la quinine. Elle est d'ailleurs souvent ignorée, car c'est avant tout la sensibilité augmentée, c'est-à-dire forte, que l'on redoute, puisqu'elle empêche l'emploi thérapeutique de la quinine.

Les symptômes de la seconde catégorie sont, au contraire, d'ordre banal. C'est le cas des érythèmes (où la lumière joue aussi un rôle, la quinine étant fluorescente), des hémorragies cutanées, de l'urticaire, étudié récemment par Edouard Joltrain, et signalé notamment par Leroux, des phénomènes digestifs, de l'asthme, de la dyspnée, des états d'asphyxie, avec troubles vasomoteurs et refroidissement. C'est là une symptomatologie banale que l'on observe aussi bien avec l'albumine d'œuf, par exemple, qu'avec la quinine. Les territoires sont toujours les mêmes, quelles que soient les substances qui provoquent les crises. La symptomatologie n'a rien de « quinique », si l'on peut s'exprimer ainsi.

Les accidents sont dûs ici à des états de sensibilité, anaphylactiques ou allergiques, L'hémoclasie est un « déclanchement », qui peut être produit dans des circonstances variées. Laveran avait déjà signalé que les exanthèmes quiniques relèvent de prédispositions individuelles.

Mais doit-on parler ici d'idiosyncrasie ou d'anaphylaxie?

A. Le Dantec a écrit : « Les anciens désignaient sous le nom d'idiosyncrasie la sensibilité particulière que présentent certains individus vis-à-vis d'un médicament donné, voire même d'un aliment.

Cette idiosyncrasie ressemble à l'anaphylaxie de Richet; seulement au lieu d'être provoquée par l'injection préalable d'un antigène anaphylactisant, elle est née de toutes pièces, sans préparation; elle est, en un mot, spontanée. » Pietro-Maria Niccolini

émet une opinion analogue : « L'idiosyncrasie, dit-il, est un phénomène rentrant dans le groupe de l'hypersensibilité; il est voisin de l'anaphylaxie, mais il doit en être distingué. »

L'idiosyncrasie quinique offre cette particularité, signalée pour la première fois par Guillon, de ne se manifester que lorsqu'on prend le médicament par voie digestive. Par toute autre voie parentérale, il ne se produit aucun choc hémoclasique (observation de Dufougeré, de Montal), au moins dans la plupart des cas (1).

L'interprétation de ce fait est assez délicate. Le Dantec estime que, chez ces personnes idiosyncrasiques, la quinine subit probablement, dans le tube digestif, quelque transformation préalable. On peut aussi admettre qu'il s'agit d'une question de résorption, qui serait plus lente, quand la quinine est injectée sous la peau.

Bœrner et O'Malley et Richey, puis Edlavitch, ont constaté que les sujets qui présentent une hypersensibilité à la quinine sont, et sont seuls, capables de manifester une cuti-réaction par application sur la peau légèrement scarifiée d'une solution d'un sel de quinine. Cette réaction semble analogue à celle que l'on observe dans d'autres cas d'hypersensibilité.

L'idiosyncrasie semble réellement exister chez certains sujets. D'autres faits plaident en faveur de l'anaphylaxie.

Ainsi, E. Manoïloff, ayant prélevé du sang chez différentes personnes au moment où elles avaient présenté des phénomènes d'intolérance à la quinine, a injecté leur sérum à des cobayes et à des lapins. Il a constaté que, chez les animaux ainsi préparés, l'injection d'une dose de quinine inoffensive pour des animaux témoins amène un effet foudroyant.

Le bon effet de la méthode de Besredka peut être aussi un argument en faveur de cette opinion. Il est donc possible, comme le dit notamment Broden, qu'il y ait des cas d'intolérance naturelle à la quinine et d'autres d'intolérance acquise.

Certains malades peuvent d'ailleurs se désensibiliser spontanément (observation de Plutarque et Moralis).

* * *

Quelle est maintenant la part de la quinine dans la production de l'hémoglobinurie? Il semble certain que cette dernière puisse être déclanchée par le médicament.

Comme le rappellent Jouenne, Vinson dans leurs thèses (Paris 1909 et 1928), les premières observations d'hémoglobinurie quinique semblent dues à Lebeau (1850) et Le Roy de Méricourt (*Th. de Paris* 1853), M. J. Daullé en a fait le sujet de sa thèse (Paris, 1857), et d'un article dans la *Gazette des hôpitaux*, 7 janv. 1858, puis observation de Pellarin (1855), Berenger-Féraud et Berettas (1856).

Tomaselli, de Catane, fut un des principaux promoteurs de la théorie quinique. Il faut citer aussi une importante communication de Jaccoud, à l'Académie de médecine en 1876. Les médecins français de nos Colonies eurent rapidement l'occasion d'observer des cas d'hémoglobinurie quinique (Duchassaing, Gorron et Carreau). Les cas de A. Gasbarrini, J. W. Stephens et W. Scott, de Ch. Joyeux sont très intéressants.

Les auteurs allemands Plenhe, Dœring, etc., ont beaucoup insisté sur l'action hémolysante de certains sels de quinine.

L'hémoglobinurie quinique est apyrétique, selon certains auteurs; mais l'accès est, en général, identique aux autres formes. La confusion est donc possible, comme le signale Clarac.

Stephens estime que l'hémoglobinurie est sans rapport avec la dose de quinine, mais qu'elle est due à l'état du milieu sanguin. Castellani et Chalmers pensent, au contraire, qu'il y a relation entre la quinine et l'hémoglobinurie. La quinine produirait l'hémolyse des globules rouges.

La quinine, on le sait, détruit *in vitro* les globules rouges (Lépine).

Il est certain aussi que la quinine touche le globule rouge électivement, peut-être aussi plus facilement si elle a été modifiée par la lumière.

L'action nocive sur l'hématozoaire se réalise, selon la théorie de Morgenroth, par fixation de la quinine sur le globule rouge.

Léon Binet et Fabre ont démontré que la quinine se fixe sur les hématies, où elle se trouve encore abondante après qu'elle a disparu du plasma.

Selon Nocht et Kikuth, *in vitro*, la quinine n'augmente pas le pouvoir hémolytique d'un ambocepteur spécifique; mais dans l'organisme, de petites doses suffisent à l'accroître fortement. Cette action activante de la quinine a été observée chez le chien, le chat, le lapin. La quinine renforce aussi les propriétés hémolytiques du venin de cobra.

Les phénomènes de l'hémolyse sont trop complexes pour que l'on puisse analyser l'influence que la quinine exerce sur eux. On sait qu'on a supposé aussi que les phénomènes dépendraient d'impuretés du sel.

L'action de la quinine semble donc indéniable, mais, d'autre part, la quinine ne saurait être tenue pour responsable de tous les accès. L'hémoglobinurie existait déjà au temps d'Hippocrate et l'on connaît d'innombrables cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique chez des individus qui n'ont jamais pris de quinine.

Il faut distinguer le rôle des différents facteurs qui peuvent s'associer dans la production de l'hémoglobinurie. Ce sont, tout d'abord, l'état défectueux du sang et des viscères (le foie, en particulier) chez les paludéens chroniques. Or, Giemsa a démontré que la quantité de quinine s'éliminant par l'urine, ne représente environ que le tiers de la quantité administrée. Les deux autres tiers sont principalement retenus par le foie, les reins, la rate, le cerveau et les capsules surrénales.

M. Grossmann assure que l'injection de quinine, qui est sans action sur le nombre des leucocytes chez les sujets ayant un foie normal, abaisse le chiffre de ces éléments chez les hépatiques. U. N.

---

(1) Héran et Saint-Girons ont vu un malade présenter une éruption ortiée, même après emploi de quinine en injection.

Brachmachari et P. B. Sen ont observé un malade atteint de kala-azar et non paludéen, chez qui la quinine déterminait régulièrement de l'hémoglobinurie. Au cours d'une crise, le sérum du sang périphérique ne contenait que des traces indosables d'hémoglobine dissoute, tandis que le sérum du sang prélevé par ponction au foie en accusait 10 p. 100. Donc, assurent les auteurs, le processus hémolytique se produit vraisemblablement dans cet organe. Ils émettent l'hypothèse pathogénique suivante : chez les sujets prédisposés à l'hémoglobinurie quinique, le médicament serait retenu dans le foie plus longtemps que chez les sujets normaux, et il atteindrait un degré de concentration suffisant pour dissoudre les globules rouges contenus dans cet organe, déterminant ainsi l'hémoglobinémie, puis l'hémoglobinurie.

D. de Blasi suppose que la quinine n'agit pas comme un activant de l'hémolyse, mais en supprimant l'action des substances inhibitrices de l'hémolyse. Ces dernières tirent peut-être leur origine du processus d'immunisation; et elles peuvent, chez certains paludéens, sous l'influence de la quinine, disparaître temporairement.

Il semble légitime de conclure que l'hémoglobinurie a une origine mixte. L'action hémolysante de la quinine, qui serait à peu près inexistante aux doses thérapeutiques chez les sujets normaux, se trouverait renforcée chez les paludéens par le mauvais état du foie et des globules rouges, dû à l'infection et au séjour prolongé aux Colonies. Le terrain est donc préparé chez les paludéens. Cette opinion est défendue par le professeur Marchoux, par G. C. Simpson et C. S. Edic, par R. Bijon et par M. Ghiron.

Comme le rappelle Destouches, Angelo a montré, pour l'hémolyse des paludéens, l'importance du facteur héréditaire et familial.

La tendance actuelle est de faire de l'hémoglobinurie quinique un accident d'ordre anaphylactique, avis exprimé par Joyeux dans le *Précis de médecine coloniale*. Dupuis, Montel, Pasteur Vallery-Radot ont rapporté des observations à ce sujet. Pendant la guerre, notamment, l'on vit des accidents graves, avec œdème de la glotte, crises asthmatiformes, syncopes, etc., en somme de véritables chocs, survenir quelques heures après l'absorption de 0gr50 à 1 gramme de quinine.

Dupuis fait remarquer que l'accès succède généralement à un refroidissement, ce qui peut constituer un argument en faveur de cette théorie.

Les divers symptômes qui ont été décrits en rapport avec une hypersensibilité, l'idiosyncrasie, l'anaphylaxie, peuvent coexister, en tout ou en partie, chez certains malades, ce qui rend la question plus complexe encore.

Il n'y a pas de dogme en biologie et en médecine, et il semble difficile d'établir, entre les diverses catégories de symptômes, des lignes de démarcation.

La médecine ayant toujours pour but final la guérison ou l'amélioration du malade, il reste à formuler quelques conclusions pratiques. Notons d'abord, avec Laveran, que les faits d'intolérance à la quinine sont heureusement rares.

Ensuite, il est possible de combattre l'anaphylaxie digestive vis-à-vis de la quinine.

Le Dantec, s'inspirant de la méthode de Besredka a, en effet, chez un malade, prescrit avec succès une petite pincée de quinine, deux heures avant la dose thérapeutique.

Abrassart, Grantham-Hill conseillent aussi d'accoutumer les sujets intolérants à la quinine par des doses préparantes, progressivement croissantes.

W. Mollow, dans cinq cas d'idiosyncrasie quinique, a obtenu la désensibilisation en administrant *per os* 0gr50 de peptone, une demi-heure avant la prise de quinine. Le résultat fut acquis et définitif au bout de cinq jours.

Le même traitement paraît avoir agi favorablement chez un malade atteint de F. B. H.

Sergent fait remarquer que, pendant la saison froide, le paludisme étant en diminution, on n'emploie pas, en général, de quinine. Cette suppression rend l'organisme plus sensible au médicament, d'où nécessité de reprendre de très petites doses à la saison paludéenne suivante.

Il semble donc que la cessation de la quinine rende l'organisme plus sensible au médicament. Dans l'observation de Grantham-Hill, le sujet, désensibilisé par de faibles doses, omit un jour de prendre de la quinine et il eut, le lendemain, après absorption de la dose habituelle, une légère dyspnée pendant une demi-heure.

Ce fait trouve peut-être son explication dans les observations de Manoussakis (d'Athènes). Cet auteur a constaté que la quinine peut être bien supportée par les sujets intolérants, à la condition que la dernière dose absorbée ne soit pas complètement éliminée au moment où le médicament est à nouveau administré (soit en ingestion, soit en injection). Tel malade, réagissant fortement à une faible dose (2 centigrammes), supporte le lendemain, sans réaction, une dose beaucoup plus forte (25 centigrammes) et, les jours suivants, 40 centigrammes par prise quotidienne. Après un intervalle de quarante-huit heures. la réaction se produit à nouveau.

L'observation de ces faits justifie une pratique d'après laquelle les Européens, appelés à vivre sous les tropiques, doivent prendre 10 ou 15 grains de quinine par la bouche, pour empêcher les phénomènes d'idiosyncrasie (Castellani et Chalmers).

Les faits d'intolérance à l'égard de la quinine ne diminuent donc en rien la valeur de ce médicament, dont les indications sont nombreuses et qui reste toujours un des moyens les plus efficaces de la lutte contre le paludisme.

BIBLIOGRAPHIE

ABRASSART. Un cas d'intolérance quinique. *Ann. de la Soc. belge de méd. trop.*, mai 1921, t. I, p. 149.

R. BIJON. Etude expérimentale chez l'homme de l'influence de la quinine dans la pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique, *Bull. de la Soc. de pathol. exot.*, 13 oct. 1915, t. VIII, p. 597.

Léon BINET et FABRE. Fixation de la quinine sur les hématies *in vivo*. *Soc. de biol.*, 20 juillet 1929, t. CI, p. 1068.

De Blasi. *Atti della Soc. per gli studi della Malaria*, 1909, t. X, Rome.
Bœrner. *Journ. amer. med. Assoc.*, 24 mars 1917, t. LXVIII.
U.-N. Brachmachari et P.-B. Sen. Observations sur le mécanisme de l'hémoglobinurie quinique chez l'homme, *Ind. Journ. med. research.*, 1925, t. XIII, n° 2, p. 357, et 1926, n° 3, p. 695.
Broden. Intolérance à la quinine, *Ann. de soc. belge med. trop.*, mai 1921. t. I, p, 153.
Castellani et Chalmers. *Manuel of trop. med.*
Daullé. Cinq années d'observations médicales à Madagascar, *Th. de Paris*, 1857; — Diagnostic de la fièvre pernicieuse ictérique et de la fièvre jaune. *Gaz. des hôp.*, 7 janv. 1858, n° 2.
Destouches. *La quininé en thérapeutique*. Un vol., Paris, Doin, éditeur.
Edlavitch. Cutaneous reaction to quinin in quininidiosyncrasy, *Journ. amer. med. association*, 27 déc. 1919, t. LXXIII, p. 1933.
Gasbarrini. Contributo allo studia dell'emoglobinuria da chinino nella malaria, *Malaria e mal. di paesi caldi.* mai-juin 1915, t. VI, p. 115.
Ghiron. Pathogénie de la fièvre bilieuse, *Arch. f. Sch. u. Trop. Hyg.*, 1927, n° 2, p. 63 et n° 3, p. 113.
Grantham-Hill. Notes on a case of idiosyncrasy for quinin., *Trans. R. Soc. trop. med. u. Hyg.*, 16 nov. et 21 déc. 1922, t. XVI, p. 326.
Grossmann. La quinine et l'hémoclasie, *Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, 1923, t. XCVII, p. 147.
Joltrain (Edouard). *Les Urticaires*. Un volume, Paris, Doin, édit.
Jouenne. Enquête sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique, *Th. de Paris*, 1909.
Joyeux. *Précis de pathologie exotique*, Masson, Paris.
H.-E. Kersten. Zur Chininidiosyncrasie, *Arch. f. Sch. u. Tropenhyg.*, mai 1918, t. XXII, p. 149.
Laveran. *Traité de thérapeutique*, 8e édition, t. II, p. 487.
Le Dantec. *Etude pharmacodynamique de la quinine.*
E. Manoïloff. Idiosyncrasie à l'égard des sels de brome et de quinine, considérée comme manifestation d'hypersensibilité, *Zeitschr. f. Immunitätsforsch. I. Orig.*, 14 oct. 1911, t. IX, p. 425.
Manoussakis. Méthode pour éviter les troubles quiniques de nature idiosyncrasique. *Bull. Ac. de méd.*, 29 avril 1930.
W. Mollow. Zur Behandlung der Chininidiosynkrasie. *Arch. f. Sch. u. Trop. Hyg.*, 1925, t. XXIX, n° 3, p. 135.
Pietro-Maria Niccolini. L'idiosyncrasie, ses rapports avec l'anaphylaxie et avec d'autres phénomènes considérés sous l'aspect pharmacologique, *Arch. internationales de pharm. et de thérap.*, 1928-1929, vol. XXXIV-XXXV, p. 323 et 424.
Nocht et Kikuth. Action hémolytique de la quinine, *Arch. f. Sch. u. Tropenhyg.*, 1929, t. XXIII, p. 355.
O'Malley et Richey. *Arch. Int. med.*, oct. 1919, t. XXIV.
G.-C. Simpson et E.-S. Edic (Liverpool). On haemoglobine metabolisme in malarial fever. Part. II. Infl. of quinine, *Ann. of trop. med. a paras.*, 30 déc. 1912, t. XVI, n° 4 p. 443.
Stephens et Scott. Studies in Blackwaterfever. III. The relations hips of quinin to Black-Waterfever, *Ann. of. trop. med. a. paras.*, 18 mars 1915, t. IX, p. 201.
Vialatte et Remontet. Un cas de purpura provoqué par la quinine, *Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1929, t. XCI, n° 3. p. 345.
Vinson. Etude critique de la pathogénie et de l'étiologie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique, *Th. de Paris*, 1928, Jouve, édit.
Zipf. *Arch. exp. Path. Pharm.*, 1929, n° 140, p. 56.

LES PARASITOSES DU TUBE DIGESTIF

(HELMINTHIASE ET PROTOZOAIRES LES PLUS FRÉQUENTS)

Par le docteur Louis CAILLON,
Médecin de l'hôpital thermal de Vichy.

En dépit des travaux multiples publiés ces quinze dernières années, malgré la crainte éprouvée par certains auteurs de voir exagérer à nouveau l'importance accordée autrefois aux vers intestinaux, il s'en faut que leur rôle pathogène soit admis suffisamment dans la médecine courante.

Le fait d'être porteur de parasites paraît encore à beaucoup trop de médecins comme un épiphénomène et non comme une maladie véritable. Or les mots de Téniase, d'Oxyurose, de Trichocéphalose, d'Ascaridiose, etc., doivent être maintenant compris de tous; ils correspondent à des maladies possédant une étiologie et une symptomatologie bien déterminées, provoquées par des parasites à caractères biologiques propres. Une description précise de ces maladies tend à remplacer le fouillis des symptômes et des réactions de toutes sortes dont l'aspect protéiforme avait surpris les anciens auteurs.

Les mots de parasitose, d'helminthiase sont plus généraux; ils expriment ce qu'ont de commun les diverses formes des affections dues aux parasites, ils permettent de grouper les questions par lesquelles elles se touchent : pathogénie, action sur l'organisme, prophylaxie, etc. Ce sont ces idées générales qui nous ont guidé dans ce travail et c'est cette vue d'ensemble que nous avons voulu exposer.

Cette étude comprendra :

1° Des généralités sur les parasites les plus fréquents; nous n'envisageons que les caractères intéressant le clinicien au point de vue du diagnostic et de la prophylaxie (1).

2° L'importance de la parasitose en pathologie générale, digestive, chirurgicale.

3° La symptomatologie. — Quand doit-on penser à la parasitose ?

4° Le diagnostic. — La parasitose devant le laboratoire.

5° Prophylaxie.

6° Traitement.

I. GÉNÉRALITÉS SUR LES PARASITES

Helminthes et Protozoaires.

A. **Helminthes ou vers intestinaux.** — Il y en a deux sortes : les vers plats ou cestodes, les vers ronds ou nématodes.

a. Vers plats ou cestodes (κεστὸς = ruban) — *Tænias.* — Ils sont formés d'une tête munie de ven-

(1) Pour les détails, on consultera avec intérêt les ouvrages suivants :

Brumpt. *Précis de parasitologie*, Masson, 1928.

Joyeux. *Nouveau Traité de médecine*, fasc. 14, Masson, 1924; — *Précis de médecine coloniale*, Masson, 1927.

Verdun et Mandoul. *Précis de parasitologie*, 1924.

Nous remercions le professeur Joyeux de la documentation bibliographique qu'il a eu l'amabilité de nous adresser.

touses, d'un cou, et d'un corps composé d'une série d'anneaux qui vont en s'allongeant; ils habitent le tube digestif de l'homme à l'état adulte (l'intestin grêle); les anneaux expulsés contiennent les œufs. Ces œufs sont absorbés par un animal (bœuf, porc, etc.); l'embryon devenu libre pénètre dans la circulation sanguine et va se fixer dans les tissus de l'animal où il s'enkyste en formant une larve ou cysticerque. La consommation de la viande insuffisamment cuite de cet animal, dit ladre, permet à la forme larvaire de se fixer dans l'intestin de l'homme et de donner naissance au tænia adulte. Nous en décrirons trois :

1° *Le tænia inerme* (*tænia saginata*). — C'est le plus fréquent en France. Les anneaux sont expulsés séparément, spontanément, en dehors des garde-robes; ils forcent d'eux-mêmes le sphincter anal, dans la journée ou la nuit. L'hôte intermédiaire de la larve est le bœuf.

2° *Le tænia armé* (*tænia solium*). — On en trouve en France 1 pour 99 des précédents. Les anneaux sont expulsés pendant la défécation, par paquets de chaînes. L'hôte intermédiaire est le porc.

3° *Le bothriocéphale*. — On le trouve en France autour du lac du Bourget, en Suisse, en Italie dans la région des lacs, etc. Les œufs sont rejetés à l'extérieur avec les matières fécales, et non dans les anneaux, comme chez le tænia. L'hôte intermédiaire est un poisson : brochet, lotte, perche, saumon, truite, lavaret, ombre, etc.

b. Vers ronds ou nématodes (νῆμα = fil). — Vers cylindriques à sexes séparés, s'accouplant dans l'intestin de l'homme, se fixant à la muqueuse, la lésant, et suceurs de sang.

1° Ascaris (*Ascaris lumbricoïdes*) habite l'intestin grêle de l'homme. Les œufs sont expulsés avec les fèces et ne se développent qu'au dehors dans l'eau ou la terre humide, où ils peuvent résister plusieurs années. L'infestation de l'homme se fait par les eaux impures, les salades et légumes souillés et consommés crus.

A noter la mobilité de ce ver qui émigre facilement de l'intestin grêle, et peut passer dans les voies biliaires, dans l'estomac, et même dans le larynx. A noter aussi que ces vers peuvent se mettre en peloton et provoquer l'occlusion intestinale.

2° Oxyure (*Oxyuris vermicularis*). — Les formes jeunes habitent l'intestin grêle; le ver adulte habite le gros intestin et se trouve fréquemment dans l'appendice. Les femelles fécondées gagnent le rectum, elles se fixent à la muqueuse, au voisinage de l'anus, où leurs morsures incessantes provoquent le prurit anal, caractéristique de l'oxyurose. Les œufs pondus ainsi dans les replis muqueux des dernières parties de l'intestin ne sont pas mélangés aux excréments, on les trouve rarement à l'examen des selles; les femelles seules sont expulsées avec les garde-robes. L'œuf étant embryonné au moment de la ponte, contrairement aux autres nématodes parasites de l'homme, l'auto-infestation est ainsi rendue possible : les enfants, surtout, portent leurs mains à leur bouche après s'être grattés, ingérant indéfiniment des œufs. L'infestation pourra se faire, d'autre part, avec l'ingestion des légumes, des fruits, des aliments souillés.

3° Trichocéphale — Il vit dans le cæcum et l'appendice, plus rarement dans le côlon, exceptionnellement dans l'intestin grêle. Les œufs éliminés avec les matières fécales — où il est facile de les retrouver — sont très résistants; ils vivent dans l'eau et la terre; ils sont ingérés avec l'eau de boisson ou les aliments crus de toute nature, ou encore portés à la bouche par les mains souillées (agriculteurs, mineurs).

B. **Protozoaires**. — **Flagellés**. — Les deux plus communs sont le lamblia et le trichomonas.

Ils sont considérés depuis ces dernières années comme aussi nocifs que les helminthes; et ils ont une action un peu analogue sur l'organisme.

a. Lamblia. — Habite l'intestin grêle, et plus particulièrement le duodénum et le tiers supérieur du jéjunum; c'est-à-dire les parties de l'intestin dans lesquelles le contenu est fluide. On les trouve dans le gros intestin lorsque l'infection est profonde. Ils se reproduisent par division dans l'intestin, et dans les états aigus, ils passent dans les selles à l'état végétatif. Le plus souvent c'est la forme de kystes que l'on retrouve dans les selles.

L'infestation se fait par l'ingestion de ces kystes avec les aliments ou de l'eau de boisson souillés.

b. Trichomonas. — Ils vivent dans l'intestin grêle, dans les matières alcalines liquides, mais se rencontrent souvent dans le gros intestin.

Même cycle, même infestation que pour les lamblias.

II. IMPORTANCE DE LA PARASITOSE

Son rôle en pathologie générale, digestive, chirurgicale.

Au début de ce chapitre, nous rappelons quelques statistiques qui montrent l'intérêt que présentent les maladies vermineuses.

Lenoir et Deschiens, en 1923-1924, ont examiné 2.000 malades gastro-entéropathes de l'hôpital Saint-Antoine. Ils ont noté la présence des parasites dans 60 p. 100 des cas, et ces parasites avaient un rôle nettement pathogène dans 17 p. 100 des cas.

D'autre part, les protozoaires intestinaux se rencontrent à Paris dans 60 (Deschiens) à 77 (Bidegaray) p. 100 des examens de selles.

Voici la statistique de l'Institut Pasteur de Tunis (Roussel) pendant les années de 1926 à 1931. Les examens des selles pendant ces cinq années se sont montrés positifs dans 33 pour 100 des cas. Une statistique intéressante, portant sur l'helminthiase seulement, dans un milieu de prisonniers ou de militaires de la région de Sfax, a été publiée par Espie dans les *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis* en 1925. Espie a trouvé 75 pour 100 d'individus parasités, soit 303 sur 402 sujets examinés. Nous rappelons cette statistique tant parce qu'elle a été faite

dans des conditions de précision remarquables, que parce qu'elle montre la fréquence des vers intestinaux dans certaines régions de nos colonies.

Le rôle pathogène des helminthes est resté obscur très longtemps. Bien que connu des anciens médecins, ce rôle était très mal précisé, et il a fallu tous les travaux expérimentaux de ces dernières années pour mettre un peu d'ordre dans la pathogénie vermineuse.

Ce rôle pathogène est dû :

Soit à une action toxique (toxines sécrétées par les parasites et absorbées par l'organisme) ;

Soit à une action réflexe ;

Soit à une action locale, irritative et inflammatoire ;

Soit enfin à une action purement mécanique.

Nous l'étudierons sous les trois aspects suivants :

1° En pathologie générale;

2° En pathologie digestive ;

3° En pathologie chirurgicale.

A. **En pathologie générale**. — *a*. Action des helminthes sur les éléments figurés du sang. (Eosinophilie et diminution du nombre des globules rouges.)

b. Réactions humorales (réaction de fixation du complément et intradermo-réaction.)

Nous aurons à revenir sur ces deux ordres de phénomènes au moment où nous traiterons du diagnostic. Ils prouvent en tout cas, d'une façon indiscutable, l'existence et l'importance des toxines vermineuses.

c. Les troubles du système nerveux, des appareils circulatoire et respiratoire sont bien connus des praticiens ; de nombreuses observations en ont été publiées depuis un certain nombre d'années, l'expérimentation est venue simplement les confirmer et les préciser.

Nous accorderons une plus large place au rôle des parasites intestinaux dans la transmission des maladies infectieuses et dans celle du cancer. Le premier n'est plus maintenant discuté par personne, le second est l'objet de recherches incessantes et intéressantes.

d. *Transmission des maladies infectieuses*. — J. Guiart et de nombreux auteurs ont accusé les vers intestinaux de favoriser les infections intestinales microbiennes en servant d'agents inoculateurs (fièvre typhoïde, choléra, bacille de Koch, colibacillose, etc.).

A la faveur des lésions bien connues de la muqueuse intestinale dues aux parasites suceurs de sang, fixés souvent à la muqueuse aux dépens de laquelle ils vivent et qu'ils pénètrent souvent partiellement, parfois même qu'ils perforent, un passage est créé. Les colibacilles et les différents microbes intestinaux qui restent sans action tant que la muqueuse n'est pas éraillée par un corps étranger, pénètrent dans la circulation de cette muqueuse lésée. N'en est-il pas de même de la peau, constamment souillée de microbes, profitant d'une plaie pour l'infecter ? Les parasites intestinaux sont donc de véritables agents inoculateurs, en permettant la pénétration des microbes du contenu intestinal dans la paroi de l'intestin.

A défaut d'une démonstration expérimentale de ce rôle spécifique exercé par les parasites, des observations récentes au point de vue colibacillose ont la valeur de véritables expériences.

Entre tant d'autres, rappelons une observation de Peugniez (Société des chirurgiens de Paris, décembre 1928); il s'agit d'une colibacillurie évoluant depuis trois ans, guérie en dix jours par un traitement anthelminthique, sans aucune médication ni rénale, ni vésicale. Gandy (de Bruxelles) publie dans *Le Scapel* du 22 juin 1929 deux observations de colibacillurie rebelle à tout traitement, jusqu'au jour où les malades eurent expulsé des vers intestinaux.

e. *Du rôle des parasites dans le cancer*. — Au point de vue du cancer, on admet, d'après Ménétrier, que le rôle pathogène des helminthes et probablement de certains protozoaires, rentre dans le cadre des lésions par irritation chronique, soit directe par traumatisme, soit indirecte par toxines ou produits toxiques éliminés.

Anderson, dans sa thèse (Paris 1921), montre que les proliférations épithéliales ou conjonctivales, depuis les plus banales jusqu'aux atypiques, dues à la présence des parasites intestinaux, font bien partie du groupe des cancers vrais ou des sarcomes, et ceci aussi bien au point de vue clinique qu'expérimental (Fibiger-Borrel).

Au point de vue expérimental, en suivant les animaux, on constate la présence de l'helminthe (du nématode en particulier), soit en plein centre de la lésion, soit dans son voisinage immédiat, et la lésion peut se retrouver, continuant à proliférer, *une fois l'helminthiase disparue depuis longtemps*.

Borrel va plus loin dans la part qu'il fait au mode d'action des parasites. Il ne pense pas que les parasites soient uniquement des agents d'irritation mécanique ou chimique, ne différant des autres que parce qu'ils sont des êtres vivants. Pour lui, les parasites sont nécessaires à la cancérisation. Ils sont les vecteurs d'un virus spécifique qui produit le passage du précancer au cancer.

B. **En pathologie digestive**. — L'action des parasites est due à la fois à l'irritation mécanique locale et aux toxines dont le rôle a été mis en évidence expérimentalement.

Simonin a pu constater, à la suite d'injection de ces toxines sur l'animal en expérience, du péristaltisme, de la diarrhée qui devient sanguinolente.

Cliniquement, on note de la diarrhée, de l'entérocolite muco-membraneuse, parfois des crises dysentériformes, tous signes que nous étudierons dans la symptomatologie. Les troubles gastriques, anorexie ou boulimie, nausées, vomissements, douleurs, accompagnent les troubles intestinaux.

C. **En pathologie chirurgicale**. — Les vers incriminés sont surtout les ascaris, mais il y a aussi les trichocéphales, les oxyures, etc.

La littérature chirurgicale fait mention chaque

jour d'observations véritablement curieuses, et qu'il serait trop long de citer. D'autant plus que nous estimons que la fréquence d'états morbides, moins tragiques sans doute, mais plus constants, illustre mieux notre thèse sur l'importance et le rôle des parasites.

Voici la série des maladies chirurgicales provoquées par les vers (Léo) :

1° *L'occlusion intestinale*, mécanique, par paquets de vers inclus dans la lumière intestinale, constituant une véritable obturation ou provoquant un spasme réflexe de l'intestin ;

2° *L'invagination intestinale* ;

3° *Les affections provoquées par la migration des vers intestinaux, des ascaris surtout, hors du tube digestif*, abcès des voies biliaires, du foie, du pancréas, péritonite par perforation, phlegmon pyostercoral, etc. ;

4° *Les complications post-opératoires* créées par l'helminthiase au cours des opérations les plus variées : entérites, colites, crises de coliques vermineuses, etc. Toute la chirurgie de l'intestin devrait débarrasser les opérés de leurs helminthes, soit avant, soit après l'opération. Les trichomonas et lamblias sont aussi nocifs que les helminthes ;

5° *Enfin l'appendicite* qui sera l'objet d'une mention spéciale.

« L'appendicite vermineuse est, dit Villar, plus fréquente que ne pensent généralement les cliniciens, et plus rare que ne l'ont dit certains parasitologues. Les vers le plus souvent incriminés sont : le trichocéphale, l'oxyure et l'ascaris. L'existence de l'appendicite occasionnée par le tænia est rien moins que démontrée bien que la présence d'anneaux ait été notée dans plusieurs observations. »

Les vers agissent :

Soit par des érosions de la muqueuse favorisant les inoculations microbiennes ;

Soit par des perforations totales de la paroi ;

Soit enfin par oblitération de la lumière de l'appendice qui entraîne l'infection microbienne de l'organe, agissant ainsi comme un corps étranger quelconque de même volume.

Guiart pense, d'autre part, que les parasites du cæcum et de la fin de l'iléon, sans pénétrer dans l'appendice peuvent inoculer des germes pathogènes dans les lymphatiques qui communiquent avec l'appendice. N'oublions pas que 80 p. 100 des sujets atteints d'appendicite ont des vers, c'est-à-dire, des intestins lésés ou suspects, tandis que peu de vers lèsent l'appendice directement. « On peut supposer, dit Léo, que les intestins lésés par les vers provoquent par voisinage, ou essaimage microbien, par voie sanguine ou par voie lymphatique, la majorité des appendicites chroniques ou aiguës. On peut laisser un pourcentage d'au moins 20 p. 100 et peut-être davantage, aux appendicites indépendantes de l'helminthiase.

« La lutte contre les vers diminuerait les colites, typhites et appendicites, avant l'opération. Cette même lutte, après l'opération, améliore considérablement la qualité et même le nombre des guérisons des opérés de l'appendicite. Cette lutte ne remplace pas du tout l'opération. »

III. SYMPTOMATOLOGIE

Quand doit-on penser aux parasites intestinaux ?

A. Dans les cas d'entéropathie rebelle, de diarrhée.

B. En présence d'un ou plusieurs symptômes que nous appelons « les petits signes de la parasitose ».

C. En présence de certains troubles nerveux (méningisme, neurasthénie), urinaires (colibacillurie) et anémiques.

A. **Dans les cas d'entéropathie rebelle. Diarrhée.** — Ricardo Lynch a pu écrire avec raison : « Presque toutes les personnes qui ont des vers intestinaux, quels qu'en soient le nombre et l'espèce, souffrent de troubles digestifs, tôt ou tard, il se manifeste une entérite, une entéro-colito ou une colite plus ou moins grave ».

Tout malade atteint de diarrhée, soit molle, soit pâteuse, soit glaireuse, particulièrement rebelle à la thérapeutique habituelle, doit être soupçonné de parasitose ; même lorsqu'une étiologie (tuberculeuse) ou un diagnostic (appendicite chronique) paraît s'imposer, car il importe de rechercher un parasitisme associé qui peut être la cause provocatrice.

B. **Petits signes de la parasitose, de l'helminthiase** (1). — Comme les petits signes d'autres maladies, ils sont loin d'être au complet chez le même malade, ils ne sont pas non plus pathognomoniques de façon absolue ; ils doivent faire penser à l'helminthiase ; ils n'en imposent pas le diagnostic. Leur valeur vient du fait que leur disparition coïncide avec celle des parasites.

1° *Masque de l'helminthiase.* — Il s'agit de taches jaunes sales du visage, irrégulières, siégeant aux tempes, au front, aux lèvres, au cou, au menton et même aux joues, évoquant l'image d'une peau mal tenue. C'est, dit Léo, un signe avertisseur qui doit diriger avec assurance le clinicien vers une enquête sévère.

2° *Prurit nasal.* — Ce signe, bien connu des médecins d'autrefois, était de tradition auprès des mères de famille, mais il a été « gaspillé » par les médecins de la fin du siècle dernier. C'est un tic, un geste, d'apparence banale, la plupart du temps léger, que le médecin doit rechercher, car il peut passer inaperçu du malade et de son entourage.

3° *Tic laryngé. Raclement de la gorge. Toux vermineuse.* — « La sensation de prurit qui portait le sujet à toucher le lobule de son nez lorsqu'il s'agissait de la muqueuse nasale, le porte à émettre brusquement de l'air par le larynx pour balayer sa muqueuse pharyngée ». Le malade éprouve une sensation de sécheresse du larynx et du pharynx et se racle la gorge. Cette toux, le plus souvent petite, continue, peut se traduire parfois en un véritable

(1) La plupart de ces petits signes ont été puisés dans le livre de Léo : *Helminthes et protozoaires les plus fréquents*, L'Expansion scientifique française, 1929. Nous devons rendre hommage à ce chirurgien dont les publications et les observations sont parmi les plus importantes documentations cliniques de la parasitose.

mugissement; quelle qu'elle soit, elle incommode le malade et son entourage; les spécialistes sont consultés, mais le malade ne guérit qu'avec le traitement anthelmintique.

4° *Sialorrhée diurne et nocturne.* — La salivation est exagérée, le malade tache son oreiller. Ce signe est très important quand il existe en dehors de toute dysphagie (maladie gênant ou empêchant la déglutition, aérophagie).

5° *Signe de la langue* (signe de Couillaud). — C'est une hypertrophie des papilles fongiformes de la langue, apparaissant comme des points rouges sur les bords et la région de la pointe. Ce signe connu des anciens auteurs a été repris par Couillaud, qui ignorait les descriptions anciennes. L'exactitude de ce signe ne semble malheureusement pas absolue (Léo).

6° *Grincement des dents et terreurs nocturnes des enfants.* — Le grincement des dents la nuit, les terreurs nocturnes, en dehors de toute cause pouvant les expliquer, doivent faire songer aux vers.

7° *Prurit anal.* — Ce signe appartient à l'oxyurose, dont il est un des plus fréquents et des plus importants. Il signale, nous l'avons vu, la présence des oxyures femelles, en grand nombre, venues pondre dans le rectum des œufs qui deviendront trois mois plus tard des vers adultes.

Le prurit vulvaire peut être associé au prurit anal.

C. **En présence des troubles suivants,** en présence desquels, à défaut de diagnostic précis et de toute autre cause pathogénique, on doit penser aux vers.

1° **Symptômes nerveux.** — a. *Certains états méningitiques*, pseudo-méningite tuberculeuse (Gibbal, *Gaz. des hôpit.*, mars 1922).

Ces états se rencontreraient plus facilement chez les enfants ou les sujets jeunes, déjà tarés, à terrain préparé.

b. *Irritabilité de caractère, neurasthénie.*

c. *Les vertiges.* — Sont également connus depuis longtemps comme un des signes de l'helminthiase.

2° **Symptômes urinaires et génitaux.** — Parmi les premiers, nous avons vu le rôle que jouait la colibacillurie.

Parmi les seconds, citons la dysménorrhée douloureuse. Léo possède une centaine d'observations personnelles où la présence de parasites : oxyures, ascaris, trichocéphales, lamblias, trichomonas, etc., dans le tube digestif a été la cause de douleurs au moment des règles.

3° **Symptômes d'anémie.** — Pâleur et maigreur pourraient faire partie des petits signes. Beaucoup parmi les vers sont hématophages et font saigner.

IV. DIAGNOSTIC

La parasitose devant le laboratoire.

Quand on a pensé qu'un malade pouvait être porteur de parasites, il faut nécessairement recourir au laboratoire pour établir le diagnostic, à moins toutefois que le médecin ne se soit trouvé en présence d'anneaux de tænias, d'ascaris ou d'oxyures évacués par le malade. Dans ce cas même, il ne sera pas sans intérêt de savoir si l'on n'est pas en présence d'une association parasitaire.

Le laboratoire fournira :

Des signes de présomption, et

Des signes de certitude.

1° **Signes de présomption.** — Il n'y en a qu'un : l'*éosinophilie.* Nous l'avons dit : l'action des helminthes sur les éléments figurés du sang se manifeste surtout par une proportion énorme d'éosinophiles. Cette éosinophilie n'est pas constante dans tous les cas d'helminthiase et d'autre part elle appartient à d'autres états morbides, mais c'est un signe que le médecin ne saurait ignorer. Elle est tantôt modérée, ne dépassant pas 5 à 10 p. 100; tantôt considérable, atteignant et même dépassant 50 p. 100. Sa disparition après l'expulsion des vers confirme la valeur de ce signe quand il existe.

Nous parlerons des réactions humorales (réaction de fixation du complément, intradermo-réaction) uniquement pour mettre en garde une fois de plus le clinicien, au sujet de réactions encore trop peu nettes, trop inconstantes et par suite plus nuisibles qu'utiles.

La réaction de fixation du complément a été recherchée dans quelques cas d'helminthiase. Malheureusement les techniques sont difficiles. et le moins que nous puissions en dire, c'est ce que nous écrivions à propos de la réaction de Weinberg sur les kystes hydatiques :

« Nous pensons que le séro-diagnostic de l'échinococcose par la réaction de fixation est d'une exécution délicate et doit être discuté, à la manière d'une équation à plusieurs inconnues. » (1)

L'intradermo-réaction a été peu appliquée aux parasitoses intestinales. Si l'on ne doit pas en obtenir plus de succès qu'avec l'intradermo-réaction pour le diagnostic du kyste hydatique, nous devons renoncer à l'emploi de ces méthodes pour éclairer le diagnostic. Voici ce que nous écrivions dans l'article cité plus haut, au sujet de la réaction de Casoni : « L'intradermo-réaction au liquide hydatique ne s'est montrée ni constante, ni spécifique. Il paraît bien téméraire de la recommander au praticien comme capable de trancher un diagnostic discuté. »

Par ailleurs, en ce qui regarde la parasitose intestinale, le diagnostic sera généralement mis en évidence avec facilité par le laboratoire, comme nous allons le voir.

2° **Signes de certitude.** — *a.* **Recherche macroscopique.** — Dans la cuvette, sous un filet d'eau, on recueillera les gros parasites ou anneaux de tænias; on les identifiera à la loupe.

Les anneaux du tænia saginata sont expulsés en dehors des garde-robes, ceux du tænia solium avec les garde-robes.

(1) Burnet, Caillon et Brun. Sur les méthodes biologiques de diagnostic du kyste hydatique, *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, sept. 1927.

La trouvaille de l'oxyure est généralement faite par le malade ou son entourage. Il sera nécessaire parfois de gratter la surface des selles avec une carte de visite pour y recueillir les vers. Un laxatif favorisera leur émission, mais il faudra les saisir de suite, car ils s'enfoncent rapidement à l'intérieur des selles.

Les ascaris sont plus faciles à trouver, ils sont parfois rejetés par la bouche.

b. **Recherches microscopiques.** — La plupart des parasitoses ne peuvent être dépistées que par la recherche microscopique dans les selles sous forme d'œufs pour les helminthes; de kystes ou de formes libres pour les protozoaires. On trouvera dans les manuels les caractères distinctifs de chacun d'eux.

Une *remarque* s'impose au praticien :

Il peut exister des phases ou *périodes négatives*, pendant lesquelles les deux formes de protozoaires peuvent disparaître, et pendant lesquelles également il n'y a pas d'émission d'œufs. La phase négative la plus longue a lieu pour le lamblia, elle dure sept jours. On fera donc, quand cela sera nécessaire, un *examen coprologique pendant une série de huit jours consécutifs.* Si on ne peut examiner chaque jour les selles émises, on recueille pendant huit jours consécutifs, gros comme une noisette, de matière fécale soit dans des petits tubes, soit dans un récipient plus grand, dans le fond desquels on a mis de la solution de formol à 5 p. 100 (technique de Deschiens).

Quels sont les renseignements que le praticien est en droit d'attendre du laboratoire ?

A. **Vers plats ou cestodes.** — Tænias inerme et solium : pas d'œufs, des anneaux seulement; les œufs ne sont mis en liberté que plus tard après dessication des anneaux en dehors du corps.

Bothriocéphale. — Les œufs se retrouvent dans les selles, car les anneaux sont digérés dans l'intestin même.

B. **Vers ronds. nématodes.** — Ascaris. Œufs.

Oxyures. — Œufs très rarement dans les selles. On peut les récolter avec plus de chances de succès, en grattant la partie inférieure de la muqueuse rectale et l'anus avec une petite spatule.

Trichocéphales. Œufs.

C. **Protozoaires** (amibes, lamblias, trichomonas). — On les examine soit sous leur forme végétative (forme libre dans des selles encore chaudes, en se rappelant que ces formes s'altèrent parfois en quelques minutes, soit, le plus habituellement, sous la forme kystique. On pourra également les rechercher par ensemencement (cultures sur milieux spéciaux des selles émises fraîches).

Remarque. — On n'oubliera pas que les associations sont relativement fréquentes; il est donc du devoir aussi bien de la part du clinicien que du laboratoire de ne pas se limiter à une recherche déterminée, et d'essayer de dépister tout parasite de quelque ordre qu'il soit (Goiffon).

V. PROPHYLAXIE

Un des heureux résultats de l'étude plus précise de la parasitologie a été d'établir avec méthode les mesures à prendre en vue d'une prophylaxie efficace. Ce que nous savons de la vie des parasites, de leur mode de propagation et de reproduction éclairent, en effet, tout le problème.

A. **Vers intestinaux dont l'infestation se fait avec la viande** (taenia inerme). — Ne donner ni viande de bœuf, ni viande de porc crue ou peu cuite (taenia solium).

Dans les régions à bothriocéphales, faire cuire suffisamment les poissons qui peuvent être infestés.

B. **Parasites intestinaux dont l'infestation se fait avec des produits d'alimentation souillés par les déjections humaines**, déjections contenant des œufs d'helminthes ou des kystes de protozoaires (œufs d'ascaris, d'oxyures, de trichocéphales; kystes d'amibes, de lamblias, de trichomonas).

Il y a deux grandes sources de contamination :

1° *L'eau de boisson*, en particulier l'eau des puits. En cas de doute, la filtrer ou la bouillir. Les puits des villes devraient être supprimés, ceux de la campagne placés loin des fosses d'aisances, et exiger que ces dernières soient étanches.

2° *Les légumes.* — Ce sont tous les légumes consommés crus, en particulier les salades, le cresson, les radis quand on ne prend pas la précaution de les peler, les concombres, etc. D'après Stivel, à Lausanne par exemple, on a trouvé 22 p. 100 des légumes infestés et portant des œufs d'helminthes.

Il sera donc nécessaire de faire cuire les légumes. Mais la prophylaxie devrait être basée sur la désinfection des selles, et la pratique de l'épandage des cultures maraîchères avec des selles humaines devrait être interdite.

Les fruits, les fraises en particulier, les fruits tombés sur le sol et contaminés, surtout quand la culture des arbres fruitiers a lieu dans des champs d'épandage, seront à surveiller. Ils seront pelés, ou si cela n'est pas possible, lavés soigneusement à plusieurs eaux ou cuits.

C. **Parasites intestinaux dont l'infestation se fait par les mains souillées de terre contaminée, et portées à la bouche, ou mises en contact avec des aliments**; le cas est fréquent chez les enfants qui jouent constamment sur le sol, chez les agriculteurs, chez les mineurs, etc.

On ne saurait donc trop recommander la toilette soigneuse des mains de tous avant de se mettre à table.

Rappelons ici combien l'helminthiase est favorisée par la géophagie, manie encore très répandue chez les indigènes de certaines régions : Afrique (Egypte, Maroc, Tunisie, etc.), Asie, Amérique.

D. **Auto-infestation et infestation par promiscuité interhumaine.** — L'auto-infestation existe seulement pour les oxyures. On en connaît le mécanisme. La présence des oxyures femelles dans la région anale y provoque des démangeaisons, surtout pendant la

nuit. Le sujet en se grattant introduit des œufs dans les rainures des ongles; il s'infeste ensuite en portant ses doigts à la bouche.

On conçoit que la promiscuité favorise cette affection qui est souvent familiale.

On exigera des porteurs d'oxyures que les ongles soient coupés ras, que le savonnage et le brossage des mains soient faits avant chaque repas et après chaque garde-robe.

Chaque enfant doit avoir ses objets propres de toilette (serviettes, brosses, éponges). On lui fera porter un caleçon de bain qui sera bouilli chaque jour, et cela, pendant toute la durée du traitement. La toilette intime sera faite soigneusement. On évitera la promiscuité entre les enfants.

VI. TRAITEMENT

Les parasitoses ne guérissent jamais seules. La lutte est difficile, l'abondance des médicaments anthelminthiques en est une preuve. Beaucoup d'entre eux ne sont — suivant l'expression de Léo — que des médicaments « blanchissants » et souvent un enfant infesté le reste une partie de sa vie. Quoi de plus déconcertant que la thérapeutique de l'oxyurose!

Voici ce qu'écrivait en 1926, Martinet, dans sa thérapeutique clinique, au sujet des anthelmintiques :

« Un anthelminthique idéal serait : 1° inoffensif pour l'homme; 2° toxique pour le parasite qu'il tuerait; 3° purgatif, évacuateur. Cet anthelminthique n'existe pas. Tous les anthelmintiques sont plus ou moins toxiques pour l'homme, leur action portant sur le système nerveux, ils demandent donc à être maniés avec prudence, peu sont réellement helminthicides, la plupart étourdissent le parasite; aucun n'est à proprement parler évacuateur, en sorte qu'il est presque toujours nécessaire de leur associer un purgatif ».

Un médicament nouveau, à base de pyréthrines, semble devoir réaliser ces desiderata exprimés par Martinet d'une façon si précise. Il aurait l'avantage de s'adresser à la plupart des parasites dont nous avons parlé.

Avant d'exposer ce que nous savons au sujet de ce médicament, nous rappellerons, en les citant seulement, les médications anthelminthiques utilisées jusqu'à ces derniers temps. Le lecteur les trouvera d'ailleurs décrites avec tous les détails de leur application dans les traités de thérapeutique.

Voici le traitement particulier à chaque variété de parasites, d'après le traité de coprologie en pratique médicale de Deschiens et Cervailho.

Tænias : Extrait éthéré de fougère mâle, thymol.

Ascaris et trichocéphales : Santonine, essence de chenopodium, thymol.

Oxyures : Santonine associée au calomel, carbonate de bismuth à hautes doses (5 à 30 grammes par jour, huit jours consécutifs). Suppositoires mercuriels.

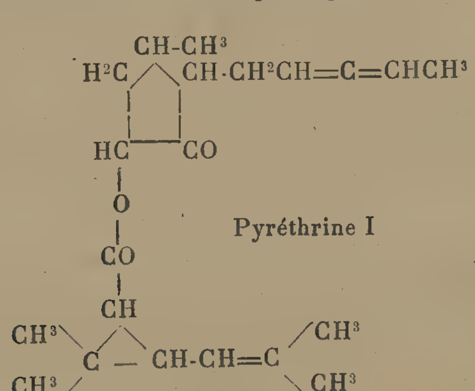
Trichomonas et lamblias: Stovarsol, tréparsol, et au besoin carbonate de bismuth.

Ajoutons que Villaret et Cachera ont insisté sur le rôle du terrain dans le développement des parasites ; ils estiment en particulier que le parasitisme n'est possible que chez des sujets présentant une insuffisance sécrétoire des ferments digestifs accompagnant une insuffisance hépato-biliaire. Cette théorie cadre très bien avec l'abondance du parasitisme constaté dans les pays chauds. Il importe donc d'instituer — en même temps que la médication spécifique — un traitement médical, modifiant le milieu intestinal et le rendant impropre au développement des parasites. Les auteurs recommandent la prise de cachets d'extraits gastrique, hépatique, etc.

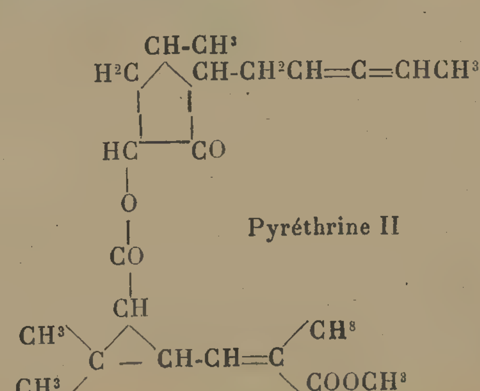
Un des principaux inconvénients, le plus grave, que présentent les anthelminthiques, est à coup sûr leur toxicité, qui devient facilement nuisible pour le patient lui-même et qui empêche leur emploi en quantité et en durée voulues.

Les récentes recherches de J. Chevalier (communication à l'Académie de médecine du 24 avril 1928) ont montré que les pyréthrines, principes actifs du pyrèthre insecticide (Chrysanthemum Cinerariæ folium) constituaient pour les animaux inférieurs, les vers en particulier, un poison énergique, alors qu'elles étaient totalement inoffensives pour l'homme et les mammifères. De multiples observations ont prouvé que cette action toxique était générale sur tous les parasites intestinaux de l'homme et des animaux domestiques et que, dès lors, on était en possession d'un vermicide actif, non irritant, non toxique pour le patient, et ne comportant aucune contre-indication.

La chrysemine est une solution en liquide neutre des pyréthrines I et II, dont la composition a été fixée par Steundinger et Ruzicka, qui ont identifié ces corps à des éthers d'un alcool à fonction cétonique (pyréthrolone) et des acides chrysanthémiques mono et dicarboniques répondant à la formule de constitution suivante :



Pyréthrine I



Pyréthrine II

Il s'agit d'un produit absolument titré. Il peut être administré soit dilué dans l'eau, soit mieux, en perles glutinisées, de façon à ce que la substance active ne puisse être mise en liberté que dans l'intestin.

L'absence de toxicité chez les animaux à sang chaud provient du dédoublement rapide sous l'influence de la température de produits toxiques en produits beaucoup moins actifs.

Chez les animaux à sang froid, l'action toxique se produit quelle que soit la voie de pénétration ; elle est d'autant plus intense et plus rapide que les animaux sont plus bas dans l'échelle des êtres (Communication de J. Chevalier et Pr Mercier à la Société de Thérapeutique, le 9 mai 1928). Il suffit de $\frac{2}{10}$ de milligrammes injectés à une grenouille pour obtenir la mort en deux ou trois heures.

Une dilution à 1/250 p. 1.000 suffit pour tuer des vers par contact divers. Pour les helminthes, les pyréthrines se révèlent comme l'anthelminthique le plus énergique ; elles paralysent et tuent rapidement tous les vers qui sont expulsés dans les selles, parfois digérés en tout ou partie. La nécessité d'un purgatif se fait sentir moins vivement qu'à la suite de l'emploi d'autres médicaments qui paralysent les parasites sans les tuer.

L'innocuité de cette médication permet d'en continuer l'emploi tout le temps nécessaire.

« Cette méthode, dit Leo, pleine de grandes espérances, n'est pas expérimentée depuis assez longtemps pour asseoir une opinion définitive à son sujet, mais a donné jusqu'à présent des résultats extrêmement favorables.

« Thymol, carbonate de bismuth et pyréthrine constituent les trois substances employées généralement avec résultat satisfaisant. » (Léo, 1929), déjà cité.)

Depuis, d'autres observations très nombreuses ont été faites. Il y aurait le plus grand intérêt à les rassembler et à préciser les indications d'une telle thérapeutique, ne nécessitant ni purgation, ni modification du régime, ni surveillance.

LIVRES NOUVEAUX

Épidémiologie ancienne et nouvelle (1), par Sir William HAMER, vice-président de la Société royale de Londres.

L'épidémiologie, après avoir été une base fondamentale de la médecine, a périclité rapidement depuis l'ère de la bactériologie.

Certes, quelques auteurs, tant en France qu'en Angleterre, ont fait de sérieuses réserves. L'importance excessive donnée aux classifications microbiennes a amené, en effet, une grande confusion dans l'étude des maladies épidémiques et déshabitué les médecins de les connaître au point de vue clinique.

Dans son remarquable ouvrage, Sir William Hamer, montre que les épidémies décrites par *Sydenham* à Londres au XVIIe siècle ressemblent étonnamment à celles qui sont venues plus tard, et particulièrement aux dernières vagues pathologiques qui ont à nouveau désolé Londres à partir de 1917 et 1918. Les noms des maladies ont changé, mais pour lui, ce sont les mêmes.

L'auteur donne ensuite une étude extrêmement intéressante sur l'épidémiologie durant les cent dernières années, et prouve que les anciennes données d'*Hippocrate*, reprises par *Baillon*, puis par *Sydenham* sont encore à considérer aujourd'hui. Demain verra certainement renaître une opinion qu'on croyait à jamais disparue.

Les hygiénistes, les praticiens liront avec profit cet ouvrage, qui, dans un nombre restreint de pages, fourmille d'idées fortes et de documents de première valeur. L. G.

(1) Un volume in-8 de 184 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

La sciatique, clinique et thérapeutique (1), par J.-A. CHAVANY, chef de clinique à la Faculté de Paris, médecin assistant de l'hôpital de la Pitié, médecin de l'Institut municipal d'électro-radiologie.

Par sa constatation journalière, la sciatique constitue un des plus intéressants problèmes de la pathologie douloureuse.

Au cours d'un brillant exposé des faits cliniques, l'auteur montre toutes les difficultés d'un diagnostic précis qui paraît simple au premier abord alors qu'en réalité il est relativement compliqué. La sciatique-maladie, la plus fréquente en pratique courante, est minutieusement analysée. Nous voyons ensuite défiler toutes les sciatiques-symptômes en une série de tableaux cliniques qui constituent comme un raccourci de la pathologie médullo-rachidienne inférieure. La première partie de l'ouvrage se termine sur une étude très détaillée des pseudo-sciatiques.

Daus la seconde partie, l'auteur envisage le traitement de la sciatique-maladie dont il admet, faute de mieux, l'étiologie rhumatismale. A la fois neurologiste et physiothérapeute, il montre tout le parti qu'on peut tirer suivant les cas de l'emploi des injections calmantes ou de l'utilisation des divers agents physiques.

Cette étude sur la sciatique est conçue dans un esprit absolument pratique ; de nombreuses et belles illustrations en facilitent la lecture. L. G.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 12 juin. — MM. Lantuéjoul, 15 ; Digonnet, 20.

Consultation écrite. — Séance du 13 juin. — MM. Digonnet, 30 ; Lantuéjoul, 28.

Classement des candidats :

MM. Lantuéjoul, 140 points (reçu) ; Digonnet, 136.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Rectificatif à l'affiche pour les concours du clinicat.* — Concours du 6 juillet : clinicat des maladies infectieuses (1 adjoint supprimé).

Concours du 10 juillet : clinicat médical : 1 adjoint (à ajouter) ; clinicat des maladies mentales : 1 titulaire avec traitement (au lieu de 2) ; clinicat de la tuberculose (à ajouter) : 1 titulaire sans traitement.

Concours du prosectorat. — *Médecine opératoire.* — MM. Funck-Brentano, 28 ; Gosset et Sicard, 27 ; Lecœur et Cordier, 26 ; Dessaint, 24.

Concours de l'adjuvat. — Erratum. — M. Hepp, dont le nom ne figurait pas sur la liste que nous avons publiée, a été nommé aide d'anatomie à la suite du dernier concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Devraigne (de Paris).

(1) In-8 de 50 pages avec figures dans le texte et hors texte. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

GUERRE. — Est promu :
Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Gorisse.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1931 commencera le 5 octobre et sera terminée le 21 décembre.

A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 18 au 21 décembre.

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante : Pathologie exotique, professeurs : MM. Dopter, Marchoux, L. Martin, Tanon. — Parasitologie, professeur : M. Brumpt. — Bactériologie, professeur : M. Lemierre. — Ophtalmologie, professeur : M. Terrien. — Hygiène et épidémiologie exotique, professeurs : MM. Camus, Marchoux, Neveu-Lemaire, Pozerski, Tanon, Teissier. — Maladies cutanées, professeur : M. Gougerot. — Chirurgie des pays chauds, professeur : M. Lenormant. Règlements sanitaires, professeur : M. Tanon.

L'enseignement est à la fois théorique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux; l'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté; l'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot),

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser. — Un droit d'immatriculation, 60 fr.; un droit de bibliothèque, 40 fr.; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 fr.; deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h. Les titres et diplômes, et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au secrétariat général (laboratoire de parasitologie) 15, rue de l'Ecole-de-médecine).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DE PARIS AU LÉMAN ET A MILAN PAR LE SIMPLON. — Pendant la période de l'heure d'été l'express de jour de toutes classes n° 513 Paris P.-L.-M.-Milan est retardé de 1 h. 10 au départ de Paris et de 55 minutes à l'arrivée à Milan.

Ce train dessert à une heure commode les stations estivales du Léman et du Valais :

Départ de Paris P.-L.-M., 9 h. 10; Dijon, 13 h. 28.

Arrivée à Lausanne, 17 h. 31; Vevey, 18 h.; Montreux, 18 h. 09; Saint-Maurice, 18 h. 42; Martigny, 18 h. 58; Brigue, 20 h. 16; Stresa, 22 h. 05; Milan, 23 h. 40.

Wagon-restaurant sur tout le parcours.

NOTES POUR L'INTERNAT

MAL DE POTT DE L'ADULTE

FORMES CLINIQUES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

Le mal de Pott de l'adulte s'oppose au mal de Pott de l'enfant, car :

1° Il se révèle par des signes indirects (abcès, névralgies, paralysies);
2° Les signes rachidiens peuvent rester entièrement latents, d'où l'importance de la radiologie;
3° Les lésions s'assoupissent sans jamais s'éteindre (Sorrel).

ÉTIOLOGIE

Le mal de Pott de l'adulte est très fréquent (environ 50 p. 100 des tuberculoses osseuses).

Le maximum de fréquence s'observe à 19 ans, puis entre vingt-trois et vingt-sept ans. Il est le plus souvent primitif, quelquefois secondaire à un foyer de l'enfance (réveil tardif).

Un TRAUMATISME antérieur est souvent invoqué. Celui-ci ne crée pas le mal de Pott mais peut :

Soit le révéler alors qu'il était latent,
Soit l'aggraver :

— En exagérant les symptômes existants,
— En provoquant une paraplégie.

On note souvent une ATTEINTE PLEURALE ANTÉRIEURE (sèche ou exsudative) dans les antécédents de ces sujets (50 p. 100 des cas).

Les LOCALISATIONS les plus fréquentes sont la région lombaire ou lombo-sacrée (IIIe lombaire). Beaucoup plus rarement mal de Pott dorsal haut ou cervical.

DESCRIPTION CLINIQUE

Nous décrirons tout d'abord *les formes symptomatiques* les plus importantes, puis plus rapidement certaines formes anatomiques, topographiques, ou suivant le terrain.

A. **Formes symptomatiques.** — Le malade peut venir consulter pour des troubles divers :

— Tantôt, et le plus souvent, pour des *douleurs pseudo-névralgiques* de siège variable.
— Tantôt pour *un abcès* plus ou moins éloigné du foyer initial.
— Plus rarement pour *une paraplégie* ou enfin, exceptionnellement pour des *signes rachidiens*, qui en pratique seront des signes d'examen.
— Enfin quelquefois, le *mal de Pott est associé* à d'autres lésions tuberculeuses.

I. Forme pseudo-névralgique. — C'est le type de beaucoup le plus fréquent. Le malade vient consulter pour des douleurs à type pseudo-névralgique.

SIÈGE. — Leur siège est, en général, en rapport avec la localisation des lésions.

1. *Dans la région lombaire*, on peut observer des :

— Douleurs en ceinture, à type de lumbago.
— Douleurs dans le territoire des abdomino-génitaux.
— Très fréquemment douleurs dans les membres inférieurs : à la région antérieure (névralgie crurale) ou à la face postérieure de la cuisse (névralgie sciatique).

2. *Dans le mal de Pott dorsal*, ces douleurs siègent au niveau des espaces intercostaux.

3. *Dans le mal de Pott cervical*, douleurs scapulaires.

De toute façon, elles sont souvent BILATÉRALES, caractère d'une grande valeur diagnostique.

CARACTÈRES. — Elles sont tantôt intenses, en éclair, térébrantes.

Tantôt sourdes et continues avec sensation d'engourdissement et de picotement entrecoupées de paroxysmes intenses.

— Elles sont *provoquées* par des mouvements brusques (toux, éternuement) ou par certains mouvements du tronc (rotation).

Exagérées par la fatigue, les secousses, la marche, la station debout prolongée.

— Elles sont *calmées* par le repos au lit, c'est le caractère capital.

— Elles s'accompagnent souvent d'une contracture réflexe, qui cédant au cours du sommeil, cause parfois des douleurs nocturnes.

Il s'agit *de douleurs radiculaires* car *l'examen neurologique* montre :

a. Qu'elles ne sont pas exactement limitées au territoire d'un tronc nerveux, mais disposées en bandes radiculaires;
b. Qu'il n'y a pas de points de Valleix;
c. Qu'elles sont diffuses et s'accompagnent de troubles sensitifs et objectifs, d'ailleurs variables, hyper ou hypo-esthésie ou anesthésie douloureuse.

La *réflectivité* est normale, le plus souvent, quelquefois abolie, plutôt exagérée.

On notera de plus, très souvent, une *contracture antalgique* du côté opposé créant une légère scoliose.

II. Forme révélée par un abcès. — L'abcès est très souvent révélateur d'un *mal de Pott latent.* On ne saurait trop insister sur sa fréquence. Les abcès sont presque de règle au cours de l'évolution du foyer pottique de l'adulte.

Ils réalisent des types divers :

a. ABCÈS A ÉVOLUTION POSTÉRIEURE. — Fréquents, ils s'extériorisent :

— Dans la *région lombaire,* dans le triangle classique de J.-L. Petit, de Grynfelt, ou à travers la masse musculaire à un niveau quelconque.

— Parfois abcès dorsal fusant le long *d'un espace intercostal.*

b. ABCÈS A ÉVOLUTION ANTÉRIEURE. — Il siège avant tout dans la *gaine du psoas.* Il présente trois degrés évolutifs :

— Abcès profond *iliaque* ou lombaire, se traduisant par l'attitude du psoitis (flexion, abduction, rotation externe) et par un empâtement profond de la fosse iliaque.

— Abcès rétro-crural, comblant la fosse iliaque, arrêté par l'arcade crurale, déjà plus facilement perceptible tendant à se fistuliser au pli de l'aine.

— Abcès crural, ayant fusé sous l'arcade. C'est une masse rénitente, puis fluctuante, qui occupe la partie profonde du triangle de Scarpa, tendant à s'ouvrir à la face interne de la cuisse.

Ces abcès de la gaine du psoas peuvent être bilatéraux (abcès en bissac).

(*A suivre.*)

Les Dermatoses inesthétiques. Leur traitement par les agents physiques, par le docteur A. ACQUAVIVA. Un fort volume de 412 pages, 72 figures et schémas. — Prix : 70 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La polypeptidémie dans les rétentions azotées, par MM. A. Puech, P. Cristol et P. Monnier (de Montpellier).
TRAVAUX ORIGINAUX
Sur un cas de perforation d'ulcère gastrique à l'occasion d'un traumatisme, par MM. G. Leclerc et R. Albertin (de Dijon).
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société médicale des hôpitaux.
Société de chirurgie.
Société de biologie.
Société de thérapeutique.
CHRONIQUE
Assemblée générale du S. M. S.
Association des diplômés de l'Institut d'hygiène de l'Université de Paris.
CROISIÈRE DE LA REVUE GÉNÉRALE DES SCIENCES.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 15 juin. — MM. Bernard, Banzet, Ménégaux et Welti, 18.

Classement des candidats :

MM. Welti, 49 + 18 = 67; Bernard, 48 + 18 = 66; Banzet, 47 + 18 = 65; Ménégaux, 45 + 18 = 63.

Sont proposés à la nomination de M. le directeur général de l'administration pour occuper les deux places mises au concours : MM. Welti, 67; Bernard, 66.

— Concours de l'internat (admissibilité). — Le jury est définitivement composé de MM. les docteurs de Gennes, Gutmann, Hamburger, Mme Bertrand-Fontaine, Bloch (R.), Leroux, Métivet, Ameline, Ravina (accoucheur).

— Liste alphabétique des candidats au concours de l'internat en médecine :

Mlle Abadi, MM. Abaza, Aboulker, Mlle Abraham, MM. Achard, Adrianopoulos, Alaurent, Alfonsi, Aliker, Allilaire, Allos, Amante, Ambrosini, Amphoux, Mlle Armelin, MM. Arnal, Arnous, Arvay, Arviset, Aschkenasy, Attal, Aubert, Auclair, Audoux, Augereau, Avenard, Azoulay,

Baratoux, Barbier, Barcat, Bardery, Mlle Barré, MM. Barrière, Baudet, Baudouin, Baumgartner, Bastien, Batail, Beauchef (Jean), Beauchef (René), Beaufils, Belletoille, Benassy, Bengugiui, Benoist, Bensaude, Béquignon, Bercovici, Bernard (Jacques), Bernard (Philippe), Beurdeley, Bidou, Bigey, Billard, Binet, Blanc, Blau, Bloch, Blondeau, Blumen, Bobart, Boelle, Bogoraze, Boisramé, Boisseau, Boissonnat (Pierre), Boissonnet (Jacques), Boivin, Bonamy, Bonan, Bonhomme, Bonnel, Bonnet (Georges), Bonnet (Pierre), Boquet, Borde, Borgida, Boros, Bosc, Botreau-Roussel, Botton (de), Bouchacourt, Boudonnet, Boudou, Boudou, Boulard, Bouley, Boulle, Bour, Bourdeau, Bourdial, Bourée, Bourget, Bourgin, Boursat, Boussard, Boussoulade, Boutakoff, Bouteau, Boutron, Bouvrain, Bouwens Van der Boyen, Boyé (Pierre), Boyé (Etienne), Boyé (Isidore), Boyé (Jean), Brami, Brandenburg, Brault, Bréhant, Bret, Bricage, Brincourt, Brinon, Brocard (Henri), Brochard (Charles), Brochard (Raymond), Brouet, Broutman, Brumpt, Brunhes, Bureau, Burel, Bussière,

Caby, Cachin, Cadet de Gassicourt, Cahuet, Callot, Camard, Camelot, Camus, Canet, Capmas, Caratzali, Carrez, Casalis, Castany, Catonné, Catinat, Catz, Mlle Cauchy, MM. Chabert Ostland (de), Chagnon, Challiol (Jacques), Mlle Challiot (Yvonne), MM. Chambon, Champsaur, Chanel, Chapireau, Chareire, Charousset, Chatain, Chauvillon, Chevallier (André), Chevallier (Roger), Mlle Chessebeuf, M. Chevé, Mlle Ciosi, MM. Claisse, Claudet, Coldefy, Collart, Mlle Comby, MM. Conso, Copreaux, Cordebar, Cormelie, Cornetet, Corcos, Corrèze, Mlle Cottin (Amélie), M. Cottin (Pierre), Mlle Courrier, MM. Coussieu, Coustenoble, Couve,

Damon, Danard, Dangauthier, Daniel, Mlle Danzig, MM. Darras, Daum, David (Jean), David (Lucien), Davidovici, Mme Davous, M. Davous (Raymond), Mlle Debay, MM. Debidour, Debray (Charles), Debray (Jean), Dechaume-Moucharmont, Dehouve, Mlle Delaage, MM. Delaître, Delorme, Delort, Delzant, Demange, Demartial, Departout, Derieux, Mlle Desallais, MM. Déséglise, Desfrançois, Dessencourt, Desvignes, Deuquet, Dézoteux, Dhotel, Divet, Domart, Dormay, Douay, Doukan, Draillard, Drain, Dreyfus (André), Dreyfus (Jacques), Drizard, Dubarry, Dubois (Pierre), Duflo (Jacq.), Duflos (Léon), Dufour, Dulot, Dumont, Duperrat, Dupuy, Durandy, Duriez, Dutray,

Echégut, Elkaïm, Epelbaum, Mlle Epstein, MM. Escarré, Escrivain (d'), Esquirol,

Fabre, Falk, Fardet, Fargette, Fasquelle, Faugeron, Mlle Fauvert, MM. Fauvet, Fay, Feldstein, Ferrien, Mlle Ferrieu, MM. Ferroir, Feuillet, Fildermann, Filhoulaud, Findjanjian, Fleury, Fleys, Flori, Flourens, Fontaine, Fonteneau, Foret, Forget, Fourestier, Fournée (Jean), Fournet (Pierre), François, François-Dainville, Fresnais, Frouin, Fuchs, Fulconis,

Mlle Gagneur, MM. Gahinet, Gaignerot, Gailhard, Galland, Galup, Ganière, Ganot, Gaquière, Gasne, Gastaud, Gaube, Gaumé, Gaultier (Michel), Gautier (Jacques), Gelas, Gelbert, Genevrier, Genty (Philippe), Genty (Pierre), Georget, Gérard (Luc), Gérard (Pierre), Gerbeaux, Ghozland, Giard, Gibert, Gilbert, Gillet (Bernard), Gillet (Germain), Gillon, Gillot, Girard, Giraud (Georges), Giraudeux, Gireaux (Raymond), Gisselbrecht, Goby, Golse, Gordet, Gorrichon, Gouget, Goujard, Goyer, Graciensky (de), Grangé, Gratier, Grenet, Grépinet, Grèze, Gross, Grossiord, Groulier, Gruner, Guebel, Guérin, Guichard, Guillaumat, Guison, Guny, Guyon (François),

Habrekorn, Haguier, Mlle Hahn, MM. Hanaut, Hanoun, Mlle Harispe, MM. Hébert, Henry, Mme Herbert, MM. Herrenschmidt, Hertz, Hinard, Horeau, Hornus, Hubert, Huchet, Mlle Huguet, MM. Huguier, Husset,

Ichard, Iliovici, Inbona, Israël,

Jacquet, Jacquot, Mlles Jammet, Jeannacopoulo, Jesensky, Jomier, MM. Jouanneau, Jouffroy, Journe, Judet, Julia (A.), Mme Julia (France),

MM. Kaplan, Karcher, Kipfer, Mme Kiriloff, M. Klotz, Mlle Kritschwsky, MM. Krivine, Kun, Kuypers,

Lacheny, Lachèze, Lachmann, Mlle Ladet, MM. Lafon, Lafourcade, Lagaillarde, Lamasson, Lambling, Landrieu, Lanthier, Lapeyre, Laporte (Jean), Mlle Laporte (Simone), MM. Laroche, Laude, Lauret, Mlle Lautmann, MM. Lavedan de Casaubon (de), Lavergne (Henri), Lavergne (Jean), Le Beau, Lebel, Lebouchard, Lecat, Le Cœur, Leconte (André), Leconte (Maurice), Lecouillard, Mlle Lecour, MM. Ledoux-Lebard, Le Duc (Jean), Leduc (Jean-Félix), Lefebvre, Le Foll, Mlle Legagneux, MM. Legry, Lejeune, Lemmet, Léon, Lepart, Le Picard, Le Roy (Georges), Leroy (Louis), Lesauvage, Lesobre, Levaditi, Levannier, Levecq, Mlle Lévy (G.), MM. L'Huillier, Lichtenberg, Limasset, Lion, Mlle Liphschutz, M. Livieratos, Mlles Lyon, Loeschnigg (de), MM. Loiseau, Longuet (André), Mme Longuet (Georgette), M. Longuet (Yves), Mlle Lorsignol, MM. Lortat-Jacob, Losay, Lucas, Mlle Luneau,

MM. Macé, Macrez, Mainguy, Malartic, Mallarmé, Mallet, Marcais, Mlle Marcelot, MM. Marchak, Marcombes, Marcy, Margout, Marlin, Marre, Martel (Eric), Martel (Jean-Lucien), Martin (Jean), Martin (Jules), Martin (Marcel), Martin (Noël), Martini (Georges), Martini (Philippe), Martinie (Jacques), Martinot, Martrou, Maspétiol, Masse, Masson (Georges), Mathey, Mathiot-Beaugendre, Mathivat, Mattern, Maulmont (de), Maurage, Maury, Maynadier, Mazingarbe, Meidinger, Mlle Melon, MM. Mendelsohn, Ménétrier, Mestier du Bourg (de), Metzguer, Meurin, Meyer (Jean), Meyer (Louis), Michaelidès, Michaut, Mlle Mignon, MM. Millot, Minc, Minel, Mirbeau, Molard, Molinéry, Monier, Morax, Moreau (Gilbert), Moreau (Jacques), Mlle Morel, MM. Moreno, Morhange, Morin, Mouchotte (Jean), Mouchotte (Maurice), Mouchotte (Robert), Moulinier, Moulle, Mourgues, Mlle Moyen,

MM. Nabert, Nardi, Nastorg, Natier, Naud, Nègre, Netter, Neveu, Neyraud, Nguyen Van Ngu Yen, Nicaise, Nico, Nigaud, Nitti, Nocton, Nomblot,

Mlle Oehmichen, MM. Oger, Offret, Olivier (Claude), Olivier (Marcel), Opin, Opolon, Ortholan, Osenat, Oudin, Ovary,

Mlle Paillé, M. Palangié, Mlle Paley, MM. Pannet, Parent, Parfus, Paris, Parrot, Pasqualini, Pasquereau, Pasquier, Mlle Patez, MM. Pauchard, Payet, Pêcher, Pellier, Pergola, Perreau (Pierre), Perret, Perrot (Raoul), Personnaz, Pertus, Pescarolo, Mlle Petit (Paule), MM. Petit (Pierre), Pétroff, Picard (Pierre), Picart (René), Picquart (Albert), Picquart (Antony), Pierra, Pimpaneau, Mlle Pinel, MM. Piraud, Piroux, Pochon, Mlle Poindessault, MM. Pointud, Poisson, Polak, Poncet, Porge, Potier (Georges), Pottier (Marcel), Pouliquen, Poupault, Pourquié, Prat, Prunet, Puybaret, Pyt,

Rabant, Rabaté, Raisonnier, Ramadier, Rambert, Raphael, Raulot-Lapointe, Raymond, Regard, Renaud, Rendu, Renet, Reveillaud, Ribert, Richard, Mlle Riche, MM. Ripart, Robert, Roche, Rocher, Rodier, Rogé (Raymond), Roger (Jacques), Mlle Rohlfs, MM. Rosanoff, Rossignol, Rotenstein, Mlle Rouard, MM. Rouchy, Rouvet, Rouvillois, Roux (Marcel), Roux (Maurice), Rouyer, Roy (André-Henri), Roy (André-Louis), Rozée Belle Isle, Rudaux, Rymer,

Sabourin, Sacquepée, Mlles Sainton, Salembiez; MM. Salleron, Salmona, Salomon, Sambron, Sarradin, Sauvain, Scemama, Schatz, Scheid, Schmid, Schwartz, Séguin, Seringe, Sexe, Sidi, Sifflet, Siguier, Simart, Simon (Gaston), Simon (René), Simonin, Mlle Solente, MM. Soubrane, Soulignac, Soyer, Mlle Spire, MM. Steinberg, Stenvart, Stérin, Steuermann, Stréé, Suchmann,

Tallet, Tanret, Tantin, Temerson, Tempier, Terver, Thévenin, Thieffry, Thomann, Thorel, Mlle Thuoux, MM. Tilitcheeff, Tissandié, Tissot (Franck), Tissot (Jacques), Touzard, Touzé, Tran-Quang Dé, Tran-Van Con, Traut, Trepsat, Tribalet, Trombert, Trotot, Trouvé, Turbé, Turiaf,

Ullmann, Ungar,

Vallancien, Vannier, Varangot, Varay, Vassor, Vauclin, Vaudour, Vautier, Vautrin, Velez, Vendryes, Mlle Verlière, MM. Vial, Viala, Vidard, Vignalou, Vildé, Villaret, Vincent, (Georges); Vincent (Jean), Vincent (Jules), Vincent (Philippe), Vincent (Pierre), Voisin,

(Voir la suite, p. 957.)



OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
maladies du foie
PANBILINE
PILULES & SOLUTION
anémies chlorose
convalescence
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS D'EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE
DE FOIE ET PANBILINE
10 A 20 PAR JOUR
constipation
autointoxication intestinale
artério-sclérose
RECTOPANBILINE
LAVEMENT
ET SUPPOSITOIRES
DE BILE ET PANBILINE
ÉCHANTILLONS, LITTÉRATURE:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY Ardèche FRANCE

Wattez, Weill dit Wall, Mlle Weissberg, MM. Werner, Wetterwald, Willot, Wimphen, Winter, Mlle Wix, M. Wolinetz,

Yaich, Yglésias, Yovanovicht,

Zaeppfel, Zhâ.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le *Journal officiel* du 16 juin 1931 publie l'arrêté, fixant au 11 juillet 1931 le concours pour l'obtention des *bourses de doctorat en médecine*. Inscription au secrétariat avant le 4 juillet.

— PARIS. — *Concours du prosectorat.* — Questions données :

Ecrit. — « Région périnéale antérieure chez l'homme. — Histologie de la muqueuse de l'urètre. — Fonction glycorégulatrice du pancréas. »

Anatomie pathologique : « Signes et évolution des anévrismes artériels des membres. »

Oral. — Anatomie : « Le pédicule vasculaire sanguin et les cavités pyéliques (rein gauche). »

Physiologie : « De l'automatisme cardiaque. »

Pathologie externe : « Anatomie pathologique et symptômes de la fracture bi-malléolaire dite de Dupuytren. »

Médecine opératoire : « Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter (côté droit). — Désarticulation du poignet (côté droit). »

Epreuve de dissection. — MM. Gosset, 30; Funck-Brentano et Sicard, 29; Lecœur, 28; Cordier, 27.

Sont proposés : MM. Gosset et Sicard.

IVe CENTENAIRE DU COLLÈGE DE FRANCE. — Les cérémonies officielles du IVe centenaire du Collège de France ont commencé le jeudi 18 juin. A cette occasion, M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, a fait une conférence au Collège de France, ce même jour, à 10 h. du matin, sur le sujet suivant : « Claude Bernard et le Collège de France. »

GUERRE. — M. le médecin général Gorisse est maintenu directeur du Service de santé de la 10e région à Rennes.

M. le médecin général Perrin est nommé directeur du Service de santé de la 11e région à Nantes.

M. le médecin colonel Plisson est nommé directeur du Service de santé de la 12e région à Limoges.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une vive émotion la mort de notre cher collègue et ami le docteur René Tesson, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Angers, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers; — Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Ninot (de Roanne); Gaston Bosc, médecin chef de l'hôpital de Tours, ancien interne des hôpitaux de Paris.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Un décret dispose que feront partie du Conseil supérieur de l'Assistance publique :

1° Comme membre de droit : le président de l'Association nationale des maires de France;

2° Comme membres désignés par arrêté du ministre de la Santé publique :

Deux anciens directeurs de l'hygiène et de l'assistance;

Un directeur administratif des asiles publics d'aliénés.

LA SECTION DE MÉDECINE DE L'A. G. DES ÉTUDIANTS DE PARIS rappelle à MM. les médecins et aux étudiants en médecine, en fin de scolarité, qu'ils trouveront à la permanence, 15, rue de la Bûcherie (Ve), tél. Gob. 65-74, un service de remplacements des mieux organisés qui leur donnera toute satisfaction.

REVUE GÉNÉRALE

LA POLYPEPTIDÉMIE

DANS LES

RÉTENTIONS AZOTÉES

PAR MM.

A. PUECH, Professeur agrégé, P. CRISTOL, Professeur agrégé, P. MONNIER, Chef de laboratoire,

A la Faculté de médecine de Montpellier.

Nos premières recherches sur les polypeptides du sang datent de 1925 (1). Le point de départ en étaient les travaux de l'un de nous sur les différents désalbuminants du sang en vue du dosage de l'azote total (2). L'azote est plus abondant dans le filtrat du sérum — ou du plasma — désalbuminé par l'acide trichloracétique à 20 p. 100, que dans le produit de désalbumination du même sérum — ou plasma — par l'acide phosphotungstique 2/3 N. Cela est dû à la présence de l'azote polypeptidique dans le filtrat trichloracétique, tandis que les polypeptides sont précipités par l'acide phosphotungstique. La teneur en azote polypeptidique d'un sérum est ainsi obtenue par la différence en azote des deux filtrats. L'azote polypeptidique par litre de sérum constitue ce que nous avons appelé l' « indice de polypeptidémie ».

Cette notion a été confirmée par tous ceux qui se sont, depuis, attaché à la même question, et en particulier N. Fiessinger, Olivier et Herbain (3); les vérifications portant sur des solutions titrées de peptone confirment encore le bien-fondé de nos conclusions.

Au début de nos recherches, nous dosions l'azote total par la méthode de Nesslérisation directe de Grigaut et Thiéry. Depuis 1927, tous nos dosages sont effectués par distillation dans un courant de vapeur d'eau, au moyen de l'appareil de Parnas, de l'ammoniaque formé par Kjeldahlisation. L'opération se termine par un dosage titrimétrique de l'acide N/70 en excès.

L'indice de polypeptidémie (par abréviation I. P.) est à l'état normal et à jeun de 0,02 à 0,03. Il s'élève au cours de différents états pathologiques et en particulier dans l'insuffisance hépatique, le diabète avec dénutrition, l'hyperthyroïdie, ou après la radiothérapie (4). Il peut être également intéressant d'en faire un élément de certains rapports sanguins. N. Fiessinger, Olivier et Herbain ont ainsi désigné sous le nom d'indice de désamination, et, plus tard, d'indice d'insuffisance de clivage, le coefficient :

$$\frac{\text{N. des polypeptides}}{\text{N. total trichloracétique}};$$

nous-mêmes avons décrit, en collaboration avec Trias, le coefficient de dysdésamination (1) :

$$\frac{\text{N. des polypeptides} + \text{N. des acides aminés}}{\text{N. des polypeptides} + \text{N. des acides aminés} + \text{N. de l'urée}}.$$

Enfin, nous avons pratiqué quelques dosages des polypeptides dans les liquides pleuraux ou péritonéaux; Janbon (2) a étudié les polypeptides des liquides de sécrétion gastrique; N. Fiessinger, Michaux et Herbain (3) ceux du liquide céphalo-rachidien.

*
* *

Mais c'est dans les néphrites urémigènes que l'azote des polypeptides du sang est plus particulièrement intéressant à doser, car c'est dans l'insuffisance rénale avec rétention azotée que l'I. P. atteint des taux particulièrement élevés, et c'est l'urémie toxique qui fournit les chiffres de beaucoup les plus considérables. Cette constatation a un double intérêt à la fois pratique et doctrinal.

Dans un mémoire rédigé en juin 1928 et paru dans les *Annales de médecine* (4), l'étude de 23 observations, dont 7 de grands azotémiques urémiques, nous permettait de conclure qu'*un rapport étroit existait entre l'élévation de la polypeptidémie et l'apparition des accidents d'urémie.* Toutes les constatations que nous avons faites depuis n'ont fait que confirmer cette opinion.

On s'aperçoit en effet que les azotémiques — quelle que soit la cause de l'hyperazotémie — ont des polypeptidémies variables. Or, les hyperpolypeptidémies modérées s'observent chez ceux qui ne présentent pas de manifestations cliniques graves : nous reviendrons tout à l'heure sur le détail de ces faits. Les très fortes hyperpolypeptidémies ne s'observent au contraire que chez les grands urémiques et elle évolue chez eux en même temps que ces manifesta-

(1) P. Cristol et A. Puech. Peut-on mettre en évidence la présence de polypeptides dans le sang, *Bull. de la Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier*, 1925, p. 48.

(2) P. Cristol. *Etude sur la désalbumination du sang et des humeurs en vue du dosage de l'azote total non protéique et de son exploration en physio-pathologie*, 1 vol. 122 p. Maloine, à Paris; Vallat, à Montpellier, 1926.

(3) H.-R. Olivier et M. Herbain. Exploration de la fonction protéique du foie par l'étude de l'indice de désamination. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1926, t. XCV, p. 1154. — N. Fiessinger, H.-R. Olivier et M. Herbain. L'indice de désamination comme épreuve d'exploration fonctionnelle du foie. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1926, p. 1608.

(4) A. Puech et P. Cristol. *Etudes des troubles du métabolisme azoté intermédiaire en pathologie. Recherches expérimentales et cliniques sur les polypeptides du sérum sanguin.* Mémoire couronné par l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, prix Jaumes (pathologie générale), 1929.

(1) A. Puech et P. Cristol. Indice de polypeptidémie et indice de désamination. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1926, t. XLV, p. 1413; Cf. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1927, p. 1828; Cf. *Bull. de la Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier*, 1927, p. 63. — P. Cristol, A. Puech et J. Trivas. Le coefficient de dysdésamination. Rapports entre certaines fractions de l'azote non protéique du sang proposé comme indice d'évaluation de la fonction uréogénique. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1927, t. XCVI, p. 676. Cf. *Bull. de la Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier*, 1927, p. 375.

(2) M. Janbon. Recherches sur les composés azotés du suc gastrique en vue du diagnostic précoce du cancer de l'estomac. *Th. de Montpellier*, 1927.

(3) N. Fiessinger, L. Michaux et M. Herbain. La barrière méningée aux polypeptides. *Soc. de biol.*, 29 mars 1930. La polypeptidorachie et les méningites toxiques. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 2 mai 1930. Les troubles nerveux de la grande insuffisance hépatique. Essai clinique et pathogénique. Méningites toxiques et polypeptidorachie. *Revue de méd.*, 1930, n° 10, p. 819.

(1) A. Puech et P. Cristol. Du rôle des polypeptides dans l'intoxication urémique. Indice de polypeptidémie et néphrites urémigènes. *Ann. de méd.*, janvier 1929, t. XXV, p. 43.

tions. Nous désignons sous le nom de grandes *hyperpolypeptidémies*, celles où *l'indice de polypeptidémie n'est pas inférieur à 0,180 et 0,200;* et souvent même il est supérieur à ces chiffres.

* * *

I. La polypeptidémie dans les « crises d'urémie » toxique. La grande hyperpolypeptidémie.

TABLEAU I

N° DES OBSERVATIONS	DATES	AZOTÉMIE (1)	I. P. (2)	R. A. (3)
I	1er juin	3,96	0,406	
	5 »	4,87	0,160	48
	13 »	6,82	0,342	31,9
II	12 déc.	3,78	0,092	
	17 »	5,49	0,322	26,4
III	4 avril	3,15	0,104	
	5 »	3,20	0,200	
	9 »	4,55	0,304	
	10 »	4,20	0,520	
IV	28 mars	2,85	0,056	
	1er avril	2,95	0,124	
	6 »	3,20	0,160	
	10 »	3,20	0,336	
V	3 avril	4,40	0,192	37
	16 »	4,50	0,440	
	19 »	4,80	0,438	
VI	22 mars	2,60	0,092	
	24 »	3,90	0,904	
	26 »	3,90	0,416	32,8
VII	10 mai	4,40		
	11 »	4,50	0,142	38,3
	15 »	4,30	0,100	47,1
	23 »	4,55	0,248	
	25 »	5,20	0,280	30
VIII	4 déc.	4	0,216	
	5 »	4	0,446	
	6 »	4,35	0,522	19,9
	7 »	4,40	0,120	17,1
	8 »	3,60	0,376	13,7
	9 »	5,62	0,334	
IX	29 janv.	2,85	0,092	48,7
	30 »	3,90	0,270	
	31 »	4,50	0,420	38,1
X	8 mars	1,95	0,114	34,2
	12 »	2,70	0,330	61,7
XI	2 déc. 1925	3,56	0,280*	
	7 janv. 1926	2	0,178*	
	5 fév.	6,50	0,290*	
XII	30 juin	2,95	0,252	
XIII	21 mars	4,90	0,162	
	22 »	5,45	0,235	20,7
XIV	8 janv.	2,91	0,297	63,2
	23 »	2,60	0,240	65,2
XV	4 juin	3,75	0,280	5
	5 »	4,50	0,180	6
XVI	24 oct.	3,84	0,248	
		4,30	0,228	9
XVII	3 sept.	2,50	0,092	
	5 »	2,60	0,234	
XVIII	22 fév.	2,10	0,148	
	5 mars	2,80	0,228	32,5
XIX	20 nov.	3,36	0,170	
	26 »	5,46	0,220	
XX	15 janv.	3,35	0,216	
XXI	10 janv.	2,16	0,252	
	13 »	2,07	0,068	30,5
	25 »	2,60	0,032	32,6
XXII	21 janv.	1,02	0,184	
XXIII	15 nov.	0,90	0,108	56,5
	4 déc.	1,65	0,176	22,6
XXIV	16 mai	1,65	0,108	25,5
XXV	26 mars	1,97	0,176	
	30 »	3,85	0,240	
	1er avril	4,32	0,244	
L	19 fév.	1,02	0,173*	

(1) Urée hypobromite gr. p. 1000.
(2) Indice de polypeptidémie.
(3) Réserve alcaline en CO^2 p. 100 de plasma.
* Dosages par la première méthode.

OBSERVATION I. (*Ann. de méd.*, n° 18). — Souch., homme, trente-deux ans. Le 21 janvier 1928, l'azotémie est de 0g65 et la pression artérielle est de 20/11. Fin mai 1928, urémie gastro-intestinale. Coma le 1er juin. Le coma se dissipe le lendemain, les symptômes digestifs s'atténuent, le malade se lève le 5 juin. Mais à partir du 10 juin, confusion mentale, idées de meurtre et de suicide. Agitation extrême. Mort dans la nuit du 14 au 15 juin. Créatinine : 0,212 p. 1.000 de sérum le 13 juin.

OBS. II. (*Ann. de méd.*, n° 19). — Meyr..., homme, cinquante-sept ans. En octobre 1927, l'azotémie est de 1g30. Le 9 décembre, elle est de 3g64. A ce moment, amaigrissement, diarrhée et vomissements, myosis modéré. Aggravation considérable à partir du 13 décembre. Subdélire, tressaillements musculaires et coma. Mort le 18 décembre.

OBS. III. (*Ann. de méd.*, n° 20). — Henr..., homme trente ans. Poussée aiguë d'insuffisance hépato-rénale à la suite de pneumonie. Le 4 avril malade prostré, langue sèche, torpeur progressive. Secousses convulsives et coma. Mort le 10 avril. A l'autopsie, foie de 2k330 en dégénérescence graisseuse; reins gros et congestionnés.

OBS. IV. (*Ann. de méd.*, n° 21). — Val..., femme quarante-sept ans. Le 27 mars 1928, oligurie, œdèmes et diarrhée. A partir du 7 avril grande urémie digestive et nerveuse. Mort le 19 avril. Autopsie.

OBS. V. (*Ann. de méd.*, n° 22). — Avin..., homme soixante-dix-sept ans. Vers le 15 février 1928, l'azotémie était de 1g90. Fin mars : somnolence continuelle, myosis, amaigrissement considérable; peau sèche, pression artérielle 22/14. Aggravation progressive. Torpeur de plus en plus accentuée. Mort le 21 avril.

OBS. VI. (*Ann. de méd.*, n° 23). — Gev..., homme soixante ans. Grande insuffisance hépato-rénale aiguë chez un éthylique. Troubles digestifs le 18 mars 1928, ictère intense avec décoloration des matières le 21 mars. Le 23 mars assoupissement, langue sèche, oligurie. Le 25, dyspnée sine materia, torpeur progressive, puis Cheynes-Stoches. Coma et mort le 26 mars. A l'autopsie, gros foie cirrhotique en dégénérescence graisseuse, reins gros et congestionnés.

OBS. VII. — Pom., homme, trente-sept ans. Néphrite ancienne (scarlatine à dix ans). A la suite d'une grippe, en mai 1929, albuminurie importante, œdèmes, céphalées; hypertension; pression artérielle, 24/14. Anorexie. Gros œdèmes. Sorti de l'hôpital présentant du hoquet le 1er juin, avec une azotémie de 5g50, nous n'avons pas eu de nouvelles.

OBS. VIII (1). — Oliv..., femme, vingt-deux ans. Eclampsie puerpérale. La période de convulsions dure du 1er au 6 décembre 1928, elle est suivie, après une journée d'amélioration apparente, d'une période de torpeur progressive avec œdèmes généralisés et oligurie considérable. La mort sur-

(1) P. CRISTOL, A. PUECH et P. MONNIER. Quelques points intéressants de chimie sanguine dans un cas d'éclampsie puerpérale. *Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier*, 27 mars 1931.

vient le 12 décembre, par broncho-pneumonie intercurrente. L'azotémie était, le 1er décembre, de 0g58; l'azote urique et l'azote aminé ont été trouvés légèrement augmentés. Il faut noter encore la baisse des chlorures du plasma (5g55 à 3g61 de NaCl p. 100); elle n'a influencé ni l'azotémie, ni la pression artérielle, ni la polypeptidémie et coïncidait avec une hydrémie considérable.

Obs. IX. — Ment., homme, quarante-huit ans. Opéré le 20 janvier 1929 de hernie intestinale étranglée et fistulisée (résection intestinale). Le 28, anurie qui persiste jusqu'à la mort. Le 29, langue sèche et fuligineuse, respiration accélérée, nausées, quelques sueurs. Torpeur et coma. Mort le 1er février.

Obs. X. — Sal..., femme, quatre-vingt-quatre ans. A la suite d'érysipèle des jambes, crises d'urémie avec torpeur croissante. Bicarbonate de soude à hautes doses du 9 au 12 mars. Coma et mort le 13 mars. Autopsie.

Obs. XI. — Bal..., homme, cinquante et un ans. Grand brightique albuminurique, azotémique et œdémateux, dont l'azotémie se maintient depuis mai 1926 au taux de 2g80, 2g70, 3g65. Le 2 décembre, accentuation des œdèmes. Vomissements. Somnolence. Un mois plus tard, amélioration relative; pas de signe clinique de grande urémie. Le 5 février anurie; torpeur, coma. Mort le 6 février. Autopsie. A noter le taux élevé de la créatinine du sérum qui oscille entre 0,165 et 0,188 p. 1.000 depuis juillet 1926 et qui atteint 0,330 p. 1.000 le 5 février.

Obs. XII. — Mar..., homme, quarante-deux ans. Azotémie post-opératoire. Anurie. Mort le lendemain du jour de l'examen sanguin.

Obs. XIII. — Dard..., homme, vingt-trois ans. Début en février 1929. Fatigue progressive et vomissements alimentaires. Puis epistaxis ayant nécessité une cautérisation, et hémorragies conjonctivales. Entré à l'hôpital le 21 mars : très anémique (globules rouges : 1.500.000 par millimètre cube) et subictérique. Anurie à peu près complète. Anorexie sans vomissements ni diarrhée. Œdèmes considérables, hydrothorax bilatéral. Dyspnée intense. Pression artérielle : 17/12. Mort le 22 mars. A l'autopsie, gros foie 2k500; les deux reins pèsent 300 grammes; épanchements pleuraux et péritonéaux avec suffusions hémorragiques sous-pleurales.

Obs. XIV. — Gaut... Malade dont le sang a été envoyé du dehors pour examen de laboratoire et pour lequel nous n'avons pas de renseignement clinique. Hypochlorémie plasmatique. La créatininémie est le 23 janvier de 0,102 p. 1.000. Mort le 26 janvier.

Obs. XV. — Saur..., homme, trente-deux ans. Néphrite chronique azotémique et albuminurique sans hypertension. Suivi de janvier 1928 à février 1929 avec une azotémie entre 1 gramme et 1g40, avec poussée aiguë en novembre-décembre 1928 (voir plus loin). Amené par la police à l'hôpital dans la nuit du 3 au 4 juin 1929. Torpeur profonde et agitation. Ne comprend plus à ce qu'on lui dit. Délire, cris, agitation désordonnée, soubresauts tendineux. Pas de myosis. Langue tout à fait sèche. Teint blafard. Urine sous lui. Réflexes vifs. Pouls petit, rapide. Mort dans la nuit du 5 au 6 février.

Obs. XVI. — Gerv..., homme, cinquante et un ans. Néphrite chronique albuminurique, azotémique et hypertensive (pression artérielle, 21/10). Azotémie entre 1g25 et 2 grammes de septembre 1929 à janvier 1930, entre 2 grammes et 2g90 de janvier à septembre 1930. Elle est assez bien tolérée. Pas d'anémie (numération globulaire en septembre 1930). Céphalées et asthénie. Le 24 octobre, douleurs diffuses. Réflexes un peu vifs, pupilles légèrement serrées. Pas de vomissements ni de diarrhée. Le soir du 24 octobre, huit respirations par minute, coma, mort quelques heures plus tard. Autopsie : petits reins granuleux. Créatinine du sérum le 8 août 1930 : 0,067 p. 1.000.

Obs. XVII. — On..., femme, cinquante et un ans. Le 3 septembre 1928, anurique depuis vingt-quatre heurss, vomissements, diarrhée, douleurs diffuses. Aggravation dans les jours suivants, prostration et mort le 8 septembre. A l'autopsie, cystite gangréneuse, reins scléreux, atrophiés, bourrés de calculs.

Obs. XVIII. — Sont..., homme, cinquante-neuf ans, vu pour la première fois le 19 février 1930. Toux à la suite d'état grippal. Azotémie bien tolérée révélée par l'examen sanguin. Clangor aortique, souffle mitral. Pression artérielle, 15/9. Le 5 mars, coma et hémiplégie droite. A l'autopsie, hémorragie ventriculaire. Créatinine du sérum le 20 février : 0,068 p. 1,000.

Obs. XIX. — Fou..., Pas de renseignement clinique. Mort le 27 novembre 1928.

Obs. XX. — Bar... Malade du professeur Jeanbreau. Pyélonéphrose calculeuse bilatérale. Etat grave. Mort le 19 janvier 1931.

Obs. XXI. (*Ann. de méd.*, n° 17). — Camp., femme, trente-cinq ans. Le 5 janvier 1928, torpeur marquée, grosse asthénie. Amaigrissement. Anémie (globules rouges : 2.900.000 par millimètre cube). Pression artérielle, 17,5/10. Amélioration des signes subjectifs au bout de quelques jours, on trouvera plus loin la suite de l'observation.

Obs. XXII. — Imb... Malade amené à l'hôpital dans le coma. Pas de renseignements cliniques, pas d'autopsie.

Obs. XXIII. — Boss..., femme, quarante-huit ans. Peu de signes cliniques. Torpeur progressive. Oligurie. Morte le 6 décembre 1928. Enormes reins polykystiques à l'autopsie.

Obs. XXIV. — Sant..., homme, vingt-six ans. Entré à l'hôpital le 15 mai 1929. Pâleur très intense, demi-coma. Pression artérielle, 14/7. Oligurie. Puis délire léger, soubresauts tendineux, hyperexcitabilité musculaire considérable. Mort dans le coma le 20 mai avec une température de 39°5 (auparavant elle oscillait entre 37 degrés et 37°8). Pas d'autopsie. Grosse rétention chlorurée plasmatique, globulaire et rachidienne.

Obs. XXV. — Bon..., femme, quarante-huit ans. Anurie excrétoire (voir plus loin le début de l'observation). Le 24 mars 1931, langue rôtie, somnolence, vomissements. Le 27, la somnolence augmente, vomissements verdâtres, hoquet. Le 1er avril, début du coma. Respiration irrégulière, secousses musculaires de la face, vomissements, trois grands frissons dans la journée. Le 23 avril, coma complet. Cheyne-Stoches. Sueurs d'urée nettes et abondantes sur tout le corps, surtout à la face. Exitus le 3 avril, à 9 heures du soir, après onze jours d'anurie. Autopsie impossible.

Obs. L. — Homme, cinquante et un ans. Hépatonéphrite grave avec œdèmes des membres inférieurs et état subfébrile. Evolution en douze jours. Mort le 22 février 1927. Pas d'autopsie.

La lecture du tableau I et des observations résumées qui précèdent montre que la *polypeptidémie est toujours très élevée dans les crises d'urémie toxique*. A cette constatation, il faut en ajouter une seconde. C'est que *les grandes hyperpolypeptidémies ne se rencontrent que dans la grande intoxication urémique*, et dans aucun autre état.

On s'aperçoit que les variations de l'azote polypeptidique *suivent de près les alternatives de la clinique*. Lorsque le tableau s'aggrave, on voit son taux s'exagérer progressivement jusqu'à la terminaison fatale (obs. III, IV, V, VI, IX, X). Mais les accidents graves d'urémie peuvent régresser et dans ce cas l'hyperpolypeptidémie s'abaisser, passagèrement

tout au moins : les observations I, VIII, XXI sont tout à fait suggestives à cet égard.

La grande hyperpolypeptidémie évolue ainsi *par poussées brusques et rapides*. Nous voyons l'I. P. baisser de 0,252 à 0,068 en trois jours (obs. XXI); de 0,406 à 0,160 en cinq jours (obs. I); monter de 0,056 à 0,336 en cinq jours (obs. IV); de 0,104 à 0,520 en six jours (obs. III). En somme, sa persistance n'est jamais, semble-t-il, de très longue durée. C'est seulement dans l'observation XIV que nous avons trouvé des chiffres de 0,297 et 0,240 à quinze jours de distance. Un taux de 0,300 ne semble pas compatible avec la vie pendant plus de quelques jours.

En somme, dans les crises d'urémie l'I. P. parti d'un taux variable, suivant les circonstances étiologiques et pathogéniques sur lesquelles nous reviendrons, s'élève rapidement à des taux qui sont rarement inférieurs à 0,180 et qui atteignent facilement 0,200, 0,300 et davantage au moment de la mort. Parfois aussi ce taux peut diminuer, cette diminution marchant de pair avec l'amélioration clinique.

Comme la grande urémie, la grande hyperpolypeptidémie évolue donc par crises : la *crise d'hyperpolypeptidémie*.

Enfin, on observe parfois une chute plus ou moins marquée de la grande hyperpolypeptidémie juste avant la mort (obs. VI, XV et XVI). Cette chute peut s'expliquer, croyons-nous, non par une disparition, paradoxale, des polypeptides, mais par le passage, préagonique, des polypeptides du plasma vers les globules, et sans doute aussi vers les tissus. Nous nous expliquerons tout à l'heure sur ce fait.

Il est tout particulièrement important de préciser les *rapports de la grande hyperpolypeptidémie avec l'azotémie*.

La grande hyperpolypeptidémie ne se voit que chez de grands hyperazotémiques et il y a une proportionnalité indiscutable, dans l'urémie, entre l'élévation du taux des polypeptides et celle de l'urée Toutefois la lecture des tableaux rapportés dans ce travail nous montre que si on n'y trouve pas d'hyperpolypeptidémie très forte sans une grosse azotémie, on y observe des azotémies fortes sans grosse hyperpolypeptidémie. L'évolution surtout est différente, au moins dans bien des cas. Comme nous l'écrivions déjà, en 1928 (1), « une constatation s'impose. L'azotémie présente des chiffres variables lors des grands accidents urémiques. Par ailleurs, on la voit souvent rester stationnaire ou croître encore alors que l'état s'améliore, et, inversement, sinon baisser, du moins se fixer à un certain taux, alors que se déroule un tableau clinique de gravité croissante. Dans ces mêmes conditions *la polypeptidémie se dissocie de l'azotémie*, s'abaissant avec l'atténuation des symptômes, s'exagérant avec leur accentuation. Les courbes... [que nous ne pouvons reproduire ici]... mettent bien ce fait en évidence. Le *décalage terminal* dans la plupart des cas mortels le prouve très nettement ». Ainsi, l'hyperpolypeptidémie est jusqu'à un certain point indépendante de l'azotémie, lors des accidents urémiques.

(1) *Ann. de méd.*, loc. cit., p. 66.

C'est sans doute qu'elle ne dépend pas absolument des mêmes causes et c'est ce que montre l'étude approfondie de son taux suivant les facteurs étiologiques et pathogéniques qui la conditionnent.

La grande hyperpolypeptidémie dépend donc, pour une large part, de l'*imperméabilité rénale* et cela n'est pas douteux. Toutes choses égales d'ailleurs, elle est d'autant plus forte que l'azotémie est plus élevée. Mais le facteur purement rétentionnel ne suffit pas, pour la provoquer, au moins dans la plupart des cas.

Un *trouble du métabolisme* des protéines doit également être incriminé dans sa production. Les polypeptides ne représentent-ils pas un stade intermédiaire de ce métabolisme? et, d'autre part, nous connaissons les hyperpolypeptidémies sans azotémie : celles de l'insuffisance hépatique, celles qui succèdent à la radiothérapie des tumeurs radiosensibles; en général assez modérées dans le premier cas, elles sont quelquefois fortes mais passagères dans le second; de même encore nous avons trouvé chez des diabétiques graves des I. P. de 0,104, 0,135, 0,120 avec des azotémies normales. Enfin, le rôle possible de la protéolyse dans leur production est prouvé par le dosage des polypeptides dans certains liquides enkystés de l'organisme. Ainsi, dans un liquide de kyste pararénal de 720 grammes, dont on a retiré 550 centimètres cubes de liquide sanglant, l'urée n'était que de 0,40 p. 1.000, alors que l'azote polypeptidique atteignait le chiffre de 0,34 p. 1.000.

En définitive, la crise d'hyperpolypeptidémie apparaît comme fonction à la fois d'un *facteur rénal* et d'un *trouble du métabolisme extra-rénal* (au moins directement). L'association de l'un et de l'autre sont le plus souvent nécessaires pour la faire apparaître, et d'autant plus que le chiffre de l'I. P. est en valeur absolue, plus considérable (se reporter aux observations précédentes).

Dans d'autres cas, et le plus souvent, l'un des facteurs prédomine sur l'autre. On peut le préciser en rapportant le taux de l'I. P. à celui de l'urée, ou, comme dans l'indice de désamination, à l'azote total. Normalement, ce dernier est d'environ 0,10. Il s'abaisse lorsque la rétention de l'urée l'emporte sur celle des polypeptides, il s'élève dans le cas contraire où il existe une hyperproduction de polypeptides. Mais il nous a paru inutile de surcharger ce travail déjà long par l'exposé des résultats de cet ordre. Du reste, dans l'insuffisance rénale et la grande azotémie, il serait surtout intéressant de comparer ces rapports chez des malades présentant des taux semblables d'azotémie, ou de les suivre chez le même malade. L'intérêt doctrinal de ces confrontations est certain, son intérêt pratique plus modeste.

Du reste, l'étude clinique des différents cas montre des nuances dans les valeurs de l'hyperpolypeptidémie, ouvrant les conditions étiologiques et pathogéniques. Nous allons les passer en revue en étudiant la polypeptidémie en général dans les différentes variétés de rétention azotée, avec ou sans accidents.

(A suivre.)

SUR UN CAS DE PERFORATION D'ULCÈRE GASTRIQUE A L'OCCASION D'UN TRAUMATISME

PAR

G. LECLERC, et R. ALBERTIN,

Professeur de clinique chirurgicale — Chef de clinique chirurgicale

A l'Ecole de médecine de Dijon.

Il faut décidément, dans l'histoire de l'ulcère gastro-duodénal, faire une place à la perforation par traumatisme externe.

En moins d'un an, en effet, la Société de chirurgie de Paris vient de rapporter quatre cas de ce genre, ce qui, en tenant compte des recherches bibliographiques de Duval, porte à dix le nombre des observations analogues qui ont été publiées :

Un cas de Ménégaux;
Une observation de Murphy;
Quatre de Powers;
Une de Lennander;
Une de Maisonnet;
Une de Guimblot;
Une de Magnan.

Nous avons nous-mêmes observé un cas de ce genre et avons connaissance d'un autre cas dont l'histoire nous a été rapportée par M. Birscher d'Aarau.

Voici notre observation :

Malade opéré d'urgence dans le service de M. Leclerc le 30 mai 1930.

Depuis longtemps le malade souffrait de l'estomac, il calmait ses douleurs par des applications chaudes.

Hier jeudi, à 6 h. 30 du soir, le malade fait une chute d'une hauteur de 2m50. Il tombe debout sur ses pieds et ressent immédiatement une douleur violente au creux épigastrique, rapidement généralisée à tout l'abdomen. Il vomit deux fois et souffre toujours beaucoup. Il est vu à 11 heures du matin aujourd'hui vendredi. On constate :

Défense généralisée à tout l'abdomen avec douleur à la pression. Rien au toucher rectal. Température, 38°6.

Etant donnés les antécédents et le début de l'affection, on pense à une perforation d'ulcère gastrique, et l'on intervient le *vendredi 30 mai, à une heure moins le quart de l'après-midi, soit 19 heures après le début des accidents*, sous anesthésie générale.

Incision médiane sus-ombilicale. On trouve des adhérences gastro-coliques qui, dissociées, laissent voir une perforation du diamètre d'une pièce de 0,50 reposant sur une base modérément indurée et épaissie, au niveau de la région prépylorique : fermeture en bourse, avec points séro-séreux de rapprochement par-dessus. On applique une frange épiploïque.

Gastro-transméso-colique postérieure à deux plans de fil de lin. Drainage sus-pubien de Murphy.

Suites sans incidents.

Le 19 juin 1930, quitte le service en bonne voie de cicatrisation.

Il est bien évident que dans ce cas le mécanisme est celui de l'effort. Le traumatisme, en effet, n'a pas du tout porté sur le ventre. Le malade a fait une chute de 2m50 et est tombé sur ses pieds.

M. Magnan (de Bordeaux) a donné une idée du mécanisme de la rupture lorsque de telles conditions sont réalisées :

Sous l'influence de l'effort fait pour éviter la chute, les muscles de la paroi abdominale entrent en contracture, le diaphragme se contracte de son côté en inspiration, et l'estomac, pris entre les deux, se rompt au point faible.

Il faut, en effet, bien distinguer les cas où le traumatisme a frappé directement et violemment la région épigastrique et où il est susceptible d'avoir, par action directe, provoqué l'éclatement d'une région amincie de la paroi gastrique (ce mécanisme existait dans sept des cas publiés) et, d'autre part, ceux où le trauma a été faible ou a porté sur un point du ventre éloigné de l'estomac ; dans ces cas, le mécanisme indirect de l'effort peut seul être en cause.

Les observations comme la nôtre où il n'y a même pas eu de traumatisme abdominal, relient insensiblement les cas précédents aux perforations par efforts décrites par Weiss autrefois.

Quoi qu'il en soit de ces considérations pathogéniques, il résulte de l'ensemble des cas publiés :

1. Que dans l'ulcère gastro-duodénal, les traumatismes abdominaux peuvent être la cause d'une rupture au niveau de l'ulcère et qu'ils sont à éviter;
2. Que dans les traumatismes non abdominaux, la perforation de l'ulcère est encore possible;
3. Que dans les contusions de l'abdomen, il faut penser à la rupture possible d'un ulcère pré-existant; on y pensera surtout quand il y a des antécédents d'ulcères ou si le traumatisme, ayant été faible, le diagnostic de perforation s'impose cliniquement.

Au point de vue médico-légal, cette observation montre une fois de plus, et sous une forme particulièrement frappante, l'exagération et on peut dire l'iniquité avec laquelle la jurisprudence interprète la loi de 1898 sur les accidents du travail.

Il n'est pas douteux qu'ici l'accident a aggravé une lésion pré-existante, et il est non moins douteux que si le malade était mort malgré l'opération, les tribunaux auraient condamné l'employeur à payer la totalité du sinistre. En effet, la jurisprudence de cassation, faisant pratiquement force de loi, n'admet pas la prédisposition et, considérant la loi comme forfaitaire, interdit de tenir lieu de l'état antérieur.

Et cependant il est bien évident que si l'estomac de notre malade avait eu des tuniques saines, la chute n'aurait pu produire leur éclatement.

La jurisprudence qui, ainsi que l'a fait remarquer Broca, interprète les faits dans un sens opposé à la volonté du législateur est donc injuste, comme pour les hernies, comme pour la tuberculose articulaire. Encore pour ces dernières affections peut-on dire que, si le patron embauche l'ouvrier, il n'a qu'à prendre ses précautions, c'est-à-dire à ne l'embaucher qu'à bon escient, bien qu'une telle façon de faire risque de conduire à la misère les ouvriers tarés physiquement.

Mais s'il est relativement aisé de déceler une faiblesse de la paroi, une petite hernie ou une ancienne

tumeur blanche, il est bien plus difficile, et souvent même impossible, de reconnaître la présence d'un ulcère gastrique ou de prévoir son développement par la suite.

Dans de nombreux pays, la législation fait état des tares antérieures; la façon de les faire entrer en ligne de compte peut varier. La formule suisse me paraît particulièrement simple : dans les cas de ce genre, l'accident et ses suites immédiates sont réglées par la compagnie d'assurance, mais l'incapacité qui en résulte reste à la charge de l'ouvrier. Cette formule, à défaut de justice intégrale, nous paraît plus équitable que la loi française et plus simple à appliquer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 JUIN 1931)

Sur la respiration humaine dans les enceintes sous le vide. — M. Georges CLAUDE conseille d'alimenter les scaphandriers, non en air envoyé du dehors, mais en oxygène pur neuf ou régénéré, réglé à une pression absolue égale à sa pression normale dans l'air, soit 0 athm. 2. Ainsi la liberté de mouvement des scaphandriers sera obtenue, leur respiration assurée dans des conditions sensiblement normales.

Ces conditions devront être vérifiées expérimentalement en raison de l'intérêt qu'elles présenteront aussi pour la navigation aérienne aux très hautes altitudes.

Sur un nouveau composé gazeux du polonium. — Mme Irène CURIE et M. Marcel LECOIN.

Importance et signification de la capacité vitale. — M. Jules AMAR.

Fièvre boutonneuse. — MM. Georges BLANC et J. CAMINOPETROS montrent que le virus de la fièvre boutonneuse (fièvre exanthématique) provenant du sang de malades ou de l'organisme de la tique est filtrable.

Sur les relations entre les points isoélectriques du sérum humain et son pouvoir alexique. — M. Fred VLÈS, Mlle Marguerite PRAGER et M. Nissen BERNSTEIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 JUIN 1931)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Kitasato (de Tokio), membre associé étranger depuis 1916.

Les études dentaires. — La discussion sur les études dentaires continue. MM. Balthazard, Brumpt, Marfan défendent énergiquement le projet de loi Milan-Rio. M. Roger apporte d'utiles observations. Comme précédemment, MM. Strauss, Hayem, J.-L. Faure et Hartmann restent sur leurs positions et critiquent le projet de loi.

M. ROUSSY, rapporteur, attire une dernière fois l'attention de l'Académie sur l'importance du vote qu'elle va émettre.

La clôture de la discussion est prononcée par l'Académie.

M. le Président met aux voix l'amendement de M. Marfan. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 47, p. 915.)

Après une discussion assez confuse et un scrutin incertain, le vote sur cet amendement est remis à la prochaine séance.

Hérédité du diabète. — M. Marcel LABBÉ. Cette hérédité admise depuis longtemps est considérée comme existant dans un quart des cas, suivant la majorité des auteurs. On distingue le diabète héréditaire et le diabète familial ; en réalité, l'un et l'autre ont la même signification; le diabète rentre dans un même système héréditaire fonctionnant depuis des siècles suivant les lois de Mendel. Selon M. Labbé, il faut distinguer : le diabète bénin, sans dénutrition et le diabète grave avec dénutrition; le premier généralement acquis à la suite de suralimentation prolongée, le second sans cause connue. Dans les diabètes familiaux, il faut distinguer : les diabètes dus à une influence héréditaire et ceux qui sont dus à une éducation morbide familiale qui conduit à la suralimentation.

Sur cent cas, MM. Labbé et Landau trouvent vingt-trois cas de diabète héréditaire. L'hérédité se montre dans les diabètes graves dans la proportion de 35 p. 100; dans les diabètes bénins dans celle de 20 p. 100.

Le rôle de l'hérédité paternelle est plus grand que celui de l'hérédité maternelle. Cela tient à ce que la femme diabétique mène rarement à bien une grossesse.

L'hérédité est loin d'être fatale. M. Labbé a déjà vu six enfants nés de mères atteintes de diabète grave; jusqu'ici ces enfants ne se sont pas révélés diabétiques; peut-être la maladie éclatera-t-elle avec un retard.

L'hérédité du diabète était autrefois comprise comme transmission de la diathèse arthritique sous ses diverses formes (Bouchard), aujourd'hui, nous la concevons comme la transmission d'une insuffisance fonctionnelle des ilôts de Langherans. Ce qui est difficile c'est de comprendre pourquoi l'insuffisance insulaire se démasque à des âges différents et reste latente plus ou moins longtemps.

La notion de l'hérédité a des conséquences pratiques au sujet du mariage des diabétiques. Les uns l'interdisent. Pour M. Labbé, dans la majorité des cas, les diabétiques qui se soignent bien peuvent se marier; toutefois les jeunes femmes doivent éviter la procréation toujours dangereuse pour elles.

Diphtérie et sérothérapie à l'Hôpital des Enfants-Malades en 1929 et 1930. — M. B. WEILL-HALLÉ rapproche ses deux statistiques personnelles de 1929 et 1930, d'une part, de 1901, d'autre part, dans le même service de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Le taux de mortalité dans la période ancienne était de 12,3 p. 100 dans la période récente, elle a été de 10,8 p. 100.

Cette comparaison témoigne à tout le moins de la valeur permanente du sérum de l'Institut Pasteur que certains médecins avaient cru pouvoir discuter.

La posologie du sérum a toutefois été un peu modifiée. Sous l'influence des idées régnantes la proportion moyenne de sérum utilisée a été environ triplée. L'auteur insiste sur l'importance de la dose initiale et sur la prolongation de la sérothérapie. Il donne sa technique usuelle qui comporte l'injection intra-musculaire et sous-cutanée, suivie dans les cas graves d'une injection intra-veineuse. Cette dernière pratique n'a donné lieu à aucun incident fâcheux.

Enfin l'auteur souligne l'intérêt de la vaccination qui paraît avoir exercé une influence heureuse sur la fréquence de la diphtérie : le nombre des cas dans ces dernières années a été réduit de près de moitié.

Etalonnage de la toxicité et de l'activité de quelques hypnotiques de la série barbiturique. — MM. LAUNOY et J. COUTIÈRE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er MAI 1931)

Un cas de leucémie lymphatique à forme splénique chez un enfant de quinze ans. — MM. Robert DEBRÉ, Maurice LAMY et A. BUSSON. Enfant de quinze ans, chez lequel l'augmentation énorme du volume de la rate, une hépatomégalie discrète, un épanchement pleural gauche, une anémie notable et l'absence presque complète d'adénomégalie évoquaient d'emblée le diagnostic de leucémie myéloïde. Or il s'agissait d'une forme particulière de leucémie lymphoïde.

La maladie évolua en quelques mois vers une terminaison mortelle, malgré le traitement radiothérapiqne. A l'autopsie, on constata une infiltration massive de la rate et de presque tous les viscères par des cellules lymphocytaires.

Il existait donc deux foyers principaux, l'un splénique et l'autre thymo-médiastinal, particularité qui ne semble avoir été relevée dans aucune des observations précédentes.

Herpès consécutif à la vaccination antityphique. — M. H. GOUNELLE (de Strasbourg).

Herpès hémorragique. — M. H. GOUNELLE (de Strasbourg).

Tuberculose articulaire subaiguë d'allure rhumatismale. — MM. F. BEZANÇON, Etienne BERNARD, CUMANSKY et GAUCHER. Femme de vingt-deux ans ayant présenté à l'âge de dix ans une trochantérite à évolution chronique et fistulisée, à vingt ans, une poussée de rhumatisme polyarticulaire dont la nature demeura indéterminée; enfin, à vingt-deux ans, une arthropathie du genou gauche d'évolution subaiguë. Celle-ci apparut d'abord du type « rhumatisme pseudo-infectieux ». L'hydarthrose se transforma en pyarthrose. Une ponction exploratrice ramena un liquide puriforme qui tuberculisa le cobaye. une intradermo-réaction à la tuberculine provoqua non seulement une réaction générale, une réaction locale très positive, mais encore une réaction focale importante au niveau du genou atteint et plus modérée au genou opposé. La réaction synoviale se maintient longtemps sous ce type particulier de liquide puriforme.

Les auteurs estiment qu'il faut rattacher à la tuberculose la polyarthrite d'allure rhumatismale survenue il y a deux ans.

Etude des rapports entre la monocytose sanguine et le tissu réticulo-endothélial à propos d'un cas d'endothéléite généralisée. — MM. DEBENEDETTI et FLORENTI (de Nancy).

Le traitement actuel de la diphtérie. — M. LEREBOULLET vient appuyer les conclusions de MM. Debré, Ramon et Thiroloix sur la valeur du sérum antitoxique. Il insiste avec eux sur la gravité de l'épidémie de diphtérie qui sévit depuis 1926, montre la fréquence des cas dans lesquels l'intoxication d'abord latente est déjà très marquée lors du premier examen clinique et l'impossibilité de fixer la date du début. Il rappelle que tous les essais de sérum antimicrobien ont démontré l'efficacité du sérum antitoxique classique. Il montre que la précocité de la sérothérapie à doses suffisantes est la condition nécessaire de l'action thérapeutique et signale les bons effets que lui a donné récemment l'emploi du traitement antimicrobien local par l'instillation nasale d'arsenicaux (novarsénobenzol et acétylarsan) joint à la sérothérapie.

Epilepsie chez une cardiaque ou épilepsie cardiaque. — M. C. I. URECHIA (Cluj, Roumanie).

Sur un cas mortel de fièvre bilieuse hémoglobinurique. — MM. A. LEMIERRE et Maurice RUDOLF.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1931)

Anévrismes poplités. — M. MOURE fait un rapport sur un travail de M. Brugeas (de Shangaï) qui a opéré cinq cas d'anévrismes poplités par différentes méthodes. Examinant les différents procédés de traitement possibles, M. Moure donne ses préférences à l'ouverture du sac avec interruption de la circulation par l'intérieur du sac.

Résection précoce sous-périostée pour ostéomyélite aiguë. — M. SORREL rapporte ce travail de M. Barret (d'Angoulême). Six cas de résection sous-périostée ont donné de bons résultats. Il s'agit de résection secondaire précoce. Il s'agissait cinq fois de lésions du tibia, une fois du cubitus, une fois d'un métatarsien.

Les résultats sont d'autant meilleurs que la séparation spontanée de la partie malade est plus avancée. Réservée à des cas graves cette méthode donne d'excellents résultats.

M. MATHIEU, après ostéomyélite pandiaphysaire, constate qu'on doit souvent faire une diaphysectomie par nécessité.

M. PICOT, dans un cas de son service opéré par un autre chirurgien, n'a jamais vu de reconstitution diaphysaire.

M. BRÉCHOT estime qu'on ne fait guère de diaphysectomies totales que dans les cas où cette ablation s'impose d'elle-même.

M. THIÉRY a eu de bons résultats dans les cas où il a fait une résection.

M. MAUCLAIRE considère qu'il faut laisser une couche d'os adhérente au périoste.

M. MOULONGUET se demande s'il n'y a pas de troubles d'accroissement.

M. MOUCHET, après une résection du cubitus de nécessité, a observé une main bote cubitale.

M. LEVEUF fera un prochain rapport sur la question.

M. CADENAT a obtenu un bon résultat d'une diaphysectomie.

M. SORREL croit que la croissance se fait de façon régulière.

M. LENORMANT pense que les cas de M. Mathieu se rapprochent de ceux rapportés par M. Sorrel, puisque dans ces cas la diaphyse baignait dans le pus.

Présentation de malades :

Saphénectomie totale. — M. ALGLAVE. Résultat après dix-sept ans d'une résection de la saphène; saphénectomie totale en deux temps.

Réparation tendineuse au pli palmaire inférieur. — M. Marc ISELIN. Bon résultat.

(SÉANCE DU 6 MAI 1931)

Rupture traumatique du diaphragme. — Ce travail de MM. Vergés et Bonafés (d'Alger) est rapporté par M. LABBÉ : il s'agit d'un cas intéressant de rupture traumatique du diaphragme.

Pleurésies purulentes septiques chez les tuberculeux. — M. BAUMGARTNER rapporte ce travail de MM. Fruchaud (d'Angers) et Bernon (de Châteaubriant). Dans 5 cas de pleurésies tuberculeuses septiques ces auteurs ont fait une pleurotomie avec résection costale, et secondairement ils ont pratiqué une

thoracoplastie paravertébrale en deux temps. Les auteurs n'ont eu qu'un décès par infection gangréneuse de la paroi.

Il faut opérer précocement pour obtenir de bons résultats.

M. PROUST croit que l'intervention est pratiquée en général trop tardivement. La thoracoplastie en temps successifs permet un affaissement total.

Bactériophage. — M. THIÉRY insiste sur les difficultés qu'on rencontre pour préciser la valeur d'une méthode lorsqu'on utilise plusieurs méthodes à la fois. Il cite un cas où une simple incision a suffi à amener la guérison.

M. MOURE a traité des furoncles, des anthrax, des hydrosadénites. Il a obtenu des succès dans les deux tiers des cas en employant un mélange de bactériophage et d'antivirus.

Adénopathie dans le cancer de l'utérus. — M. LEVEUF a étudié les ganglions de l'utérus sur le cadavre et insiste sur l'existence d'une voie principale avec un ganglion iliaque presque toujours injecté. L'étude sur les malades montre un envahissement cancéreux dans 47,3 p. 100 des cas. Les auteurs allemands indiquent que cet envahissement est surtout fréquent en cas d'envahissement du paramètre. M. Leveuf envisage ensuite la question du drainage dont il n'est guère partisan et insiste sur la nécessité d'une parfaite hémostase et d'une désinfection pré-opératoire soignée.

Invaginations traitées par intervention après lavement. — M. POULIQUEN rapporte 11 cas ainsi traités avec 10 guérisons. Le lavement sert au refoulement et permet une incision iliaque droite. Il s'agissait de 9 cas bons, 1 mauvais datant de la trentième heure. 4 cas ont été désinvaginés par le lavement. Un cas a récidivé après un mois. Dans 4 cas sur 11, il s'agissait d'intervention iléo-colique. Pour ne pas opérer, il faut que le grêle soit parfaitement rempli. M. Pouliquen utilise une grosse canule et une pression de 1 m. 20 pour donner le lavement qui doit être un lavement baryté donné à côté de la salle d'opération.

Résection ostéoplastique de la hanche en cas de pseudarthrose du col fémoral. — M. MATHIEU expose les principes de cette intervention de résection de la tête et de reconstruction de la hanche. Il l'a employée avec succès chez une malade de cinquante ans qu'il présente avec un bon résultat fonctionnel et dont il montre les radiographies.

M. BASSET estime qu'il faut un long segment de col pour pouvoir faire cette intervention.

M. LEVEUF est du même avis.

M. MATHIEU estime qu'une opération ostéoplastique de la hanche peut se faire avec un col très court.

Présentation de radiographies :

M. CHEVASSU montre les radiographies correspondant à un papillome végétant de l'extrémité inférieure de l'uretère qui démontre bien l'intérêt de l'urétéro-pyélographie rétrograde.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 MAI 1931)

Conditions de conservation du virus desséché de l'encéphalomyélite enzootique (maladie de Borna). — MM. S. NICOLAU, I.-A. GALLOWAY et Mme L. KOPRIOWSKA relatent les résultats de leurs expériences sur la question de la résistance du virus de maladie de Borna, à la dessication. Les auteurs constatent que la matière cérébrale virulente, à l'état sec, peut garder son pouvoir pathogène pendant au moins 373 jours, même à la lumière et au contact de l'air. Ce fait, ajouté à la possibilité d'infection expérimentale par les voies gastriques et respiratoires, peut expliquer d'une manière satisfaisante la diffusion des épizooties de « Borna » à distance, le virus pouvant être véhiculé par des poussières.

Action de l'oléate de soude sur la perméabilité placentaire. — MM. L. NATTAN-LARRIER, B. NOYER et L. RICHARD. L'oléate de soude injecté, même à très petite dose, à la femelle gravide ne passe qu'en quantité extrêmement faible et très lentement dans la circulation du fœtus, il franchit sans difficulté le tissu placentaire s'il est injecté au cobaye en même temps qu'une solution d'oléate de soude. Aucune lésion placentaire ne peut expliquer un pareil fait, il doit sans doute être considéré comme la conséquence d'une modification physico-chimique du sérum maternel.

Étude des réactions allergiques de sujets atteints de cardiopathies rhumatismales pour de certaines protéines et une toxine streptococciques. Essai d'immunisation. — MM. Ch. LAUBRY, Daniel ROUTIER et Paul THIROLOIX ont recherché chez des sujets atteints de cardiopathies rhumatismales les réactions d'hypersensibilité cutanée vis-à-vis des protéines de streptocoques hémolytiques provenant d'endocardites malignes. Ils ont également pratiqué chez eux la réaction de Dick. Ces deux types de réactions se sont montrés négatifs chez leurs malades. Ils ont, en outre, tenté un essai d'immunisation contre l'intoxication streptococcique avec une anatoxine préparée à partir du filtrat de culture de streptocoque scarlatineux.

Action des doses élevées d'extrait d'hypophyse antérieure sur l'aptitude du rat à la reproduction. — M. P. LÉPINE montre que l'injection répétée des rats des deux sexes de doses élevées d'extraits du lobe antérieur de l'hypophyse détermine chez ces animaux, par son action sur le tractus génital, de profondes modifications de l'aptitude à la reproduction. Chez les mâles, on observe une inhibition de la fonction sexuelle, sans altérations notables ni définitives de la spermatogénèse. Chez les femelles, il se produit une véritable stérilisation physiologique, accompagnée d'importantes transformations histologiques dans l'ovaire, et qui, par suite du développement de nombreux corps jaunes et de l'existence d'une atrésie folliculaire marquée, subsiste pendant longtemps après la cessation des injections thérapeutiques.

Action du bleu de méthylène sur le système nerveux végétatif. — MM. L. GARRELON et Y. LECŒUR signalent l'action amphotrope du bleu de méthylène en injection intraveineuse, sur le système nerveux végétatif.

Comme ceux qui ont déjà étudié la question, ils ont observé immédiatement après l'injection une inhibition du parasympathique constatée par le réflexe oto-cardiaque. Mais après cette inhibition plus ou moins longue, suivant les doses du bleu de méthylène, le parasympathique se trouve hyperexcité et le réflexe oto-cardiaque augmente dans de fortes proportions.

Cet amphotropisme n'avait, à leur connaissance, pas encore été signalé.

Ferment fibrolytique d'origine microbienne. — MM. M. WEINBERG et A. RANDIN se sont demandé si certains microbes sécrétaient un ferment spécial capable de digérer le tissu conjonctif. Pour résoudre ce problème, ils ont ensemencé séparément un grand nombre de microbes aérobies et anaérobies dans les milieux liquides (bouillon simple, eau peptonée, eau physiologique), additionnés de petits cubes de tendon d'Achille de cheval, recueilli aussi aseptiquement que possible, après l'abattage de l'animal. Les milieux utilisés ont été séparés en deux lots : les uns ont été tyndalisés, les autres conservés pendant une dizaine de jours à l'étuve à 37 degrés, pour vérifier leur stérilité.

Résultats obtenus : tous les microbes qui liquéfient la géla-

tine, digèrent aussi le tendon tyndalisé (chauffé trois jours consécutifs, pendant une heure, à 80 degrés). Le tendon cru n'a été digéré que par un anaérobie, le B. histolyticus, et par un aérobie, le B. anthracoïdes.

Ces deux espèces microbiennes sont protéolytiques. Cependant, le ferment qui attaque le tissu conjonctif est différent du ferment protéolytique ordinaire; les microbes fortement protéolytiques, comme le B. sporogenes, le B. bifermentans, le B. putrificus, sont absolument incapables de digérer, à eux seuls, le tendon cru.

Les auteurs ont proposé de donner le nom de ferment fibrolytique à cette diastase microbienne spéciale.

L'ultravirus dans les produits tuberculeux. Son rapport avec l'état de l'infection. — M. C. Ninni conclut de ses expériences :

1° Que les formes visibles issues de l'ultravirus tuberculeux sont très fréquemment décelées dans les frottis de ganglions lymphatiques de cobayes inoculés directement avec le filtrat des produits tuberculeux;

2° Qu'il existe une relation étroite entre la forme aiguë primitive ou une phase aiguë de l'infection et la richesse des produits pathologiques en formes visibles issues de l'ultravirus.

Le rapport entre la richesse en bacilles de Koch dans les produits tuberculeux et la richesse en formes visibles issues de l'ultravirus décelable dans les frottis des ganglions inoculés, bien qu'également très important, est secondaire.

Différenciation par leur fonction antigène des tissus normaux et du tissu néoplasique chez le rat. — MM. Pierre Girard, Edouard Peyre et Mlle Hélène Boursaus, prenant comme test de différenciation la réaction de fixation de Bordet et Gengou à partir du sérum des lapins sensibilisés avec es tissus normaux du rat et un sarcome entretenu par greffe, montrent chez celui-ci des propriétés qui le différencient des tissus normaux.

Il conserve pourtant les caractères originels du tissu du rat puisque en injectant à cet animal, on ne provoque pas l'apparition d'une sensibilisatrice décelable par la même méthode.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 15 avril 1931)

Broncho-pneumonie traitée avec succès par le bactériophage. Disparition d'extrasystoles durant depuis quatre ans. — MM. G. Caussade et Filohen présentent l'observation d'un jeune homme de vingt et un ans qui, à la suite d'une sinusite maxillaire gauche de nature grippale, fut atteint de broncho-pneumonie grave avec hyperthermie (40, 40,5 pouls à 100, sueurs profuses, céphalée intense, pâleur extrême, état syncopal, dyspnée excessive avec angoisse, et un foyer assez étendu dans le poumon droit avec des crachats sanglants. Après pulvérisation nasale de quatre ampoules de bactériophages polyvalents (staphylocoques, streptocoques, entérocoques, pneumocoques, pneumobacilles, proteus, pyocyaniques), la température s'est rapidement abaissée à 37,6 avec les pulsations (de 100 et 88 à 60, 48, 46). Le foyer de broncho-pneumonie s'est résorbé en cinq jours. Les symptômes fonctionnels, surtout les crachats, ont disparu en deux jours. La guérison a été définitive en dix jours avec température et pouls normaux. Le traitement bactériophagique à raison de deux ampoules pro die fut néanmoins poursuivi pendant cinq jours après la chute thermique. Guérison rapide de la sinusite du maxillaire. Les auteurs insistent sur le fait que l'action du bactériophage est — toutes choses égales d'ailleurs, — d'autant plus efficace que le bactériophage est porté directe-

ment sur le foyer d'origine (ici les fosses nasales). En général dans les cas heureux la guérison est rapide, ici même, et même par de faibles doses comme dans le cas présent. D'autre part, les auteurs à propos de leur observation invoquent l'influence d'une infection sur la disparition d'extrasystoles durant depuis quatre ans, certainement de nature vago-sympathique et dont récemment, à propos des tachycardies paroxystiques, D. Daniélopolu a établi une pathogénie neuro-végétative.

Barbotage gaïacolé chaud dans le pneumothorax. — MM. G. Rosenthal et V. Kouchnir, pour diminuer l'irritation de la plèvre, origine des accidents réflexes, et pour essayer de prévenir les exsudations pleurales, font passer l'air d'injections à travers un barboteur chargé d'huile gaïacolée à forte concentration et maintenu en permanence dans de l'eau bouillante. Ils émettent quelques considérations sur les produits chimiques à utiliser comme succédanés du gaïacol.

Sur la transmission du cancer. — M. Naamé, à propos d'un sarcome survenu à la main d'un opérateur par piqûre d'une aiguille entachée de lymphe provenant d'une région récemment opérée de cancer, pense que cela ne constitue pas une présomption en faveur d'une transmission néoplasique. Il cite, en exemple, deux cas de sarcome survenu chez l'un à la suite d'un coup de matraque, et chez l'autre après une brûlure par un morceau d'asphalte enflammé. La piqûre d'aiguille comme le coup de matraque et le morceau d'asphalte, a servi de *traumatisme localisateur chez un prédisposé à une production maligne.*

L'auteur parle de la théorie glandulaire du cancer et compare dans le domaine pathologique les métastases qui ne sont que des ébauches de l'organe atteint de cancer, aux glandes hémales de L. Binet, dans le domaine physiologique ou ébauches de rate, lesquelles se produisent après dégénérescence ou ablation de la rate chez le chien, dénotant ainsi l'effort que fait l'organisme du chien pour récupérer ses fonctions spléniques perdues. Aussi bien, un tel effort se fait dans le cancer où il y a un organe malade ou supprimé, mais ici l'effort est fatal, car il reproduit des ébauches d'organes qui sont à l'image du mal.

CHRONIQUE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU S. M. S.

L'Assemblée générale du premier semestre a eu lieu le mardi 9 juin, à 9 h. du soir, dans la grande salle de l'hôtel de la Confédération des syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi, sous la présidence de M. le docteur Boyer, président du syndicat.

Ordre du jour très important, qui comportait statutairement le rapport financier sur l'année écoulée et l'approbation du budget syndical, ainsi que le compte-rendu annuel du directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal, avec le tableau des condamnations obtenues. On a traité également deux graves questions, actuellement en instance devant le Parlement : l'exercice de la médecine en France par les étrangers (projet de loi Armbruster) et la réforme des études dentaires (projet de loi Milan-Rio). Sur ces deux points, les votes de l'assemblée ont été unanimes : la profession doit être défendue contre ceux qui tentent de l'exercer sans avoir fait les études suffisantes et obligatoires, ni acquis les connaissances et la bonne moralité indispensables.

Le docteur Dupas a donné ensuite des précisions sur l'organisation du contrôle technique de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine en vue du fonctionnement des Assurances sociales et les conclusions de son rapport ont été approuvées à l'unanimité.

L'assemblée a également manifesté son désir de voir tous les syndicats du département de la Seine se réunir en un syndicat départemental unique ; en attendant, une cotisation réduite sera réclamée aux médecins spécialisés affiliés à leur syndicat technique.

ASSOCIATION DES DIPLÔMÉS DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Le dîner annuel de l'Association des diplômés de l'Institut d'hygiène de l'Université de Paris a eu lieu, samedi, sous la présidence de M. le professeur Tanon.

Autour de lui avaient pris place : MM. Lesné, Henry-Thierry, B. Weill-Hallé, Henri Labbé, Joannon, Navarre Desfosses, F. Le Sourd, Dumont, président de l'Association des techniciens sanitaires, Bonnet, ancien président de l'Association, La Bruyère, Morin, Mmes Aizière, Besson, Cadet, MM. Martin, le médecin-colonel Cot, le docteur Clerc, président de l'Association ; MM. André Sergent, Jean Thurler, Gavilovitch, Leclainche, Bourguin, Mlle Frœnkel, de l'Office national d'hygiène publique, MM. Cachera, Royer, Laurent, Placet.

Au dessert, M. Clerc, président de l'Association exposa, en termes heureux, les progrès et les espoirs des diplômés d'hygiène. Il cita des chiffres qui montrent combien leur union est nécessaire. Sur 148 membres qu'elle compte, 60 seulement occupent des fonctions sanitaires. Sur 139 inspecteurs d'hygiène, il n'y a que 33 diplômés. Sur 18 inspecteurs départementaux, 12 seulement ont le diplôme.

Après M. Clerc, des toasts furent portés par M. F. Le Sourd, au nom de l'Association de la Presse médicale française, par M. Placet au nom des diplômés, par M. Lesné au nom des professeurs de l'Institut d'hygiène.

Puis M. le professeur Tanon remercia ses élèves, et leur conseilla de garder leur souriante philosophie à travers les difficultés de l'hygiène qui évolue sans cesse, au point que ce qui était vrai, hier, devient faux aujourd'hui. Excellents conseils, donnés avec une cordialité qui fut acclamée par l'Assistance.

M. Henry-Thierry, dans une brillante improvisation, laissa entendre avec beaucoup de bon sens qu'en hygiène, il est des principes qu'il faut appliquer, et d'autres qu'il est meilleur de laisser de côté. S'adressant aux étudiants étrangers, il leur demanda de ne pas oublier la France, et, en terminant, il porta un toast charmant aux dames présentes.

Enfin, la réunion se termina par un speech plein d'entrain de M. Laurent qui montra, avec quelle énergie, M. Tanon soutient toujours ses élèves.

L. G.

CROISIÈRE

CROISIÈRES DE LA REVUE GÉNÉRALE DES SCIENCES (fondées par feu Louis Olivier), sous le haut patronage de MM. le général Alvin, commandant l'Ecole polytechnique ; Aug. Bernard, professeur à la Sorbonne ; G. Bertrand, de l'Institut ; E.-L. Bouvier, de l'Institut ; duc de Broglie, de l'Institut ; Dr Charcot, explorateur ; E. Demenge, Ingénieur civil ; Ch. Diehl, de l'Institut ; G. Doin, éditeur ; R. Dussaud, de l'Institut ; Ch.-Ed. Guillaume, correspondant de l'Institut ; L. Guillet, de l'Institut ; L. Hourticq, de l'Institut ; C. Jacob, professeur à la Sorbonne ; A. Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences ; professeur Maurice Lœper, président de l'*Association de la Presse médicale française* ; L. Mangin, de l'Institut, directeur de la *Revue générale des Sciences* ; Dr Maurange, André Maurois, homme de lettres ; E. Picard, de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences ; général Serrigny, comman-

dant de corps d'armée, secrétaire supérieur de la Défense nationale.

Croisière de vacances en Grèce par la Côte Dalmate, du 16 au 29 septembre 1931, sous la haute direction de M. Charles Diehl, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne, conférencier de la Croisière sous les auspices de l'Ecole française d'Athènes à bord du paquebot de luxe *Reine-Marie* (17.500 tonnes) du Lloyd Yougoslave, spécialement affecté à la 58e croisière de la *Revue générale des Sciences*, avec le concours du Bureau officiel du tourisme yougoslave à Paris.

Programme. — *Mardi 15 septembre.* — Départ (facultatif) de Paris à 9 h. 10 à la gare de Lyon par wagon-lit direct, spécialement réservé pour les participants à la croisière.

Mercredi 16 septembre. — Arrivée à Fiume-Susak maritime vers 13 heures. Embarquement. Départ du *Reine-Marie* à 14 heures.

Jeudi 17 septembre. — Arrivée à Split (Spalato) vers 12 heures. Visite du Palais de Dioclétien. Départ dans la soirée.

Vendredi 18 septembre. — En mer. Le bateau longe la côte d'Albanie, dont les sommets dominent la mer de 2.000 mètres.

Samedi 19 septembre. — Arrivée à Corfou vers 7 heures. Visite. Excursion en automobile à l'Achilleion et retour par le Canon. Départ du *Reine-Marie* vers midi.

Dimanche 20 septembre. — Arrivée de bonne heure à Itea. Excursion en automobile à Delphes par les bois d'oliviers et la plaine sacrée. Gorges du Pleistos au pied du Parnasse et des Roches phedriades. Ruines du Hieron (Fouilles de l'Ecole française), Monuments votifs d'Athènes, Lacédémone, Tarente, Sicyone, Argos, Siphnos, Cnide, sanctuaire de la Terre et des Muses; base du Trépied de Platées, des offrandes de Gélon, etc... Terrasse et ruines du grand Temple d'Apollon, ex-voto des Thessaliens ; Lesché de Cnide, fontaine Cassotis, Théâtre. Autour du Sanctuaire, ruines de la ville et de la nécropole ouest, site où siégeait le Conseil des Amphictyons (Pylaia), beau stade au flanc du Parnasse, Pronaia (reste de trois temples), deux trésors, dont celui de Marseille ; Tholos ou rotonde en marbre. Gymnase et Palestre, nécropole est.

Fontaine Castalie. Musée de Delphes (dit Musée Homolle) qui contient l'Aurige de bronze. Déjeuner à Delphes.

Retour à Itéa par Khryso. Dîner à bord.

Lundi 21 septembre. — Arrivée à Loutraki vers 7 heures. Débarquement. Départ en voitures automobiles par la splendide route en corniche qui surplombe la baie de Salamine, pour Megare (vieux port), Eleusis (Sanctuaire des grandes Déesses, Propylées, Portique de Philon, Acropole, Musée). Arrivée à Daphni vers 11 heures. Visite de ce délicieux petit monastère bizantin du XIe siècle. Déjeuner. Départ à 13 h. 30 pour Athènes. Visite de l'Acropole (propylées, Temple de la Victoire aptère, Erechtheion, Parthénon, Musée de l'Acropole). Dîner et coucher à l'hôtel de Grande-Bretagne.

Mardi 22 septembre. — Le matin : Odéon d'Hérode, Atticus, Théâtre de Dionysos, Odéon de Périclès, Monument choragique de Lysicrate, Arc d'Hadrien, Temple de Zeus, Stade, Pnyx, Prison de Socrate, Aéropage, Theseion, Tour des Vents, Cimetière du Céramique et les deux charmantes églises byzantines : Petite Métropole et Kapnicaréa.

Après-midi : visite au Musée national des collections mycéniennes (Mycènes, Tyrinthe, Argos, Salamine, Spata, Vaphio, etc...) de la salle des Apollons et de la sculpture archaïque, des monuments du Ve siècle et suivants, des vases peints (lécythes attiques), des sculptures funéraires, des terres cuites, des bronzes (dont l'éphèbe de Marathon, le Poseidon et le petit Esclave, récemment retrouvés).

A 17 heures, réception à l'Ecole française d'Athènes. A 18 heures, départ et retour à bord à 20 h. 30 pour dîner.

Mercredi 23 septembre. — A 7 heures, débarquement à Corinthe. Visite des fouilles américaines : Temple d'Apollon, Agora, Théâtre, Musée. Départ pour Mycènes, Visite des tombeaux royaux, Porte des Lions, Enceinte de Schliemann, Tombes des masques d'or, Acropole et Palais Royal, Source Perseia. De là à Argos, puis Tyrinthe. Visite des constructions cyclopéennes : murs d'enceinte, galeries, celliers, voûtes, etc... A 12 h. 30, arrivée à Nauplie, déjeuner.

L'après-midi sera consacrée à la visite d'Epidaure, Sanctuaire d'Asclépios et d'Artémis, Tholos de Polyclète, Dortoirs des malades, Théâtre, Stade, Gymnase et Bains d'Antonin. Retour à bord pour dîner.

Jeudi 24 septembre. — Arrivée le matin à Katakoto. Débarquement. Départ par train spécial pour Olympie. Déjeuner. Après déjeuner, visite des ruines de l'Altis : Temple de Zeus, Heraion, Metroon, Pelopion, Philippeion, Terrasse des Trésors, Exèdre, d'Hérode, Atticus, Prytanée, Grand portique, Gymnase, Palestre, Theocoléon, Atelier de Phidias, Léonidaion, Bouleuterion. Maison de Néron, Stade, etc., Musée qui contient les frontons du temple de la Victoire de Paconios et l'Hermès de Praxitèle. Retour à bord pour dîner.

Vendredi 25 septembre. — Ithaque, le royaume d'Ulysse. Circum-navigation d'Ithaque, Dulichion, Samé et Zakynthos. Débarquement à Port-Vathy, ancien port de Phorliys où Ulysse fut déposé par les Phéaciens; visite de la grotte des Nymphes, cachette de ses trésors, des ruines d'Alacomina.

Samedi 26 septembre. — En mer.

Dimanche 27 septembre. — Escale à Dubrovnik (Raguse). Visite de la ville : Palais des Recteurs, Sponza, Cathédrale Saint-Blaise, Monastères des Dominicains et des Franciscains, Colonne de Roland, Fontaine d'Onofrio.

Lundi 28 septembre. — Retour à Fiume-Susak le soir.

Départ pour Paris (facultatif) par wagon-lit direct spécialement réservé pour les participants à la Croisière.

Mercredi 30 septembre. — Arrivée à Paris.

Conditions du voyage. — Le prix de la Croisière, de l'embarquement au débarquement est de 4.400 francs (cabines à un lit et cabines à deux lits non superposés sur tous les ponts).

Ce prix comprend tous les frais du voyage : transports terrestres et maritimes, logement et repas à Athènes à l'hôtel de Grande-Bretagne, excursions en automobiles à quatre places, entrées dans les musées et monuments, frais de batellerie, visas des passeports, vin de table à terre et à bord, pourboires, etc...

Inscription et renseignements. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser à Mme Charles, au siège de l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). Téléphone Littré, 14-61.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 22 juin. — Jury : MM. Delbet, président; Gosset, Lœper, Baudouin. — M. Lefrançois. Etude clinique et diagnostique des tumeurs de la protubérance annulaire. — M. Rouquès. Les plaies du rectum par empalement, diagnostic, indications opératoires. — M. Demole. Etude de l'origine des hématémèses. — M. Armand-Laroche. Brillat-Savarin et la médecine. — Mlle Codet. Etude d'un régime alimentaire varié chez l'enfant de six à dix-huit mois.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE ASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

XVIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE. (Compte rendu par M. SZUMLANSKI.)
« La responsabilité médicale. » Rapporteurs : MM. DONNEDIEU DE VABRES, DUVOIR et DESOILLE (de Paris).
« La médecine légale et la médecine sociale des accidents d'automobiles. » Rapporteur : M. SIMONIN (de Strasbourg).
« L'appendicite traumatique. » Rapporteur : M. WIART (de Paris).
« Les crimes passionnels (l'homicide passionnel). » Rapporteur : M. LÉVY-VALENSI (de Paris).
Discussion.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de thérapeutique.
Société de stomatologie de Paris.
CHRONIQUE
Réunion médicale de la Faculté de médecine de Nancy.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES POUR L'INTERNAT
Mal de Pott de l'adulte. Formes cliniques. Diagnostic. Traitement (suite).

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Rathery, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique médicale thérapeutique à ladite Faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Vaquez.)

— La chaire de pathologie expérimentale et comparée de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

— *Concours pour les bourses de doctorat.* — Le concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine aura lieu le samedi 11 juillet 1931.

Les demandes régulièrement établies seront reçues jusqu'au samedi 4 juillet, à 16 h., au secrétariat de la Faculté.

Pour les pièces à fournir, s'adresser à la Faculté, guichet n° 1, de 12 à 15 h.

— ALGER. — Il est supprimé, à dater du 1er avril 1931, un emploi d'agrégé près la Faculté de médecine de l'Université d'Alger.

— Il est créé, à la même date, un emploi d'agrégé près la Faculté de médecine de l'Université d'Alger (emploi d'Etat).

— LYON. — Ont obtenu le certificat de microbiologie :

Avec la *mention très bien* : MM. Cosset, Couture, Henry, Magnard, Perrot, Ramnoux, Robin, Zeude.

Avec la *mention bien* : MM. Anstett, Cousty, Debergue, Froment, Georges Goy, Jacowsky, Lautrette, Mathey, Nordmann, Prade, Rivière, Siffre, Zabih, Ghorban.

Avec la *mention assez bien* : MM. Buresti, Boyer, Chimi, Delrous, Escot, Floris, Germain, Humilien, Lardy, de Lestrade, Marret, Massonie, Partensky, Prieur, Roland, Reilles, Suard, Vanhems, Vastenberghe, Mme Vanstenberghe, MM. Verbède, Veyre, Winckelcamplo, Weigert.

Avec la *mention passable* : MM. Bascou, Brochier, Escoubis, Frezouls, Meyrand, Poisson, Robion.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — Un concours pour un emploi de chef de travaux de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon s'ouvrira le lundi 12 octobre 1931, au siège de ladite Ecole.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours. (*J. O.*, 20 juin 1931.)

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille des épidémies en or est décernée à M. le docteur Sicault (de Rabat) pour maladie très grave contractée dans le service.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Gastinel (de Paris).

GUERRE. — (Active.) *Au grade d'officier.* — MM. Potet, Giguet, Dabat, Dornier, Delahousse, Marchetti, Malmonte.

Au grade de chevalier. — MM. Remontet, Vauchez, Carrosse, Vandenbeusche, Gautrot, Tondeur, Chantriot, Dalbera, Dumalle.

(Troupes coloniales. Active.) *Au grade d'officier.* — M. Sibenaler.

Au grade de chevalier. — MM. Boyé, Farinaud, Cudenet.

AVIS DE VACANCE. — Il sera ouvert à la préfecture de l'Ariège, le mardi 7 juillet 1931, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques, et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS. — Il est créé des bourses de recherches au laboratoire de la chaire de physiologie du travail, hygiène industrielle et d'orientation professionnelle du Conservatoire national des Arts et Métiers.

Ces bourses sont attribuées par le Conseil d'administration du Conservatoire sur la proposition du professeur intéressé. Elles ne pourront dépasser 12.000 fr.

LA TOMBOLA DE LA F. E. M. — Le tirage de la tombola organisée annuellement par la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.), aura lieu le vendredi 31 juillet prochain au siège social (hôtel Chambon), 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Des lots nombreux et importants ont été offerts cette année à la Société.

Presque tous les billets ont été pris, au moment du bal de la Médecine française, surtout par des médecins de la région parisienne venus en grand nombre à cette fête de bienfaisance.

C'est principalement aux médecins de province que la F. E. M. voudrait réserver les billets qui lui restent, pour leur permettre de s'associer à son effort et de venir en aide aux veuves et orphelins de médecins dans la détresse, dont la plupart appartiennent à la province.

Prix du billet : 5 fr. — Carnet de 10 billets : 50 fr.

S'adresser à la Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). S. C. P. Paris, 1466-88.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DES FEMMES MÉDECINS. — Le prochain Congrès de l'Association internationale des Femmes médecins aura lieu à Vienne (Autriche) du 15 au 22 septembre 1931 et sera suivi d'une réception à Budapest.

Pour prendre part au Congrès et pour renseignements, s'adresser au bureau de l'Association internationale des Femmes médecins — Elysées Building — 56, rue du faubourg Saint-Honoré.

Le droit d'inscription est de 30 fr. Les chemins de fer français accordent des billets à demi tarif.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MÉDITERRANÉENNE. (MARSEILLE, sept. 1932.) — Du 20 au 25 septembre 1932, se tiendra à Marseille, à la Faculté de médecine, sous la présidence d'honneur de M. le docteur Roux et de M. le sénateur Honnorat, et la présidence de M. le professeur Marchoux, le Ier Congrès international d'hygiène méditerranéenne. Le programme détaillé de ce Congrès sera publié ultérieurement. On peut s'adresser dès maintenant, pour tous renseignements, au docteur Violle, secrétaire général, 40, allées Léon-Gambetta, Marseille, et au docteur Broquet, 195, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Goldefy (de Paris).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie des voies urinaires), en six leçons, par M. le docteur Raymond Leibovici, prosecteur, commencera le lundi 6 juillet 1931, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 200 fr.

Ce cours fera partie du cours complémentaire de chirurgie urinaire, sous la direction de M. le professeur agrégé Chevassu, à l'hôpital Cochin.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Programme du cours. — I. Cystostomie (définitive et temporaire).

II. Circoncision, amputation de la verge, urétrotomie externe, suture de l'urètre.

III. Abord périnéal de la prostate; incision des abcès prostatiques. Abord de l'uretère pelvien.

IV. Voies d'accès sur le rein. Décapsulation rénale. Néphropexie.

V. Pyélotomie, néphrotomie, néphrostomie.

VI. Néphrectomie.

CHRONIQUE

RÉUNION MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

La Faculté de médecine de Nancy vient de tenir sa réunion médicale annuelle qui s'est répartie cette année sur deux journées. Le samedi, à l'hôpital militaire Sédillot, M. le médecin colonel Spick, directeur du Service de santé de la XXe région, parla de la plaie de guerre et son traitement; M. le médecin lieutenant-colonel Ferron fit une présentation des appareils de fractures du Service de santé et M. le professeur Parisot entretint l'auditoire des lésions et du traitement de l'intoxication par les gaz de combat.

La matinée du lendemain fut consacrée à la visite des nouvelles cliniques de médecine infantile, d'oto-rhino-laryngologie, et d'urologie de l'Hôpital central : chacun des chefs de service y fit un exposé consacré à un sujet à l'ordre du jour : M. le professeur Caussade parla des données actuelles sur la clinique, la pathogénie et le traitement des vomissements avec acétonémie de l'enfant; M. le professeur André indiqua les notions nouvelles sur les vaccins en urologie, et M. le professeur Jacques mit ses auditeurs en garde contre les difficultés après la trachéotomie.

Après un déjeuner amical à l'hôtel d'Angleterre, on se retrouva au Grand amphithéâtre de l'Institut anatomique où M. le professeur Gougerot, de la Faculté de médecine de Paris, fit une intéressante conférence sur les dermo-épidermites microbiennes traumatiques et non-traumatiques. Enfin M. le professeur Santenoise résuma en un exposé documenté les recherches qui l'ont amené à la découverte d'une nouvelle hormone pancréatique, la vagotonine, dont il indiqua le rôle dans la glycorégulation et l'intérêt pour le traitement du diabète.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 23 juin. — Jury : MM. Jeannin, président; Lereboullet, Nobécourt, Vandescal. — M. MOISAN. Etude de la scarlatine chez les nouvelles accouchées. — Mlle BESKIN-CHANA. Etude de l hyperkératose palmo-plantaire ou maladie de Mélédo. — Mlle CHENISSE-WERTHEMER. La mortalité dans les nourriceries de l'hospice des Enfants-Assistés en 1929 et 1930. — Mlle MAAS. Etude clinique de la vaccination des nourrissons et des enfants par le vaccin de Calmette-Guérin B. C. G. — M. NENDEL. Terrain et sensibilisation dans l'asthme au point de vue thérapeutique. — M. KLARNET. Les pleuro-péricardites à pneumocoques de la première enfance.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Tanon, Lesbouyries, Nicolas, Vergé. — M. MONOD. Orientation actuelle des recherches sur l'étiologie et traitement du rachitisme. — M. PERROT. Organisation vétérinaire en Allemagne.

Jeudi 25 juin. — Jury : MM. Achard, président; Bernard, Tanon, Tiffeneau. — M. MANARANCHE, Etude du pronostic des cirrhoses. — M. BAISSETTE. Aux sources de la médecine (Vie et doctrine d'Hippocrate). — M. BUSSET. Groupes sanguins et tuberculose pulmonaire. — M. ANDRÉ. Etude de l'aération dans les salles d'hôpital et écoles. — M. TAILLANDIER. Etude sur la toxicité de quelques nouveaux composés organiques du mercure.

Vendredi 26 juin. — Jury : MM. Couvelaire, président; Lemierre, Sezary, Vallery-Radot. — M. MAMOU. Sclérodermie et cataracte, maladie de Rothmund. Essai clinique et pathogénique. — Mlle BLASS. Traitement ambulatoire des ulcères variqueux par les injections phlébo-sclérosantes. — Mme DU BOUCHET. Myocellulite cervicale et céphalées. — Mme LAPORTE DU BOUCHET. Etude du traitement des bubons suppurés de l'aine par l'électrocoagulation (Drain coagulant).

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Loeper, président; Henry, Robin. — M. LARHER. Allium sativum dans l'eczéma du chien.

Samedi 27 juin. — Jury : MM. Duval, président; Lejars, Lenormant, Terrien. — M. PLESSIER. Traitement du bec de lièvre unilatéral. — M. JAUDEL. De la radiothérapie des salpingites tuberculeuses. — M. DE BOTTON. Etude de la pathogénie endocrinienne de la kératite parenchymateuse. — M. HAURADOU. Anévrismes artério-veineux intracraniens.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — TRAIN SPÉCIAL DU DIMANCHE PARIS-FONTAINEBLEAU-THOMERY ET MORET. — Pour faciliter les excursions dans la forêt de Fontainebleau, la Compagnie des Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée met en marche, tous les dimanches jusqu'au 27 septembre 1931, un train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes de Paris à Fontainebleau, Thomery et Moret :

Aller : Paris, départ 7 h. 47; Fontainebleau, arrivée 8 h. 45; Thomery, arrivée, 8 h. 55; Moret, arrivée 9 h. 01.

Retour : Par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Le nombre des places est limité.

Le train spécial donne à la gare de Fontainebleau, la correspondance avec le service automobile P.-L.-M. d'excursions en forêt.

XVIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

[*Paris, 4, 5 et 6 mai 1931* (1)]

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR PAUL (DE PARIS)

LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Rapporteurs : MM. DONNEDIEU DE VABRES, M. DUVOIR et Henri DESOILLE (de Paris).

Première partie : Les fondements de la responsabilité.

Responsabilité civile. — La responsabilité médicale est une responsabilité contractuelle. Etant donné l'objet particulier du contrat qui intéresse la vie et la santé de l'individu, il doit être soustrait aux règles strictes du Code civil et soumis à celles du droit naturel, ce qui explique qu'en ce qui concerne la capacité de consentir à une opération il ne soit pas tenu compte pour les mineurs de l'âge et que la femme ne soit pas dans l'obligation sur ce point d'obéir à son mari.

Le médecin est responsable de ses aides et des choses qu'il a sous sa garde.

De toute façon il faut qu'il y ait faute, qu'il y ait dommage et qu'il existe une relation de cause à effet entre la faute et le dommage. Il est important de remarquer que nulle part le Code ne précise qu'il doit s'agir de faute *lourde*. Pratiquement, elles sont seules admises parce que ce sont les plus faciles à caractériser, mais si une faute légère était précisée et définie et qu'elle ait entraîné un dommage, la responsabilité du médecin serait vraisemblablement admise par les tribunaux.

Responsabilité pénale. — Elle peut conduire le médecin en correctionnelle pour coups et blessures ou pour homicide par maladresse ou négligence.

Valeur du consentement du sujet. — Il ne suffit pas pour légitimer l'action du médecin lorsque cette dernière est illicite ou intempestive. Sauf certaines exceptions (coma, aliéné, sujet anesthésié lorsque au cours d'une opération on s'aperçoit devoir modifier l'intervention prévue), le consentement du sujet est indispensable. La preuve du consentement est à la charge du médecin.

Personnes qualifiées pour donner le consentement. — Si la famille d'un blessé dans le coma ou d'un aliéné est présente, c'est à elle que le consentement sera demandé. Mais dans le cas où l'avis de la famille paraîtrait contraire aux véritables intérêts du malade et semblerait dicté par un désir d'héritage, le médecin pourra agir selon les véritables intérêts du malade. Il est alors prudent de prendre l'avis de confrères.

Femme mariée. — La femme doit être consentante et le mari ne peut imposer sa volonté. D'autre part, le consentement du mari n'est pas nécessaire lorsque la femme consciente est consentante à une opération nécessaire. Lorsque la femme est inconsciente et l'opération indispensable, le médecin peut passer outre à l'avis du mari; il est là encore prudent de provoquer une consultation.

Mineurs. — En principe, l'autorisation des parents est nécessaire. Mais si le mineur est capable de discernement, sa volonté doit dominer celle de ses parents. Ce n'est pas l'âge de l'enfant qui compte, c'est son degré de discernement.

En dehors de l'hôpital, lorsque le médecin constate chez des parents un refus obstiné à faire soigner convenablement leur enfant, que faut-il faire? Les rapporteurs admettent que, dans les cas très graves, le médecin puisse prévenir les autorités et faire intenter une action pour sévices, parce que le secret professionnel le lie au malade, c'est-à-dire à l'enfant, et non à ceux qui attentent à sa vie.

Attitude du médecin devant le suicide. — Les rapporteurs condamnent formellement l'euthanasie. Mais devant des souffrances intolérables, le médecin peut prescrire un médicament susceptible d'atténuer les douleurs, même si la vie de son client court le risque de s'en trouver réduite : il ne faut jamais désarmer devant la maladie, même au cas de mort imminente, et tout mettre en œuvre soit pour relever les forces, soit pour apaiser les souffrances.

Un individu *n'ayant pas son libre arbitre* doit être protégé contre lui-même, au besoin par la force.

Lorsqu'il s'agit d'un individu ayant son libre arbitre, par exemple, un prévenu pratiquant la grève de la faim, deux thèses irréductibles s'opposent, que ne vient départager aucune jurisprudence.

L'une considère que la vie humaine appartient, non pas à l'individu, mais à la société et que le suicide est un acte antisocial. Elle admet donc qu'il faut alimenter de force.

L'autre admet bien que l'on puisse forcer à s'alimenter un *condamné* parce que l'administration pénitentiaire l'a en tutelle mais qu'il n'en est pas ainsi lorsqu'il s'agit d'un *prévenu*, parce qu'on n'a le droit de s'opposer à aucun de ses moyens de défense et qu'il n'y a aucune raison de ne pas suivre pour ce cas particulier les règles admises pour les individus qui refusent les opérations nécessaires. La femme enceinte qui refuse une césarienne commet également un acte antisocial; or, il n'est pas question de la contraindre à se laisser opérer.

Procédure. — Une action peut être intentée contre le médecin : 1° *Par le client ou ses ayants droit*. Il peut s'agir : *a*. de poursuites correctionnelles pour blessures ou homicide par imprudence. Une demande de dommages-intérêts est généralement liée à cette poursuite ; *b*. d'action civile. 2° *Directement par le Parquet*, la sécurité des personnes étant d'ordre public.

A noter que les héritiers du médecin peuvent être poursuivis lorsqu'il s'agit d'une dette civile.

Deuxième partie : Les limites de la médecine.

Le médecin ne jouit pas d'un privilège. L'exercice de la médecine a des limites hors desquelles la responsabilité est lourdement engagée.

Les actes criminels. — L'avortement criminel, la propagande anticonceptionnelle sont visés par des lois spéciales.

Les expériences criminelles, qui poursuivent un but purement scientifique sans utilité thérapeutique vis-à-vis du sujet sur lequel a lieu l'expérience, entraînent la responsabilité du médecin, lorsque même le sujet était consentant.

L'embryotomie et l'avortement thérapeutique. — L'état de nécessité les rend licites dans les cas où la mort de la femme est certaine, entraînant à coup sûr celle de l'enfant, puisqu'en provoquant d'une façon anticipée un événement fatal, la mort de l'enfant, on peut espérer sauver la mère.

Lié par le secret professionnel, le médecin ne doit prévenir aucun magistrat; les magistrats n'ont aucune qualité pour recevoir une pareille déclaration, non plus que pour donner aucune autorisation. Il est bon d'appeler un confrère en consultation.

Quant à la déclaration à l'état civil, elle doit être faite comme s'il s'agissait d'un avortement spontané (ordonnance de 1888).

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Traitements esthétiques. — Juridiquement, lorsqu'un traitement est illicite, le consentement du client n'est pas valable, aucune cause de non-garantie ne peut jouer. Pour qu'un traitement soit licite, il faut que le risque provenant du traitement soit plus faible que le dommage à réparer, sinon le médecin commet une imprudence et l'on peut soutenir que les règles de l'art médical n'ont pas été appliquées.

Mais on ne doit pas limiter les affections auxquelles a droit de remédier la médecine. Soutenir à priori que les opérations purement esthétiques sont illicites entraînerait à admettre une *présomption de faute* à l'égard des chirurgiens qui les pratiquent. *Cette présomption de faute ne saurait être admise parce qu'elle est contraire à la loi* (Cour d'appel de Paris, 12 mars 1931).

Les rapporteurs concluent que toute affection, toute difformité peut être traitée, à condition de proportionner le risque a faire courir au mal que l'on veut corriger. Il n'y a là rien de spécial aux traitements esthétiques, c'est le principe fondamental de tout l'art médical. C'est aux spécialistes qu'il appartient d'apprécier chaque cas et de perfectionner leurs techniques. Malheureusement, la technique, si perfectionnée soit-elle, ne met pas à l'abri des risques et des insuccès. On est ainsi conduit à chercher le moyen de couvrir ces risques et d'éviter les procès.

Ce moyen réside dans l'*assurance des malades* contractée automatiquement par la maison de santé aux frais de ceux-ci. L'objection que la prime serait chère ne joue pas dans le cas de chirurgie esthétique, puisqu'il s'agit d'opération de luxe. Cette assurance du malade ne saurait être considérée comme une clause de non-garantie. Elle ne supprime pas une action pénale en cas de faute lourde éventuelle, mais elle supprimerait pratiquement les procès en dommages-intérêts en cas d'insuccès ou de complications. Ce sont ces procès les plus importants.

L'*homogreffe*, la *transfusion sanguine*, la *fécondation artificielle* sont juridiquement étudiées.

Troisième partie : Les erreurs et les fautes médicales.

Les *erreurs de plume*, les *prescriptions insuffisantes*, les *erreurs grossières de diagnostic ou de traitement* engagent la responsabilité du médecin.

Les accidents thérapeutiques. — La thérapeutique actuelle tend à employer des méthodes actives qui donnent parfois lieu à des accidents. Il n'est plus alors question d'ignorance du médecin : l'accident est directement lié à la thérapeutique instituée. *Quelles sont donc les précautions à prendre actuellement sous peine de faute ?*

Prenant d'abord en exemple et discutant les accidents des anesthésies, des arsénobenzols, des sérums, les rapporteurs arrivent à dégager des principes fondamentaux : quelle que soit l'opinion scientifique adoptée, l'examen général du malade préalable à tout traitement doit être d'autant plus minutieux que le traitement est plus actif : on peut préférer le chloroforme à l'éther ou inversement, on peut continuer l'arsénobenzol malgré une légère intolérance, etc.; mais il ne faut pas que les traitements soient prescrits ou que les anesthésies soient données d'une manière automatique. Chaque cas doit être discuté. C'est à ce prix que le médecin, en cas d'accident, peut revendiquer sa liberté thérapeutique et établir qu'il n'a pas commis de faute. Faute de quoi les magistrats, sans entrer dans la discussion de doctrines scientifiques, considéreraient qu'il y a eu négligence, puisque le malade n'a pas été observé.

Distinction entre la faute et la liberté scientifique. — Un médecin est parfaitement en droit de ne pas suivre les enseignements officiels. Sans doute une thérapeutique non classique risquera d'être considérée comme une faute, mais, et c'est là le point rassurant, il ne suffit pas pour engager la responsabilité de considérer qu'il y a faute, il faut démontrer d'une façon nette que cette faute a entraîné un dommage. Les rapporteurs précisent à quel point l'expert doit savoir s'élever au-dessus des querelles d'école.

On a réclamé des *jurys de médecins.* Il semble qu'au contraire, les magistrats et les experts professionnels soient mieux capables de s'abstraire des doctrines du moment qu'une assemblée de médecins praticiens. D'ailleurs, ces jurys ne sauraient être constitués uniquement par des médecins, et les représentants des clients y seraient probablement adjoints.

Maladies transmises involontairement. — Plusieurs médecins ont été condamnés de ce fait.

Quatrième partie. Responsabilité du fait des aides et des choses.

Le médecin est responsable de ses aides même s'il ne les a pas choisis, à condition qu'il puisse leur donner des ordres. Il n'est pas responsable de son remplaçant — à condition qu'il ait les inscriptions réglementaires — parce que le remplaçant garde son entière liberté.

L'article 1.384, relatif à la responsabilité du fait des choses, serait applicable aux médecins.

Cinquième partie. Responsabilité du fait d'obligations sociales.

Réquisitions. — Le médecin n'a pas le droit de se refuser à une réquisition, soit de l'autorité administrative, soit de l'autorité judiciaire.

Etat civil. — *Naissance.* Le médecin doit la déclarer s'il sait que la déclaration ne sera pas faite par la famille, ou en cas d'accouchement clandestin (en ce cas, il ne donne ni le nom, ni l'adresse). — *Décès.* Le médecin n'a pas à déclarer le décès, mais il peut être amené à le faire lorsque, ayant pratiqué l'accouchement, il s'agit d'un mort-né. En outre, dans le département de la Seine, on doit déclarer les embryons : ceux-ci sont déposés dans un local désigné par le maire.

Maladies contagieuses. — Leur non-déclaration entraine une amende.

Refus de se rendre à l'appel d'un malade. — Un médecin est libre d'accorder ou de refuser ses soins aux particuliers qui les réclament (s'il n'en est requis), mais sa responsabilité est engagée : *a.* S'il avait promis des soins et qu'il ne vient pas, sauf en cas de force majeure; *b.* lorsque les soins étaient commencés ; *c.* lorsqu'il refuse d'appeler un consultant s'il est ultérieurement prouvé que cette abstention a nui au malade.

Le médecin peut refuser de continuer ses soins s'il ne reçoit pas un accueil conforme à sa dignité, si ses prescriptions ne sont pas exécutées, si un confrère est appelé à son insu.

La coalition de médecins contre un mauvais payeur a été condamnée par la cour de Bourges en 1909. Les rapporteurs ne trouvent pas ce jugement admissible au point de vue juridique.

Sixième partie : Défense contre les attaques en responsabilité.

Il faut préconiser les assurances. D'autre part, en cas d'attaque injustifiée de la part d'un client, le médecin doit demander des dommages-intérêts, mais à la condition formelle qu'il puisse démontrer la mauvaise foi du client ou son désir de nuire. Si c'est *le client qui a pris l'initiative* d'assigner le médecin en justice, ce dernier, défendeur du procès, formulera une demande reconventionnelle. *Lorsqu'au contraire*

c'est le médecin qui, à l'occasion d'une demande en justice pour se faire payer ses honoraires, se voit contraint de défendre à une demande reconventionnelle pour prétendue faute professionnelle, il ne peut pas à son tour formuler une demande reconventionnelle contre son client : « Reconvention sur reconvention ne vaut. » Mais il pourra ultérieurement engager une demande de dommages-intérêts ; la compétence du juge de paix est de 600 francs pour le dernier ressort et de 1.500 francs pour le premier ressort. Si la demande est motivée par des diffamations ou injures commises autrement que par voie de presse, la justice de paix est compétente quel que soit le chiffre. *La juridiction répressive peut être saisie* au reçu d'une lettre constituant manifestement un chantage : le médecin n'a qu'à la déposer entre les mains du procureur de la République.

Attaque de presse. — Les journalistes ont plusieurs fois été condamnés pour diffamation. Il est alors bon de demander l'affichage et l'insertion dans les journaux de la condamnation prononcée.

Conclusions. — Le médecin ne possède pas en privilège le droit de faire tout ce qu'il lui plaît. La médecine a des limites qu'elle ne saurait franchir. A l'intérieur de ces limites, le médecin est responsable des fautes qu'il commet si elles entraînent un dommage, mais il faut établir la faute d'une manière indiscutable, qu'elle soit lourde ou légère. En pratique, ce sont avant tout les fautes lourdes qui se révèlent indiscutables.

L'exercice du mandat médical, qui suivant l'expression du Code civil « soumet celui qui en est chargé à y apporter tous les soins d'un bon père de famille », est une tâche à la fois très noble et très lourde, puisqu'il faut parfois prendre en mains l'intérêt d'un malade inconscient, au besoin contre ses proches, décider pour lui, tout en acceptant la charge redoutable d'inévitables ressentiments.

Le médecin doit accepter que ses droits soient limités. Du moins, la hauteur à laquelle il peut élever la conscience de ses devoirs et de sa mission ne relève que de lui : ce doit être sa suprême satisfaction.

Discussion.

M. Mazel (de Lyon) souligne l'intérêt de ce rapport qui associe heureusement et complète les unes par les autres les données du droit et les précisions de la médecine.

Il attire l'attention sur quelques données générales essentielles en pratique.

La distinction entre « faute lourde et « faute légère » n'a pas de valeur légale; la seule affirmation qu'aucune faute lourde n'a été commise par le médecin ne suffit pas à l'exonérer de toute condamnation. Dans un cas où l'expert avait conclu que le médecin n'avait pas commis une faute lourde, le tribunal paraît avoir traduit qu'il avait donc commis une faute légère et a accordé des dommages-intérêts, légers eux aussi.

Plutôt que la distinction, d'ailleurs souvent si délicate à établir entre « faute lourde » et « faute légère », il vaut mieux séparer nettement l'*erreur* toujours possible dans la pratique médicale, et très souvent excusable, et la *faute*, c'est-à-dire l'erreur évitable, l'erreur qui n'aurait pas été commise si le médecin avait apporté l'application et les connaissances que l'on est en droit d'attendre de tout praticien. Il s'agit là, non comme on pourrait le croire, d'une question de mots, mais d'une distinction importante car susceptible d'influer sur la décision de justice.

Une expertise médicale est presque toujours nécessaire pour faire le point de départ entre l'erreur et la faute ; en raison des difficultés très spéciales qu'elle comporte, il est préférable qu'elle soit confiée à trois experts.

Mais l'existence de la faute doit être recherchée, non pas *in abstracto*, mais *in concreto* : telle erreur, excusable en certaines circonstances et pour certains médecins, l'est beaucoup moins ou ne l'est plus du tout pour d'autres. La faute ne saurait être la même pour un praticien de campagne, tentant une intervention chirurgicale dans un cas d'extrême urgence avec des moyens matériels limités, et pour un chirurgien spécialisé, opérant, pour ainsi dire à tête reposée, dans une clinique.

Il faut aussi retenir qu'un élément d'appréciation sera tiré par le tribunal de la proportion (ou de la disproportion) existant entre la gravité propre de l'affection (ou de l'état qui a nécessité l'intervention) et les dangers inhérents à cette intervention elle-même. C'est là l'une des raisons, non la seule, qui explique la sévérité extrême des tribunaux dans le domaine de la chirurgie esthétique.

Pour ce qui est de la défense du corps médical vis-à-vis des actions en responsabilité, toujours plus nombreuses, l'assurance professionnelle du médecin doit être préconisée. Mais il faut aussi que soient favorablement accueillies les demandes reconventionnelles formées par les praticiens dans tous les cas où le demandeur est de mauvaise foi, dans ceux par exemple où l'instance engagée par lui a pour but le non-paiement des honoraires. Ces faits ne sont pas rares.

Il faut aussi se rappeler que, trop souvent, une telle action trouve son point de départ dans une parole ou même dans une attestation imprudente d'un médecin vis-à-vis de la ligne de conduite antérieurement adoptée par un confrère.

M. Costedoat (de Paris) ne pense pas que les simulateurs militaires doivent être récupérés de force, c'est-à-dire qu'on puisse leur appliquer un traitement contre leur consentement. Cette question se pose et surtout s'est posée pendant la guerre, en présence de militaires qui arguent de leur état de santé pour se soustraire au danger ; la seule conduite possible est de les signaler au commandement qui prendra à leur égard les sanctions appropriées.

La responsabilité serait de même engagée si chez un soldat atteint de troubles fonctionnels hystériques, le médecin employait, dans un but curatif, le traitement de son choix contre la volonté de l'intéressé ; bien qu'atteint d'un trouble de l'imagination, l'hystérique a un discernement suffisant pour guérir par la simple persuasion et ne peut être considéré comme un aliéné dont on serait autorisé à négliger l'avis.

D'une manière générale, il semble douteux que, hors les cas prévus par la loi, on soit en droit d'imposer comme un ordre à un soldat tel traitement qu'il refuse en pleine connaissance de cause ; à plus forte raison de le lui appliquer contre son consentement.

M. Fribourg-Blanc (de Paris) envisage l'attitude à adopter par le médecin militaire devant la réaction suicide, fréquente dans l'armée. Elle doit être combattue par tous les moyens. Il convient en effet de fixer des limites à la liberté individuelle.

La tentative de suicide et en particulier la grève de la faim est, chez le détenu, lorsqu'il ne s'agit pas d'un psychopathe, un procédé d'intimidation qu'on peut assimiler à une tentative d'évasion. Or, dans les services de détenus des hôpitaux militaires, le médecin est rendu strictement responsable de toutes évasions des sujets qui lui sont confiés soit pour observation, soit pour traitement. De sévères sanctions peuvent être prises contre lui. La discipline militaire a dans ce cas, comme en beaucoup d'autres, des exigences formelles auxquelles les médecins ne peuvent que se soumettre.

M. Mazel. Les problèmes envisagés par M. Costedoat et par M. Fribourg-Blanc ont trait aux questions de responsabilité dans la pratique de la médecine militaire. De telles questions, déjà délicates dans la pratique de la médecine civile sont d'une solution plus difficile encore pour nos confrères militaires, en raison de la situation assez spéciale

dans laquelle ils sont placés. Ils assument en effet successivement, parfois simultanément, le rôle d'un médecin-traitant et celui d'un médecin-conseil ou d'un médecin-contrôleur. En tant que médecin-traitant, ils sont astreints au secret professionnel ; ils en sont libérés en tant que médecin-conseil ou contrôleur. Ils peuvent donc se trouver dans des situations très embarrassantes et il paraît très difficile, sinon impossible, que l'on puisse fixer à l'avance des règles valables pour chaque cas particulier.

M. de Rechter (de Bruxelles) prétend que les incohérences des jugements prononcés par les tribunaux contre les médecins ne peuvent aboutir qu'à paralyser toute activité médicale. Bientôt on n'osera plus pratiquer la médecine. On est puni si on omet de faire une injection antitétanique, on est puni si on en fait une qui soit suivie d'accidents sériques. L'auteur condamne la tendance des magistrats à s'attribuer une compétence en matière de médecine. Une juridiction particulière, avec un collège médical ou bien des experts, serait l'organisme le plus approprié pour juger les affaires de responsabilité médicale.

M. Balthazard (de Paris) se refuse à admettre une pareille juridiction particulière qui serait très mal vue par le grand public. La désignation d'experts réguliers avec la possibilité d'une contre-expertise convient mieux qu'un collège médical permanent propre à éveiller la méfiance des parties plaignantes.

Me Maurice Garçon (de Paris) parle de la chirurgie esthétique et déclare que la chirurgie cesse d'être de la chirurgie en face d'un sujet bien portant. Le chirurgien n'agit plus en qualité de médecin, son diplôme ne l'autorise pas à porter le scalpel partout où il lui plaît. Les risques qu'il assume sont les mêmes risques qu'assumerait quiconque causerait des coups et blessures à une personne par consentement mutuel.

M. Duvoir oppose à la chirurgie esthétique proprement dite, la chirurgie réparatrice, dans les cas de plaies de la face par exemple, qu'il s'agisse de blessures de guerre ou d'accidents du travail ou de la circulation. On ne peut pas empêcher les tentatives de réparation des dommages produits.

M. Médakovitch (de Paris) insiste sur quelques problèmes concernant la responsabilité du médecin ou du chirurgien d'un asile d'aliénés. A défaut du consentement de ces malades qui, dans bien des cas ne peut pas être considéré comme valable, la tradition veut que l'on demande celui de la famille. Il semble que, dans certains cas de refus injustifiés, le médecin devrait pouvoir passer outre, dans l'intérêt même du malade, il en est ainsi, par exemple, quand la famille d'un paralytique général s'oppose au traitement de celui-ci par l'inoculation de la malaria.

M. Donnedieu de Vabres insiste sur l'importance des circonstances dans chaque cas particulier, ce qui réduit beaucoup l'intérêt de la distinction entre la notion abstraite de faute lourde et celle de faute légère.

Puis, revenant à la chirurgie esthétique, il fait intervenir une comparaison entre le risque que fait courir l'opération et le but poursuivi. Une opération esthétique présente parfois un intérêt considérable, notamment au point de vue professionnel.

M. Marcel Héger (de Bruxelles) attire l'attention sur diverses interprétations possibles de l'article du Code civil relatif à la déclaration des naissances.

M. Michel (de Paris) précise l'importance de la conscience professionnelle. Le médecin de campagne peut ignorer certaines choses, mais il sait bien où s'arrête sa science et doit appeler, si c'est nécessaire, un plus compétent que lui. Mais en cas d'urgence, quand ce praticien aura fait tout ce qu'il pouvait, selon sa conscience, dans les mauvaises conditions où il se trouve, il semble que sa responsabilité juridique ne devrait pas être engagée.

LA MÉDECINE LÉGALE ET LA MÉDECINE SOCIALE DES ACCIDENTS D'AUTOMOBILES

Rapporteur : M. Simonin (de Strasbourg).

L'automobilisme modifie profondément nos mœurs. Or, nous sommes encore à la période d'adaptation de nos habitudes à ce nouveau moyen de locomotion dont l'usage raisonnable exige une discipline qui s'acquiert seulement au prix d'une expérience douloureuse et onéreuse. A l'origine des chemins de fer, les mêmes phénomènes ont été observés.

Il y a donc un problème social important à étudier pour faciliter l'adaptation des individus à l'automobilisme et hâter l'agencement approprié des lois et des règlements. Les accidents d'automobile soulèvent également des problèmes juridiques complexes à propos desquels les médecins experts sont fréquemment sollicités.

I. Fréquence et gravité des accidents d'automobile. — Il y a lieu de distinguer les chiffres absolus et les valeurs relatives.

Les chiffres absolus sont impressionnants, puisqu'ils croissent rapidement d'année en année, dans tous les pays. En France, en 1930, plus de 3.000 personnes ont été tuées en circulant et les blessés ont été quarante fois plus nombreux. Il arrive actuellement que le nombre des accidents mortels d'automobile dépasse celui des morts dues à la fièvre typhoïde ou à la diphtérie ou à la rougeole. Ainsi l'automobile est un agent homicide plus dangereux que le bacille d'Eberth, le bacille de Löffler : les agents physiques tendent donc à prendre la place des agents microbiens parmi les causes de mortalité.

Toutefois, pour avoir une idée exacte du péril automobile il faut rechercher les *valeurs relatives* qui tiennent compte de deux facteurs : du nombre des véhicules en circulation et de la population. L'auteur établit ainsi ce qu'il appelle le *coefficient d'adaptation sociale à la locomotion automobile* qui est représenté par la formule :

$$\frac{(\text{Nombre de véhicules automobiles})^2}{\text{Nombre d'accidents mortels} \times \text{nombre d'habitants}}$$

L'examen comparatif des diverses statistiques indique que la France est le pays le moins atteint par le péril de la locomotion automobile à laquelle nous paraissons nous adapter plus rapidement que les autres peuples.

II. Les bases légales des poursuites judiciaires. — Le rapporteur examine rapidement les deux sortes de responsabilités mises en jeu par l'accident d'automobile. Il indique le revirement qui s'est produit dans la jurisprudence consacrée par un arrêt solennel des Chambres réunies de la Cour de cassation, du 13 février 1930, puis il étudie plus spécialement le cas complexe de l'écrasement successif d'un piéton par deux automobiles, cas où l'expertise médico-légale prend une importance capitale.

III. Les formes médico-légales des écrasements par automobiles. — Si les *écrasements accidentels* sont les plus fréquents, il faut savoir que, dans certains cas, l'automobile peut servir au *suicide*, à l'homicide, ou bien l'accident peut être simulé pour masquer un homicide ; ou bien encore l'écrasement est dissimulé par son auteur qui cherche à échapper aux conséquences judiciaires d'un homicide involontaire. Plusieurs exemples illustrent chacun de ces types.

IV. L'origine et les causes des accidents. — Les statistiques donnent des indications beaucoup plus sur les *causes apparentes* que sur les conditions véritables des accidents.

Elles nous enseignent qu'en moyenne, 48 p. 100 des accidents proviennent de la faute des conducteurs et 46 p. 100 des victimes. Elles indiquent aussi qu'ils résultent parfois des défauts de la route ou des défectuosités du véhicule.

Les accidents imputables aux conducteurs peuvent toujours se rattacher à l'une des quatre catégories suivantes : imprudence, inexpérience, infirmités psychiques ou physiques, intempérance. Le rapporteur insiste surtout sur l'une des formes de l'imprudence : l'*excès de vitesse*. Il démontre que les réactions psycho-motrices ne permettent pas au chauffeur d'arrêter instantanément son véhicule. Il n'est donc pas absolument « maître de sa vitesse ». Les distances minima d'arrêt sont proportionnelles à la vitesse de l'automobile. La distraction, l'émotivité, la nervosité, la témérité, l'inattention sont encore des facteurs d'accidents. L'auteur rapporte de nombreux exemples d'accidents dus à des états pathologiques ou à l'intempérance.

Les *piétons* portent, dans un certain nombre de cas, la responsabilité de l'accident. Ceux qui s'exposent le plus aux dangers de la circulation se signalent par l'inattention, l'insouciance, ou l'affolement, l'hésitation en traversant une rue ou l'ignorance des règles de la circulation. Ce sont toujours les mêmes qui se font écraser : vieillards, infirmes, enfants, campagnards, savants, ivrognes.

V. Le mécanisme des accidents. — Les accidents d'automobiles présentent une très grande variété.

La collision d'une automobile avec un autre véhicule ou contre un obstacle provoque des blessures occasionnées surtout par l'arrêt brusque de la voiture qui projette le chauffeur contre le volant et les voyageurs contre les vitres.

L'écrasement d'un piéton s'opère généralement en trois temps, car le sujet est le plus souvent surpris debout : il y a d'abord tamponnement, puis chute ou projection, enfin franchissement et quelquefois aussi traînage.

VI. Caractères anatomo-pathologiques des lésions. — Par leur fréquence et par leurs particularités étiologiques en rapport avec telle ou telle phase de l'accident, les lésions observées dans les accidents de la route présentent un grand intérêt médico-légal.

1° Les lésions de tamponnement siègent au point d'application du choc sur les jambes, les cuisses, les hanches, les lombes, et consistent en ecchymoses, plaies contuses, fractures directes : lésions dont l'aspect et l'importance sont en rapport avec la forme de l'agent percutant (phare, pare-choc, pare-boue, marchepied, radiateur) et avec la violence du traumatisme.

2° Les lésions de chute ou de projection se groupent en lésions superficielles, généralement bénignes, et en lésions craniennes, souvent mortelles, qui font de la chute un des temps les plus redoutables de l'accident. Les lésions superficielles se rencontrent aux parties saillantes du corps sur lesquelles se produit la chute sur le sol : épaule, coude, genou, mains, etc., et se présentent sous l'aspect d'ecchymoses, d'érosions et d'excoriations rugueuses produites par le gravier. Dans les projections brutales du corps à terre, la tête vient frapper le sol avec violence. Il en résulte une contusion ecchymotique du cuir chevelu, une suffusion épicranienne et souvent une ou plusieurs fissures du crâne irradiées à la base avec hémorragie méningée et foyers de contusion cérébrale de cause directe ou par contre-coup.

3° Les lésions de franchissement dues au passage du véhicule sur le corps sont essentiellement caractérisées par la disproportion entre les lésions externes, presque toujours insignifiantes, et les dégâts internes, considérables : broiements osseux, déchirures, ruptures, et éclatements viscéraux. Une des lésions tégumentaires des plus typiques est la *plaque parcheminée* striée qui présente des caractères histologiques bien différenciés. Très particuliers aussi sont les décollements sous-cutanés, avec poches sanguines ou séro-sanguinolentes. On note aussi parfois l'arrachement des fibres musculaires des fessiers. Les lésions profondes diffèrent suivant la région du corps franchie par le véhicule, c'est-à-dire suivant que le franchissement est céphalique, thoracique, dorsal, ventral, oblique ou longitudinal.

4° Le traînage peut produire aussi des lésions par usure des téguments et des surfaces osseuses par frottement sur le sol.

Sont décrites aussi les blessures particulières aux collisions d'automobiles : blessures dues surtout aux éclats de vitre.

VII. L'expertise médico-légale dans les accidents d'automobile. — La contribution médico-légale peut apporter aux tribunaux un concours précieux.

Dans les cas d'*accidents mortels* simples, les éléments d'appréciation fournis par l'expertise contribuent : 1° à déterminer si la mort, qu'elle soit immédiate ou tardive, est la conséquence de l'accident; 2° à reconstituer les circonstances et les phases de l'accident; 3° à alléger ou à aggraver la responsabilité du conducteur ou de la victime (infirmités exposant aux dangers de l'écrasement, état pathologique modifiant l'évolution des plaies, affection mortelle préexistante, état d'ivresse, etc.). Certaines causes de mort (hémorragies cérébrales, complications pulmonaires des traumatismes du crâne, embolie graisseuse, méningo-encéphalite traumatique, état pathologique antérieur à l'accident, etc.) doivent être recherchées et interprétées judicieusement. De même, l'interprétation des lésions de tamponnement, de chute, de franchissement, de traînage de la victime, permet dans nombre de cas de reconstituer les circonstances et les phases d'un accident.

Dans le cas d'écrasement compliqué de délit de fuite, l'expertise est encore plus ardue; mais la mise en œuvre de toute une série de recherches et d'épreuves (empreintes laissées sur la route, débris abandonnés par la voiture, traces qu'elle a arrachées à la victime ou qu'elle a prises à la route (aboutit fréquemment à l'identification du véhicule homicide et à l'arrestation du coupable.

VIII. La prévention des accidents. — Les mesures préventives doivent s'adresser aux individus plus qu'aux choses. Les unes présentent un caractère médical, car elles ont pour objectif d'interdire la pratique de l'automobile aux personnes qui y sont physiquement ou psychiquement inaptes. Les autres visent à faciliter l'adaptation des individus à la circulation routière.

Le rapporteur étudie longuement les bases de la *sélection médicale* des chauffeurs et envisage successivement les conditions visuelles et auditives, les incapacités pour infirmités locomotrices, les causes psychiques et nerveuses d'inaptitude les exclusions dues à certains états pathologiques, et enfin les qualités psycho-motrices requises pour diriger une automobile avec sécurité. En ce qui concerne l'acuité visuelle ou auditive minimum pour conduire une auto, M. Simonin relève le caractère arbitraire de son évolution et place sur le terrain expérimental le problème qui se pose ainsi : Quelle est l'acuité visuelle ou auditive nécessaire à un conducteur pour lui permettre de voir un obstacle ou d'entendre un signal suffisamment à temps pour arrêter sa voiture, si besoin est, sans accident? Or, la distance minimum d'arrêt d'un véhicule est proportionnelle à la vitesse de celui-ci : à 80 kilomètres à l'heure, elle est de 35 mètres. Telle devrait donc être la distance minimum de vision ou d'audition d'un chauffeur, mais il faut tenir compte encore d'une « marge de sécurité » pour parer au cas où l'obstacle est également mobile et se dirige en sens contraire du véhicule.

Comment organiser maintenant la sélection médicale des chauffeurs? Trois systèmes se trouvent en présence : *a.* L'*examen préventif obligatoire*, très sévère en Allemagne, n'y a pas fait ses preuves. D'autres considérations (organisation médi-

cale spéciale, périodicité indispensable, dépenses élevées etc.) le rendent impraticable. *b.* Le *système de l'incapacité légale et de la responsabilité pénale du conducteur inapte*, qui consiste à interdire par une loi la pratique de l'automobile aux individus porteurs de certaines tares physiques ou de maladies expressément dénoncées comme dangereuses pour la sécurité publique en raison des accidents qu'elles peuvent occasionner comporte aussi des inconvénients dont le principal est la difficulté de faire la preuve de la relation directe et certaine de cause à effet entre l'infirmité et l'accident. *c.* C'est le troisième système qui paraît le plus acceptable : *le retrait médical du permis de conduire.* Il repose sur deux principes : 1° sévérité de la sélection médicale proportionnelle à la responsabilité professionnelle du chauffeur : les conducteurs professionnels étant soumis à un examen médical préventif et périodique. 2° L'élimination naturelle par le retrait du permis de conduire, sanctionnée par un examen médical subi après un accident, des conducteurs qui font ainsi la preuve expérimentale de leur inaptitude physique et psychique. Exclusion aussi des nombreux récidivistes de l'accident. Ce mode de sélection n'agit pas trop tard, car les accidents matériels sont quarante fois plus fréquents que les accidents de personnes.

Enfin, lorsqu'un chauffeur est suspect d'intoxication alcoolique, l'état d'ivresse doit être systématiquement recherché et établi médicalement.

La menace de retrait du permis soit pour cause d'inaptitude physique, soit pour récidive d'accidents, soit pour ivresse, planerait sur tous les automobilistes et serait capable d'assagir les plus téméraires.

Les *mesures administratives de sécurité* ont pour but d'exiger des automobilistes la compétence (permis de conduire), la discipline (organisation de la police routière), la prudence (limitation de la vitesse) et de former l'éducation des piétons (éducation morale et psychologique de tous les usagers).

Le rapporteur termine son exposé par l'énumération rapide des diverses mesures de sécurité qui sont préconisées.

Et il conclut en disant que de longs et patients efforts sont encore nécessaires pour faciliter l'adaptation de la collectivité à l'automobilisme, facteur de progrès et de richesse dont on ne saurait amoindrir l'essor sans porter atteinte aux intérêts vitaux du pays.

Discussion.

M. Coutela (de Paris) estime que la réglementation médicale, indispensable pour les conducteurs professionnels (transports en commun et par camions), devrait être généralisée. Mais il fait remarquer d'une part que les statistiques signalées montrent la fréquence aussi grande des accidents dans tous les pays (réglementés ou non) et d'autre part, qu'un grand nombre d'amétropes à vision très faible, insoucieux, volontairement ou non, de toute correction, conduisent des automobiles sans avoir le moindre accident. Il y a donc surtout lieu de tenir compte de facteurs psychologiques divers, de ce qu'on a appelé « le sens de la route », etc.

Il signale l'erreur à laquelle donne lieu « l'acuité visuelle totalisée », addition des fractions d'acuité visuelle manifestement fausse en clinique une telle expression gagnerait à être supprimée.

Prendre comme base les conditions exigées des mécaniciens de locomotives doit être abandonné.

La notion du champ visuel est plus importante encore que celle de l'acuité visuelle centrale. Celle-ci, quoi qu'on ait pu dire, ne se modifie nullement avec l'extrême vitesse du véhicule. Le sens lumineux est d'extrême importance, mais pratiquement combien difficile à évaluer à l'heure crépusculaire. L'expérience démontre que les examens périodiques sont de première nécessité.

En ce qui concerne les borgnes, il y a lieu de considérer le champ visuel qui est largement suffisant pour percevoir en temps voulu la largeur de la route et ses à-côtés, le degré de vision centrale, toujours un peu moindre avec un seul œil qu'avec les deux (notion classique journellement confirmée), l'appréciation des distances qui, affaire d'éducation et d'expérience, peut se trouver plus ou moins vite réalisée à la longue chez beaucoup de sujets : fait bien connu depuis longtemps et la perte du contrôle donné par la double visée; enfin la possibilité pour le borgne de recevoir un corps étranger (moustiques) dans l'œil.

Ces trois derniers points de vue étant discutés, le borgne pourrait être admis à conduire, mais réhabiliter le borgne en admettant son aptitude à la conduite automobile ne saurait diminuer en rien l'incapacité professionnelle évidente qui résulte d'une telle infirmité : c'est là un problème complètement différent.

MM. Leclercq et Muller (de Lille) rapportent un certain nombre d'observations d'accidents d'automobiles. Ils insistent sur le diagnostic de l'ivresse des victimes et souhaitent qu'on puisse aussi le pratiquer sur les conducteurs par le dosage de l'alcool dans les urines. Puis ils signalent les difficultés du diagnostic des lésions par choc direct et par chute, d'après leurs caractères anatomo-pathologiques tant externes qu'internes.

Ils insistent aussi sur la possibilité des manifestations nerveuses et psychiques post-traumatiques. Ils étudient enfin les mesures à prendre pour éviter les accidents d'autocars, à cause de leur gravité et terminent par quelques mots sur la sélection médicale des chauffeurs.

M. Duvoir attire l'attention sur les avortements qui se produisent à la suite d'un accident, et qui peuvent être attribués soit à la contusion, soit à l'émotion même. Il en rapporte un certain nombre de cas et étudie l'évaluation des diverses invalidités et incapacités temporaires. Il signale aussi le danger de rencontrer des familles qui cherchent à tirer tous les avantages possibles d'un tel accident.

M. Balthazard indique les règles précises qui permettent de rattacher l'avortement à l'accident et signale la tendance actuelle à admettre les avortements consécutifs à une émotion.

M. Etienne Martin (de Lyon) étudie plus particulièrement les lésions du crâne, à la suite des accidents d'automobile. Il obtient ainsi de grandes précisions sur le mécanisme même de l'accident.

M. Patry insiste plus particulièrement au point de vue ophtalmologique sur la sélection médicale des conducteurs, tout au moins professionnels. Mais il fait remarquer que ce sont les gens les moins sûrs d'eux-mêmes qui conduisent avec le plus de prudence.

M. de Clérambault (de Paris) expose les conditions dans lesquelles se fait le retrait médical du permis de conduire chez les différentes catégories de psychopathes, qu'il s'agisse d'épileptiques, de toxicomanes, d'hallucinés ou d'individus anormalement émotifs.

M. Dervieux (de Paris) insiste sur le rôle passif joué par l'automobile, dans le cas où la victime de l'accident, en général un motocycliste, vient se jeter contre la voiture. L'autopsie fournit souvent alors de précieux renseignements, en permettant, d'après le siège des lésions traumatiques, de dégager complètement la responsabilité de l'automobiliste au détriment de celle de la victime.

MM. P. Schiff et Trelles (de Paris) rapportent l'observation d'un malade chez lequel s'est progressivement développé, après un traumatisme cranien par accident d'automobile, un syndrome d'hyperostose frontale interne (syndrome de Stewart-Morel) avec image radiologique caractéristique, hypercalcémie, obésité, troubles psychiques. Les auteurs

discutent la pathogénie, probablement infundibulo-tubérienne, des troubles et leurs conséquences médico-légales.

M. Fortin (de Niort) signale le danger des fausses accusations portées par les témoins d'un accident, contre l'automobiliste qui s'arrête pour porter secours aux victimes, alors que l'auteur de l'accident a pris la fuite.

Enfin, sur la proposition de MM. Dufour (de Marseille) et Piétri (de Nice), le Congrès émet à l'unanimité le vœu que, dans tous les cas d'accidents mortels d'automobile, l'autopsie soit obligatoirement pratiquée. L'autopsie précoce est en effet indispensable pour établir la condition corporelle antérieure de la victime (ivresse, tares physiques diminuant sa valeur sociale), mais aussi le mécanisme même de l'accident. Elle permet ainsi de déterminer les responsabilités réciproques du chauffeur et de la victime.

L'APPENDICITE TRAUMATIQUE

Rapporteur : M. Wiart (de Paris).

Pour que l'on puisse admettre l'origine traumatique d'une appendicite, la réunion de trois facteurs est nécessaire :

1° Un traumatisme causal;

2° Des lésions traumatiques de l'appendice;

3° Une inflammation de l'appendice, suite et conséquence des lésions traumatiques qui l'ont atteint.

Le trauma initial peut agir directement ou indirectement.

Le trauma doit atteindre et léser l'appendice. — Deux cas très différents sont alors à envisager :

Si l'appendice est sain, il faut, pour qu'il soit atteint directement par une contusion abdominale, que le corps contondant ait un certain volume, au moins le volume du poing, et que la contusion soit violente. Certaines dispositions anatomiques peuvent, d'ailleurs, favoriser la lésion, qu'il s'agisse de la situation même de l'appendice ou de diverses dispositions du méso-appendice.

Le mécanisme de production le plus fréquent des lésions indirectes est l'exagération brusque et considérable de la pression intra-abdominale. L'abdomen est en effet un espace clos rempli de liquide et de gaz où toute pression se propage dans toutes les directions d'une facon égale.

Mais l'appendice peut aussi être déjà *pathologique* soit qu'il s'agisse d'un appendice libre, mais rempli de pus ou de mucopus infecté, d'un appendice adhérent et fixé, d'un appendice calculeux ou bien encore d'une appendicite avec abcès latent. L'éclatement et la perforation par le traumatisme d'un tel appendice sont alors grandement favorisés.

La lésion traumatique appendiculaire doit être l'origine et la cause déterminante d'une inflammation vraie, d'une maladie infectieuse de l'appendice. — Il en existe, tant en France qu'à l'étranger, quelques observations indiscutables que l'auteur rapporte. Mais il a dépouillé avec autant de soin un certain nombre de cas d'appendicites, d'origine soi-disant traumatique, où aucune trace, aucun reliquat du trauma incriminé ne se retrouve à l'examen de l'appendice, où celui-ci ne présente que les seules lésions microscopiques et microscopiques de l'inflammation aiguë banale.

La question a une grosse importance médico-légale, puisque la responsabilité du traumatisme — si elle est admise — confère au blessé le droit à l'indemnisation de la crise appendiculaire et de toutes ses conséquences.

De l'exposé de son rapport, l'auteur tire les quatre conclusions suivantes :

1° La majorité des soi-disant appendicites traumatiques graves rentrent dans le cadre des contusions de l'abdomen, dont elles présentent les manifestations cliniques, entraînant les mêmes complications et comportant le même pronostic.

2° Il existe quelques cas, très rares, mais incontestables d'appendicite traumatique aiguë primitive vraie, survenue sur un appendice sain. La lésion traumatique, trop légère pour déterminer des accidents immédiats, s'est compliquée de lésions inflammatoires typiques.

3° On peut voir aussi des appendicites traumatiques « secondaires » ou « à manifestations retardées », aiguës ou chroniques survenant sur un appendice sain mais leur existence ne doit être acceptée qu'après enquête sur les antécédents du patient et l'histoire de l'accident incriminé, corroborée par des constatations opératoires et microscopiques.

4° Le réveil traumatique, le passage à l'état aigu d'une inflammation chronique assoupie est une éventualité possible. Le délai d'apparition des premiers symptômes ne doit pas alors dépasser quarante-huit heures.

De ces conclusions découlent quelques considérations médico-légales. Pour chacune des quatre variétés de lésions étudiées ci-dessus, l'auteur envisage successivement le cas où il s'agit d'un accident de travail et celui où il s'agit d'un accident de droit commun. Dans le premier cas, on ne tient pas compte des prédispositions morbides et des lésions latentes. Dans le second cas, l'état antérieur doit être pris en considération et les responsabilités doivent être partagées au prorata des lésions antérieures, d'une part, et des effets nocifs du traumatisme, d'autre part.

Discussion.

M. J. Leclercq (de Lille), signale qu'il a eu l'occasion de rassembler, tant en clientèle qu'en pratique médico-légale, quinze observations dans lesquelles il a pu attribuer à un traumatisme, soit le réveil d'une appendicite demeurée latente après une ou plusieurs crises antérieures, soit l'éclosion d'une première poussée inflammatoire de l'appendice.

Il étudie surtout la pathogénie de ces appendicites traumatiques; et il rapporte deux observations qui lui ont permis de constater que l'appendice, malgré ses caractères et sa position anatomiques peut être directement intéressé par un choc direct.

Dans la seconde observation, il montre qu'il ne s'agit pas seulement d'une simple contusion de l'organe, mais d'une infection appendiculaire consécutive à cette contusion.

Ces observations sont de nature à éclairer la genèse de certaines appendicites traumatiques, par choc direct.

M. Balthazard insiste sur la différence contre l'accident du travail et l'accident de droit commun. Mais il montre aussi la difficulté que l'on rencontre à faire la part de l'état antérieur et du traumatisme dans le développement d'une affection ultérieure, qu'il s'agisse d'une appendicite ou d'une affection syphilitique ou tuberculeuse.

M. Duvoir fait observer que l'état antérieur diminue la durée probable de la vie du sujet et par conséquent sa valeur sociale et l'indemnité qui lui est due en cas d'affection d'origine traumatique.

M. Olivier rapproche des cas d'appendicite traumatique une observation de diabète consécutif à un accident du travail, et qui a donné lieu à des contestations.

M. Sauteraud signale l'importance du siège et de la forme de l'appendice, en particulier de sa torsion, dans le développement des appendicites consécutives à un traumatisme. La torsion pourrait être due dans certains cas à l'accident lui-même.

LES CRIMES PASSIONNELS (l'homicide passionnel).

Rapporteur: M. Lévy-Valensi (de Paris).

La justice moderne a substitué, en matière de pénalité, la notion *utilitaire* de défense à la notion métaphysique de *châtiment*. La société ne punit point, ne se venge point, elle

se défend, et la peine agit par *élimination*, *amendement*, *exemple*.

Une telle conception de la justice fait moins impérieuse la notion de responsabilité invoquée par les magistrats repoussée par la plupart des médecins-légistes à la suite de Gilbert Ballet.

En matière de crime passionnel pur, l'élimination, l'amendement sont peu importants, la récidive étant exceptionnelle, bien que signalée : reste l'*exemple*. Le rapporteur, à l'encontre de quelques-uns, croit fermement à l'efficacité de la peine pour enrayer le développement d'une criminalité essentiellement contagieuse.

Les facteurs essentiels du crime passionnel sont :

1° L'opinion publique éduquée par la presse, la littérature, le roman, le sensualisme et le romantisme, ont, en l'espèce, joué un rôle néfaste. Il en est résulté une notion exagérée des droits de l'amour et une sorte de réprobation de ceux qui y mettent obstacle : pères, époux, etc. Le ridicule dont on accable le mari trompé depuis Brantôme, Boccace, La Fontaine et Molière rend ces auteurs responsables d'un certain nombre de drames passionnels.

2° La facilité pour le passionnel de se procurer l'arme du meurtre.

3° L'indulgence scandaleuse du jury, institution contre laquelle s'élève le rapporteur, et en particulier ce droit qu'a le Tribunal populaire de déclarer non coupable le meurtrier qui avoue ou sur la culpabilité duquel aucun doute ne peut planer.

L'auteur est partisan de la peine lourde ; il a pris pour épigraphe de son rapport ces deux articles du nouveau Code pénal italien : art. 574. « Quiconque a causé la mort d'un homme est puni d'une peine qui ne saurait être inférieure à vingt et une années de réclusion. » Art. 93. « Les états émotifs et passionnels n'excluent, ni ne diminuent l'imputabilité. »

La seule faveur que l'auteur veut bien concéder aux criminels passionnels est un régime spécial leur épargnant la promiscuité avec les criminels de droit commun,

L'auteur n'accepte pas de limiter le crime passionnel, selon la conception populaire, aux drames de l'amour. Pour lui, est passionnel tout crime où l'élément cupide fait défaut ou n'est pas exclusif. Parmi les crimes passionnels, il retient seulement les plus importants, l'homicide politique, l'homicide d'amour, l'homicide de haine.

Au point de vue médico-légal psychiatrique, le rapporteur distingue dans l'article 64 du Code pénal : la *contrainte*, la *démence*.

La contrainte au sens juridique du terme, s'applique à une force extérieure, morale ou physique, mais à la rigueur elle pourrait indiquer la *force irrésistible* invoquée par tous les passionnels. Le rapporteur, contrairement à la plupart des auteurs, ne croit pas à l'irrésistibilité de l'acte meurtrier passionnel et il conclut avec Galien : « On ne peut pas sur-le-champ devenir un homme doux, mais on peut comprimer l'incongruité de la passion. » On ne peut s'empêcher d'aimer ou de haïr, on peut s'empêcher de tuer parce que l'on aime, de tuer parce que l'on hait.

D'ailleurs, ou cette prétendue force irrésistible est pathologique, et elle est de la démence, ou elle est d'ordre psychologique et le médecin-expert, s'il peut à la rigueur la signaler aux jurés ne saurait en faire état dans ses conclusions.

Le *crime passionnel* est le plus souvent prémédité, la période de préméditation *courte* est occupée par des hésitations légitimes ; le meurtrier s'acharne sur sa victime ; après le crime il est parfois obnubilé souvent soulagé surtout quand il s'agit d'altruisme ou de haine. Les regrets se voient assez souvent dans les crimes d'amour, le suicide ou la tentative, dans 30 p. 100 des cas.

Le *criminel passionnel* est théoriquement, avant le crime, un homme normal. En réalité, le plus souvent, il s'agit de déséquilibrés et avant tout d'*hyperémotifs*.

L'auteur apporte de nombreuses observations de crimes politiques, d'amour de jalousie et de haine. Quelques-unes concernent des procès célèbres. A propos de chaque variété, il en dégage la caractéristique, faisant appel à la littérature et à l'histoire. Il fait aussi allusion aux crimes *émotionnels* (colère, peur).

L'auteur arrive ainsi à ce qui fait l'objet de son rapport, le diagnostic entre le *crime passionnel pur* et le *crime du délirant passionnel*, diagnostic qui présente parfois des difficultés insurmontables.

Le rapporteur rappelle les discussions de la Société médico-psychologique (1926-1927) et de la Société de médecine mentale de Belgique (1930). Il résulte de ces discussions l'attribution du *délirant passionnel* des caractères distinctifs suivants : constitution paranoïaque, idée délirante inconstante, monstruosité du grief allégué disproportion entre le mobile invoqué et la réaction monoidéisme, état obsédant.

L'auteur insiste, après le professeur Claude, sur cet état obsédant, intégré dans la personnalité du sujet, non parasitaire par conséquent, commun d'ailleurs au passionnel et au délirant passionnel, mais il croit que c'est surtout chez ce dernier, et non toujours d'ailleurs, que sur un *cas obsédant* se greffe l'*impulsion obsession* du meurtre.

C'est cette tendance impulsive qui explique la *longue* période de *préméditation* avec *lutte anxieuse* et le *soulagement* après le crime. Il est vrai que le professeur Claude signale ce soulagement après le crime passionnel pur.

L'auteur appuie son opinion sur cinq faits empruntés à l'histoire et oppose les *délirants* Ravaillac, Damiens, Louvel aux *passionnels* Charlotte Corday, Raoul Villain,

Le diagnostic est particulièrement difficile dans les formes que l'auteur appelle *mitoyennes*, état passionnel pur chez un paranoïaque par exemple. Un paranoïaque ne doit pas nécessairement être considéré comme irresponsable. La constitution paranoïaque commence à un caractère pour aboutir à un délire ; le médecin-expert aura à apprécier à quel degré se trouve l'inculpé.

Le délirant passionnel a sa place marquée à l'asile. Devra-t-il y demeurer jusqu'à la fin de ses jours selon le vœu de Christian ? Ce sont là cas d'espèce, mais le médecin-aliéniste devra là faire preuve d'une prudence exagérée.

Les passionnels purs vont en prison. Peut-être là ces derniers pourraient-ils trouver place dans les asiles-prisons. Le rapporteur, à ce propos, rappelle en quelques lignes le système pénitentiaire belge.

La prophylaxie du crime passionnel doit, avant tout, être *pénale*, puis *sociale* : rééducation de l'opinion, limitation de la vente des armes à feu ; *médicale* enfin : internement préventif des passionnels estimés dangereux.

Discussion.

M. Heuyer (de Paris) n'admet pas le crime passionnel politique. Seuls les crimes d'amour, de jalousie sont de vrais crimes passionnels. Le médecin n'a pas à se prononcer sur l'acte criminel même ; seul le criminel est de sa compétence. Le passionnel pur ne récidive pas. La prophylaxie du crime par la collaboration du commissaire de police et du médecin serait souvent très efficace.

M. Dide (de Toulouse) estime que le crime passionnel est parfois une expression outrée de l'égoïsme basé sur la vanité et l'exagération de la personnalité. Il traduit alors l'inadaptation de l'individu aux nécessités de la vie collective.

M. Claude (de Paris) précise le rôle exact du médecin légiste au cours d'une instruction judiciaire.

M. de Clérambault pense que ce n'est pas l'amour qui tue : les crimes d'amour sont des crimes d'orgueil. Le passionnel récidive. Le nier, c'est tirer argument de l'insuffisance de

nos moyens d'information ultérieure. Ainsi les érotomanes récidivent toujours; les mêmes ressorts donnent les mêmes détentes. L'auteur condamne l'institution du jury

M. CEILLIER (de Paris) cherche à réhabiliter la passion qui, même dans la haine, a sa beauté! La passion comme l'émotion est physiologique; elle est une fonction vitale. Elle ne se corrompt que par l'intrication vicieuse d'une idée fausse, donc d'un élément étranger à sa nature même. L'amour ne tue pas; ce sont les amoureux forts et sains qui tuent le moins. La passion ne devient dangereuse que pour un être faible ou un orgueilleux, à moins que le sujet ne soit atteint d'une tare mentale.

M. POROT (d'Alger) étudie, au point de vue médico-légal, les réactions criminelles entraînées par la xénophobie, dans les colonies, et en apporte deux observations personnelles.

(*A suivre.*) SZUMLANSKI.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 MAI 1931)

Eczéma et régime. Quand et comment le prescrire? — MM. G. LEVEN, Paul BLUM et Roland LEVEN montrent l'importance du régime alimentaire dans le traitement de l'eczéma. Le régime doit être prescrit dans tous les cas où l'on constate des phénomènes dyspeptiques même légers ou des erreurs de diététique portant généralement sur l'excès des liquides (même l'eau) et l'abus du pain.

Ce régime ne tend pas à supprimer de l'alimentation les produits vis-à-vis desquels l'organisme est sensibilisé, comme il est classique de le faire, mais à désensibiliser le malade en calmant l'irritation du plexus solaire, facteur important du déséquilibre neuro-endocrinien.

Il est intéressant de constater que le régime, à lui seul, permet d'améliorer considérablement ou de guérir des eczémas dont l'étiologie paraît devoir être rattachée à une irritation professionnelle.

Intoxication aiguë simultanée par les barbituriques, l'aconit et l'iode (guérison). Considérations d'ordres clinique et thérapeutique. — MM. P. CHÉRAMY et André TARDIEU font connaître l'histoire clinique d'une femme de vingt-six ans, psychopathe anxieuse qui, au cours d'un raptus, ingéra successivement 1 gr. 50 de butyléthylmalonylurée, 5 gr. de teinture d'aconit napel et 8 cm. environ de teinture d'iode. Le tableau clinique fut, tout au long de l'évolution (quatre à cinq jours), exclusivement celui de l'aconitisme aigu (excitation psychique avec lucidité sans délire, contractions spasmodiques très douloureuses du pharynx avec œsophagisme, troubles phonatoires et surtout bradycardie (48) avec angoisse précordiale et sensation d'arrêt brusque du cœur). Aucun signe de barbiturisme autre qu'un état ébrieux transitoire. Aucune séquelle digestive imputable à l'ingestion d'iode.

Cette femme ayant absorbé une dose largement mortelle d'aconit, les auteurs se sont demandé si le barbiturique ou l'iode n'était pas cause de la guérison. Expérimentalement, chez le cobaye, ils ont pu mettre en évidence que l'ingestion de phényléthylmalonylurée, douée d'un pouvoir anticonvulsivant remarquable, permet à l'animal de supporter des doses d'aconit qui, sans elle, se révèlent constamment mortelles. Mais il ne s'agit pas d'un antitode véritable car, à doses plus élevées, les deux toxiques surajoutent leur action nocive.

Utilisation de l'épicarpe des pomacées comme diurétique et uricolytique. — M. DECAUX, après expériences, démontre que le cidre constitue une médication à la fois diurétique et uricolytique très salutaire. Malheureusement il est bien souvent mal supporté par l'estomac, aussi après les Drs BRISSEMORET et CHESNAIS, l'auteur conseille-t-il l'emploi de l'épicarpe des pomacées, et particulièrement de la pomme, dans les syndromes précipitants et dans les affections rénales s'accompagnant d'oligurie. Il publie plusieurs observations très démonstratives où la tisane de cet épicarpe prise trois fois par jour pendant une période de trois à quatre semaines s'est montrée d'une efficacité très nette.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1931)

Anomalies dento-maxillaires. — MM. DEVIN et FLEURY.

Dents de lait. Anomalies de nombre. (*Présentation de matériel chirurgical.*) — M. CROCQUEFER.

Nouveau modèle de seringue dentaire. — M. CROCQUEFER.

Considération sur les adamantinomes. — MM. CHOMPRET et DECHAUME rapportent deux observations d'adamantinome solide dentifié et une de dentome corono-radiculaire.

A ce propos, ils reprennent la classification de Coryllos, la plus logique, pour la simplifier. Toutes les tumeurs d'origine dentaire sont des adamantinomes.

Ils peuvent être :

1. Kystiques : simple ou dentifère.

2. Solides : simple ou dentifié, soit à l'état amorphe juxtadentaire coronaire ou radiculaire, soit sous forme de dent plus ou moins bien constituée (la dent surnuméraire est le terme ultime).

Epithélioma adamantin. Adamantinome solide. — M. CROCQUEFER.

Deux cas de névralgie faciale essentielle traités par les injections neurolysantes d'alcool. — M. ROCHETTE, après avoir fait l'historique de la question, rappelle la technique de l'injection d'alcool et donne deux observations de sédation complète des douleurs après injection neurolysante.

NOTES POUR L'INTERNAT

MAL DE POTT DE L'ADULTE

FORMES CLINIQUES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT [1]

c. ABCÈS PELVIENS. — Ils s'observent seulement dans les lésions de la *Ve lombaire* ou surtout du sacrum (Ménard).

Dans un premier stade l'abcès profond ne se révélerait qu'au toucher rectal. Il passe donc souvent inaperçu et peut se fistuliser dans un viscère (gravité).

Puis il tend à s'extérioriser :

— Rarement au périnée,

— Le plus souvent vers la fesse. Il réalise alors :

Soit un abcès profond, sous-fessier, émergeant de l'échancrure sciatique,

Soit un abcès postérieur, de la région ischio-trochantérienne, descendant plus ou moins bas à la cuisse, très superficiel et presque fatalement fistuleux.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 48, p. 950.

Ces *abcès* évoluent par poussées avec périodes de latence et réveils.

La fistulisation avec ses très graves conséquences (infection secondaire, altération de l'état général, fièvre, puis cachexie, amylose) est très fréquente chez l'adulte d'autant que le diagnostic est souvent tardif et que le malade n'accepte pas un traitement suivi.

III. Forme révélée par une paraplégie. — La paraplégie pottique réalise là son tableau clinique habituel.

D'abord fruste, ne se révélant que par un syndrome pyramidal chez un malade atteint de douleurs pseudo-névralgiques (phase radiculaire).

Elle se constitue peu à peu, jusqu'à réaliser la *paraplégie spasmodique* classique en extension. Rarement : paraplégie en flexion, paraplégie brusque par effondrement du rachis.

Paraplégie flasque.

Fréquemment, syndrome spécial, dû à la localisation basse du mal de Pott (syndrome de la queue de cheval).

Tous ces syndromes neurologiques occupant le premier plan du tableau peuvent égarer le diagnostic si l'on n'examine pas systématiquement la colonne.

IV. Formes associées. — Les associations de lésions tuberculeuses viscérales, actives, sont presque de règle chez l'adulte et assombrissent considérablement le pronostic.

La localisation pleuro-pulmonaire est la plus fréquente. Mais on peut voir aussi une tuberculose rénale ou intestinale, qui devient évidemment l'élément dominant du pronostic.

Parmi *les lésions ostéo-articulaires* citons la coxalgie, qui peut complètement masquer le foyer pottique et qui est également très grave.

Telles sont les principales formes symptomatiques du mal de Pott de l'adulte. Ce qui fait leur unité ce sont avant tout les signes que fournira l'*examen du rachis.*

V. Signes rachidiens. — Entièrement différents de ceux de l'enfant, ces signes sont exceptionnellement au premier plan. En pratique, ce sont des *signes à rechercher.*

A. Examen clinique. — 1. *La douleur* à la pression des épineuses peut avoir une certaine valeur si elle est bien localisée et constante à plusieurs examens. (La douleur à la percussion a beaucoup moins de valeur.)

2. La perte de régularité de la *ligne épineuse* est plus caractéristique : la gibbosité n'existe que dans la partie haute de la colonne, — colonne dorsale surtout, — se traduit dans la région lombaire par une disparition de la lordose normale (dos plat).

De plus il existe très constamment une *déviation en baïonnette* par tassement latéral d'une vertèbre, avec souvent courbures sus et sous-jacentes de compensation.

3. La *souplesse du rachis* est souvent conservée ou difficile à apprécier (Ve lombaire par exemple); on recherchera une rigidité dans la rotation ou en faisant retourner le malade sur un lit plat. (Lance.) Dans l'ensemble, symptômes peu nets surtout chez les malades gras ou musclés, et d'interprétation difficile, nécessitant avant tout le concours de la radiologie.

B. Radiographie. — **L'examen radiologique** est le complément indispensable de l'examen clinique.

On demandera des radiographies de face et de profil. A la rigueur de 3/4. Celle-ci sera la règle pour la Ve lombaire.

A. **La radio de face** permet de voir :

1. *Le pincement du disque* intervertébral, surtout net en plaçant l'épreuve à distance.

2. *Le tassement des vertèbres lombaires*, se traduisant par le rapprochement des apophyses articulaires qui ont perdu leur parallélisme ainsi que les bords de la vertèbre.

3. *Les déviations latérales* surtout fréquentes à la région lombaire.

— *Soit inclinaison latérale* par usure asymétrique d'un foyer.

— *Soit déviation en baïonnette*, avec deux segments verticaux, parallèles mais non dans le prolongement l'un de l'autre, réunis par la vertèbre malade qui s'est luxée suivant un axe oblique.

B. **La radiographie de profil** donne des renseignements importants. Elle montre :

— Parfois *une caverne*, petite tache blanche au centre du corps vertébral massif, et plus tard un effondrement de la vertèbre qui viendra se placer en coin entre les vertèbres sus et sous-jacentes.

— Presque toujours un pincement du disque.

En cas d'*abcès*, tache sombre à la radio, parfois traînées irrégulières.

Tels sont les aspects typiques et que l'on observe souvent dès le premier examen. Cependant il existe des cas où les lésions superficielles des vertèbres ne sont pas immédiatement perceptibles : ces cas ressortissent à la forme ulcéreuse superficielle de Lannelongue caractérisée par de larges décollements périostés.

La radiographie donne également des renseignements sur l'*évolution du foyer*.

On notera : la recalcification ;

La limitation des zones malades ;

Surtout l'ossification du surtout péri-vertébral et des ligaments, très fréquente et propre à l'adulte.

c. **Examens paracliniques** : Il peut être intéressant pour le diagnostic des cas difficiles de recourir :

1° A la ponction lombaire, que l'on devra pratiquer à distance du foyer. Au-dessous du mal de Pott elle ramène :

Un liquide jaune ambré, hypertendu, se coagulant en masse.

Mais surtout elle montre la *dissociation albumino-cytologique* avec un taux d'albumine oscillant entre 0gr50 et 1gr50 et une lymphocytose normale.

Le taux du glucose est diminué.

2° A l'exploration radio-lipiodolée, l'injection de lipiodol dans l'espace sous-arachnoïdien montre la non-perméabilité de cet espace au niveau du foyer pottique avec :

Arrêt irrégulier « en dent de peigne » dans le Pott alors que les tumeurs médullaires donnent un *arrêt régulier* en « demi-sphère creuse », « en dôme », sur l'épreuve de face, en « bec de flûte » sur le profil.

B. **Formes topographiques.** — 1. **Mal de Pott de la Ve lombaire.** Très fréquent et d'un diagnostic très difficile si l'on n'y pense pas. Il se traduit par :

Des douleurs en ceinture à la partie supérieure de la masse fessière et dans l'aine ;

Une *légère gêne* fonctionnelle.

Cliniquement, on ne note aucune déformation, seulement disparition de la lordose normale. Au niveau de cette vertèbre, la diminution de la mobilité est difficile à apprécier. Le diagnostic sera donc étayé sur de bonnes radios.

Souvent propagation vers le sacrum qui serait moins grave cependant que la :

2° **Tuberculose primitive du sacrum.** — Dans celle-ci, il existe la propagation redoutable à l'articulation sacro-iliaque qui donne rapidement, outre les abcès antérieurs, des abcès postérieurs, rapidement fistuleux.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Dermatoses inesthétiques. Leur traitement par les agents physiques, par le docteur A. ACQUAVIVA. Un fort volume de 414 pages, 72 figures et schémas. — Prix : 70 fr. — Paris, N. Maloine.

N° 51. — SAMEDI 27 JUIN 1931. 104e ANNEE. SAMEDI 27 JUIN 1931. — N° 51.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (Franco), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La polypeptidémie dans les rétentions azotées (fin), par MM. A. Puech, P. Cristol et P. Monnier (de Montpellier).
XVIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE (*fin*). (Compte rendu par M Szumlanski.)
Communications.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie.
Société de biologie.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 24 juin. — *Composition écrite.* — *Anatomie.* — Question donnée : « Articulation temporo-maxillaire (avec sa physiologie). »

Questions restées dans l'urne : « Nerf récurrent gauche (sans les origines centrales et sans la physiologie). — Rapports du canal cholédoque. »

Pathologie médicale. — Question donnée : « Signes et diagnostic du goitre exophtalmique. »

Questions restées dans l'urne : « Formes cliniques de la pneumonie du sommet. — Signes et diagnostic de l'endocardite maligne à forme lente. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Après concours, M. le docteur Sabadini a été nommé chirurgien des hôpitaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIIe ARRONDISSEMENT. — La prochaine réunion de la Société médicale du VIIe arrondissement aura lieu le mardi 30 juin 1931, à 20 h. 45, à la mairie du VIIe, 116, rue de Gre nelle.

IXe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — Le IXe Congrès de l'Association se tiendra à Madrid, du 15 au 18 mars 1932, sous la présidence du professeur de Quervain (de Berne), et la vice-présidence du professeur Recasens (de Madrid).

Les négociations dont on avait chargé, à Varsovie, MM. de Quervain et Schoemaker, ont été couronnées de succès et les chirurgiens d'Autriche, d'Allemagne et de Hongrie ont repris leur place dans l'Association.

Programme scientifique. — Première question : *Diagnostic et traitement des tumeurs intrarachidiennes.* — Rapporteurs : Allemand, M. X...; Anglais, MM. Ch.-A. Elsberg (New-York), A. Jirasek (Prague); Espagnol, M. L. Olivares (Madrid); Français, MM. L. Beriel (Lyon), invité au Congrès, T. de Martel et M. Robineau (Paris); Italien, M. L. Dominici (Perugia); Polonais, M. P. Goldstein (Varsovie).

Deuxième question : *Suppurations pulmonaires non tuberculeuses.* — Rapporteurs : Allemand, M. Sauerbruch (Berlin); Anglais, M. H. Lilienthal (New-York); Espagnol, M. Lopez-Sancho (Valence); Français, MM. A. Baumgartner (Paris), O. Coquelet (Bruxelles), Italien : M. M. Ascoli (Rome).

Troisième question : *Chirurgie de l'œsophage.* — Rapporteurs : Allemand, M. K. Henschen (Bâle); Anglais, M. J.-H. Zaaijer (Leyden); Espagnol, M. L. Gardenal (Madrid); Français, MM. R. Grégoire (Paris), J. Jiano (Bucarest); Italien, M. G. Lusena (Genova).

Quatrième question : *Progrès récents de l'anesthésie chirurgicale.* — *a.* Narcoses par inhalation; *b.* Rachianesthésie; *c.* Anesthésie locale et régionale; *d.* Narcoses par voie rectale; *e.* Narcoses intraveineuses.

Rapporteurs : Allemand, *c.* MM. Auschutz (Kiel), Ischikawa (Kazanava); Anglais-Polonais, *b.* M. R. Jurasz (Poznan); Espagnol, *a.* M. J. Goyanes (Madrid), *c.* M. A. Trias-Pujol (Barcelona), *e.* M. J. Trias-Pujol (Barcelona); Français, *b.* M. E. Meriel (Toulouse), *d.* M. R. Monod (Paris),

c. M. P. Fredet (Paris); Italien, a. M. O. Uffreduzzi (Torino), b.—c. M. C. Lorenzetti (Milano).

Secrétaire général, Léopold Mayer, 72, rue de la Loi (Bruxelles).

Projet de voyage collectif. — Ce projet pourra subir quelques modifications de détails. Le projet définitif vous sera envoyé prochainement par l'Agence belge de la Compagnie française du tourisme, 29, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles.

Départ d'Irun, le Dimanche 13 mars. — Dimanche 13 mars : Burgos. — Lundi 14 mars : Escorial, arrivée le soir à Madrid où aura lieu la soirée de prise de contact. — Mardi 15 mars, Mercredi 16 mars, Jeudi 17 mars et vendredi 18 mars : Travaux du Congrès. — Samedi 19 mars : Tolède. — Dimanche 20 mars : Madrid. — Lundi 21 mars : Séville. — Mardi 22 mars : Séville-Cordoue. — Mercredi 23 mars : Cordoue. — Jeudi 24 mars : Grenade. — Vendredi 25 mars : Grenade. — Samedi 26 mars : Valence. — Dimanche 27 mars : Valence. — Lundi 28 mars : Barcelone. — Mardi 29 mars : Barcelone (excursion à Monserrat). — Mercredi 30 mars : Barcelone-Port-Bou.

L'agence belge de la Compagnie française du tourisme a prévu le prix de trois mille neuf cent cinquante-cinq francs français. Dans ce prix sont compris :

1. Les parcours en chemin de fer définis par l'itinéraire ci-dessus en première classe avec places réservées; 2. Les transports des gares aux hôtels et des hôtels aux gares pour les voyageurs et les bagages; 3. Le séjour dans de bons hôtels avec chambres réservées à l'avance et trois repas par jour, boisson non comprise; 4. Les repas en W. R.; 5. Les repas en cours de route ou d'excursion; 6. Les visites de villes et excursions; 7. Tous les pourboires et taxes dans les hôtels, les trains, les gares, les restaurants, les voitures, les monuments vus au cours des visites, les porteurs dans les gares; 8. L'accompagnement pendant toute la durée du voyage par un guide courrier parlant français et espagnol.

Le prix de 3.955 fr. français est donné sous réserve des modifications de tarif qui pourraient se produire pendant le délai qui sépare la date d'établissement de ce devis de la date de réalisation de ce voyage.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. P. CARNOT.) — *Cours de vacances de 1931.* — I. Cours de septembre (7 septembre-18 septembre 1931), sous la direction de M. Henri Bénard, agrégé, médecin des hôpitaux : *Maladies de la nutrition, du foie, du pancréas et de la rate.*

II. Voyage d'études à Vichy (les samedi 19 et dimanche 20 septembre), sous la direction de MM. Chabrol et Bénard, agrégés.

Entre les deux cours aura lieu un voyage d'études à Vichy, avec conférences sur les traitements hydrominéraux dans le diabète, les maladies du foie et les maladies digestives.

Ce voyage est réservé aux auditeurs de chacun des deux cours.

III. Cours de septembre et d'octobre (2 septembre-3 octobre 1931), sous la direction de M. Etienne Chabrol, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : *Gastro-entérologie.*

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr. pour un cours et de 450 fr. pour les deux cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

LIVRES NOUVEAUX

Comment échapper à la maladie? (*Causeries médicales, 2e série*) [1], par P. FAREZ. Préface de L. MADELIN.

Continuant ses causeries médicales, dont nous avons déjà eu le plaisir d'analyser ici la première série, M. P. Farez aborde aujourd'hui une question capitale : *Comment échapper à la maladie*? Car il ne suffit pas de *bien gérer sa santé.* Encore faut-il l'empêcher de péricliter. Sur notre route, que d'obstacles, que de dangers imprévus; pour notre équilibre, moral et physique, que de causes de perturbation! Heureux temps que celui célébré par Molière où le seul danger qui vous menaçât, c'était la rencontre de « quatre médecins et de deux apothicaires »! Avec les progrès de la civilisation, les risques de maladie et de mort se sont multipliés. Voici les « mots croisés » auxquels après les repas s'applique l'esprit, au grand dam de l'estomac; voici le délicieux Saint-Honoré, qui, trop souvent, récèle en ses flancs, si j'ose ainsi dire, des germes d'infection typhique. Voici l'électrocution à domicile, avec des courants de basse tension, considérés jadis comme aussi « bénins » que les lavements de M. Purgon! Voici les crayons à pointe d'aniline, causes de bien d'ennuis! Voici le vertige des transports! Voici les huîtres et leur odyssée que parfois termine le naufrage! Heureusement, la nature a mis le mal à côté du bien, le remède à côté de la souffrance. N'avons-nous pas à notre disposition les grands moyens : chirurgie, irradiation, transfusion, les petits remèdes, l'hygiène et le régime, les plantes qui guérissent?

Dans ce livre, on retrouve toutes les qualités qui ont fait le succès du précédent : heureux choix des sujets, clarté, autorité, art de l'exposition. Rien de plaisant comme cette forme familière, qui, sans jamais cesser d'être parfaitement élégante, sait se mettre à la portée de tous. M. Farez n'est pas seulement un érudit. Il a la science aimable.

L. BABONNEIX.

Techniques histologiques de neuropathologie [2], par Ivan BERTRAND.

L'histologie des centres nerveux a fait des progrès notables au cours des vingt-cinq dernières années et les acquisitions récentes sont dues à des techniques nouvelles. Ces dernières

(*Voir la suite, p. 997.*)

(1) In-8 écu de 364 pages. L'Expansion scientifique française. — Prix : 20 fr. — Paris, 1931.

(2) Un volume in-8° de 376 pages. — Paris, Masson et Cie.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 3 cuillérées à café par jour.
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

sont éparses dans les recueils les plus divers et elles ne sont pas toujours exposées avec la précision et les détails nécessaires pour les appliquer.

Ivan Bertrand a colligé toutes les méthodes anciennes et nouvelles (en particulier celles de Bielschowsky, del Rio Hortega, Alzheimer, etc.) permettant d'étudier neurofibrilles, névroglie, mésoglie et oligodendrologie. Un des mérites de ce livre c'est que, suivant la déclaration de l'auteur, « les méthodes décrites dans cet ouvrage ont été soumises à un contrôle constant dans le laboratoire Charcot.

Dr A. PETTIT.

Varices et phlébites (1), par le docteur P. PHILARDEAU, chirurgien de l'hôpital de Fontainebleau.

Publié dans la collection « Les Petits Précis », cet ouvrage apporte au praticien tout ce qui lui est indispensable à connaître en pratique journalière sur cette question. Après l'exposé des différentes formes cliniques de varices, de leurs complications et de leur diagnostic, l'auteur envisage les différents traitements possibles avec leurs indications générales. Le traitement par injections sclérosantes mis au point par Sicard y est très clairement exposé ainsi que sa technique et ses résultats.

La seconde partie est consacrée aux phlébites, et le lecteur y trouvera exposés sous la forme la plus claire et la plus concise les syndromes cliniques et le traitement de cette affection si variée dans son étiologie, puisque l'auteur n'en étudie pas moins de dix formes, à savoir les phlébites chirurgicales, obstétricales, tuberculeuses, chlorotiques, syphilitiques, cancéreuses, rhumatismales, typhiques, grippales et goutteuses.

L. G.

(1) In-16. — Prix : 12 fr. — Paris, Maloine.

Atlas d'électrocardiographie pratique (1), par J. WALSER, assistant de consultation de cardiologie à l'hôpital Broussais, ancien interne des hôpitaux de Paris, et L. DEGLAUDE, chef de laboratoire électrocardiographique de l'hôpital Broussais. — Préface de Ch. LAUBRY.

L'électrocardiographie prend, chaque jour, en clinique cardiologique une importance plus grande; il est donc du plus haut intérêt, pour tout praticien de s'initier à la lecture des courbes électriques du cœur. Mais la plupart des ouvrages traitant actuellement de l'électrocardiographie sont ou trop complexes ou trop simplifiés et partant inexacts. Aussi, l'atlas de Walser et Deglaude vient-il combler une lacune, en substituant aux longues descriptions des traités classiques l'enseignement par l'image.

Trente-huit électrocardiogrammes, judicieusement choisis et soigneusement interprétés font défiler sous les yeux du lecteur les principales anomalies rencontrées en clinique.

Après l'étude théorique et graphique des différentes variétés d'arythmie, un intéressant chapitre est consacré aux déformations de la courbe électrique au cours de l'insuffisance cardiaque.

Toutes les planches sont la reproduction fidèle, sans retouches, des tracés originaux.

L'atlas de Walser et Deglaude permet d'interpréter avec facilité tous les électrocardiogrammes enregistrés couramment en clinique et il doit faire partie, désormais, de la bibliothèque du praticien.

L. G.

(1) Un volume in-4 (28 × 21,5) tiré sur papier couché, de 92 p. avec reproduction de 38 électrocardiogrammes, cartonné. — Prix : 90 fr.

REVUE GÉNÉRALE

LA POLYPEPTIDÉMIE DANS LES RÉTENTIONS AZOTÉES[1]

PAR MM.

A. PUECH, Professeur agrégé,
P. CRISTOL, Professeur agrégé,
P. MONNIER, Chef de laboratoire,
A la Faculté de médecine de Montpellier.

II. La polypeptidémie dans les différentes variétés étiologiques et pathogéniques d'hyperazotémies. — 1. **Néphrites sans azotémie.** — Dans les néphrites sans azotémie, qu'elles soient aiguës ou chroniques, la polypeptidémie reste normale. L'albuminurie simple, l'hypertension ne la modifient pas. Dans deux cas de néphrose avec œdème l'I. P. était de 0,010 et 0,038 pour des azotémies respectivement de 0,12 et 0,41. Dans une néphrite expérimentale par le sublimé chez le chien, l'azotémie étant de 0,41, il ne s'élevait qu'à 0,049.

2. **Néphrites chroniques avec azotémie.**

TABLEAU II

N° DES OBSERVATIONS	DATES	AZOTÉMIE (2)	I. P. (3)	R. A. (4)
XXVI	21 nov. 1925	0,60	0,022*	
	9 janv. 1926	0,77	0,031*	
XXVII	10 juin	0,68	0,038	
XXVIII	25 janv.	0,54	0,026*	
XXIX	18 fév.	0,59	0,027*	
XXX	3 déc.	1,23	0,021*	
XXXI	1er déc.	1,20	0,043*	
XXXII	26 fév.	1,15	0,04	
	4 mars	1,12	0,03	
XXXIII	19 janv.	1,10	0,06	
XXXIV	10 janv.	1	0,07	
XXXV	24 fév.	1,15	0,024	
XXXVI	28 avril	1,15	0,04	
	4 mai	1,15	0,067	52
	10 »	1,15	0,078	
XXXVII	25 nov.	1,25	0,068	28,76
	16 déc.	1,44	0,072	54,5
	29 »	1,30	0,092	
XV	3 janv. 1928	1,10	0,044	30,5
	18 »	1,08	0,036	31
	1er fév.	1,08	0,036	»
	3 mars	1	0,060	34,8
	4 avril	1	0,058	37,6
	12 mai	1	0,042	36,4
	11 juin	1	0,024	35,8
	24 nov.	2,05	0,844	24,1
	1er déc.	1,98	0,164	28,6
	20 »	1,40	0,110	29,4
	9 janv. 1929	1,05	0,086	33,2
	24 »	1,01	0,100	29,4
	5 fév.	1,15	0,066	30,3
	4 juin	3,75	0,280	5
XXXVIII	sept. 1928	0,43	0,082	
	2 janv. 1931	2,65	0,168	
LXIV	22 avril	1,45	0,144	
XVI	19 nov. 1929	2,35	0,062	
	8 août 1930	2,45	0,100	37,8
	8 sept. »	2,90	0,120	28,4
	24 oct. »	3,84	0,248	9,1
XVIII	22 fév.	2,10	0,148	
	5 mars	2,80	0,228	32,5
XXXIX	8 janv. 1929	1,95	0,136	36,2
	18 » »	2,40	0,084	33,2
	23 » »	2,45	0,092	29,4
	26 » »	2,70	0,100	
XL	8 mars 1927	2,46	0,108*	
XLI	17 mars 1928	2,60	0,140	
XLII	18 mars 1929	2,70	0,144	
XXI	10 janv.	2,16	0,252	
	13 »	2,07	0,068	30,5
	25 »	2,60	0,032	32,5
	14 fév.	2,60	0,104	31
	3 mars	3,50	0,160	29

OBS. XXVI. — Depuis mars 1925, l'azotémie oscille entre $0^{g}80$ et $0^{g}90$. P. A. autour de 21/10. Azotémie latente.

OBS. XXVII. — Mal de Bright. Mort de ramollissement cérébral en avril 1931. Pas d'élévation de l'azotémie depuis 1928.

OBS. XXVIII. — Mal de Bright sans accident.

OBS. XXIX. — Mal de Bright sans accident.

OBS. XXX. — Malade suivi depuis un an, dont l'azotémie oscille entre 1 gramme et $1^{g}50$.

OBS. XXXI. — Hémiplégie par ramollissement cérébral P. A. 29/15. Creatinine du sérum $0^{g}032$ p. 1.000.

OBS. XXXII. — Néphrite chronique azotémique. Latence clinique complète.

OBS. XXXIII. — Gomme syphilitique à la jambe. L'azotémie est uniquement décélée par le laboratoire.

OBS. XXXIV. — Gangrène à la jambe ayant nécessité l'amputation.

OBS. XXXV. (*Ann. de méd.*, n° 22.) — Femme, trente-sept ans. Métrite, azotémie latente décelée par l'examen sanguin, par le régime hypoazote elle descend à 0,60 un mois et demi plus tard, à 0,57 deux mois plus tard.

OBS. XXXVI. (*Ann. de méd.*, n° 23). — Néphrite chronique albuminurique, hypertensive et azotémique avec signes fonctionnels d'hypertension.

OBS. XXXVII. (*Ann. de méd.*, n° 24.) — Hypertension et troubles cardio-vasculaires. Anorexie, vomissements et diarrhée. Teinte jaunâtre des téguments. La diurèse quotidienne atteint $2^{l}500$.

OBS. XV. — Saur..., homme, trente-deux ans. En 1925, néphrite albuminurique, hypertensive, azotémie 0,60. Bonne santé apparente jusqu'en décembre 1927. A ce moment œdèmes, lassitude, céphalées, crampes, dyspnée d'effort et palpitations. Par le repos et le régime déchloruré, disparition des œdèmes et des signes d'insuffisance cardiaque.

Sorti de l'hôpital en juin 1928, y entre en novembre 1928 pour une poussée aiguë d'insuffisance rénale. Pas d'œdèmes. Teint jaunâtre. Inappétence. Pas de rétinite (fond de l'œil examiné), pas d'anémie. Sort en assez bon état apparent le 8 janvier 1929. Amené par la police en crise d'urémie (voir plus haut) le 4 juin 1929, mort le 6.

OBS. XXXVIII. — En septembre 1928, troubles oculaires, diplopie, vertiges, albuminurie; à l'examen ophtalmologique rétinite albuminurique; dans le courant de 1929, l'azotémie se maintient autour de 0,50; le 1er octobre elle est de 1,30, le 2 janvier de $2^{g}65$ alors que la créatininémie est de 0,117

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 49, p. 959.
(2) Urée hypobromite gr. p. 1000.
(3) Indice de polypeptidémie.
(4) Réserve alcaline en CO^2 p. 100 de plasma.
* Dosages par la première méthode.

p. 1.000. La malade est morte deux semaines plus tard à son domicile. Pas de renseignements cliniques précis.

Obs. XVI. — Gerv..., homme, cinquante et un ans. Néphrite chronique, albuminurique, azotémique et hypertensive P. A. 21/10. Azotémie entre 1,25 et 2 grammes, de septembre 1929 à janvier 1930, entre 2 grammes et 2^{g}90, de janvier à septembre 1930. Elle est assez bien tolérée. Pas d'anémie (numération globulaire en septembre 1930), céphalées et asthénie.

Le 24 octobre, douleurs diffuses. Réflexes un peu vifs. Pupilles légèrement serrées. Pas de vomissements, ni de diarrhée. Le soir du 24 octobre, huit respirations par minute, coma, mort quelques heures plus tard.

Autopsie : petits reins granuleux, créatinine du sérum le 8 août 1930, 0,067 p. 1.000.

Obs. LXIV. — Duch..., homme, quarante-deux ans. Néphrite chronique avec 1 gramme d'azotémie environ depuis un an. Mauvais état général. Aggravation récente (22 avril 1931).

Obs. XVIII. — Voir plus haut.

Obs. XXXIX. — Caz..., femme, quarante ans. Entrée à l'hôpital le 4 janvier 1929 pour hémiparésie gauche survenue quinze jours auparavant. P. A. 18/9, puis 15/10. Pas de signe d'urémie. Etat stationnaire à la sortie de l'hôpital le 29 janvier.

Obs. XL. — Néphrite chronique azotémique sans accident.

Obs. XLI. (*Ann. de méd.*, n° 14.) — Baz..., malade très pâle, très asthénique, très amaigri. Albuminurie 1^{g}50. A pu cependant voyager pour venir au centre de réforme pour expertise à l'occasion de laquelle son sang a été examiné.

Obs. XLII. — El..., soixante-huit ans. Néphrite chronique chez un goutteux. En 1926, l'azotémie était déjà de 1^{g}20. Le 19 mars vient de faire une congestion pulmonaire. Pas de signe d'urémie. Pas d'amaigrissement notable; un peu de somnolence. Myosis léger. Oligurie relative, sort de l'hôpital le 20 mars après un séjour de quatre jours seulement. Mort chez lui dix jours plus tard.

Obs. XXI. (*Ann. de méd.*, n° 27.) — Camp..., femme, trente-cinq ans. Le 5 janvier 1928, torpeur marquée, grosse asthénie. Amélioration au bout de quelques jours. Amaigrissement, anémie (globules rouges 2.900.000 par millimètre cube). P. A. : 17/10. La malade sort le 10 mars sans avoir présenté de grands accidents urémiques, mais dans un état de torpeur qui se marque progressivement depuis une quinzaine de jours. Morte chez elle le 29 avril seulement au milieu d'accidents convulsifs.

Toutes ces observations se ressemblent. Dans la néphrite azotémique chronique, quand il n'y a pas de grave accident d'urémie, la polypeptidémie n'est guère élevée. Très grossièrement, et d'une façon générale, elle est d'autant plus haute que l'azotémie est plus forte, sans cependant atteindre les chiffres qu'elle atteint dans certains cas de grande urémie pour des azotémies égales ou même moins élevées. Ainsi à une azotémie de 0^{g}50 correspond à peu près un I. P. de 0,03; à une azotémie de 0,70 à 1 gramme un I. P. de 0,05 à 0,07; à une azotémie de 1 à 2 grammes un I. P. de 0,8 à 0,120. Mais il y a de nombreuses exceptions à cela.

Les observations XV, XXXVI et XXXIX et XXI, où les malades ont pu être suivis pendant un certain temps sont particulièrement suggestives. La polypeptidémie y est relativement peu élevée malgré une forte azotémie tant que la crise d'urémie ne se produit pas. Dans l'observation XXI la polypeptidémie suit fidèlement les alternatives de la clinique, beaucoup mieux que l'azotémie; on y voit notamment un I. P. de 0,160 pour une azotémie de 3^{g}50, en augmentation progressive depuis deux mois. Or cette malade n'est morte que cinquante-six jours plus tard, au milieu d'accidents convulsifs.

Nous reviendrons plus loin sur la valeur pronostique des hyperpolypeptidémies fortes, sans être énormes, celles ou l'I. P. est de 0,140 à 0,170, pour des azotémies de 1^{g}50 à 2^{g}50.

Il faut aussi retenir l'observation XXXVIII parce qu'elle concerne une malade atteinte de rétinite albuminurique qui, avec une azotémie de 0^{g}41 seulement, présentait un I. P. de 0,082. Il serait intéressant de préciser par d'autres exemples analogues si ce chiffre relativement élevé de l'I. P. représente ici, comme la rétinite qu'elle accompagne, un indice particulier de gravité de la néphrite urémigène dès ses débuts, en même temps qu'un stigmate humoral un peu particulier du métabolisme conditionnant les manifestations cliniques, les manifestations oculaires en particulier.

A part cette éventualité, on constate que dans la néphrite urémigène à longue évolution, les variations de la polypeptidémie sont assez nettement parallèles à celles de l'hyperazotémie. Ainsi dans l'urémie « la crise d'hyperpolypeptidémie » accompagne en général une « crise d'hyperazotémie », l'augmentation de l'urée sanguine marchant de pair avec celle des polypeptides. Cette dernière, bien que considérable chez les grands azotémiques, est cependant moins marquée que dans d'autres variétés d'urémie dont nous allons voir les causes. Le facteur rétentionnel et l'insuffisance rénale jouent le rôle prédominant dans son apparition.

3. Néphrites subaiguës avec hypertension à évolution grave.

Tableau III

N° des observations	Dates	Azotémie	I. P.	R. A.
LI.........	13 janv.	1,30	0,084	
	19 fév.	0,70	0,094	
LII........	20 nov.	0,60	0,093	58,3
	27 nov.	0,40	0,082	60,5

Obs. LI. (*Ann. de méd.*, n° 11.) — Homme, trente-cinq ans. Néphro-aortite syphilitique subaiguë. Albuminurie : 2 grammes. Prédominance des signes cardio-vasculaires. P. A. 25/15. En mars, urémie à forme digestive. Au début de mai, hémorragies gastriques, puis cachexie, chute de la P. A. Mort dans le coma le 18 mai, sans nouvel examen sanguin.

Obs. LII. — Marg..., trente-six ans. Néphrite albuminurique ancienne. Depuis quelques mois, crises de céphalée violente avec vomissements de type cérébral. P. A. 27/13. Rétention chlorée au premier examen, disparue au second par le régime sans sel. Pas de nouvelle ultérieure.

Ces deux observations sont intéressantes. Elles se rapportent à des néphrites graves de sujets jeunes avec grosse hypertension, aortite dans un cas, troubles cardio-vasculaires importants dans les deux. Or le taux des polypeptides est beaucoup plus haut que

ne le comporte une azotémie équivalente dans la néphrite chronique. Sans vouloir conclure sur deux cas isolés il nous semble qu'il y a là une constatation à retenir : celle de l'*hyperpolypeptidémie « relative » dans certaines formes de néphrites graves*, d'évolution subaiguë; on peut en rapprocher le cas rapporté tout à l'heure concernant un brightique avec rétinite sans azotémie. Elle est d'ordre peut-être pronostique et sûrement doctrinal.

4. Azotémies aiguës : néphrites aiguës, anurie, hépatonéphrites aiguës.

TABLEAU IV

N° DES OBSERVATIONS	DATES	AZOTÉMIE	I. P.	R. A.
XLIII......	15 mars	1,80	0,108	
	17 »	1,86	0,128	59,8
	20 »	0,80	0,112	
	22 »	0,42	0,094	
	26 »	0,18	0,032	
XLIV.....	4 mai	3,82	0,200	
	10 »	0,92	0,158	
	13 »	0,81	0,023	
XLV.......	5 janv.	3,15	0,252*	65,2
	12 »	1,20	0,086*	77,8
	17 »	0,80	0,066*	78,7
XLVI......	18 nov.	0,78	0,104	46
XLVII.....	24 fév.	0,90	0,100	
XLVIII....	9 mars	0,90	0,108	
XLIX......	5 janv.	0,70	0,026	
XXV.......	12 mars	1,95	0,128	
	14 »	1,35	0,044	
	16 »	0,63	0,084	
	26 »	1,97	0,176	
	30 »	3,83	0,240	
	1er avril	4,32	0,244	

Obs. XLIII. (*Ann. de méd.*, n° 26.) — Néphrite aiguë azotémique après angine chez un homme de vingt et un ans. Torpeur assez accusée au début. Diurèse et décharge azotémique à partir du 18 mars.

Obs. XLIV. — Néphrite aiguë avec gros œdèmes et azotémie.

Obs. XLV. — Intoxication grave par l'alcool. L'azotémie a atteint 5 grammes le 1er mai. Insuffisance hépato-rénale grave. Guérison.

Obs. XLVI. — Azotémie aiguë. Malade non suivi.

Obs. XLVII. (*Ann. de méd.*, n° 27.) — Poussée d'azotémie au cours d'une pneumonie.

Obs. XLVIII. (*Ann. de méd.*, n° 28.) — Poussée d'azotémie au cours d'une pneumonie.

Obs. XLIX. — Adénome prostatique. Cystostomie le 5 janvier. Le 3 janvier l'azotémie était de 1g91.

Obs. XXV. — Bon..., femme, quarante-huit ans. Cancer du col utérin traité par le radium. Anurique le 10 mars 1931. Le 12, douleurs lombaires, langue humide, pas de signe d'urémie. Après cathétérisme urétral et traitements médicaux divers on a recueilli, le 14 mars, 10 litres d'une urine claire, le 15, 3l900, le 16, 3 litres. Dans la nuit du 16 au 17, agitation. Suppression de la sonde le 17 mars. Anurie. On remet la sonde, 2 litres d'urines sont évacués. Du 18 au 23 mars, état général satisfaisant. Le 23, au cours d'efforts de défécation la sonde est expulsée et on ne parvient pas à la remettre. Dès lors anurie complète. Le 24, langue rôtie, somnolence, vomissements, accidents d'urémie; pour le détail voir au début (après le tableau I). Mort le 3 avril.

(Voir aussi : obs. III, VI, VIII, IX, XII, XVII, XX, XXII, XXV, L.)

On peut conclure :

1. Les *néphrites aiguës azotémiques* pures sans accident urémique, terminées par la guérison, provoquent un certain degré d'hyperpolypeptidémie à peu près parallèle à celui de l'azotémie.

2. Lorsqu'à l'insuffisance rénale s'ajoute l'*insuffisance hépatique*, celle-ci contribue à augmenter beaucoup la polypeptidémie. C'est le cas dans les observations XLVII et XLVIII concernant des azotémies de pneumoniques, dans l'observation XLV concernant une intoxication aiguë par l'alcool terminée par la guérison. Dans l'observation L, une hépato-néphrite mortelle donne un I. P. de 0,173 pour une azotémie de 1g02. Lorsqu'hépato-néphrite avec grande azotémie aboutit aux grands accidents mortels, elle provoque des hyperpolypeptidémies énormes. Dans les observations III et VI, l'I. P. atteint les chiffres de 0,520 — 0,904, 0,416. *C'est dans ces hépato-néphrites graves avec urémie qu'on rencontre les polypeptidémies les plus élevées.*

3. Nous ne rapprocherons le cas d'*éclampsie puerpérale* avec insuffisance rénale secondaire dont nous avons rapporté plus haut la curieuse observation (obs. VIII).

4. Enfin l'*anurie aiguë* mortelle provoque des hyperpolypeptidémies progressivement et rapidement croissantes (obs. XII, XVII, XIX, XX, XXV). Mais ici c'est la rétention qui domine comme facteur d'hyperpolypeptidémie, et l'élévation de la polypeptidémie marche à peu près de pair avec celle de l'azotémie. Pour la même raison les chiffres de l'I. P. sont relativement moins élevés que dans d'autres éventualités : ils sont à peu près ceux que l'on observe en général dans l'urémie pure de la néphrite chronique, alors que les malades meurent d'une poussée aiguë d'hyperazotémie par insuffisance rénale (où l'oligurie absolue et « relative » jouent du reste un rôle important).

5. Azotémies postopératoires.

TABLEAU V

N° DES OBSERVATIONS	DATES	AZOTÉMIE	I. P.	R. A.
LIII.......	fév.	0,80	0,053*	
LIV........	15 janv.	1	0,072	45,8
LV.........	19 janv.	1,45	0,036	
	22 »	1,50	0,044	
	24 »	1,46	0,096	
LVI........	2 fév.	1,44	0,092	
	22 »	1,10	0,052	
	24 »	1,06	0,116	
LVII.......	3 mai	1,80	0,144	
	7 »	0,80	0,032	
LVIII......	18 mai	1,15	0,066	
	19 »	0,95	0,080	
	26 »	0,92	0,050	

Obs. LIII. — G.... Azotémie post-opératoire passagère.

Obs. LIV. — Pr.... Azotémie post-opératoire passagère.

Obs. LV. (*Ann. de méd.*, n° 13.) — Opéré de hernie inguinale le 14 janvier. Le 20, céphalées, crampes, troubles diges-

tifs, troubles aggravés le 23. Somnolence. Sort de l'hôpital le 23 janvier. Pas de nouvelles.

Obs. LVI. (*Ann. de méd.*, n° 12.) — Gastro-entérostomie pour ulcus le 31 janvier. Le 24 février, au soir, le malade, délirant, boit une carafe d'eau et il meurt dans la nuit (pas d'autopsie).

Obs. LVII. (*Ann. de méd.*, n° 29.) — Azotémie post-opératoire transitoire.

Obs. LVIII. (*Ann. de méd.*, n° 10.) — Azotémie post-opératoire transitoire.

Nous versons ces constatations au dossier de la question assez confuse de l'azotémie post-opératoire, sans en tirer de conclusion.

6. **Azotémies associées**. — Sous ce titre, nous groupons les cas de malades azotémiques, présentant des lésions organiques diverses.

TABLEAU VI

N° DES OBSERVATIONS	DATES	AZOTÉMIE	I. P.	R. A.
LIX	1er juin	1,75	0,032	
LX	30 janv. 1929	0,95	0,045	
	7 oct. 1930	0,74	0,094	
LXI	20 déc.	1,22	0,134	
LXII	18 déc.	1,51	0,183	
LXIII	12 janv.	2,25	0,184	63,5
XVIII	5 mars	2,80	0,228	32,5

Obs. LIX. (*Ann. de méd.*, n° 25.) Dum.... — Ictus et hémiplégie. Mort le 4 juin. Pas d'autopsie.

Obs. LX. — Ben.... Albuminurique, azotémique et hypertendu. Au premier examen, symptômes d'hypertension. Lors du second ictus par hémorragie cérébro-méningée. Mort le 8 octobre 1930,

Obs. LXI. (*Ann. de méd.*, n° 15.) — Lam.... Coma brutal chez un grand hypertendu. Mort le 22 décembre sans avoir repris connaissance. Cerveau non examiné.

Obs. LXIII. — Hypertendu de quatre-vingt-un ans. Ictus la veille. Hémiplégie. Décédé huit jours plus tard. Pas d'autopsie.

Obs. LXII. (*Ann. de méd.*, n° 16.) — Sarcomes myélo-érythroblastiques multiples avec azotémie croissante et grosse réaction méningée. Convulsions. Coma. Mort le 13 janvier. Autopsie pratiquée.

Obs. XVIII. — Néphrite chronique. Voir plus haut. Inondation ventriculaire.

7. **Les variétés pathogéniques de l'hyperpolypeptidémie dans les diverses variétés de rétention azotée**. — De l'exposé précédent, on peut donc conclure que dans les néphrites chroniques, l'azote polypeptidique est élevé au prorata de l'azotémie. En cas d'urémie, le parallélisme persiste, ou à peu près. La crise d'hyperpolypeptidémie est aussi une crise d'hyperazotémie. Il en est de même dans les néphrites aiguës azotémiques et l'anurie. Dans toutes ces éventualités, la rétention d'origine rénale joue le rôle prédominant, et parfois unique (néphrites sans accident) dans le mécanisme de production de l'hyperpolypeptidémie.

Par contre, dans certaines néphrites suraiguës sans grande azotémie et peut-être en cas de rétinite albuminurique, la polypeptidémie est relativement plus élevée que ne le comporterait l'azotémie, mais c'est surtout dans les grandes insuffisances hépato-rénales où le trouble fonctionnel du foie ajoute ses effets aux troubles fonctionnels du rein, que pour des raisons faciles à comprendre, on observe les polypeptidémies les plus considérables. Ici, le trouble métabolique prend le pas sur le facteur d'imperméabilité rénale.

Enfin, dans les azotémies post-opératoires, les résultats sont variables, comme le mécanisme même de ces azotémies.

Il reste bien entendu qu'en cas d'accident urémique la polypeptidémie est toujours très considérable (I. P. égal ou plutôt supérieur à 0,200), ses variations étant commandées par l'importance de l'azotémie d'une part, du trouble protéolytique et de l'insuffisance hépatique d'autre part.

III. **La répartition globulo-plasmatique des polypeptides dans la rétention azotée**. — Nous nous sommes récemment attachés à montrer comment, en cas de rétention d'un non électrolyte, la rétention de cet électrolyte était essentiellement plasmatique : autrement dit, son taux monte relativement beaucoup plus dans le plasma que dans les globules. Cette règle joue pour l'azote total, l'urée, l'acide urique, la créatinine, les acides aminés, et aussi pour le cholestérol et la glucose (1).

Toutefois, les modifications dans la répartition globulo-plasmatique sont beaucoup moins nettes en ce qui concerne les polypeptides. En cas d'hyperpolypeptidémie, les taux de la polypeptidémie globulaire se montre assez variable, ce qu'on peut expliquer par l'origine endogène de ces corps et les fluctuations du métabolisme.

Cependant, la question change si l'on considère les polypeptides globulaires non plus par litre de globules, mais par litre de sang total. Or, tandis que 100 centimètres cubes de sang normal contiennent 55 volumes de plasma pour 45 de globules, on voit, dans l'azotémie le volume plasmatique atteindre 70 et jusqu'à 80 et 85 p. 100 du sang total, et le volume globulaire baisser d'autant.

Dans ces conditions, on s'aperçoit que la polypeptidémie globulaire ne se modifie que dans des proportions insignifiantes : l'azote polypeptidique globulaire passe de 0,02 à 0,04 par litre de sang, chiffres normaux, à 0,05 ou 0,06 au maximum dans la grande hyperpolypeptidémie. Presque tous les polypeptides du sang sont alors dans le plasma.

En définitive, alors que l'azote polypeptidique du sang total normal est d'environ 0,03 p. 100, dans l'hyperpolypeptidémie, *il augmente en proportion de la polypeptidémie plasmatique.*

(1) P. Monnier. Sur la répartition entre les globules et le plasma sanguins de quelques non-électrolytes envisagée au point de vue physico-chimique. *Th. de Montpellier*, 1930. — P. Cristol, A. Puech et P. Monnier. Sur une loi de répartition des non-électrolytes entre le plasma et les globules sanguins. Imperméabilité globulaire et intoxication urémique. *Presse méd.*, 29 avril 1931, p. 617.

TABLEAU VII

N° DES OBSERVATIONS	DATES	I. P.	N. P. sang total
XV........	24 nov. 1928	0,044	0,073
	8 déc.	0,164	0,173
	20 »	0,110	0,098
	9 janv. 1929	0,086	0,102
	24 »	0,100	0,107
	3 fév.	0,066	0,068
	5 juin	0,180	0,213
XXXIII....	19 déc.	0,060	0,091
LII........	20 nov.	0,092	0,084
	27 »	0,082	0,102
XLII.......	18 mars	0,144	0,127
XXXIX.....	8 janv.	0,136	0,151
	18 »	0,084	0,092
	23 »	0,092	0,122
XXIV......	15 mai	0,108	0,132
XXIII......	15 nov.	0,108	0,179
	4 déc.	0,223	0,223
XIII......	22 mars	0,235	0,229
X..........	12 mars	0,332	0,278
VII........	11 mai	0,142	0,098
	15 »	0,100	0,105
	27 »	0,280	0,283
IX.........	29 janv.	0,092	0,126
	31 »	0,420	0,307

Le dosage des polypeptides globulaires n'a donc pas grand intérêt. Pratiquement le seul dosage des polypeptides du plasma suffit pour donner des renseignements exacts sur la polypeptidémie.

IV. **Valeur pronostique et séméiologie de l'hyperpolypeptidémie dans les rétentions azotées.** — D'après l'exposé qui précède *quelle est la valeur pronostique de la polypeptidémie dans les rétentions azotées?*

Il existe deux cas extrêmes suivant que l'azotémie s'accompagne d'une légère hyperpolypeptidémie (I. P. inférieur à 0,100) ou d'une grande hyperpolypeptidémie (I. P. 0,200). Dans le premier cas, le pronostic n'est pas immédiatement grave et l'examen clinique confirme cette impression; dans le deuxième cas, il s'agit le plus souvent d'un urémique en crise aiguë et le pronostic doit être de toute façon des plus réservés.

De toutes façons un seul examen sanguin ne suffit pas; nous connaissons l'existence des crises d'hyperpolypeptidémie qui évoluent en quelques jours; si l'accroissement de l'I. P. ou son maintien à un taux élevé doit faire craindre une terminaison rapidement fatale, son abaissement doit faire espérer une amélioration.

Reste un groupe intéressant représenté par les hyperpolypeptidémies, fortes mais non extrêmes (I. P. entre 0,120 et 0,160) de la néphrite urémique chronique. D'après tout ce que nous avons vu, ces chiffres, lorsqu'ils persistent, ne se voient que chez des azotémiques à l'état général profondément touché et cette persistance ne paraît pas compatible avec une survie de plus de deux ou trois mois. On voit alors la polypeptidémie augmenter peu à peu jusqu'à la crise terminale.

Dans tous les cas, mais surtout dans cette dernière éventualité, il faut tenir compte des circonstances cliniques qui ont présidé à l'apparition de la rétention azotée; il faut tenir compte aussi de l'importance de cette rétention azotée. D'une façon générale, la polypeptidémie prendra une valeur d'autant plus fâcheuse qu'elle est relativement plus haute par rapport à l'azotémie. Elle indique alors un gros trouble du métabolisme qu'une amélioration possible, par ailleurs, de la fonction rénale peut ne pas faire disparaître. Rappelons ici ce qu'on constate dans les hépato-néphrites et dans certaines néphrites subaiguës.

Quels sont, à ce sujet, les *rapports qui unissent les modifications de la polypeptidémie* dans les néphrites, surtout chroniques à celles des *autres substances chimiques du sang ou à l'état physico-chimique de celui-ci.*

Comme on le voit par la lecture des tableaux rapportés plus haut, la *réserve alcaline du plasma* est généralement basse lorsque la polypeptidémie est élevée, sans qu'il y ait proportionnalité entre les deux phénomènes. Dans un article, paru en 1929, dans la *Presse médicale* (1), nous faisions remarquer que les symptômes d'urémie et que la mort dans la néphrite chronique urémique survenaient alors que les chiffres de la R. A. sont variables, le plus souvent bas ou même très bas, mais quelquefois aussi relativement peu abaissés (obs. XIV, X, IX, XV). On constate aussi que cet abaissement de la R. A. est souvent indépendant des manifestations cliniques et alors nettement dissocié de la polypeptidémie qui suit de près ces dernières. En somme, pour si importante qu'elle soit dans l'étude des néphrites, surtout chroniques, la R. A. ne donne pas plus de précision pronostique que l'azotémie.

Les variations de la polypeptidémie présentent encore un certain parallélisme, au moins dans la néphrite chronique, avec celles de la *créatininémie,* et celles de l'*indoxylémie*; la place nous manque pour donner des chiffres; il suffit de signaler le fait. Il est du reste loin d'être constant, surtout en ce qui concerne l'indoxylémie qui, comme on le sait, n'obéit pas à des règles précises.

Quant aux *acides aminés* du sang, leur taux n'est augmenté, dans le sang, comme nous l'avons vu, qu'en cas d'insuffisance hépatique (dans les hépato-néphrites et certains cas d'urémie); encore cette augmentation reste-t-elle modérée, l'azote aminé passant de 0,04 à 0,05 p. 1.000, chiffre normal à 0,08 à 0,09 p. 1.000, exceptionnellement davantage).

Enfin, les variations de la *chlorurémie* nous ont paru sans influence sur la polypeptidémie.

En définitive la polypeptidémie *évolue en grande partie pour son propre compte* en cas de rétention azotée et elle paraît susceptible de renseigner sur le *pronostic immédiat et individuel,* selon les principes que nous avons indiqués. Par là, elle s'oppose, en cas de néphrite chronique urémigène, à la rétention de l'urée qui fixe le pronostic lointain et général de la maladie suivant les lois de Widal. Elle permet d'aller encore plus avant dans la prévision de l'urémie.

(1) A. Puech et P. Cristol. Valeur comparée de la réserve alcaline et de la polypeptidémie dans le pronostic des néphrites urémigènes. *Presse méd.*, 26 juin 1929, p. 837.

*
* *

La grande hyperpolypeptidémie a-t-elle une *séméiologie clinique* que l'on puisse dégager de l'ensemble des accidents qui caractérisent la grande intoxication urémique? Certes elle ne saurait tout expliquer; mais son association à peu près constante, pour ne pas dire constante, à certaines manifestations de l'urémie, plaide en faveur du rôle direct qu'elle paraît jouer pour déterminer celles-ci.

Nous croyons qu'on peut schématiser à grands traits la pathogénie de l'urémie de la façon suivante :

Avec Chabanier (1) nous dirons que la *rétention de l'urée*, lorsqu'elle est ancienne, c'est-à-dire dans la néphrite chronique azotémique, se traduit par la « perte des forces, l'asthénie, l'amaigrissement, un teint pâle, blême, plus ou moins jaunâtre, de l'anémie que décèle l'examen du sang ». Nous ajouterons que la rétention de l'urée, aiguë ou chronique, peut à elle seule déterminer, avec l'anorexie, de la diarrhée et des vomissements, phénomènes réactionnels par lesquels l'organisme cherche à éliminer l'urée retenue dans le sang; nous avons constaté leur existence alors que l'hyperpolypeptidémie n'était pas encore très élevée.

L'*acidose*, on le sait, n'a pas une symptomatologie bien particulière, si ce n'est la dyspnée de Kussmaul et peut-être aussi le hoquet.

La *rétention chlorée sèche* joue certainement un rôle dans l'apparition des grands accidents convulsifs, d'ailleurs rares, de l'urémie sans œdème. C'est là du reste une notion acceptée par beaucoup. Nous en avons de nombreux exemples. Dans l'observation XXIV qui concerne un cas de cet ordre, avec une forte rétention chlorurée plasmatique, globulaire et rachidienne et une R. A. de 25,5, l'azotémie n'était que de 1,65 et l'I. P. de 0,108.

Quant à l'*hyperpolypeptidémie* elle contribue d'abord à *exagérer les accidents de la rétention uréique* (asthénie, anémie, phénomènes digestifs). Elle est ensuite plus particulièrement responsable des *accidents nerveux graves* qui vont de la somnolence à la torpeur progressive et au coma terminal, et aussi de l'agitation, du délire, des soubresauts tendineux si souvent observés chez nos malades. Le myosis paraît un symptôme très contingent. Enfin elle provoque la mort.

*
* *

Pour terminer, nous résumerons ce trop long travail.

Ce qui domine la question de la polypeptidémie dans les rétentions azotées, c'est l'existence à peu près constante d'une hyperpolypeptidémie considérable lors des crises d'urémie toxique : l'azote polypeptidique du plasma y dépasse 0,200 p. 1.000 (chiffre normal 0,02) et, fait plus particulièrement intéressant, il varie dans le même sens que les manifestations cliniques. Il y a crise d'hyperpolypeptidémie. Si, dans ces conditions, la polypeptidémie est d'autant plus forte que l'hyperazotémie est plus accentuée, la proportionnalité entre l'une et l'autre est loin d'être absolue. C'est que l'origine de l'hyperpolypeptidémie est double : à la fois rétentionnelle, par insuffisance rénale, et métabolique.

Dans les néphrites chroniques sans accident, l'azote polypeptidique est élevé à peu près au prorata de l'azotémie. En cas d'urémie le parallélisme persiste : la crise d'hyperpolypeptidémie est aussi une crise d'hyperazotémie. Il en est de même dans les néphrites aiguës et l'anurie.

Par contre dans les cas de rétinite albuminurique, dans les néphrites azotémiques subaiguës graves, dans la néphrite chronique à la veille des grands accidents, dans les hépatonéphrites, la polypeptidémie est relativement plus élevée que l'azotémie. C'est dans les grandes insuffisances hépatorénales avec très forte azotémie et urémie qu'on observe les polypeptidémies les plus considérables.

Les variations de la polypeptidémie sont jusqu'à un certain point également indépendantes de celles de la réserve alcaline du plasma, de la créatininémie, de l'indoxylémie. L'étude des polypeptides globulaires n'a pas grand intérêt.

En définitive la polypeptidémie présente une certaine importance pour fixer le pronostic immédiat d'un cas d'hyperazotémie. Elle a aussi un intérêt doctrinal certain. Dans la séméiologie de l'urémie on peut lui attribuer les grands accidents nerveux comme la torpeur, l'hyperexcitabilité nerveuse (non les grands accidents convulsifs) et le coma terminal.

(1) H. Chabanier. Essai sur les néphrites et leur classification, *Semaine méd. des hôp. de Paris*, 3 juillet 1925.

XVIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE [1]

[*Paris, 4, 5 et 6 mai 1931* (2)]

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR PAUL (DE PARIS)

Communications.

Traumatismes et ostéosarcomes. — M. Balthazard présente deux observations de soi-disant sarcomes consécutifs à des traumatismes. Dans les deux cas l'inexistence du sarcome a pu être prouvée par la radiographie et l'examen histologique.

M. Leclercq rapporte à ce sujet un cas de métastase de tumeur thyroïdienne localisée sur une fracture du fémur.

M. Mauclaire (de Paris) insiste sur les tumeurs primitives développées sur un cal osseux, mais demande une extrême prudence dans l'interprétation des tumeurs malignes traumatiques précoces.

M. Balthazard rapporte alors plusieurs autres cas de « sarcomes traumatiques » qui se sont avérés être des gommes syphilitiques. Le tréponème peut être appelé sur une région traumatisée. Les « gommes traumatiques » ont une réalité indiscutable en ce sens.

Que faut-il entendre au point de vue médico-légal par état de toxicomanie? Dans quelles conditions le médecin peut-il être inculpé d'avoir créé, entretenu ou aggravé un état de toxicomanie? — M. Vervaeck (de Bruxelles) précise

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, nº 50, p. 979.
(2) *Association de la Presse médicale française.*

les éléments d'appréciation de ces deux questions, puis propose aux membres du Congrès d'émettre un vœu relatif à la limitation de la fabrication des stupéfiants. Ce vœu est adopté à l'unanimité et sera transmis à la sous-commission de la Société des Nations chargée d'étudier ces problèmes.

Mort subite par inhibition au cours d'une tentative d'avortement. — M. DUFOUR (de Marseille) a pratiqué l'autopsie d'une jeune femme, enceinte de trois mois, morte quelques instants après une tentative d'introduction d'une canule dans le col utérin. En l'absence de toute lésion, le seul mécanisme plausible de la mort est l'inhibition.

M. DUVOIR fait remarquer qu'il s'agirait dans ce cas d'inhibition retardée, et il estime délicate l'interprétation de ces faits.

M. MAZEL, rappelle qu'il a déjà publié un cas de mort rapide à la suite d'une brûlure assez étendue mais peu profonde par du phénol. L'examen toxicologique ayant permis d'éliminer une intoxication aiguë, les lésions de brûlure ne suffisant pas à expliquer le décès, il avait admis l'hypothèse d'un réflexe d'inhibition.

M. PAUL rapporte un cas de syncope prolongée et profonde à la suite d'une simple injection vaginale purement hygiénique, sans grossesse.

Hémorragie sous-dermique par tiraillement dans les orifices d'entrée des projectiles. — MM. PIÉDELIÈVRE, BALAN et Pierre-Etienne MARTIN décrivent au niveau des orifices d'entrée des projectiles, d'après deux observations de mort suicide par coups de feu, une hémorragie en nappe située dans l'hypoderme, s'étendant sur un rayon d'un centimètre environ, constituant une collerette ecchymotique que l'on peut voir par transparence à travers l'épiderme, lorsqu'il n'est pas altéré par le tatouage de la poudre.

Ils décrivent deux lésions hémorragiques moins importantes mais constantes, une petite hémorragie sous-épidermique en nappe et quelques foyers hémorragiques intradermiques à la base des bulbes pileux et des glandes sébacées.

A la coupe de l'orifice d'entrée, l'ensemble de ces hémorragies constitue, avec le cône hémorragique d'attrition fait par le trajet de la balle, un aspect en T.

Ils expliquent la localisation de ces hémorragies par des considérations histologiques et expérimentales.

Blessure d'un fœtus dans la cavité utérine par coup de feu. — MM. PIÉDELIÈVRE, BALAN et Pierre-Etienne MARTIN rapportent l'observation d'une femme enceinte de huit mois qui s'est suicidée en se tirant deux coups de revolver dans la tempe droite, après s'en être tiré un dans l'abdomen, avec l'intention probable de tuer son enfant. La balle a traversé en séton la paroi thoraco-abdominale du fœtus.

L'examen histologique de l'orifice d'entrée du projectile dans le ventre du fœtus leur a permis de constater : 1° la présence de crasses abondantes au niveau de l'orifice d'entrée, malgré la grosse épaisseur de tissus traversés auparavant par la balle; 2° la présence de l'hémorragie hypodermique en T décrite dans la précédente communication.

La réaction suicide chez les débiles et les déséquilibrés dans l'armée. — MM. FRIBOURG-BLANC et SCOURAS attirent l'attention sur la fréquence des tentatives de suicide que l'on peut observer dans l'armée chez les tarés psychiques. C'est surtout chez les débiles mentaux et les déséquilibrés que le milieu militaire paraît favoriser ce type de réaction médico-légale.

La tentative de suicide chez les débiles est liée à l'insuffisance mentale de ces sujets, incapables de s'adapter à des conditions de vie très différentes de celles du milieu familial. Le dépaysement, les chocs affectifs, les accès de dépression, les moqueries de l'entourage, les sanctions, même légères, déclenchent chez eux cette réaction à la fois puérile, exagérée et irréfléchie qui, par sa maladresse, n'aboutit que rarement à un résultat fatal.

Chez les déséquilibrés, sujets éminemment instables, vaniteux, irritables et impulsifs, la tentative de suicide apparaît à la suite d'une déception ou d'une punition motivée par un acte d'indiscipline. La mise en scène qui accompagne souvent, dans ce cas, la réaction suicide, témoigne de l'insincérité du désir de mourir. Mais il faut à cet égard faire quelques réserves, en raison du déséquilibre émotif et des accès de dépression transitoires qui peuvent légitimer le suicide.

Ces sujets, surtout en cas de récidive de leurs tentatives, doivent être éliminés de l'armée, du moins en temps de paix. Leur utilisation en temps de guerre soulève un problème d'affectation spéciale.

Dégénérescence partielle du biceps, du long supinateur et du grand dentelé. Origine professionnelle par trépidation du bras. Procédure d'indemnisation. — MM. BOURGUIGNON, GARGIN et Henri DESOILLE. Travaillant à une meule pendant plusieurs heures et ayant eu le bras soumis à une trépidation exagérée, un ouvrier a vu survenir le lendemain une parésie avec atrophie musculaire et troubles des réactions électriques. Les auteurs discutent longuement l'origine et le mécanisme des troubles qu'ils attribuent au travail, ainsi que le siège nerveux ou musculaire des lésions. Pour eux, quoiqu'il n'y ait pas eu d'accident brutal proprement dit, ce cas doit rentrer dans le cadre de la loi de 1898.

M. MAZEL estime lui aussi que la loi sur les accidents du travail est applicable.

M. COSTEDOAT rappelle qu'il existe une pathologie spéciale due aux marteaux-pneumatiques.

M. DESOILLE. Les troubles dus à l'emploi du marteau pneumatique ne sont en effet pas rares, ils consistent essentiellement en phénomènes de « doigt mort ».

Études médico-légales sur les accidents mortels d'automobile. — M. TORBEL G. KNUDTZON (de Copenhague) apporte une intéressante statistique, portant sur les vingt dernières années. Elle montre l'accroissement rapide du nombre des véhicules automobiles, au Danemark, par rapport au chiffre total de la population; puis elle indique pour chaque année le nombre d'autopsies légales pratiquées soit après accident d'auto, soit après accident quelconque de la circulation.

Influence du pH dans la détermination de l'origine humaine du sang par la réaction des sérums précipitants. — Mme S. PICHON et C. SANNIÉ. Lorsqu'on recherche l'optimum de la réaction entre un sérum de lapin anti-humain et du sérum humain ou une macération de tache de sang humain, on se rend compte que cet optimum est placé dans une zone de pH parfaitement déterminée et très étroite.

L'optimum de précipitation mesuré par le temps d'apparition du précipité, est entre pH = 7,2 et pH = 7,8. De part et d'autre de ces valeurs, les précipités se forment beaucoup plus lentement et sont beaucoup moins nets, surtout du côté alcalin. On peut utiliser avantageusement, pour les macérations de taches suspectes, une solution de bicarbonate de soude et de chlorure de sodium, de pH 7,8 environ, ou une solution phosphatée de pH 7,2 ou 7,4. Cependant, ces tampons ne sont pas suffisants dans le cas de substances qui donnent des macérations fortement acides, comme le cuir. Il est nécessaire, dans ce cas, d'amener la macération de la tache au pH optimum pour obtenir des résultats utilisables.

SZUMLANSKI.

— Le XVIIIe Congrès de médecine légale de langue française se tiendra à Paris au mois de mai 1932, sous la présidence de M. le docteur RAVIART (de Lille).

RAPPORTS. — *Les lésions du foie dans la submersion.* — Rapporteur : M. Etienne MARTIN.

La psychanalyse dans la pratique médico-légale. — Rapporteur : M. GENIL-PERRIN.

Maladie de Parkinson de cause traumatique. — Rapporteur : M. NAVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 MAI 1931)

Radiologie dans l'invagination intestinale. — M. MOULONGUET insiste sur l'intérêt du lavement opaque au point de vue du diagnostic de l'invagination du nourrisson.

Pancréatite chronique. — M. BROCQ rapporte un travail de M. Hertz qui a opéré trois cas de pancréatite chronique sans ictère. L'un a été suivi longuement, un autre récent semble confirmé par une biopsie. Il s'agissait de formes douloureuses. La simple laparatomie entraîne la suppression des douleurs, la pancréatolyse paraît également donner de bons résultats.

M. MOURE a observé plusieurs cas de pancréatite chronique, dont l'une avec ictère chronique, l'autre avec sténose sous-pylorique.

Contusion herniaire avec éclatement de l'anse grêle. — M. BROCQ rapporte deux travaux à ce sujet : 1° Un cas de MM. Dessaint et Audoin; 2° une observation de M. Pouchet (de Pamiers). Le premier cas concerne un cas observé chez un malade opéré très tard et qui mourut. Dans la seconde observation il existait des signes herniaires; opéré précocement, par voie inguinale et médiane ce malade guérit.

Matériel pour ostéosynthèse. — M. DUJARIER rapporte ce travail de M. Philardeau (de Fontainebleau) qui expose ses idées sur les diamètres des vis, des tarauds et des forêts, et sur le détail de ces instruments.

M. FRADET remarque que le taraud doit être considéré comme un instrument de précision.

Troubles vasculaires et côte cervicale. — Ce travail de MM. Langeron et Desbonnets (de Lille) est rapporté par M. OMBRÉDANNE. Ces auteurs ont enlevé une côte surnuméraire cause de douleurs et de troubles trophiques, et d'abolition de l'indice scillométrique. Mais ces auteurs considèrent qu'ils ont surtout rendu service au malade en réséquant l'artère sous-clavière oblitérée. Cette résection artérielle, sans résection costale, a permis d'obtenir la guérison dans un cas analogue. L'absence d'oscillations correspond anatomiquement semble-t-il à une oblitération artérielle. La sympathectomie péri-artérielle et la résection artérielle, suivant la perméabilité présumée de l'artère semblent des actes plus essentiels que l'ablation de la côte.

Appendicite aiguë. — M. MATHIEU rapporte une série de statistiques de son service de Bretonneau ou appartenant à Huet et à Gérard-Marchant. La mortalité de la statistique d'enfants donne environ 7 p. 100 de morts. Le drainage a dû être employé plus précocement chez l'enfant que chez l'adulte. M. Mathieu insiste sur la nécessité de l'opération précoce. Sur 78 cas opérés précocement, 37 ont été drainés.

M. BASSET apporte une statistique personnelle de 82 cas avec 9 morts, et insiste sur la nécessité de l'ablation de l'appendice, sur les précautions à prendre pour éviter les ulcérations vasculaires par drains de caoutchouc.

M. BAZY a vu des cas graves au bout de cinq et huit heures. Il cite des cas où le diagnostic est difficile à poser avec d'autres affections.

Prothèse par sonde perdue entre le canal hépatique et l'estomac. — M. DESPLAT a pu faire l'autopsie d'un malade chez lequel il avait pratiqué cette anastomose pour tumeur pancréatique, quelques mois avant. La sonde a joué le rôle d'un conducteur permettant la formation d'un canal néoformé.

M. GERNEZ a vu une survie de quatre ans dans un cas assez analogue.

M. BROCQ a vu expérimentalement chez le chien des rétrécissements à l'extrémité inférieure des tubes. Il faut donc faire pénétrer la sonde jusque dans l'estomac.

Présentation de malades :

M. MOULONGUET. Bon résultat d'une intervention pour luxation de l'épaule.

Présentation de radiographies :

M. DUJARIER. Deux bons résultats de fracture du col fémoral traitées par enchevillement osseux, dans un cas par voie externe, dans le second cas après arthrotomie.

M. PICOT a vu par arthrotomie de grosses interpositions fibreuses dans plusieurs cas.

(SÉANCE DU 20 MAI 1931)

Anastomose hépato-gastrique. — M. MONDOR a observé un cas de cancer du cholédoque qu'il a traité par anastomose du canal hépatique avec l'estomac. Amélioration considérable de la cachexie et disparition du prurit. La malade mourut au bout de six mois d'angiocholite.

Adénomyome diffus. — Ce travail de MM. R. Bernard et F. Bertrand est rapporté par M. MOCQUOT. Une malade atteinte de fibromes multiples, ne présenta aucun incident postopératoire, après hystérectomie subtotale, malgré l'envahissement des ligaments larges par des kystes et des vésicules. L'examen histologique montre que ces kystes sont à classer parmi les adénomyomes sous-séreux. La malade après onze mois présente encore des noyaux durs autour du col. On a discuté la régression de ces formations après la castration.

Ulcères duodénaux expérimentaux. — M. GOSSET rapporte ces travaux de M. Loewy : par dérivation complète de la bile cet auteur obtient, après une phase d'œdème duodénal, des ulcères analogues aux ulcères humains. Des projections montrent ces résultats.

Troubles mentaux postopératoires. — Ce travail de M. Malveharie (Campu-Lung) est rapporté par M. PROUST : l'auteur expose deux observations en détail et attribue un grand rôle à l'anesthésie. L'état mental antérieur ne paraissait pas anormal.

M. CHEVRIER attache surtout un rôle à l'état mental antérieur, car il a observé un cas analogue après anesthésie locale.

M. THIÉRY approuve M. Chevrier.

M. GOSSET a observé trois cas de troubles mentaux. Deux de ces cas ont guéri et la nature de l'intervention ne paraît pas influer sur ces troubles.

M. SAUVÉ considère que ces lésions surviennent surtout chez les paranoïaques, et sont déclanchés par une nouvelle intoxication surajoutée.

M. LANCE a observé un cas de démence passagère après une ostéosynthèse vertébrale. Il s'agissait d'un sujet prédisposé.

Appendicite aiguë. — M. AUVRAY est partisan de l'intervention aussi précoce que possible. En 1929 la mortalité dans son service atteint 17 p. 100, car beaucoup de cas ont été opérés trop tard. Mais chez un malade vu avec plastron on doit essayer le refroidissement. Il est partisan du drainage large au tube de caoutchouc dans les cas graves, et de l'ablation systématique de l'appendice, sauf dans les abcès.

M. LENORMANT a dès 1913 apporté une statistique avec mortalité de 31 p. 100. Depuis dans son service on a opéré 273 cas d'appendicite avec mortalité de 10,25 p. 100. En sériant les cas on trouve dans les cas récents 28 p. 100 de lésions menaçantes; on en trouve 63 p. 100 le second jour, et 60 p. 100 le troisième. Les opérations tardives ont donné la plus grosse mortalité. Deux faits paraissent se dégager : bénignité de l'opération précoce, absence de parallélisme entre la durée de la crise et la gravité des lésions. M. Lenormant conclut en se déclarant partisan de l'opération précoce. Parmi les causes d'erreur il signale les lésions rénales droites et les lésions pelviennes.

M. SORREL à l'hôpital maritime de Berck a opéré une centaine d'enfants très précocement, sans mort. Dans son service il a observé deux morts sur 86 cas.

Néoplasme gastrique. — M. CHEVRIER chez une malade de cinquante-deux ans, qu'il a observée avec M. Dalsace a opéré une sténose pylorique d'origine néoplasique par gastro-entérostomie. Une réintervention cinq mois après permit de trouver un cancer devenu tout à fait minime, mais démontré histologiquement.

Présentation de malades :

Arthrodèse extra-articulaire de la hanche pour coxalgie au début. — M. MATHIEU a opéré cette malade pour une coxalgie à début cotyloïdien. Il présente une série de radiographies montrant le temps de prise du greffon (huit mois). Les résultats fonctionnels sont minimes car l'adaptation fonctionnelle des jeunes sujets est remarquable.

Double luxation récidivante de l'épaule. — M. LENORMANT montre un excellent résultat par butée antérieure pour la luxation antérieure. Pour la luxation postérieure il mit un greffon ostéo-périostique au bord postérieur de la glène. Depuis trois mois la luxation ne s'est pas reproduite et le résultat fonctionnel est bon.

M. DUJARIER rappelle une voie d'abord postérieure très simple sur l'épaule, on incise à la face postérieure de l'omoplate, et récline le sous-épineux.

Présentation de radiographies :

Lobectomie. — M. GUIBAL présente un très beau résultat de lobectomie.

Diverticule du duodénum. — M. MOURE montre un beau cas qui avait provoqué une sténose sous-pylorique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 MAI 1931)

Action calcifiante de l'ergostérol irradié (vitamine D) sur les lésions provoquées par l'injection de B. C. G. dans le testicule du lapin. — MM. C. LEVADITI et LI YUAN PO. On sait que l'ergostérol irradié, administré *per os* à des lapins porteurs de lésions tuberculeuses provoquées par la souche bovine du bacille de Koch (inoculation intratesticulaire), détermine une calcification intense de ces lésions (Levaditi et Li Yuan Po).

Il était intéressant d'étudier la calcification des lésions déterminées par des bacilles tuberculeux totalement avirulents, comme le B. C. G.

L'ergostérol irradié, administré *per os*, réalise la calcification des lésions testiculaires dues non seulement aux bacilles tuberculeux virulents, mais aussi aux bacilles tuberculeux rendus totalement avirulents, tels le B. C. G. L'intensité de la calcification paraît en rapport direct avec la virulence de la souche du bacille de Koch. Plus un bacille est toxigène et caséifiant, plus les altérations qu'il provoque sont aptes à être calcifiées sous l'influence de la médication ergostérolée.

M. H. VINCENT. Les bacilles inclus dans les masses calcifiées sont-ils encore virulents?

M. LEVADITI. Des expériences sont en cours pour résoudre cette question.

MM. GARNIER et MAREK continuant leurs recherches sur **l'action du nitrate d'urane** montrent que si une même dose est répétée tous les dix jours, tous les six jours, tous les trois jours, la première seule détermine une élévation de l'azotémie laquelle est toujours revenue à la normale le douzième jour, même si les 3 injections ont été faites dans l'intervalle. Inversement, l'albuminurie n'est pas sensiblement modifiée et subit une recrudescence après chaque nouvelle injection.

Recherches sur la symbiose du B. C. G. avec des bacilles tuberculeux virulents du type humain dans la même culture. — M. F. VAN DEINSE, par des inoculations aux cobayes des passages successifs d'une culture mixte de B. C. G. + bacilles virulents humains sur milieu à l'œuf-hématine, constate que la virulence de cette culture, au cours des repiquages, a plutôt augmenté. La décroissance de la mortalité, observée chez les derniers enfants vaccinés à Lübeck ne peut donc pas être attribuée à une diminution de la virulence de la culture au cours des repiquages successifs de la souche contaminée.

Modification de certaines propriétés d'une souche de virus d'encéphalomyélite enzootique (maladie de Borna) entretenue pendant près de cinq années par passages sur lapin. — MM. S. NICOLAU et I. A. GALLOWAY étudient les variations de virulence d'une souche de virus de la maladie de Borna entretenue sur lapin depuis cinq ans. Ils montrent que la mort des lapins inoculés par voie sous dure mérienne pendant la première année survenait en moyenne en trente-deux jours, et la cinquième année en quarante-quatre jours. Ce changement de virulence s'est produit progressivement. Les corpuscules de Joest-Degen, très volumineux et nombreux pendant la première année, sont actuellement petits et rares, mais les altérations anatomo-pathologiques du névraxe sont restées les mêmes que celles décrites par les auteurs dans des travaux antérieurs. La diminution de virulence de cette souche rappelle jusqu'à un certain point le même phénomène décrit par Nicolau en 1926, à propos d'une souche de virus herpéto-encéphalitique; la diminution progressive du nombre et de la dimension des corpuscules de Joest-Degen, peut être rapprochée du phénomène analogue observé depuis longtemps dans la rage des rues passée en série sur des lapins.

Action des extraits du lobe antérieur d'hypophyse administrés par la voie digestive. — M. P. LÉPINE, expérimentant avec des extraits préhypophysaires ayant une teneur élevée en principe actif, et prenant pour test d'activité la formation de follicules hémorragiques dans l'ovaire de la lapine montre que, contrairement à l'opinion admise, les extraits du lobe antérieur de l'hypophyse sont parfaitement actifs s'ils sont administrés par la voie digestive, à condition que les doses ingérées soient au minimum de quinze à trente fois les doses actives par la voie parentérale.

Sur le mécanisme des réactions allergiques du derme à la tuberculine. — M. A. BOQUET. L'hypersensibilité tuber-

culinique serait surtout d'ordre cellulaire, et ne différerait pas, sauf par la lenteur et la durée de ses manifestations, des divers types d'hypersensibilité aux substances animales, végétales, ou mêmes chimiques. Procédant d'un mécanisme encore mal connu, qui comporte vraisemblablement l'intervention du système neuro-végétatif, elle se traduirait lors de l'injection intradermique de tuberculine, non par la libération d'un poison vrai, issu de cet antigène, mais par la diffusion locale de métabolites normaux ou accidentels, dérivés des cellules altérées dans leur structure et dans leur fonctionnement.

Réponse du cœur à l'embolie cérébrale. — MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et S. DE SÈZE, par l'étude de plusieurs tracés d'enregistrement direct des mouvements du cœur *in situ*, confirment les belles recherches de A. Tournade sur la mise en jeu systolique des mécanismes, cardiaque et adrénalino-sécréteur dans la production de l'élévation tensionnelle consécutive à l'embolie cérébrale. Le rôle du cœur est surtout considérable dans la poussée hypertensive précoce qui suit immédiatement l'injection embolisante.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 29 juin. — Jury : MM. Balthazard, président; Ménétrier, Sergent, Baudouin. — M. PINEAU-VALENCIENNE. La mort par pitié. Etude médico-légale. — M. FAIVRE. Les jeunes vagabondes prostituées en prison. — M. FARDEAU. Les tumeurs spontanées chez le lapin. — Mme ALIBERT. Recherches sur l'état général des malades atteints de décollement de la rétine. — M. LAINÉ. Etude des leucémies lymphatiques. — M. MORIN. Le métabolisme cellulaire est-il de nature électrochimique. — M. BUCQUOY. Le traitement de la tuberculose pulmonaire après quarante ans. — M. GIROD. Etude des infections focales.

Jury : MM. Loeper, président; Lemierre, Clerc, Harvier. — M. KRITCHWSKY. Antagonismes de la carie et de l'alvéolyse. — M. RAYNARD. Sur les polynévrites alcoolo-tuberculeuses. — M. ES SAKKA MOHAMMED. Etude des azotémies au cours du traitement de la fièvre typhoïde par la trypaflavine. — M. BARTHELÉMY. Etude de l'izara. — M. FILLOUX. Le Fenu grec. Etude expérimentale et clinique. — M. BERTRAND. Etude sur la suppuration post-grippale des kystes de l'ovaire. — M. ROUSSEAU. Dangers de la décalcification et de la surcharge calcique au cours de la grossesse.

Mardi 30 juin. — Jury : MM. Brindeau, président; Cunéo, Duval, J. Faure. — M. SICOT. Etude des pseudarthroses de la rotule. — M. CABAILLE. Les étapes du traitement de la métrite cervicale chronique. — M. LITMAN. Etude des ostéites des maxillaires. — M. KARSZ. Diagnostic biologique de la grossesse. — M. PILTZ. Etude du vaginisme.

Jury : MM. Carnot, président; Chabrol, Debré, Fiessinger. — M. BERNAUD. Les phénomènes nerveux et le syndrome méningé au cours de la grande insuffisance hépatique. — M. CZERNICHOW. Contribution au traitement de l'œsophagisme. — M. MEUNECIER. Les ictères de l'acide phénylquinoléine carboxylique. — M. THIROLOIX. Les souffles organiques du cœur. Etude clinique et thérapeutique.

Mercredi 1er juillet. — Jury : MM. Delbet, président; Sébileau, Gosset, Cadenat. — M. FINIKOFF. Etude clinique et chirurgicale des abcès corticaux du rein. — M. FERRIER. Appareil locomoteur et glandes à sécrétion interne. — M. FLAUMEMBRAUM. Evolution des idées sur l'hémostase dans le traitement chirurgical du cancer de la langue. — M. GRUNBERG-BAUR. Considération sur l'extirpation des goitres encapsulés.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Legueu, président; Lemierre, Loeper, Coquot, Nicolas, Henry, Lesbouyries, Panisset. — M. BIESSE. Emasculation par les pinces par écrasement du cordon. — M. HAMEDY. Aptitude des animaux à la production des antitoxines. — M. LECONTE. Nos connaissances sur la tuberculose porcine. — M. CHOLLET. Accidents d'intoxication chez le mouton.

Jeudi 2 juillet. — Jury : MM. Bernard, président; Guillain, Fiessinger, Lemaître. — M. BRETEY. Etude critique du débit cardiaque. — M. KANONY. Etude de la tuberculose laryngo-pulmonaire. — M. KAPLAN. Les modifications radiologiques au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par la chrysothérapie. — M. LAFLOTTE. Algies brachiales de la ménopause. — M. THOYER. Le syndrome de Brown-Sequard, et les voies de la sensibilité dans la moelle.

Jury : MM. Bezançon, président; Brumpt, Gougerot, Galliard. — M. BOQUET. Etude des calcifications pleurales. — M. GAZEAU. Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les polysalicylates. — M. MAILLET. Des signes dystrophiques et d'amoindrissement préalable de terrain dans la tuberculose évoluante de l'adulte. — Mlle PAU. La gangrène pulmonaire chronique. — M. SORIA. Etude de la méningite à bacille de Friedlander. — M. TERRIAL. Recherche et diagnostic coprologique des protozoaires intestinaux en coprologie clinique. — M. BRAUNSTEIN. Pyrétothérapie réglée, associée au traitement arsenical (tryparsamide) dans la paralysie générale. — M. LAROCHE. Etude des trichophytines et des réactions qu'elles provoquent. — M. LARDAT. Traitement bismuthé de la syphilis. Accidents et thérapeutique soufrée. — M. DE MORSIER. A propos de la thérapeutique de la syphilis et son traitement par un bismuth indissoluble associé au mercure et à l'arsenic. — M. PHAN-TAN-THIET. Etude du traitement de la blennorragie chronique par la diathermie.

Jury : MM. Achard, président; Nobécourt, Rathery, Villaret. — M. CALATAYNDE. Traitement de la méningite cérébro-spinale. — M. FAURE. Considérations étiologiques et thérapeutiques sur l'asthme infantile. — M. FRESQUET. L'aortite rhumatismale chez l'enfant. — M. LE GARREC. Etude de l'encéphalomyélite de la rougeole. — M. UNGIER. L'orthopédie aux phases aiguës et de régression de la paralysie infantile. — M. WAJSMAN. Perforation de la vésicule biliaire au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. ADABACHE. La chryothérapie des rhumatismes chroniques. — M. BACQUELIN. Etude critique des arseno-résistances et des arseno-récidives cliniques.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Tanon, président; Panisset, Robin, Maignon. — M. MORLET. Tuberculose de la face chez le chat. — M. LEMAÎTRE. Le sulfate neutre potassique d'oxyquinoléine (quinosol) dans la pratique vétérinaire.

Vendredi 3 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, président; Mauclaire, Olivier, Vignes. — MM. BERGER. Les présentations de l'épaule à la Maternité de Lariboisière. — M. LUFTI. La détermination du sexe (Etude historique). — M. BERGERON. Etude clinique et thérapeutique des complications les plus fréquentes de l'entorse du genou chez les sportifs.

Samedi 4 juillet. — Jury : MM. Lenormant, président; Roussy, Terrien, Moure. — M. HERMANN. Des glaucomes chroniques par contusion. — Mlle RABINOVITCH. Etude du traitement des canaux dentaires et de la région péri-apicale par les agents physiques. — M. DUMAS. Traitement des infections à germes pyogènes par l'association antivirus bactériophage. — M. KERVELLA. La vie et l'œuvre de Bichat, 1771-1802. — M. LAMBERT. Le volvulus de l'iliaque au cours de la grossesse. — M. LEBOIS. Etude de la torsion intra-abdominale de la trompe utérine saine. — M. PRIOLET. Etude de la spondylose rhizomélique.

Jury : MM. Claude, président; Tanon, Joannon, Philibert. — M. MILLIAN. L'inadaptabilité sociale des épileptiques et son rôle dans la délinquance. — Mlle ROUDINESCO. Durée d'incubation du tabes et de la paralysie générale. — M. ATCHIA. Etude de l'intoxication par les gaz d'automobiles. — M. BENARDEAU. Les divers modes d'intoxications par l'œuf de poule. — M. ESCARAVAGE. Etude de la contagiosité du zona. — M. LAMBERG. L'hygiène des cardiaques. — M. LE BUANEC. Considérations historiques et critiques sur les costumes, mœurs et préjugés d'Armorique en matière d'hygiène. — M. LUCADON. Historique et exposé du traitement des gangrènes pulpaires par l'aldéhyde formique. — M. MALEK. Prophylaxie de la syphilis dans la Société moderne.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hypertension artérielle, par le docteur M. PERRIN, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et le docteur RICHARD, médecin-consultant à Royat. Deuxième édition. In-16 de 112 pages avec 6 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Étudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois* (*iuillet et août*).

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Que deviennent les aliénés sortis des asiles? par M. A. Rodiet.
CONGRÈS DE LA LITHIASE URINAIRE
Rapports et communications.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
NÉCROLOGIE
Henri Ribadeau Dumas, par M. F. L. S.
CHRONIQUE
La séance inaugurale des XIe Journées médicales de Bruxelles consacrées à l'œuvre de F. Widal, par M. F. L. S.
NOTES POUR L'INTERNAT
Mal de Pott de l'adulte. Formes cliniques. Diagnostic. Traitement (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de prosecteur des hôpitaux. — *Anatomie.* — Séance du 22 juin. — Question donnée : « Tronc de l'artère carotide externe et origine de ses branches. »

MM. Couvelaire, 25; Cordier, 26; Dessaint et Lecœur, 27; Guillot, 24; Funck, 29.

Physiologie. — Séance du 23 juin. — Question donnée : « Physiologie du corps thyroïde. »

MM. Funck, 17; Couvelaire, Lecœur et Dessaint, 16; Cordier, 18.

Epreuve écrite. — Séance du 24 juin. — Question donnée : « Des pancréatites aiguës. »

Lecture des copies. — Séance du 25 juin. — MM. Funck, 27; Couvelaire, 28, Lecœur, Cordier et Dessaint, 27.

Médecine opératoire. — Séance du 26 juin. — Questions données : « Ligature de l'artère humérale au pli du coude. — Désarticulation du médius et de son métacarpien. »

MM. Cordier et Lecœur, 27; Dessaint et Funck, 28; Couvelaire, 26.

Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives :

MM. Funck, Dessaint, Cordier et Lecœur.

— Concours de l'internat. — *Pathologie chirurgicale.* — Séance du 26 juin. — Question donnée : « Signes et diagnostic des fractures fermées de l'extrémité inférieure du radius. »

Questions restées dans l'urne : « Signes et diagnostic de la tuberculose épididymo-testiculaire. — Signes et diagnostic du cancer du sein chez la femme. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. Laignel-Lavastine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à ladite Faculté.

— Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté vient de proposer, pour la chaire d'hygiène vacante à la suite de la retraite de M. Auché, nommé professeur honoraire; en première ligne, M. Leuret; en deuxième ligne, M. F. Piéchaud.

— Montpellier. — M. Vires, professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de pathologie médicale et clinique propédeutique à ladite Faculté.

— Nancy. — M. Vuillemin, ancien professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur honoraire à ladite faculté.

GUERRE. (Active.) — Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Carayon (ministère), Fadeuilhe (Montpellier), Schnaebelé (Maroc) et Talabère (Alger).

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Grenier (Le Bourget), Dizac (Tarbes), Jacquemart (section technique), Anglade (Versailles), Augé (Montpellier), Izard (Toulouse), Junquet (Bégin), Lambert des Cilleuls (Belfort).

AVIS DE CONCOURS. — Un nouveau concours sur titres est ouvert pour la nomination de médecins phtisiologues aux sanatoriums de la Renaissance sanitaire de Villiers par Charly (Aisne) et de la Musse à Arnières près d'Evreux (Eure).

Les traitements, suivant les classes, varient de 30.000 fr. (médecins de 4e classe), à 65.000 fr. (médecins de 1re classe).

Les médecins bénéficient, en outre, des autres avantages en nature accordés aux médecins de sanatoriums publics : logement, éclairage, chauffage, blanchissage et auront la facilité de bénéficier, à titre onéreux, pour eux et leur famille, du ravitaillement de l'établissement.

Adresser les demandes de renseignements et d'inscription à M. Chipot, secrétaire général de la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris (IVe).

(Voir la suite des « Informations », p. 1024.)

CHRONIQUE

LA SÉANCE INAUGURALE DES XIe JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES CONSACRÉES A L'ŒUVRE DE F. WIDAL

20-24 juin 1931.

Après les magnifiques réunions de 1930, certains ont pu croire que le succès des Journées médicales de Bruxelles était exposé à faiblir. C'était mal connaître les grands organisateurs que sont Beckers, Mayer et leurs collègues de *Bruxelles médical*. Ils ont eu cette année la pieuse pensée de commémorer l'œuvre d'un illustre maître français et leur initiative absolument conforme, dans son exécution, à la tradition des Journées médicales leur a valu une magnifique réussite. Plus de onze cents inscrits, des conférences où l'on s'écrasait, ont montré combien ils avaient eu raison de confier, pendant quelques jours, aux élèves de Fernand Widal le soin de faire revivre son lumineux enseignement.

La séance inaugurale a eu lieu avec le cérémonial habituel dans la salle du Palais des Académies, en présence de S. M. la Reine et devant une brillante assistance dans laquelle on remarquait tout le corps diplomatique, et, au premier rang, Mme Widal et son fils Pierre Widal.

Autour de M. Renkin, premier ministre, voici le professeur Bezançon, chef de la délégation française, le professeur Bordet, le bourgmestre Max, le professeur Demoor, président de l'Académie royale de médecine, le médecin général inspecteur Dopter, M. Abrami, le professeur Auguste Ley, M. Nens, gouverneur du Brabant, MM. Fernand Héger-Gilbert, Péchère, Mayer, René Beckers... Parmi les délégués étrangers : Lemierre, Clerc, Merklen (France), d'Ernst (Suisse), Forman (Luxembourg), Hugh de Valin (U. S.), W. M. Scott (Grande-Bretagne), Taniro (Japon), Castillo Najera (Mexique), Grondin (Canada), Stefanopoulo (Grèce)... Voilà encore Lesné, Ravaut, Merklen, Louis le Sourd, Joltrain, Brûlé...

Le premier ministre, M. Renkin prend le premier la parole et, après avoir salué S. M. la Reine qui, pour la onzième fois, marque par Sa présence l'intérêt qu'Elle porte aux Journées médicales, il associe le Gouvernement belge à l'hommage rendu à la mémoire de Widal et il déclare les Journées médicales ouvertes.

Au nom des délégués des gouvernements étrangers, Fernand Bezançon salue en termes heureux S. M. la Reine, puis il retrace, et qui peut le faire mieux que lui, l'œuvre de son maître et ami.

René Beckers, secrétaire général, donne lecture du rapport traditionnel. Comme tous les ans, il expose au chef du Gouvernement les préoccupations des praticiens belges. Ce sont, hélas, les mêmes que les nôtres, elles sont dues aux lois sociales, à une opinion publique mal éclairée, à certains jugements récents...

Après avoir remercié les élèves de Widal qui se sont rendus à son appel, Beckers demanda à l'assemblée d'observer, debout, une minute de silence en l'honneur du maître disparu, minute d'émotion intense pendant laquelle la Marseillaise se fit entendre en sourdine d'abord, sur un rythme de marche funèbre, puis crescendo, pour se terminer en un chant triomphal.

M. le professeur Auguste Ley, président de la session, consacra son discours inaugural à la *Criminalité*. Excellent discours d'une très belle tenue, dit avec beaucoup de finesse.

La conférence de M. Abrami avait pour sujet la *Vertu de l'Ignorance*; elle fut tout bonnement exquise.

Nous espérons pouvoir bientôt donner un extrait de cette causerie étincelante, dite avec une charmante simplicité. Elle valut à l'orateur l'ovation la plus flatteuse.

Dans quelques jours, nous publierons le compte rendu des travaux et le récit des réceptions de ces belles journées. Je ne veux pas attendre jusque-là pour dire à tous ceux qui nous accueillirent si magnifiquement le souvenir profond que tous les Français ont gardé de leur séjour annuel chez leurs amis de Bruxelles.

F. L. S.

Henri RIBADEAU DUMAS

Nous avons le vif chagrin d'annoncer la mort de notre éminent collaborateur et ami, Henri Ribadeau Dumas, docteur en droit, avocat près la Cour d'appel de Paris, décédé le 26 juin à la suite d'une longue maladie.

Pendant plus de dix ans, H. Ribadeau Dumas a été notre collaborateur juridique. Il nous a donné régulièrement jusqu'à cet hiver où la maladie ralentit son activité, des chroniques judiciaires et des consultations qui étaient hautement appréciées par nos lecteurs. Il y apportait non seulement sa grande science juridique et sa longue expérience du barreau, mais cette droiture, cette haute conscience, cette pondération, cette dignité professionnelle qui lui ont valu, parmi les médecins comme au Palais, une profonde estime et une sincère affection.

Ribadeau Dumas avait bien voulu, il y a quelques années, devenir le conseiller juridique de l'Association de la Presse médicale française. Là encore il devint rapidement l'ami de tous nos confrères de la presse médicale, et il fut le rapporteur très écouté de nos différents congrès professionnels.

Personne n'a oublié ses remarquables interventions au congrès de la Fédération de la Presse médicale latine de 1927 à propos de la « propriété littéraire ».

Sous un aspect un peu froid au premier abord, Henri Ribadeau Dumas cachait un grand cœur qu'il nous a été souvent donné d'apprécier. Nous perdons en lui un ami très sûr et un guide précieux au milieu des embûches que le médecin rencontre tous les jours sur sa route.

Nous prions Mme Henri Ribadeau Dumas d'agréer l'hommage de notre très respectueuse sympathie, et de tout cœur nous adressons aux enfants de notre collaborateur et à son frère Louis Ribadeau Dumas, médecin des hôpitaux de Paris, l'expression très émue de nos sentiments attristés.

F. L. S.

QUE DEVIENNENT LES ALIÉNÉS SORTIS DES ASILES ?

Par le docteur A. RODIET,

Médecin chef de l'Asile de Ville-Evrard.

Parmi les médecins des asiles d'aliénés, très peu nombreux sont ceux qui se désintéressent des malades qu'ils ont soignés dans leurs services. Ils sont la minorité ceux qui pensent que, dès la porte de l'asile franchie, le malade doit être abandonné à lui-même. Au contraire, la plupart des médecins hésitent à signer la sortie d'un malade amélioré qui a commis un scandale, un délit ou un crime, parce qu'ils redoutent une rechute des troubles mentaux qui ont provoqué l'internement, dès que le sujet se retrouvera en liberté.

Les alcooliques, surtout, dès qu'ils sont abandonnés à eux-mêmes, sont plus encore que les intermittents, les maniaques, les mélancoliques et les déments précoces, et les paralytiques généraux, sujets à des retours d'accès délirants. Lorsque furent créés en 1922, la Ligue d'hygiène mentale et l'hôpital Henri-Rousselle, on pouvait espérer qu'il y aurait là une des solutions de la question. En effet, soigné dès le début, l'alcoolique pourrait éviter d'en arriver à l'intoxication chronique et au scandale ou au délit qui nécessitent l'internement. Mais les médecins des services de prophylaxie mentale rencontrent, pour traiter ces malades, les difficultés que nous connaissons tous, aussi bien de la part des consultants que du côté de leurs familles. Le malade nie ses excès de boisson, dissimule les malaises qu'il éprouve, ses idées délirantes et ses revendications et intentions nuisibles. De leur côté, les familles, redoutant l'internement, apportent une mauvaise foi évidente à renseigner le médecin ou lui mentent sans scrupules. Dès lors, la cure libre devient extrêmement difficile. Il en résulte que le séjour à l'asile est la seule mesure efficace, mais nous savons tous que, médecins de clientèle, familles et commissaires de police attendent, pour faire soigner le malade, qu'il ait commis un scandale sur la voie publique, quand ce n'est pas un délit ou un crime. A peine est-il interné, ce malade, qu'il demande sa sortie, alors même qu'il a commis un meurtre ou tenté de se suicider. Lassé par ces protestations incessantes et les promesses de l'alcoolique repenti, le médecin se laisse fléchir, mais comment ne craindrait-il pas une rechute, peut-être prochaine et toujours probable ? Par suite, nos asiles sont plus que jamais encombrés, et nous hospitalisons dans nos services des alcooliques internés pour la quatrième, cinquième, parfois dixième rechute, et qui vivent en parasites de la Société.

Ces rechutes chez les alcooliques sont moins fréquentes, de même que les accès délirants sont moins nombreux chez les intermittents, et les crises d'épilepsie chez les comitiaux, lorsque après la sortie de l'asile, le sujet se trouve dans des conditions de milieu, de famille, et aussi de travail qui le protègent contre lui-même. Certaines professions sont plus redoutables que les autres, pour ceux qu'on appelle « des esprits faibles » à cause de l'entraînement des camarades et de l'influence du milieu. On comprend que, bien souvent, l'inquiétude du médecin qui propose une sortie soit justifiée.

Or, lorsque les malades sont guéris des troubles mentaux qui ont nécessité l'internement, la loi exige que le médecin les remette en liberté dans le plus bref délai possible. Mais, quelles sont les précautions qui permettent au médecin d'assurer la continuité de l'équilibre mental du sujet après qu'il a quitté son service ? Je ne discute même pas cette hypothèse que le psychiâtre doit se désintéresser de ses malades, après leur sortie, et qu'il n'a plus à s'occuper de l'aliéné qu'il a mis en liberté. Le rôle social du médecin d'asile ne se borne pas seulement à établir des certificats d'aliénation mentale, restreignant la liberté des individus soumis à son examen. Sa mission est plus haute, et ceux qui ont pensé à la prophylaxie mentale, et fondé des sociétés de patronage et de secours pour les aliénés guéris sortis des asiles, ont bien compris que le médecin se doit à lui-même, et qu'il a le devoir vis-à-vis de la société de ne pas limiter sa fonction aux murs de l'asile. Aussi, est-ce une excellente précaution adoptée par certains médecins de ne signer la sortie d'un malade qu'à la suite d'une enquête de la Préfecture de police auprès de la famille et du milieu dans lequel ce malade, guéri, mais sujet à rechute, comme ils le sont tous dans certaines conditions, sera appelé à vivre, après sa mise en liberté.

La loi a prévu, avec raison, une enquête avant l'internement, pour éviter des séquestrations arbitraires. Pourquoi pareille enquête ne serait-elle pas justifiée pour éviter une rechute suivie d'un délit ou d'un acte criminel, après la sortie?

C'est là de la véritable prophylaxie mentale et c'est là aussi le but des sociétés de patronage.

Lorsque, à la fin du XIXe siècle, des médecins sociologues et philanthropes, Falret, Marie et Legrain, ont fondé leurs sociétés de patronage pour les malades sortis guéris des asiles de la Seine, ils ont réalisé une œuvre d'assistance dont les résultats s'étendent chaque année.

En effet, le but de ce service social est de venir en aide au malade guéri, qui se trouve, à sa sortie, aux prises avec des difficultés de famille et de situation. Par suite, un appui moral et un secours pécuniaire sont, parfois, indispensables à son relèvement.

C'est pourquoi le docteur Falret, avec ses propres ressources, et les docteurs Legrain et Marie, avec une subvention du département de la Seine, ont installé à Paris des maisons de refuge, l'un au 52 de la rue du Théâtre, les deux autres au 77 de la rue du Château-des-Rentiers. Dans ces deux maisons, les malades sortis des asiles, lorsqu'ils n'ont pas de famille ou d'amis pour les recueillir, sont hébergés et nourris, pendant plusieurs jours, jusqu'à ce qu'ils aient trouvé un domicile et du travail.

D'autre part, l'œuvre reconnue d'utilité publique, subventionnée par le département de la Seine, comporte un service social de visites et de secours à domicile. C'est un médecin qui assume ce service d'enquêtes et qui a pour mission de n'assister que

les familles vraiment nécessiteuses. En effet, les obstacles à cette œuvre de protection étant, d'une part, la mauvaise foi de certaines familles, et, d'autre part, la tendance à l'exploitation de certains assistés, le seul moyen de faire œuvre utile était d'enquêter à domicile et de se rendre compte sur place des conditions d'existence de l'assisté et de ses besoins.

Mais, pour que cette enquête et l'assistance directe qui en résulte soient possibles, il faut : 1° que les situations délicates soient signalées à la Société de patronage; 2° que l'assistance soit réclamée ou tout au moins désirée par l'assisté.

La fonction du médecin enquêteur est donc complexe et analogue à celle des médecins des bureaux de bienfaisance. Il ne peut connaître, en effet, les situations intéressantes des malades sortis que par l'examen des dossiers de ces malades. On sait que, à Paris, placés volontairement ou d'office, tous les aliénés ont leur dossier dans un service spécial de la Préfecture de police. C'est là que le médecin enquêteur trouve tous les renseignements donnés par les médecins, les directeurs, les services administratifs sur les conditions d'existence du malade et de sa famille. Avec ces renseignements, l'enquêteur peut ensuite apporter là où la situation est angoissante, le secours matériel et moral nécessaire à l'assisté, lorsque celui-ci est incapable de venir se présenter au Refuge de la rue du Château-des-Rentiers ou ne veut pas quitter son domicile. En outre, une visiteuse sociale est alertée par le médecin, dans le cas où il faut prolonger l'assistance matérielle et morale d'une famille pauvre ou d'un ancien malade de nouveau prêt à défaillir. On ne saurait croire avec quelle reconnaissance le médecin délégué par la Société de patronage et la visiteuse sociale sont accueillis, même lorsqu'ils n'apportent pas le bon de pain ou de viande ou la quittance de loyer si désirés par certaines familles nécessiteuses.

D'ailleurs, au point de vue social, ces visites sont intéressantes. Elles démontrent que, dans certaines conditions, la guérison de la folie n'est pas une utopie. En effet, dans la plupart des cas, le séjour à l'asile a été profitable au malade. Sorti de l'asile, quand il se trouve dans un milieu sain, qu'il habite dans une famille capable de le surveiller, de le diriger, de ne lui donner que de bons conseils, il reprend conscience, se remet au travail, et évite l'entraînement des camarades et les causes de rechute. Lorsqu'il fait ses visites à domicile, très souvent le médecin enquêteur constate qu'après un mois de vie en liberté, le malade sorti a repris une vie normale et que sa guérison est stable. A ce propos, si on interroge les anciens malades sur les souvenirs de leur passage à l'asile, presque tous sont unanimes à se louer des soins qui leur ont été donnés et à se louer du personnel, mais tous aussi font un grave reproche à l'organisation actuelle de nos établissements d'assistance. Ils se plaignent, à juste titre, de l'obligation où ils ont été de vivre en communauté avec des malades grossiers, malpropres, obscènes et pervers.

En effet, un inconvénient grave de l'encombrement actuel des asiles de la Seine, c'est l'obligation où se trouvent les médecins de grouper dans les mêmes quartiers les malades placés volontairement, sur demande de leurs familles, et les malades placés d'office, après délit ou scandale, ou même un meurtre. Cette promiscuité est insupportable à certains malades, et elle est surtout pénible pour les femmes. On sait que de nombreuses aliénées conservent, malgré leur délire, des traditions de bonne tenue, de bonnes mœurs et de langage correct, qu'elles doivent à leur éducation et au milieu dans lequel elles ont vécu. Le contact permanent qu'elles sont obligées de subir, avec des femmes transférées de Saint-Lazare, et plusieurs fois arrêtées dans la rue, avant leur internement, pour racolage et mauvaises mœurs, est désagréable aux honnêtes femmes. D'autant que les prostituées et filles habituées des prisons ou élevées dans les maisons de correction, apportent à l'asile leur langage indécent et leurs mœurs spéciales. Les hommes sont moins sensibles à un voisinage incorrect. Toutefois, lorsqu'ils sont de bonne famille et accoutumés à un entourage honnête, ils souffrent d'entendre des paroles et d'assister à des gestes auxquels ils sont réfractaires. Les familles, non moins que les malades, souffrent de cette nécessité où se trouve le médecin de mêler délinquants, récidivistes, faussaires, criminels ayant bénéficié d'un non-lieu après expertise, avec les aliénés issus d'un milieu honnête et qui n'ont eux-mêmes, en dehors de leurs manifestations délirantes, aucun acte antisocial à se reprocher.

Il est vrai que, sortis des asiles, les anciens malades se rappellent surtout les bons traitements des médecins et du personnel et ils sont heureux de se sentir protégés et encouragés dans leur milieu social par la Société de patronage. Les visites du médecin délégué ou de la visiteuse leur sont toujours agréables à recevoir. Les rapports de ces visites au Conseil d'administration de la Société sont démonstratifs. Seuls, les alcooliques chroniques échappent à tout contrôle et à tout appui moral. Presque toujours lorsqu'ils ne sont pas venus au Refuge pour se faire héberger, et souvent se remettre à boire, dès leur sortie, leur premier soin est de fuir le médecin auquel ils ont fait des promesses, parce qu'ils redoutent son jugement et ses observations. Dès lors, quand ils n'ont pas de famille à Paris, ils errent d'un hôtel meublé à un autre et se logent, de préférence, au dessus d'un marchand de vins. Les comptes rendus de la Société de patronage prouvent que ces sujets, lorsqu'ils sont isolés, sont exposés, dès leur sortie de l'asile, à une rechute.

Parce qu'ils ont, avant leur internement, causé du scandale dans le quartier ou l'immeuble qu'ils habitaient, ils déménagent, aussitôt sortis, ne laissent pas leur nouvelle adresse et, bien rarement, cherchent du travail avec conscience. S'ils se rendent au patronage, c'est pour se faire héberger et revenir, à l'heure des repas et du coucher, souvent ivres. En réalité, la prophylaxie mentale est actuellement désarmée à l'égard de certains alcooliques récidivistes en l'absence de tout autre organisme que l'asile, et l'internement est la seule ressource dont elle dispose. D'autant plus que le préjugé de l'incurabilité de la folie existe toujours dans l'esprit du public,

avec la terreur de l'aliéné. Industriels et commerçants hésitent à employer l'homme ou la femme qui ont été internés. C'est là le véritable obstacle que rencontrent les Sociétés de patronage, lorsqu'elles veulent étendre leur action à la réadaptation sociale de leurs assistés. Mais les efforts des médecins qui, par la Ligue d'hygiène mentale, préconisent la lutte contre ce préjugé et la prophylaxie mentale, ne sont pas inutiles. Leur but, et peu à peu ils l'atteignent, est de persuader le public que l'aliéné, soigné dès le début, peut et doit guérir.

Les alcooliques eux-mêmes, les intermittents, les déments précoces, les paralytiques généraux, les épileptiques, sortis des asiles améliorés ou guéris, se maintiendront en équilibre normal, s'ils acceptent une tutelle et une direction. Le secours moral dont ils ont besoin, après la sortie de l'asile, ils le trouvent auprès de la Société de patronage. Celle-ci exerce sur tous ceux à qui est due une assistance, même pécuniaire, lorsqu'ils sont indigents et isolés, la tutelle qui leur est nécessaire, et c'est de la véritable prophylaxie mentale, puisqu'elle évite une rechute. C'est pourquoi le médecin qui s'intéresse à un malade, après qu'il a quitté son service, peut, sans hésiter, et en toutes circonstances, utiliser la Société de patronage, puisque son but est de protéger l'ancien malade contre lui-même, s'il est alcoolique et sujet à une récidive, et de le protéger aussi contre le milieu social qui n'est pas toujours indulgent aux malheureux.

CONGRÈS DE LA LITHIASE URINAIRE

[*Vittel, 24 et 25 mai 1931* (1)].

Organisé par la Société de médecine de Vittel, sous les auspices de l'Institut d'hydrologie de la Faculté de médecine de Nancy, et avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de l'Est, ce Congrès s'est tenu à Vittel, les 24 et 25 mai dernier.

Plus de 300 médecins français et étrangers avaient répondu à l'appel des organisateurs. Les travaux se sont ouverts sous la présidence des professeurs Legueu, Marcel Labbé, Maurice Villaret, Spillmann, doyen de la Faculté de Nancy, et Jeanbrau.

Les travaux des trois sections : médicale, chirurgicale et hydrologique, eurent lieu simultanément, afin que les médecins et chirurgiens pussent travailler ensemble et apporter à la discussion les arguments qui, d'habitude, sont produits séparément dans les sociétés de médecins ou de chirurgiens spécialistes.

L'originalité de ce Congrès résida dans le fait que toutes les séances furent plénières, de telle sorte que médecins et chirurgiens étaient réunis pour discuter ensemble les questions mises à l'ordre du jour.

Une exposition magnifique de collections de calculs variés du rein, de l'uretère et de la vessie, parmi lesquelles se distinguait celle de l'hôpital Cochin, réunie par le professeur Chevassu, avait été réalisée dans les salles de travail.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Le succès de ce Congrès fut assuré grâce à une organisation matérielle hors de pair.

Les travaux puisèrent un intérêt tout particulier dans la qualité scientifique des rapporteurs et dans la discussion très librement conduite des rapports et des communications.

Ils furent complétés par une excursion en automobile aux stations thermales de l'Est.

La formation de l'acide oxalique et sa précipitation rénale.

Par M. le professeur Lœper et MM. Soulié et Tonnet

L'oxalémie ou goutte oxalique est une goutte hydrocarbonée; elle semble due à l'insuffisance de combustion des hydrates de carbone qui se fait en quelque sorte « à l'étouffée ». Elle exige la diminution des aliments sucrés, l'excitation des fonctions hépatiques qui est le gros réservoir de sucres, les exercices musculaires qui les détruisent, les antiseptiques intestinaux qui réduisent les fermentations possibles, et l'insuline qui facilite son excitation.

Lorsque l'oxalémie devient vraiment goutte, c'est-à-dire maladie précipitante, il faut se méfier des alcalins et utiliser les médicaments acides.

L'acide phosphorique est indiqué. L'action des sels magnésiens est discutable.

On voit combien, au point de vue origine et au point de vue traitement, la goutte oxalique s'oppose à la goutte urique, puisque cette dernière exige des alcalins facilitant la dissolution de l'acide urique, et la goutte oxalique, des acides qui facilitent la dissolution des oxalates et empêchent leur précipitation.

Action lithogène du syndrome entéro-rénal.

Par M. le professeur agrégé Heitz-Boyer

Le rapporteur montre le rôle pathogénique et l'importance pratique très grande de cette notion, qui pourrait aboutir à la prévention de beaucoup de lithiases urinaires, et en particulier des lithiases suppurées secondaires à une infection. En effet, la grande majorité des infections urinaires dites primitives, survenues en dehors d'une contamination externe manifeste, sont secondaires à un état infectieux intestinal par le mécanisme du syndrome entéro-rénal, caractérisé, en effet, par la présence si fréquente des microbes intestinaux : colibacille et entérocoque.

Une série d'observations personnelles, dont quelques-unes suivies depuis plus de dix ans, montrent en particulier que, pour éviter la récidive de cette variété de calculs rénaux infectés, il est nécessaire de combattre et supprimer les troubles intestinaux, souvent méconnus, et qui avaient été déjà générateurs initiaux de la première pierre enlevée.

Cette notion capitale a déjà été exposée par Heitz-Boyer dans la thèse de son élève Fredet, et elle entraîne des déductions thérapeutiques imposantes, et maintenant fondées sur des faits nombreux.

Mais l'action lithogène du syndrome entéro-rénal s'exercerait également pour la lithiase aseptique, dans la variété oxalique. Celle-ci semble avoir en effet sa source pour certains cas, dans des troubles intestinaux, réalisant ainsi une variété aseptique du syndrome, complétant la triade de celui-ci, qui comporte de la sorte la variété infectieuse microbienne, la variété toxique et enfin cette dernière variété que l'on pourrait appeler chimique et qui entraîne les mêmes déductions thérapeutiques pour sa prévention comme formation primitive et comme récidive.

Troubles fonctionnels des reins dans la lithiase rénale.

Par M. le professeur agrégé PASTEUR VALLERY-RADOT et M. MAURICE DEROT.

Toute lithiase de quelque durée retentit sur le fonctionnement rénal. Dans la pratique, pour juger de la valeur fonctionnelle globale des reins il y a lieu, en dehors de la recherche de l'albuminurie et des éléments cytologiques, de pratiquer le dosage de l'urée sanguine, d'établir la constante uréo-sécrétoire et de faire l'épreuve de l'élimination de la phénol-sufophtaléine. Ces trois épreuves sont nécessaires et suffisantes.

D'après leurs résultats, le médecin saura s'il peut conseiller l'intervention. C'est au chirurgien qu'il appartiendra ensuite de juger le fonctionnement de chaque rein séparément et de décider en dernier ressort.

Lithiase urinaire et maladies de la nutrition.

Par M. le professeur agrégé GUY LAROCHE

L'existence de relations entre la lithiase rénale et les maladies de la nutrition est une notion clinique qui remonte à l'antiquité. Au XIXe siècle, Garrod et Bouchard l'ont étayée sur des recherches biochimiques. Cette notion classique reste exacte et a été confirmée par les travaux modernes sur les différents troubles des échanges nutritifs, particulièrement en ce qui concerne l'acide urique, l'acide oxalique, la cystine, etc. Par exemple, l'hyperuricémie, l'hypercholestérinémie, l'hypercholémie ne sont pas spéciales aux graveleux, mais se rencontrent dans la goutte, les obésités pléthoriques, le rhumatisme goutteux, certaines hypertensions artérielles, la lithiase biliaire, etc. Les faits cliniques et les faits biochimiques expliquent la parenté entre ces diverses maladies.

Parmi les lithiases alcalines elles-mêmes, certaines ne sont pas purement des maladies locales, mais paraissent liées à des troubles du métabolisme oxalique ou phosphatique qui les crée ou les aggrave.

L'auteur ne méconnaît pas le rôle de l'infection, mais pense qu'à l'origine de la plupart des lithiases urinaires, il y a modification du terrain, une dyscrasie héréditaire ou acquise.

Le rapporteur termine par un aperçu sur l'action de certaines glandes à sécrétion interne sur le métabolisme en général, et particulièrement sur le métabolisme calcique; il est probable que les glandes jouent un rôle, encore mal défini d'ailleurs, dans la production du terrain propre à la création des états lithiasiques. Il soutient la conception des maladies par ralentissement des oxydations, qu'il rattache à la théorie des ralentissements de la nutrition proposée par Bouchard à la fin du siècle dernier. Il pense que l'on doit rechercher dans les cures hydrominérales qni s'adressent aux lithiases urinaires non seulement des effets de lavage, mais des actions plus profondes qui s'adressent aux troubles viscéraux tissulaires, humoraux, etc., qui sont à la base de ces maladies.

Indications du traitement chirurgical de la lithiase rénale.

Par M. le professeur LEGUEU.

I. *Dans les calculs situés dans un rein abcédé et de dimensions anormales*, la néphrectomie est indiquée dans toutes les pyonéphroses. Elle sera primitive ou secondaire suivant les conditions de l'état général ou de l'autre rein.

Si le calcul est dans l'uretère, on peut l'enlever d'abord pour rendre au rein sa fonction et réserver pour plus tard, la néphrectomie qui deviendra, sans doute, un jour nécessaire.

II. *Dans les calculs qui siègent dans un rein relativement peu altéré*, plusieurs cas sont également à envisager :

1° *Le calcul est rénal.* Opérer les gros et les moyens et attendre pour les petits, susceptibles d'éliminations spontanées.

La gravité des opérations s'échelonne, entre mes mains, de la façon suivante :

Pyélotomies..........	135..	4 morts	soit 2,9 p. 100
Néphrolithotomies....	172..	12 —	soit 6,9 —
Néphrectomies :			
Primitives....	195..	7 —	soit 3,5 —
Secondaires.........	53..	1 mort	soit 1,03 —

Tous les efforts doivent tendre vers la pyélotomie, qui, même élargie, reste meilleure que la néphrolithotomie; la gravité de celle-ci est atténuée par l'emploi du couteau électrique, mais il y a des limites à son utilisation et, quand il est nécessaire de multiplier les incisions à la surface du rein, il me paraît préférable d'employer d'emblée la néphrectomie.

2° *Le calcul est urétéral.* Ici, l'opération me paraît indiquée beaucoup plus tôt que pour le calcul du rein : celui-ci souffre plus d'un calcul urétéral que d'un calcul pyélique.

Cependant, quand le calcul n'est pas trop gros, qu'il est bas situé, il est sage d'utiliser, avant d'opérer, l'efficacité d'une cure d'eau et les quelques moyens de thérapeutique locale utilisés en pareil cas (dilatation, cathétérisme urétéral, injections, etc.).

3° S'il y a à la fois *un calcul dans le rein et dans l'uretère*, c'est à l'uretère qu'il faut aller d'abord, à moins qu'on n'ait à pratiquer une néphrectomie; la tendance doit être d'enlever les deux calculs dans la même séance, ou au moins le calcul urétéral d'abord.

4° Si le calcul est *dans un rein unique ou un rein en fer à cheval*, les indications opératoires ne sont pas changées; cependant, pour le rein unique il y a souvent intérêt à se contenter du traitement médical et hydrominéral à cause de la gravité de l'opération.

Traitement médical de la lithiase rénale.

Par M. le professeur MARCEL LABBÉ.

Le rapporteur montre l'importance du régime dans les différentes variétés de lithiases. Ces régimes sont basés sur la pathogénie de chaque variété de lithiase. Dans la lithiase urique, on sait combien l'alimentation est responsable de l'hyperproduction et de l'accumulation de l'acide urique dans l'organisme et des accidents qui en résultent.

Aussi, les principes généraux qui doivent commander aux traitements diététiques de la lithiase urique sont :

1° Réduire la formation de l'acide urique;

2° Favoriser l'oxydation de l'acide urique formé;

3° Aider à la solubilisation et à l'élimination de l'acide urique.

Le régime est le moyen qui répond le mieux à ces indications. En n'autorisant que les aliments dépourvus de nucléo-albumines, on supprime complètement l'acide urique exagéré; les boissons abondantes favorisent l'élimination de l'acide urique; l'alcalinisation légère des urines, par un régime plus particulièrement riche en végétaux, empêche la précipitation de l'acide urique.

Pour ce qui est de la lithiase oxalique, malgré tous les travaux modernes, il est encore assez difficile d'avoir une idée bien précise sur sa pathogénie. Aussi, jusqu'à plus informé, devons-nous surtout, dans le régime, envisager la suppression des aliments riches en acide oxalique.

Toutefois, qu'il s'agisse de lithiase urique, oxalique ou phosphatique, il ne faut pas se contenter d'instituer le régime en n'ayant en vue que la suppression des principes capables d'augmenter soit l'acide urique, soit l'acide oxalique; il faut

penser aux modifications que doivent apporter également les régimes sur la réaction urinaire, cette dernière étant, en fin de compte, la cause des précipitations salines.

Il faut, dans chaque station hydrominérale, que l'attention soit portée toujours davantage vers les régimes, qui devront être dirigés par les diététiciens.

L'infection dans la lithiase urinaire.

Par MM. les professeurs agrégés Marion et Abrami.

Après avoir passé en revue les conditions dans lesquelles s'infecte la lithiase rénale aseptique, et celles où, inversement, l'infection devient lithogène, les rapporteurs étudient les lésions, les symptômes et l'évolution de la lithiase associée à l'infection. Ils insistent sur les modifications capitales qu'imprime au pronostic opératoire l'intervention de l'infection. Ils discutent, en détail, les indications chirurgicales et médicales du traitement, très différentes suivant le volume, le siège, le nombre des calculs, suivant l'état fonctionnel du rein et la résistance générale de l'organisme.

Radio-diagnostic de la lithiase urinaire.

Par M. le docteur Belot, médecin électro-radiologiste de l'hôpital Saint-Louis.

L'image radiologique n'est que l'expression de l'inégalité de transparence des milieux aux rayons X. Cette inégalité est une fonction atomique : selon leurs éléments composants, les calculs seront donc ou très opaques et bien visibles, ou de même opacité que les éléments qui les entourent ou les contiennent, et, dans ce cas, indécelables, à moins de l'emploi de certains artifices, tels que la pyélographie et la pneumo-pyélographie.

La technique joue un rôle capital : d'elle dépend la qualité du résultat : la radiographie segmentaire ne doit pas être remplacée par une radiographie d'ensemble de tout le système urinaire.

Non seulement, les calculs sont, pour la plupart, décelables par la radiographie, sinon par la radioscopie, mais encore on peut en fixer la situation exacte dans l'appareil urinaire, renseignement capital en urologie.

D'autres corps opaques, situés dans le territoire urinaire, peuvent simuler des calculs. Le diagnostic différentiel peut être fait, aujourd'hui, dans la majorité des cas.

Pour tirer du radiodiagnostic des renseignements précis et sûrs, il est nécessaire qu'urologiste et radiologiste travaillent la main dans la main, en étroite collaboration.

Anurie calculeuse et son traitement.

Par M. le professeur Jeanbrau.

L'auteur, dans un exposé lumineux et unanimement apprécié, étudie successivement la pathogénie, la symptomatologie et le traitement de l'anurie calculeuse.

Il admet volontiers que l'anurie calculeuse ne survient que lorsqu'il n'y a qu'un seul rein valable fonctionnellement, jusqu'au jour de l'occlusion calculeuse ; mais il expose l'ensemble des raisons qui ont conduit à admettre l'anurie réflexe dans un certain nombre de cas.

En pratique, il estime que dès que le diagnostic d'anurie calculeuse est posé, il faut transporter le malade dans une clinique chirurgicale, où on puisse pratiquer la radiographie, la surveillance clinique et biologique du malade ; essayer de soigner le malade à domicile est, la plupart du temps, une erreur qui rend l'observation incomplète et le traitement plus tardif.

Après avoir essayé les « petits moyens » (bains chauds, belladone, distension de la vessie), il faut recourir rapidement au cathétérisme uretéral et, si cela est nécessaire, aux interventions sanglantes dont l'auteur expose les indications, les techniques et les résultats.

L'utilisation des voies naturelles pour le diagnostic et le traitement des calculs urinaires sus-vésicaux.

Par M. le professeur agrégé Maurice Chevassu.

1° Calculs de l'uretère. — Le toucher rectal et surtout le toucher vaginal permettent de diagnostiquer un certain nombre de calculs de l'uretère et de faciliter leur expulsion. Les injections intra-urétérales de liquide opaque aux rayons X, pratiquées à l'orifice vésical de l'uretère à l'aide de la sonde à bouchon conique, réalisent une urétéro-pyélographie rétrograde qui précise à la fois la situation intra-urétérale du calcul, le rétrécissement fréquent de l'uretère au-dessous du calcul, et le degré de distension de l'uretère et du rein au-dessus du calcul.

Les injections intra-urétérales de gaz transparents aux rayons X (air stérilisé) pratiquées selon la même technique donnent de l'ensemble des cavités urétéro-rénales des images qui, pour être moins séduisantes à l'œil, précisent plus finement encore les rapports du calcul et du conduit excréteur.

On peut faciliter l'expulsion du calcul : de l'uretère en dilatant l'uretère au-dessous du calcul, des laminaires montés sur sonde urétérale peuvent réaliser cette dilatation. Mais on peut aujourd'hui saisir directement les calculs dans l'uretère au moyen de pinces à griffes solides, montées à l'extrémité d'une sonde urétérale métallique souple.

2° Calculs du rein. — L'urétéro-pyélographie, opaque ou transparente, permet de localiser exactement les calculs dans tel ou tel point des cavités rénales, d'apprécier le degré de distension de celles-ci au-dessus du calcul et de préciser l'état de la voie excrétive, dont la bonne perméabilité est indispensable à un parfait résultat thérapeutique. La connaissance précise des rapports entre les calculs et les cavités rénales permet d'agir chirurgicalement en utilisant au maximum les incisions de la voie excrétive, qui ne saignent pas et se réparent facilement et au minimum celles du parenchyme sécréteur. Curettes malléables et pinces montées sur tiges souples facilitent cette action.

3° Contrôle des résultats thérapeutiques. — L'urétéro-pyélographie montre que la suppression des calculs ne suffit pas toujours à ramener à l'état normal un arbre urinaire trop longtemps distendu ou sclérosé. Tous les efforts doivent donc être faits, dès qu'est précisée la notion du calcul urinaire, pour que ce calcul poursuive le moins longtemps possible ses effets de destruction sur le parenchyme rénal.

Le rapporteur a présenté, à l'occasion de son rapport, un grand nombre de pièces, des instruments et des projections radiographiques.

Les causes des récidives après l'ablation chirurgicale des calculs du rein.

Par M. le docteur O. Pasteau.

La récidive post-opératoire des calculs du rein est fréquente, plus fréquente même que ne l'établissent les statistiques, parce que les opérés échappent souvent à l'observation. Toutefois, d'assez nombreux cas ne doivent pas être classés parmi les récidives, car il se peut que tous les calculs n'aient pas été enlevés lors de l'opération, soit que la radiographie ait été insuffisante, soit que de petites concrétions disséminées dans le tissu rénal aient été laissées en place. La récidive peut tenir à l'état du rein, à la variété de composition du calcul, à la façon dont a été conduite l'opération, au manque de soins ultérieurs et à l'absence de régime.

Pour éviter la récidive post-opératoire, il convient donc de s'efforcer d'enlever tous les calculs, et de bien nettoyer le ou les nids qui les ont contenus, d'assurer une hémostase suffisante et de laisser, surtout en cas d'infection, un drainage qui assure une bonne évacuation des caillots; mais ce drainage ne doit pas lui-même être trop prolongé. Il doit être complété, dans les cas infectés, par l'évacuation et les lavages du bassinet au moyen de la sonde urétérale, traitement à suivre aussi longtemps qu'il sera indiqué. Enfin l'usage des antiseptiques urinaires avant et après l'opération, un bon régime approprié d'hygiène et d'alimentation sont nécessaires. Ce traitement médical est avantageusement complété par les cures hydro-minérales; leur choix n'est pas indifférent et doit dépendre de l'état des reins, de la réaction particulière, locale et générale. En tout état de cause, il ne faut pas oublier que si le chirurgien met le malade en état de guérir, c'est à la vérité le médecin, doublé de son confrère hydropathe, qui seul reste capable d'assurer la guérison vraie de la maladie causale, et de s'opposer à la récidive des calculs urinaires.

Les calculs bilatéraux des reins. Indications opératoires.

Par M. le professeur André (de Nancy).

La lithiase bilatérale constitue une affection grave, parce que les malades viennent le plus souvent trop tard, alors qu'ils ont les reins infectés et les urines troubles depuis plusieurs années.

Dans ces conditions, ils ont souvent des fonctions rénales très altérées et l'urée sanguine élevée, ce qui rend l'opération grave.

Les questions qui se posent sont les suivantes : Faut-il opérer? et, si l'on opère, quel rein faut-il opérer le premier? et quelle opération faire?

Il est difficile de donner des indications générales et chaque cas doit être étudié séparément. Il sera souvent utile de faire un traitement préparatoire, régime, cathétérisme des uretères, lavages des bassinets qui feront baisser la constante et permettront d'opérer dans les meilleures conditions.

On opérera d'abord le côté où les accidents sont les plus pressants ou, s'il n'y a pas d'accidents urgents, le rein le meilleur, et si possible par l'opération la moins grave : la pyélotomie. Mais, bien souvent, les circonstances nécessiteront la néphrectomie.

Les opérations conservatrices dans la lithiase rénale. Indications et technique. Utilité de la pyélographie.

Par M. le docteur Papin.

La néphrectomie ne doit être autorisée qu'en l'absence de lésion du rein opposé. Cette condition essentielle sera prouvée par l'étude du fonctionnement à l'aide du cathétérisme.

Dans deux cas on peut être amené à pratiquer la néphrectomie :

1° *Par nécessité*, soit qu'il s'agisse de lésions très graves, voire dangereuses à laisser sur place (gros calcul, atrophie, hydronéphrose ou pyonéphrose), soit qu'on ait la main forcée au cours d'une intervention.

2° *Par raison*, quand le bassinet est tout à fait sclérosé.

Avant de décider l'opération conservatrice, il est nécessaire de connaître l'état des deux reins :

a. Du rein opposé (par la radiographie), et par un examen fonctionnel après cathétérisme;

b Du rein malade par radiographie, pyélographie, pneumo-pyélographie ou uro-sélectan.

La pyélotomie sera toujours l'opération conservatrice à préférer quand les conditions le permettront.

L'auteur emploie la *voie inférieure d'accès* qui demeure bonne dans les cas d'extériorisation difficile.

Quand le bassinet est enfoui, la néphrectomie s'impose, soit classique, soit limitée (incision au niveau du calcul).

Enfin, dans les cas de calculs volumineux, il faut combiner une incision rénale avec la pyélotomie.

L'auteur décrit deux procédés d'incision combinée.

Pour 64 cas opératoires avec conservation, l'auteur n'a perdu que 4 malades : trois suppurations anciennes et une seule hémorragie.

La lithiase urinaire chez l'enfant.

Par M. le professeur P. Merklen.

Maladie plus fréquente au cours de la première année. Mais, après la quatrième année, on doit distinguer deux états différents :

a. La lithiase urique et oxalique;

b. La lithiase phosphatique.

L'origine de ces états est difficile à préciser. On incrimine le terrain arthritique, le trouble du métabolisme des substances azotées, la concentration des urines dans les lithiases urique et oxalique. Les conditions créant la lithiase phosphatique sont encore plus obscures : troubles passagers de la nutrition, boissons alcalines.

L'auteur souligne trois points importants :

a. La fréquence chez les garçons;

b. Le rôle de l'hérédité (37 fois sur 44 cas) [Monsseaux];

c. Les rapports avec quelques maladies (gastro-entérite par exemple).

Le diagnostic est le plus souvent délicat. Chez les nourrissons, les signes sont réduits au minimum. Au cours de la première et seconde enfance, on doit distinguer deux cas :

1° *Migration des calculs.* — Crise de coliques souvent fruste. L'importance des signes digestifs (vomissements) égare souvent le médecin.

2° *Calculs à demeure* :

a. Calculs siégeant dans le bassinet ou les calices. Dans ce cas les douleurs, les hématuries ou les troubles de la miction sont les seuls signes révélateurs. Les rayons X, la pyélographie, l'urosélectan ou l'abrodil affirment le diagnostic;

b. Calculs siégeant dans la vessie : cette calculose vésicale est primitive dans ses manifestations. Cliniquement, on doit opposer les calculs vésicaux latents aux calculs diagnosticables. Ces derniers réalisent un syndrome cystique, rarement une hématurie terminale. Le toucher rectal, la radiographie, la cystoscopie sont les procédés de contrôle utilisables. Le pronostic semble allégé par la rareté des infections secondaires, mais la menace de récidives l'assombrit et le régime s'impose avant tout.

Communications.

Influence de quelques ions du milieu urinaire sur la formation de la lithiase oxalique. — M. Ch.-O. Guillaumin.

Contribution à l'étude de la pathogénie des gravelles urinaires. — M. J. Schneider.

Rapports des vitamines et de la calcification de l'épithélium du rein. — M. le professeur van Leersum (d'Amsterdam).

L'uricémie plasmatique et l'uricémie totale dans la lithiase rénale. — MM. F. Françon et F. Gerbay (d'Aix-les-Bains).

Le sel-contrôle hebdomadaire de l'état de prélithiase. — M. Jacques SÉDILLOT.

Les directives du traitement préventif de l'état de prélithiase. — M. Jacques SEDILLOT.

La lithiase phosphatique, complication diététique de la lithiase urique. — M. L. VIOLLE (de Vittel).

Indications du traitement hydrominéral de la lithiase réno-urétérale par les eaux diurétiques. — M. MONSSEAUX (de Vittel).

Modifications apportées aux conditions de la circulation au cours du traitement de la lithiase rénale par la cure diurétique. — M. AMBLARD (de Vittel).

L'action des cures hydrominérales sulfatées calciques sur l'uricémie et le rôle du calcium dans les éliminations uriques urinaires. — M. L. VIOLLE (de Vittel).

Traitement de la lithiase oxalique. — M. LHUILLIER (de Vittel).

Traitement des complications septiques de la lithiase urinaire par la cure diurétique. — M. GUYONNEAU (de Vittel).

Traitement de la lithiase phosphatique par la cure diurétique. — M. Albert MARCOTTE (de Vittel).

Modifications des formes de cristallisation de l'acide urique au cours de la cure calcique. — M. Ch.-J. FINCK (de Vittel).

Elimination des calculs urinaires au cours de la cure et après la cure de Vittel. — M. H. PAILLARD (de Vittel).

Traitement de la lithiase urétérale par le cathétérisme de l'uretère. — M. BOECKEL (de Strasbourg).

Traitement pré-opératoire d'urgence et postopératoire dans la lithiase rénale infectée. — M. G.-R. FRANCFORT (de Nancy).

Colibacilluries et oxaluries latentes. — MM. BUCHE et DECAUX (de Vittel) et M. PAGEL.

Fausse cystite et calculs de l'extrémité inférieure de l'uretère. — M. NOGUES.

Trois observations de lithiase. — M. WURMSER.

Anhématose et lithiase urinaire. — M. PESCHER.

La lithiase urinaire simulée. — M. le professeur PERRIN (de Nancy).

Lithiase urinaire chez l'enfant. — M. le professeur LEPOUTRE (de Lille).

Lithiase et pyélographie. — M. le professeur LEPOUTRE (de Lille).

Action des eaux minérales sur les muscles lisses des voies urinaires (recherches d'hydrologie expérimentale). — MM. M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et R. EVEN.

Influence de quelques cures sulfatées calciques sur le système neuro-végétatif. — MM. J.-L. MASSOT, Louis MERKLEN, Daniel SANTENOISE et M. VIDACOVITCH.

Calcul de l'uretère pelvien gauche juxtavésical. — M. le professeur agrégé VINCENT (de Lille).

Moyens hydrothérapiques propres à amener l'expulsion des calculs urinaires. — M. BOIGEY (de Vittel).

Les troubles urétro-génitaux au cours de la lithiase urinaire larvée de l'homme. — MM. J.-E. MARCEL (de Paris) et MARCOTTE (de Vittel).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 JUIN 1931)

Etude cytologique des différents stades du bacille d'Eberth. (B. typhi Eberth.) Etat figuré du virus filtrant. — M. A. Ch. HOLLANDE et Mme G. HOLLANDE.

Effets de la piqûre du IVe ventricule sur la combustion des matières protéiques. — MM. Charles RICHET fils et Jean DUBLINEAU.

Nature et spécificité des antigènes. — MM. P. CARNEIRO et W. KOPACZEWSKI.

Expériences d'infection par voie aérienne. Cas du choléra des poules. — M. A. TRILLAT.

L'affinité d'un virus isolé de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas et Favre) pour le système lymphatique du singe. — MM. C. LEVADITI, P. RAVAUT, P. LÉPINE et Mlle R. SCHOEN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 JUIN 1931)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Jean Piot (du Caire), correspondant national depuis 1908 dans la section de médecine vétérinaire.

La propriété scientifique. — Mme CURIE donne lecture du rapport dont elle a été chargée par la Commission de la propriété scientifique.

En voici les conclusions :

« L'Académie de médecine, après avoir entendu la communication de M. L. Klotz, présentée en séance plénière le 21 avril 1921, après avoir entendu le rapport de la Commission instituée pour examiner cette communication, constate qu'une législation établissant le droit du savant serait un acte de justice qui permettrait non seulement d'améliorer la situation individuelle des auteurs de découvertes scientifiques, mais aussi de favoriser les progrès de la science en remédiant à la crise redoutable dont souffrent les laboratoires, les hôpitaux et autres institutions d'utilité sociale; reconnaît que les études techniques déjà faites, tant au point de vue national que sur le terrain international, donnent l'espoir d'aboutir, pour le nouveau droit, à une formule satisfaisante; se déclare favorable à la création du droit du savant et exprime le vœu que la reconnaissance de ce droit soit hâtée par l'initiative des pouvoirs publics. »

La réforme des études dentaires. — L'Académie procède au vote qui avait été ajourné dans la dernière séance. Elle adopte l'amendement de M. Marfan ainsi conçu :

« La suppression du titre de chirurgien-dentiste ne lui paraît pas justifiée;

Le diplôme de bachelier doit désormais être exigé de ceux qui désirent commencer les études nécessaires pour obtenir ce titre;

Il y a lieu de procéder à une réforme de ces études, lesquelles devront durer cinq années;

Les chirurgiens-dentistes qui désirent obtenir le diplôme de docteur en médecine devront se soumettre à toutes les conditions imposées aux autres étudiants, sans dispenses, ni faveurs. »

Le danger des plongées par fond d'eau insuffisant. L'hématomyélie des plongeurs. — M. GUILLAIN. La plongée peut déterminer des lésions rachidiennes et médullaires graves. Dans presque tous les cas de paralysie des plongeurs, il existe une fracture d'une ou plusieurs des dernières vertèbres cervicales, causée par la résistance du fond. Les lésions médullaires sont des hématomyélies. Elles peuvent se manifester sous trois formes cliniques : l'une, grave, caractérisée par une paralysie des membres inférieurs, de l'abdomen, du thorax, et qui se termine par la mort en quelques jours ou quelques semaines; la seconde où la paralysie et les paraplégies se montrent tardivement; la troisième, bénigne, où les troubles d'ordre paralytique sont transitoires.

Transmission au singe de la fièvre exanthématique observée à bord des navires de guerre à Toulon. Ses rapports avec le typhus exanthématique. — MM. MARCANDIER, PLAZY, LE CHUITON et PIROT.

Quelques souvenirs sur Littré. — M. ARMAINGAUD.

Transmission d'épidémies à distance. Cas du choléra des poules. — M. TRILLAT.

INFORMATIONS

(SUITE)

MARINE MARCHANDE. — Liste des candidats reconnus aptes à exercer les fonctions de médecin sanitaire maritime :

Examen des 22 et 23 juin 1931 (session de Paris). — MM. André, Baissette, Beitz, Benardeau, Bercher, Boulaud, Champsaur, Chaput, Chaussidière, Cros, Escaravage, Falcoz, Favre, Gibert, Gingold, Granet, Hemon, Huet, Kahn, Lebental, Lefèvre, Lenfant, Mollaret, Mougin, Nois, Noix, Pannier, Petit, Prunier, Renaudin, Renault, Rey, Rousseau, Sabatier, Tanguy, Tyrode, Vaissière, Wermeille.

VIIIe CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL. — Le VIIIe Congrès dentaire international aura lieu du 2 au 8 août 1931, au Grand Palais des Champs-Elysées. — Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétaire général M. F. Halova, 45, rue de la Tour d'Auvergne, à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du docteur Adrien Veillon, médecin chef de l'hôpital Pasteur, officier de la Légion d'honneur. L'Académie de médecine venait de lui décerner le prix Albert Ier de Monaco pour l'ensemble de ses beaux travaux sur les anaérobies et les gangrènes.





BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etude médico-légale critique sur les brûlures imputées aux coups de feu, par le professeur CHAVIGNY, médecin général de l'armée, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Strasbourg. Ouvrage couronné par l'Institut. Prix Bellion 1929. Un volume de 58 pages. In-4 carré avec 11 fig. — Prix : 15 fr. — Les Editions universitaires de Strasbourg, place de l'Université, Strasbourg.

NOTES POUR L'INTERNAT

MAL DE POTT DE L'ADULTE

FORMES CLINIQUES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

C. **Formes suivant le terrain.** — **Mal de Pott du vieillard.** — Les douleurs sont presque la règle, dans la tuberculose vertébrale du vieillard : pseudo-névralgies bilatérales rebelles, et souvent paraplégie.

On a décrit une forme absolument latente et une forme à petits foyers multiples qui se traduit surtout par des signes généraux (température, cachexie).

La terminaison par cachexie est fatale.

D. **Formes anatomiques.** — Citons enfin :

La forme marginale, caractérisée par l'atteinte partielle et localisée d'une vertèbre, due au développement du tubercule près d'une face ou d'un bord.

La forme ulcéreuse superficielle de Lannelongue.

DIAGNOSTIC

1° **Diagnostic positif.** — Il sera basé sur l'*examen du rachis* dont on recherchera les déviations, la souplesse, les points douloureux.

Sur *la radiographie* montrant un pincement vertébral, des déformations du corps vertébral.

2° **Diagnostic différentiel.** — Il se pose avec un certain nombre d'affections, différentes suivant le syndrome clinique observé.

a. En cas de *douleurs* :

On pense :

A de banales névralgies intercostales, à une sciatique ;

A une pleurite de la base, à un lumbago ;

A des douleurs tabétiques.

Mais les diagnostics les plus importants se font avec les douleurs :

Du rhumatisme vertébral, difficile à éliminer, car la présence de « becs de perroquet » sur une radiographie ne peut pas suffire pour éliminer le mal de Pott, mais doit le faire suspecter.

De l'*insuffisance vertébrale,* surtout chez la femme jeune.

De certaines *topoalgies nerveuses, cellulites péri-vertébrales,* cervicales, dorsales ou lombaires, souvent rattachables à des troubles digestifs, chez la femme plus âgée.

Des *scolioses douloureuses* de la cinquantaine.

Ces diagnostics seront souvent difficiles à éliminer d'emblée; il faudra en étudier l'évolution.

Enfin le *cancer vertébral :* mais alors il existe un néo primitif (surtout sein) et un aspect spécial à la radiographie.

Le *syndrome de Kümmel-Verneuil :* le plus souvent chez un homme jeune; mais existence d'antécédents traumatiques :

Soit fracture incomplète ou sans déplacemrnt diagnostiquée ;

Soit fractures méconnues des corps vertébraux.

Plus rarement enfin, en présence de névralgies basses, on pense à :

Calcul du rein ;

Douleur d'origine testiculaire.

b. En présence d'un *abcès.*

Les diagnostics qui se posent seront variables avec la localisation de l'abcès.

1. L'*abcès* lui-même est fréquemment méconnu. On pense souvent à :

Un lipome ;

Une hernie ;

Un abcès appendiculaire (erreurs grossières).

2. *Son origine* peut être discutée :

On pense, suivant le siège, à :

Une coxalgie ;

Une sacro-coxalgie ;

Un abcès froid costal.

Il est évident que ce seront les signes rachidiens et la radiographie qui toucheront le diagnostic. On pourra s'aider d'une injection LIPIODOLÉ dans la cavité de l'abcès.

c. En présence d'une *paraplégie :*

Devant une paraplégie, le **diagnostic** auquel on doit penser en premier lieu est le mal de Pott. Mais il ne faut pas oublier :

Les *paraplégies spécifiques* du type Erb.

Surtout les *tumeurs de la moelle* évoluant comme le mal de Pott, avec une longue phase douloureuse radiculaire, puis la paraplégie.

Mais dans ce cas, *cliniquement,* paraplégie intense, pas de signes rachidiens.

On s'aidera de la *radiographie,* de l'*exploration radio-lipiodolée.*

TRAITEMENT

Jusqu'à ces dernières années, il était très décevant.

Le plus souvent, en effet, le **traitement orthopédique** pur, de mise chez l'enfant, n'est pas accepté par l'adulte.

D'autre part, la chronicité des lésions et les réveils inévitables malgré l'immobilisation plâtrée, rendaient ce traitement à peu près illusoire.

On tend actuellement, de plus en plus, à lui associer le **traitement chirurgical** : ostéosynthèse rachidienne d'Albee, qui raccourcit considérablement l'évolution du mal de Pott.

L'intervention, qui est simple, consiste à mettre en place un greffon tibial dans la gouttière formée par dédoublement des apophyses épineuses.

Le greffon contribue à souder entre elles les vertèbres et immobilise très efficacement et très rapidement le foyer.

Les **résultats tardifs** seront bons si l'on a su « peser avec soin les indications » (Sorrel).

On n'interviendra pas avant le début de la phase de réparation, soit avant un an et demi à deux ans d'évolution, en dehors de toute « bacillémie ».

Les **contre-indications** sont nombreuses :

Soit d'ordre général (mauvais état général), âge trop avancé, lésions viscérales associées, paraplégie).

Soit d'ordre local (grosse gibbosité, mauvaise qualité des plans cutanés, abcès dans le champ opératoire).

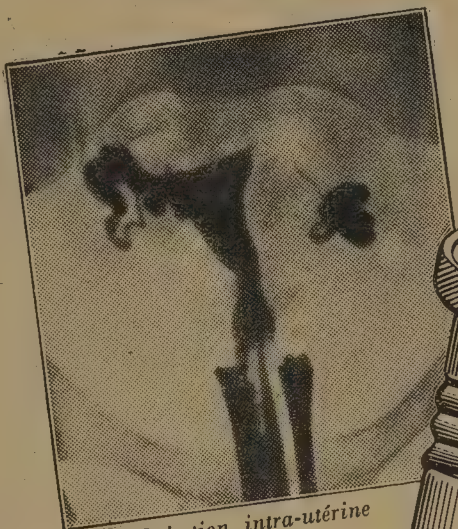
Mais faire une ostéosynthèse ne suffit pas pour guérir un mal de Pott (Sorrel). Il faut lui associer le traitement orthopédique et général pendant quelques mois.

Dans le cas favorable, on peut appliquer un corset et autoriser le lever du quatrième au sixième mois. La reprise d'une vie normale est donc possible le plus souvent (56 pour 100 des cas) assez rapidement. Cependant, le sujet reste toujours un tuberculeux à la merci d'un foyer viscéral latent ou d'un réveil.

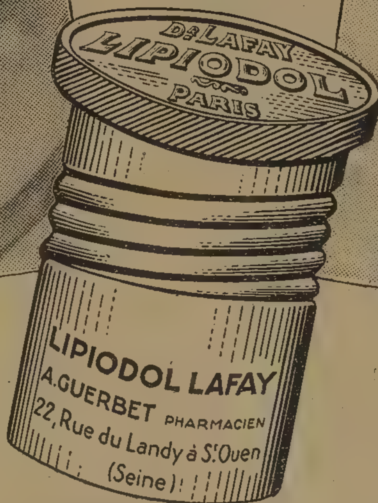
(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.,* 1931, n° 48, p. 950, et n° 50, p. 990.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE ASSETTE.



Injection intra-utérine de Lipiodol





Injection intra-fistulaire de Lipiodol

N° 53. — SAMEDI 4 JUILLET 1931. 104ᵉ ANNEE. SAMEDI 4 JUILLET 1931. — N° 53.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6ᵉ

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Chirurgie orthopédique, par M. M. Lance.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de biologie.
Société de médecine de Paris.
Société anatomo-clinique de Toulouse.
NÉCROLOGIE
Kitasato, par M. Louis Martin.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — M. le docteur Eugène Pollosson a été nommé après concours chirurgien des hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon s'ouvrira le lundi 28 décembre 1931, devant la Faculté de médecine de Nancy.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE [Siège social : 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIᵉ)]. — SÉANCE INAUGURALE, 15 JUIN 1931. — M. Jayle, président, prononce une allocution dans laquelle il retrace l'histoire de la gynécologie, tantôt exercée par les médecins, tantôt par les chirurgiens. Il insiste sur ce fait que la gynécologie s'occupant d'un appareil spécial à la femme est une spécialité bien distincte et affirme la nécessité pour le gynécologue vraiment complet d'être à la fois médecin, chirurgien et physiothérapeute.

Il termine aux applaudissements de l'Assemblée en souhaitant longue vie à la Société française de gynécologie, qui réunit déjà les plus grands gynécologues français. Il espère d'ailleurs qu'elle suivra les traces de son ancêtre la Société de chirurgie, qui malgré des débuts difficiles, est maintenant une des premières Sociétés scientifiques du monde.

M. Xavier Colaneri fait une intéressante communication sur le rôle du colibacille dans le syndrome entéro-uro-génital.

M. Marcel Sénéchal présente son procédé personnel d'hystéropexie.

Question mise à l'ordre du jour de la prochaine séance : *Les réactions chimiques normales et pathologiques des sécrétions vaginales.* — Rapporteur : M. Ulrich.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert à la Préfecture de Meurthe-et-Moselle pour la désignation d'un médecin neurologiste à l'hospice départemental J.-B. Thierry à Maxéville.

Les candidats devront faire parvenir, à la Préfecture (2ᵉ division), avant le 25 juillet 1931, et établie en quatre exemplaires, copie certifiée conforme de leurs titres, et toutes pièces qu'ils jugeront opportun de produire à l'appui de leur candidature.

Les candidats qui désireront obtenir des renseignements complémentaires devront s'adresser à la Préfecture (2ᵉ division).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. [Secrétariat : 28, rue Serpente, Paris (VIᵉ)]. — L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra son prochain Congrès à Nancy, du 20 au 26 juillet 1931, sous la présidence de M. le professeur Etienne.

Questions médicales à l'étude :

1. *Intervention dans les abcès du poumon;*
2. *L'équilibre acido-basique en pathologie;*
3. *Météoro-pathologie. Intervention des conditions météorologiques dans certaines manifestations pathologiques;*
4. *La syphilis dans la pathologie endocrinienne.*

En dehors de ces quatre questions, toutes autres communications d'ordre médical ou para-médical pourront être présentées et discutées.

Envoyer les adhésions au secrétariat général : 28, rue Serpente, à Paris, ou au secrétariat du Comité local de préparation du Congrès, à Nancy, 96, rue de Strasbourg (cotisation, 30 fr.; droit d'entrée, 10 fr.).

JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES. — Le Comité d'organisation des Journées médicales coloniales est heureux d'annoncer aux médecins de réserve que leur participation à ce Congrès leur sera comptée dans la limite de six jours comme période d'instruction sans solde, pour une durée égale à celle de leur présence à cette manifestation (circulaire ministérielle du 22 juin 1931).

La 7° direction du ministère de la Guerre fera établir des permis quart de place aussitôt que les noms des adhérents lui auront été transmis.

Prière donc de vouloir bien d'urgence envoyer les adhésions au secrétariat des Journées médicales coloniales, boulevard Haussmann, 112, Paris.

KITASATO

NOTICE NÉCROLOGIQUE LUE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Par M. Louis MARTIN.

Le professeur Kitasato, qui vient de mourir à l'âge de 75 ans, fut pour le Japon un véritable initiateur en médecine et en bactériologie.

Il fit ses premières études au Japon comme élève du médecin hollandais Mansfeld qui enseignait à l'école médicale de Kumamoto. Ses études terminées, il fut envoyé en Allemagne par son gouvernement en raison de ses brillantes qualités.

Pendant les sept ans qu'il passa en Allemagne, il fut l'élève de Robert Koch, alors que ce dernier étudiait la tuberculine.

Le premier travail important de Kitasato traitait de la culture du bacille du tétanos qu'il obtint en culture pure, ce qui l'amena à devenir le collaborateur de Behring pour ses études sur l'antitoxine tétanique.

Ce travail, publié en 1890, contenait plusieurs propositions :

1° Le sang d'un lapin réfractaire au tétanos est capable de détruire les toxines du tétanos;

2° Cette propriété peut se démontrer par le sang extrait des vaisseaux et pour le sérum débarrassé de toute cellule qui en provient;

3° Cette propriété est si durable qu'elle persiste même après la transfusion dans l'organisme d'autres animaux. *Elle permet ainsi un traitement de l'affection.*

Au Congrès d'hygiène tenu à Londres, en août 1891, Kitasato précise cette dernière conclusion et affirme avoir guéri des souris tétaniques même lorsqu'elles sont très malades.

Au mois d'août 1892, il revient sur la question du traitement des animaux et les conclusions de ce dernier travail sont que le sérum n'est efficace que s'il est très actif, que si le tétanos a une marche lente et que si le traitement est appliqué dès l'apparition des premiers symptômes.

***

Les deux premières propositions de la note de Behring et Kitasato furent immédiatement reconnues exactes; mais la troisième donna lieu à de vives controverses, jusqu'au jour où Roux et Vaillard publièrent un remarquable mémoire sur le sérum antitétanique, dont les conclusions furent que Kitasato avait obtenu de bons résultats par un traitement préventif plutôt que curatif.

Toutefois, malgré ces controverses, nous devons retenir comme un titre de gloire que Kitasato a été le collaborateur de Behring dans la découverte de l'antitoxine tétanique.

***

De retour dans son pays, grâce à la générosité d'un mécène japonais, Yukichi-Fukasamo, Kitasato put fonder au Japon le premier laboratoire de bactériologie qui devint dans la suite le laboratoire d'Etat pour la préparation des sérums et vaccins, et prit le nom d'Institut des maladies infectieuses.

Kitasato, qui était alors le plus éminent bactériologiste du Japon, fut envoyé à Hongkong, en 1894, pour étudier la peste. Il découvrit un microbe qu'il crut être l'agent de cette maladie, tandis que Yersin de son côté décrivait un microbe différent de celui observé par Kitasato.

Après de longues recherches, Kitasato reconnut que le microbe décrit par Yersin était bien réellement l'agent causal de cette terrible maladie et il eut le mérite de le proclamer.

Dans les années qui suivirent, Kitasato dirigea l'Institut des maladies infectieuses, continuant ses études sur la tuberculose qu'il poursuivit jusqu'à la fin de sa vie.

En 1914, les dirigeants japonais voulurent modifier le statut de l'Institut des maladies infectieuses sans consulter Kitasato qui aussitôt résigna les fonctions de directeur.

Pour continuer ses travaux en toute indépendance, il fonda un institut privé qui est connu sous le nom d'Institut Kitasato.

En outre, il donna tous ses soins pour fonder à Keio-Gijigo une faculté de médecine dont il fut le doyen et qu'il rendit prospère.

Ses services furent finalement appréciés par les autorités japonaises et, en 1917, l'Empereur le nomma membre de la Chambre des pairs. Il en profita pour organiser les écoles de médecine du Japon et créer une association des médecins du Japon; il en fut le premier président.

Pour reconnaître ces éminents services, l'Académie de médecine a nommé Kitasato membre associé, en 1916. Il méritait cette distinction par ses découvertes scientifiques, par l'indépendance de son caractère et la droiture de ses sentiments et aussi parce qu'il fut un chef, un organisateur émérite qui a doté le Japon d'un remarquable enseignement médical.

Je vous propose d'envoyer, au nom de l'Académie, l'assurance de nos vifs regrets à tous ceux qui furent ses disciples et qui sont ses continuateurs.

Je vous propose aussi de présenter à sa veuve et à ses sept enfants nos condoléances et l'expression de notre profonde sympathie.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

GÉNÉRALITÉS

Malformations.

La maladie ulcéreuse intra-utérine. (OMBRÉDANNE et LACASSIE. *Arch. de méd. des enfants*, avril 1930, t. XXXIII, n° 4, p. 199-211.)

Les stigmates congénitaux postérieurs de l'épaule. (OMBRÉDANNE. *Presse méd.*, 18 juin 1930, n° 49, p. 827.)

Depuis plusieurs années, le professeur Ombrédanne défend cette idée qu'il n'y a pas de lésions par brides amniotiques. Les lésions observées au moment de la naissance (amputations de doigts, de membres, sillons, brides) sont les résidus, les cicatrices d'une maladie qui a évolué pendant la vie intra-utérine.

Cette maladie analogue à la pellagre, ou mieux à l'acrodynie — a présenté une période ulcéreuse qui est terminée à la naissance — cette maladie ulcéreuse et mutilante peut occasionner quelquefois la formation de brides amniotiques, mais qui ne peuvent jouer aucun rôle dans la genèse des accidents.

Dans le premier travail, l'auteur cite une observation où le processus n'était pas terminé à la naissance : on a assisté à la formation d'un sillon au pli du coude avec gangrène humide et main bote.

Dans le second travail, il montre des observations où les lésions sont symétriques et familiales.

Il semble que cette maladie ulcéreuse intra-utérine serait d'origine circulatoire et trophonévrotique.

Ces travaux jettent un peu de lumière sur l'origine de ces malformations restée jusqu'ici si obscure.

Tuberculose osseuse.

L'opération de Robertson-Lavallé dans les tuberculoses articulaires. (L. TAVERNIER. *Soc. de chir. de Lyon*, séance du 5 juin 1930, in *Lyon chir.*, sept.-oct. 1930, t. XXVII, n° 5, p. 645.)

Cette étude est basée sur les résultats éloignés de 14 opérations.

Au début, l'auteur employa la technique intégrale de R. L. Puis il supprima le greffon extérieur à l'articulation, conservant seulement les greffons transépiphysaires. Puis, notant que ceux-ci se résorbaient toujours, il en est arrivé à faire de simples tunnels intra-osseux avec les mêmes résultats. Ce qui frappe, c'est que dans presque tous les cas (12 sur 14), on observe une cessation immédiate de la douleur avec possibilité de mobilisation. En même temps, l'état général s'améliore.

Mais ces résultats sont transitoires. On observe dans tous ces cas une rechute, sauf dans trois cas, sous forme synoviale pure, où la guérison complète a été obtenue.

Quand il y a des lésions osseuses, l'intervention expose à l'inoculation du trajet osseux et à la fistulisation. Mais l'auteur reste partisan de cette tunnellisation dans les formes synoviales comme adjuvant du traitement classique.

Dans la discussion qui suivit, M. WERTHEIMER rapporte l'observation d'une tumeur blanche du genou guérie par la méthode de R.-L. et M. VIGNARD rappelle les succès obtenus par sa technique d'évidement des épiphyses.

Rachis.

Le nucleus pulposus intervertébral. Son anatomie, sa physiologie, sa pathologie. (J. CALVÉ et M. GAILLARD. *Journ. of bone and joint Surg.*, juillet 1930, vol. XII, n° 3, p. 555-578, 20 fig.)

Les disques intervertébraux. (N. ROSS-SMITH. *The British J. of Surgery*, janv. 1931, vol. XVIII, n° 71, p. 358-375, 27 fig.)

Une lésion rachidienne rare. Ecrasement isolé d'un disque intervertébral. (R. GALLI. *Chir. degli org. di mov.*, fév. 1931, vol. XV, n° 6, p. 574-590, 4 fig.)

L'anatomie du disque intervertébral est bien connue depuis longtemps, mais sa physiologie était, chose étonnante, très négligée, et sa pathologie inconnue. Ce sont les travaux de Schmorl (de Dresde) qui ont attiré l'attention sur elle. On trouvera dans les trois mémoires ci-dessus un exposé complet de ces questions qui sont appelées à modifier sur bien des points nos conceptions sur la pathologie du rachis.

La calcification du disque intervertébral d'origine infectieuse, ou d'origine traumatique comme l'importante observation de Galli, ouvrent un nouveau chapitre à la pathologie du rachis.

La constatation fut faite par Schmorl, que dans toutes les ostéomalacies du rachis, par suite de la tension élevée du nucleus pulposus, la vertèbre se trouve déprimée à sa partie moyenne. Il en résulte un aspect renflé des disques à leur partie moyenne, tandis que le corps vertébral prend au contraire l'aspect d'une lentille biconcave; c'est la vertèbre ostéomalacique de Schmorl.

Enfin, Schmorl a montré la présence, sur de nombreuses coupes de rachis, de diverticules du disque à l'intérieur des corps vertébraux. Il s'agit, selon lui, d'envahissement du corps vertébral par le nucleus pulposus sous pression. Il reste à établir qu'il s'agit bien d'une lésion pathologique, et à quels syndromes elle peut correspondre.

Cyphose à rétropulsion nucléaire et paraplégie. (M. GALLAND. *Soc. de méd. de Paris*, séance du 25 janv. 1930; *Bull.*, p. 58 à 65, 4 fig.)

Nodule cartilagineux de Schmorl sous forme de tumeur intramédullaire au niveau de la moelle cervicale. (A. KORTZEBORN. *Zentralbl. für Chir.*, 27 sept. 1930, n° 39.)

Scolioses et myélites par compression. (R. ZANOLI. *La chir. degli org. di mov.*, oct. 1930, vol. XV, f. 4, p. 291-307, 13 fig.)

Le nodule fibro-cartilagineux de la face postérieure des disques intervertébraux. Etude d'une variété nouvelle de compression radiculo-médullaire extradurale. (Th. ALA-

JOUANINE et D. PETIT-DUTAILLIS. *Presse méd.*, 6 déc. et 20 déc. 1930.)

Ainsi que Schmorl l'a montré le nucleus pulposus n'est pas immobile dans le disque intervertébral. Il se déplace selon les mouvements physiologiques des vertèbres et c'est ce déplacement qui modifie la forme du disque indispensable aux mouvements du rachis.

Dans les déviations, le nucleus subit un déplacement permanent, exagéré, pathologique. Dans la cyphose le nucleus se trouve rétropulsé et pourrait venir faire hernie dans le canal rachidien et déterminer une paraplégie. C'est ainsi que Galland explique le cas de deux malades qu'il a observé, et où l'opération a révélé chez l'un la présence d'un nodule saillant au niveau du disque.

Il se pourrait, comme le suppose Galland, que, dans ces cas, d'une localisation trop postérieure de la chorde dorsale — dont le nucleus pulposus n'est qu'un vestige — donc anomalie de développement, cyphose et paraplégie.

C'est encore un nodule cartilagineux du corps vertébral que Kottzeborn a trouvé à l'autopsie d'un paraplégique chez lequel la laminectomie n'avait rien décelé.

Les deux belles observations d'Alajouanine et Petit-Dutaillis montrent de manière irréfutable que le nodule de la face postérieure des disques est capable d'entraîner un syndrome de compression radiculo-médullaire. La laminectomie est insuffisante à faire cesser la compression. Il faut, opération très délicate, procéder à l'exérèse du nodule prémédullaire. Dans les deux cas la guérison a été obtenue.

N'est-ce pas à une compression analogue que sont dues les paraplégies dans la scoliose? — Celles-ci sont rares. — Zanoli, à propos de deux cas personnels, a pu en réunir douze observations publiées. Ce qui frappe, c'est qu'il s'agit presque toujours d'enfants, de scolioses congénitales. L'extension continue amène le plus souvent une amélioration des symptômes. La laminectomie, quand elle a été pratiquée, n'a pas donné l'explication de la paraplégie et guéri les malades. L'explication de la paraplégie dans ces cas reste à trouver et peut-être faut-il chercher la cause du côté des hernies du disque intervertébral.

Le spondylolisthésis. (P. H. CARAVANO. *Revue sud-américaine de méd. et de chir.*, mai 1930, n° 5, p. 417-451.)

Spondylolisthésis et accident. (H. MEYER. *Arch. für orthop., and Unf. chir.*, 12 nov. 1930)

Spondylolisthésis sans élargissement de l'espace interarticulaire (pseudospondylolisthésis). (*Idem.*)

Le spondylolisthésis. (Alb. MOUCHET et C. ROEDERER. *Presse méd.*, 18 avril 1931, n° 31, p. 569-574, 4 fig.)

On a beaucoup publié pendant ces dernières années sur le spondylolisthésis. On trouvera une bonne revue générale de ces publications dans le travail de Caravano.

Le premier fait qui ressort de ces recherches c'est que le spondylolisthésis est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pensait. En second lieu l'affection était considérée jadis comme l'apanage de la femme et c'était surtout les accoucheurs qui l'étudiaient à cause de la dystocie causée par la saillie de la Ve lombaire ayant glissé dans le bassin, faux promontoire. Il semble bien que le spondylolisthésis est fréquent chez l'homme, autant que chez la femme.

Jusqu'à ces dernières années on avait admis comme acquise la théorie de Neugebauer dite théorie de l'ossification imparfaite de l'arc. Si le glissement se produit le plus souvent après un traumatisme, celui-ci n'agit que comme révélateur d'une prédisposition congénitale qui est indispensable. On n'a pu reproduire expérimentalement la lésion sur un rachis normal.

Les publications récentes battent en brèche cette théorie. Il n'est pas sûr que l'élongation de l'arc interarticulaire quand il existe soit nécessairement d'origine congénitale. Il peut résulter du surmenage physiologique de la vertèbre dans le cas de lordose marquée. De plus il n'existe pas toujours une élongation de l'arc — et il se peut que le glissement se produise alors au niveau même des articulations lombo-sacrées — comme conséquence soit d'une anomalie de ces articulations, soit d'une lésion traumatique, soit d'une arthrite.

On décrit donc à côté du spondylolisthésis congénital vrai, des formes variées de pré, ou pseudo-spondylolisthésis, correspondant aux lésions variées qui pourraient conduire au glissement vertébral. La question est donc à reprendre à l'aide surtout de la radiographie.

A signaler aussi que le traitement par la greffe d'Albee entre le sacrum et la Ve et IVe lombaire, préconisé comme le traitement de choix, bien qu'illogique dans les cas ou il y a rupture de l'arc interarticulaire, semble perdre du terrain. Le traitement de la lordose par le corset plâtré, et ensuite un corset amovible, trouve à nouveau des défenseurs. (Gourdon-Turner.)

Scoliose.

Les indications de l'ostéosynthèse du rachis dans la scoliose. (M. LANCE. *XXXVIIIe Congrès franç. de chir.*, Paris, oct. 1929.)

Les indications de l'ostéosynthèse du rachis dans la scoliose. (R. BUREAU. *Th. de Paris 1930*, Amette éditeur.)

Introduction à la discussion sur le traitement des scolioses par la greffe osseuse. (R. GOFFIN. *Soc. belge d'orthop.*, séance du 22 mars 1930.)

L'ostéosynthèse du rachis dans la scoliose. (M. LANCE. *Le scalpel*, 83e année. n° 23, 7 juin 1930, p. 617-631. 15 fig.)

L'arthrodèse du rachis dans la scoliose. Indications. Technique. Résultats. (M. FÈVRE et R. BUREAU. *Journ. de chir.*, t. XXXVI, n° 5, nov. 1930, p. 721-748, 7 fig.)

La scoliose traitée par l'opération de la fusion. Etude des résultats éloignés de 360 cas. (R. HIBBS, J. C. RISSER et A.-B. FERGUSSON. *The Journ. of bone and joint. Surg.*, janv. 1931, vol. XIII, n° 1, p. 91-104, 11 fig.)

Si l'ostéosynthèse du rachis dans le mal de Pott est maintenant de pratique courante en France, il n'en est pas de même dans la scoliose. Cependant, judicieusement employée, elle peut rendre de grands services. C'est ainsi qu'on l'a utilisée depuis plus de quinze ans aux Etats-Unis, dans un nombre considérable de cas. Dans le seul service de Hibbs, à New-York, de 1914 à 1927, en treize ans, 360 malades ont été opérés.

Les indications en sont bien établies maintenant.

Les formes graves de la scoliose paralytique constituent la première et non discutée des indications.

Dans les scolioses de l'adolescence, on lui reconnaît deux indications principales : les formes graves, progressives, et aussi les formes réductibles mais à rechute.

Chez l'adulte, la forme douloureuse constitue aussi une indication.

La technique naturellement varie selon les auteurs. Alors que les uns pratiquent le redressement préalable par extension continue et traction latérale, d'autres restent fidèles au redressement progressif, en corset. La fixation est pratiquée selon deux grandes méthodes différentes, ou l'arthrodèse des articulations et arcs vertébraux sous greffon selon la méthode de Hibbs, ou l'ostéosynthèse par greffe, soit après section médiane des apophyses épineuses, soit après leur section à la base, soit simplement après dénudation latérale des gouttières vertébrales.

Ces différentes méthodes sont exposées et discutées dans les travaux ci-dessus.

La contention post-opératoire en corset varie de trois mois à un an selon les auteurs.

Toutes les statistiques importantes ont comporté un certain nombre de décès presque tous dus au shock. Celui-ci a été attribué tantôt à l'abondance de l'hémorragie, tantôt à la commotion médullaire par l'emploi du ciseau et du maillet. L'emploi d'une technique et d'une instrumentation qui évite ces deux dangers, permet d'envisager la disparition de tout accident grave.

Quant au maintien du redressement et à la stabilité post-opératoire, ils semblent supérieurs lorsqu'on a employé un greffon, et lorsque l'ostéosynthèse a présenté une étendue en hauteur suffisante. En cas d'insuffisance, une retouche parfois peu étendue peut parfaire le résultat.

Rôle des déformations rachidiennes et des épaississements dure-mériens congénitaux dans l'incontinence essentielle d'urine et dans le pied creux. (A. Bréchot. *Revue méd. franç*, 3 mars 1930, 11e année, p. 247-252.)

La laminectomie dans l'énurésis. (R. Favre. *Th. doctorat*, Alger, 1930.)

On admet depuis plusieurs années que certains troubles comme l'énurésis, le pied creux dit essentiel de l'enfant, certaines crises douloureuses lombo-sacrées, certains maux perforants des trophœdèmes, etc., sont en rapport avec un spina-bifida lombo-sacré. L'agent nocif serait une bride fibreuse transversale, siégeant au niveau de la déhiscence épineuse ou dans son voisinage immédiat, l'épaississement siégeant soit dans le ligament jaune lui-même, soit dans la dure-mère. L'ablation de cette bride amène la cessation des accidents.

C'est ce qu'expose Bréchot dans son travail en s'appuyant sur 13 observations. Les résultats sont constants dans le pied creux, moins constants dans l'énurésis.

Faure, dans un travail très documenté, démolit, quant à l'énurésis, la théorie de la compression par bride.

De l'étude de 7 malades, opérés dans le service du professeur Lombard, il conclut que l'examen par le transit lipiodolé montre que l'obstacle n'est pas constant, que la présence de la bride à l'opération ne l'est pas non plus ; on trouve parfois une disposition normale, et cependant la laminectomie amène la guérison.

Pour lui, la laminectomie agit tout autrement. L'énurésis est dû à une perte de la sensibilité vésicale, conséquence d'une hypervagotonie vésicale. La laminectomie, pratiquée entre la IVe lombaire et la IIe sacrée, zone correspondant aux métamères médullaires renfermant les centres vésico-spinaux, agit par excitation du sympathique péri-dural comme une sympathectomie péri-méningée. En fait, la sensibilité vésicale est rétablie instantanément.

La laminectomie, sympathectomie péri-méningée, pourrait, conclut l'auteur, être employée comme le pensait Elsberg dans de multiples affections.

Rachis.

Une étude de l'ostéo-arthrite hypertrophique du rachis. (John C. Cottrel, *Surg. gyn. and obstetric.* nov. 1930, vol. XXI, n° 5, p. 731.)

L'auteur examinant radiographiquement et cliniquement le rachis de 80 sujets pris au hasard, âgés de plus de quarante ans (cinquante-cinq ans et demi en moyenne), trouve que 44 p. 100 présentaient des lésions d'ostéo-arthrite hypertrophique, siégeant surtout à la région dorso-lombaire.

Les cultures de la gorge de ces malades ne montrent, dans aucun cas, du streptocoque.

Si on recherche dans l'organisme une infection focale, on la trouve dans 56 p. 100 des 80 sujets et 68 p. 100 de ceux présentant des lésions. Sur ces derniers, 25 cas, soit 31 p. 100 seulement, présentaient des signes radiculaires, 16 (21 p. 100) n'offraient aucun symptôme, enfin 8 (10 p. 100) présentaient des signes radiculaires, mais sans lésions visibles aux rayons X.

L'auteur conclut de cette étude que l'ostéo-arthrite hypertrophique du rachis est une affection commune après quarante ans. Que dans la majorité des cas, elle est silencieuse. Un faible pourcentage seulement présente des signes radiculaires simulant des lésions viscérales.

Mal de Pott.

Le mal de Pott lombo-sacré, son premier signe radiographique chez l'adulte. (M. Galland. *Arch. méd.-chir. de province*, fév. 1930.)

Le traitement rationnel du mal de Pott en 1929. (J. Calvé et M. Galland. *Revue slave d'orth.*, Prague 1930, vol. IV, f. 6.)

Chirurgie de la colonne vertébrale. (Smieden. *54 Tag, der deutsch. Gesell. für Chir.*, Berlin, 1930.)

Le premier signe radiographique du mal de Pott est le pincement du disque intervertébral. Sur l'épreuve de profil, seule probante, ce pincement se produit d'abord en avant.

M. Galland montre qu'il n'en est pas de même dans le mal de Pott lombo-sacré.

Chez l'enfant, le pincement du disque entre la Ve lombaire et le sacrum est total, et chez l'adulte, il est postérieur. Le disque paraît osciller en avant. Il faut connaître cet aspect, conséquence de l'orientation oblique en avant de la Ve lombaire, pour ne pas rejeter à tort un diagnostic de mal de Pott parce que le disque n'est pas pincé en avant.

Dans un important travail, Calvé et Galland exposent les règles du traitement orthopédique du mal de Pott. Ils montrent que les mêmes règles ne peuvent être suivies dans le mal de Pott lombaire et le mal de Pott dorsal. Dans le premier, par suite des dispositions anatomiques, la correction orthopédique de la gibbosité peut être obtenue dans le foyer lui-même.

Dans le mal de Pott dorsal, ce redressement est impossible et ne peut être obtenu que par création de courbure de compensation au-dessus et au-dessous du foyer. Le mal de Pott lombaire sera traité par lordosation sur le cadre avec cales en bois ou lit plâtré, et le redressement sera rapide. Dans le mal de Pott dorsal, il faut fixer la région lombaire en rectitude pour créer une lordosation au-dessus du foyer. Le lit plâtré fait dans cette attitude donne un redressement progressif.

L'ostéosynthèse sera pratiquée en fin de traitement dans tous les cas chez l'adulte, dans le mal de Pott dorsal chez l'enfant. La fixation doit être limitée aux vertèbres du foyer, laissant sa souplesse au rachis au-dessus et au-dessous du foyer, et permettant aux corrections orthopédiques de s'accomplir.

Dans son travail sur la chirurgie du rachis, Smieden donne une statistique intéressante des paraplégies pottiques traitées par laminectomie. Il s'agit de 251 cas. Au cours de l'opération, quarante-trois fois, la dure-mère a été ouverte et 26 de ces malades sont morts (60,5 p. 100). Sur l'ensemble des opérés, il y a eu 14 p. 100 de guérisons de la paraplégie, et 30 p. 100 de mortalité.

Cette statistique ne peut que renforcer la mauvaise opinion que les chirurgiens français ont de l'emploi de la laminectomie dans la paraplégie pottique.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Épaule.

Une affection particulière de la tête de l'humérus, ressemblant à la maladie de Legg-Calvé-Perthes à la hanche. (H. J. Panner. *Ugesk. für Laeger*, 1930, fasc. I.)

Sur 3 malades, l'auteur a vu le processus suivant : à la

suite d'un traumatisme léger de l'épaule, on observe des troubles légers, petite douleur avec limitation de l'abduction, la radiographie montre un flou dans les trabicules de la tête humérale.

Les troubles persistent, légers et, dans les années suivantes, on assiste à des modifications successives de l'aspect radiographique :

1er stade, effacement et inégalités du contour des noyaux épiphysaires;

2e stade. Le noyau s'atrophie, présente des dentelures sur les bords, et à l'intérieur des zones de raréfaction et de condensation.

3e stade. Au bout de deux ou trois ans, retour progressif à l'état normal.

Dans tous les cas, le traitement a été nul.

MEMBRE INFÉRIEUR

Hanche.

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche sans appareil plâtré. (M. Lance. *Gaz. des hôpit.*, 19 nov. 1930, 2 fig.)

A propos du traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les jeunes enfants. (Charier. *Revue d'orthop.*, mars 1931, n° 2, t. XVIII, p. 118-129, 14 fig.)

Du traitement des hanches mal adaptées par l'extension discontinue, la nuit au moyen de l'appareil à coulisse. (L. Rovigno. *Th. de Doctorat.*, Lyon, 1930.)

Dans son travail M. Charier montre, une fois de plus, qu'il ne faut pas s'en tenir dans le traitement de la luxation à une seule position, qu'il est indispensable pour obtenir un résultat parfait de faire en fin de traitement de la rotation interne, ce qui oblige à plusieurs positions successives du membre.

Toutes ces positions peuvent être réalisées dans un seul appareil en cuir articulé comme nous l'avons montré. Cet appareil a de plus l'avantage de permettre de soigner les enfants tout petits urinant encore au lit, car il dégage tout le bassin et permet le nettoyage de l'enfant. Il convient aussi aux luxés âgés, chez lesquels l'immobilisation prolongée provoque des raideurs articulaires, car il permet une certaine mobilité de la jointure. On peut aussi traiter ces luxés âgés par le plâtre à chambre libre de Ducroquet comme le conseille M. Charier.

Pour les subluxations jeunes ou luxations traitées mais ayant tendance à la reluxation, l'ingénieux appareil décrit par Rovigno et employé dans le service du professeur Nové-Josserand effectue l'abduction et rotation interne progressive du membre, jointe à l'extension continue pendant la nuit. On peut obtenir ainsi, avant l'âge de six ou sept ans, des adaptations satisfaisantes de la hanche, comme le montrent les observations.

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche à partir de l'âge de quinze ans. (*Ier Congrès de la Soc. internat. de chir. orthop.*, Paris, 3-4 oct. 1930. Voir compte rendu, *Gaz. des hôpit.*, 27 déc. 1930, n° 104.)

Résultat éloigné d'une butée osseuse sus-cotyloïdienne. (R. Massart. *Soc. des chir. de Paris*, 7 mars 1930; *Bull. et Mém.*, t. XXII, n° 5, p. 173.)

Traitement chirurgical des luxations congénitales de la hanche négligées et devenues douloureuses par la bifurcation associée à la butée. (R. Massart; *idem*, 4 avril 1930, n° 7, p. 282; *idem*, *The Journ. of bone and joint surg.*, janv. 1931, vol. XIII, n° 1, p. 33.)

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche. (H. P. Galloway. *The British med. J.*, 13 sept. 1930, n° 3636, p. 409-412, 1 fig.)

Les butées ostéoplastiques de la hanche. Technique. Résultats. Indications. (Ch. Lasserre. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 9 et 16 mars 1930, nos 10 et 11.)

Traitement non sanglant de la luxation invétérée de la hanche. (Baz Luigi. *La chir. degli org. di movimento*, août 1930, vol. XV, f. 3, p. 266-281, 14 fig.)

De la hanche par réfection ostéoplastique du toit du cotyle chez les luxés congénitaux invétérés. (G. Scholder. *Acta chir. scandinavica*, vol. LXVII, p. 751-759, 4 fig.)

Reconstruction du toit cotyloïdien dans un cas de coxa valga plana subluxans. (Quarella. *Archivio di ortop.*, vol. XLV, f. 4, p. 947-961.)

Dans son travail, extrêmement documenté, M. Lasserre a montré quel parti l'on pouvait tirer de la constitution ostéoplastique de butées extra-articulaires — associée ou non à d'autres interventions — pour le traitement des subluxations et luxations congénitales de la hanche.

Pour le traitement de la subluxation congénitale douloureuse et aussi dans la luxation marginale où la tête fémorale est encore engagée dans un cotyle très agrandi vers le haut, la reconstitution d'un plafond par méthode ostéoplastique constitue la méthode de choix. Les cas publiés par Quarella et Scholder sont de beaux exemples des succès constants que donne ici cette méthode.

Dans la luxation congénitale âgée ou invétérée il existe des divergences dans les thérapeutiques employées comme l'a bien mis en évidence le Congrès international d'orthopédie.

Lorsque la réduction a pu être obtenue par manœuvres externes, on peut obtenir de beaux succès par le traitement orthopédique seul. Les observations de Luigi de Turin le prouvent. Mais ces résultats ne sont pas constants, et ces têtes fémorales déformées, mal emboîtées, peuvent secondairement donner lieu à des douleurs. Aussi en France et aux Etats-Unis (Albee) on préfère assurer la contention par la constitution d'une butée ostéoplastique.

Lorsque la réduction est impossible par la méthode non sanglante, les méthodes employées sont très variables. Comme l'a montré le Congrès international d'orthopédie, c'est l'ostéotomie sous-trochantérienne avec ses variantes, opérations faciles, sans danger, qui réunit le plus de suffrages. Elle rétablit l'équilibre de trust entre les axes des membres inférieurs et ceux du bassin. Mais elle ne fournit qu'un appui médiocre et souvent passager au fémur sur le bassin. Aussi nous voyons avec plaisir M. Massart préconiser l'association de l'ostéotomie et d'une butée ostéoplastique autour de la tête fémorale. C'est d'ailleurs la méthode que nous employons dans ces cas depuis plusieurs années, et il n'y a pas de doute que les résultats sont supérieurs à ceux de l'ostéotomie sous trochantérienne seule.

Les maladies métaplasiques évolutives du squelette de la hanche à la période de croissance. (G. Bousser. *Th. d'Alger*, 1930.) — Dans ce travail très documenté, l'auteur reproduisant les idées de R. Tillier, s'efforce d'établir un lien entre l'ostéochondrite déformante juvénile, la coxa vara de l'adolescence, et les coxites déformantes consécutives à la réduction de la luxation congénitale de la hanche.

On y trouvera une étude très détaillée de l'ostéochondrite basée sur 15 observations avec ses trois types anatomiques; capital, fémoral, coxal, rarement purs, le plus souvent combinés, et une discussion très serrée des rapports de l'ostéochondrite avec la subluxation congénitale.

L'auteur conclut sur ce dernier point que la malformation de la hanche existe dans l'ostéochondrite, mais qu'il s'agit parfois d'un remaniement ostéo-articulaire secondaire à la métaplasie et non primitif. En particulier le cotyle ovalisé de l'ostéochondrite est une modification parfois initiale, fréquemment secondaire. Il est indubitable que les maladies

métaplasiques peuvent atteindre des hanches bien conformées. Pour l'auteur les causes sont polymorphes et le processus est exactement comparable à celui qui a lieu après une réduction de luxation congénitale de la hanche. L'ostéochondrite est une maladie métaplasique inflammatoire, localement aseptique.

Genou.

Les larges voies d'accès latérales de l'articulation du genou. (GERNEZ et HO-DAC-DU. *Soc. de chir.*, séance du 5 fév. 1930; *Bull. et mém.*, t. LVI, n° 5, 15 fév. 1930, p. 192.)

Arthrotomie du genou par luxation latérale de l'appareil rotulien. (GERNEZ. *Idem*, 26 mars 1930; *Bull. et mém.*, n° 12, 5 avril 1930, p. 484.)

La voie d'accès proposée par Gernez consiste à mobiliser et luxer en bloc tout l'appareil ostéo-ligamenteux du quadriceps en suivant son bord interne depuis le tendon rotulien jusqu'à la hauteur du bord interne jugée indispensable, le muscle est décollé de l'aponévrose interne avec facilité.

La sangle musculo-rotulienne rejetée sur le côté, le genou fléchi à fond peut être exploré en entier.

En cas de besoin la même méthode pourrait être exécutée sur le bord externe du quadriceps. Cette voie d'accès qui donne un jour suffisant pour exécuter toutes les opérations dans le genou, évite les sections osseuses des méthodes transrotulienne et transtubérositaire. Elle permet une reconstitution anatomique complète et certaine.

Contribution à l'étude de la maladie de Pellegrini-Stieda. (R. PETRIGNANI. *Th. de Paris*, 1930. L'Arnette, édit.)

Les ostéomes traumatiques paracondyliens internes du fémur. (GUILLAUME-LOUIS. *Soc. de chir.*, séance du 29 avril 1931; *Bull. et mém.*. t. LVII, n° 41, p. 603.)

Un nouveau syndrome a été mis en évidence depuis quelques années.

Il faut le connaître car, comme c'est le cas, sa méconnaissance a donné lieu à des erreurs d'interprétation dans des cas d'accident du travail.

A la suite d'un traumatisme d'intensité très variable, parfois très léger, avec contusion, ou entorse du genou, on voit persister ou s'établir une gêne, douleur dans la flexion du genou qui reste gros. La pression au-dessus du condyle interne est pénible. La radiographie permet de révéler la présence d'un ostéome situé en dedans, en dedans et au-dessus, ou au-dessus du condyle interne.

Il s'agit d'un hématome qui s'est progressivement ossifié.

Au point de vue médico-légal l'incapacité a été évaluée de 5 à 25 p. 100.

La radiothérapie, ici comme ailleurs, empêche le développement de l'ostéome et amène sa résorption dans le début. En cas d'échec de la radiothérapie il faudra avoir recours à l'exérèse qui amène la guérison.

Poliomyélite.

L'effet de la sympathectomie lombaire dans la croissance des membres inférieurs plus courts par poliomyélite antérieure. (R. I. HARRIS. *The Journ. of bone and joint Surg.*, oct. 1930, vol. XII, n° 4, p. 859-866, 13 fig.) — Les membres inférieurs frappés de paralysie poliomyélitique sont refroidis et leur croissance en subit un retard. Aussi, lorsque la paralysie est unilatérale, il en résulte une différence de longueur qui, si l'enfant a été atteint très jeune, peut être considérable et en faire un infirme.

On luttait contre ce refroidissement avec la diathermie — ou en cas d'impossibilité, au moyen de la méthode de Bder, au niveau des cartilages d'accroissement du genou. Nous avions pensé que la sympathectomie périfémorale, très simple, pourrait donner des résultats et un certain nombre de malades ont été ainsi traités sur notre demande. Le résultat a été minime et passager. Sur un malade opéré par Harris par sympathectomie lombaire, les résultats ont été nets et persistaient deux ans après (membre chaud, diminution du raccourcissement).

La contre-épreuve est fournie par un malade de Robertson chez lequel, pour une maladie de Hirschsprung, on pratiqua une sympathectomie lombaire. Sept mois après l'opération, le membre inférieur du côté opéré était plus chaud et plus long de près de 1 centimètre.

Le genou paralytique. Séquelles de la poliomyélite antérieure aiguë. (NÉVÉNA JÉSOVER. *Th. de Paris*, 1930, Amédée Legrand, éditeur.)

Une opération pour le traitement du genu recurvatum paralytique. (Léo MAYER. *The Journ. of bone and joint Surg.*, oct. 1930, vol. XII, n° 4, p. 845-852, 10 fig.)

On trouvera dans la thèse de Jésover un exposé des travaux du regretté C. Ducroquet sur le genou paralytique. Après l'exposé des trois variétés de déformation observées : genu recurvatum, genou en flexion simple, genou en flexion avec valgus, l'auteur montre les variétés de marche pathologique qui en découlent et que Ducroquet avait étudiées au cinématographe.

L'étude se termine par le procédé, personnel à Ducroquet, de redressement forcé du genou paralytique en flexion pour transformer cette flexion en un recurvatum léger indispensable à la marche quand le quadriceps est paralysé. Mais lorsque le recurvatum atteint un degré considérable, il rend la marche très difficile et tend à exagérer indéfiniment. On n'avait jusqu'ici pour y remédier que le choix entre une arthrodèse du genou ou un appareil avec articulation à butée. Léo Mayer nous montre qu'au moyen d'un greffon qui solidarise la partie antérieure du tibia et la rotule, on peut obtenir une butée osseuse qui limite le recurvatum au degré voulu. C'est là une nouvelle application du principe des arthrorises.

L'arthrorise dans le pied paralytique. (M. VASALLO MACULET. *Monographies cliniques de la clinique de Sangnan de Dios, en Santesa, Bilbao*, 1929, 68 p., 23 fig.)

Arthrorise tibio-tarsienne postérieure (MICOTTI. *Archives d'orth.*, vol. XLIV, fasc. 4, p. 878-890.)

L'opération du blocage osseux dans le pied ballant. Analyse des résultats éloignés. (W. C. CAMPBELL. *The Journ. of bone and joint Surg.*, avril 1930, vol. XII, n° 2, p. 317-324, 3 fig.)

L'arthrorise tibio-tarsienne. Indications. Technique. Résultats. (A. GUIBAL et L. MARCHAND. *Revue d'orth.*, mai 1930, t. XVII, n° 3, p. 197-239, 45 fig.)

Cette opération a été réalisée pour la première fois par Toupet (*Journ. de chirurgie*, 1920). Elle consiste à limiter dans l'étendue que l'on juge utile l'étendue d'un mouvement articulaire par une butée osseuse. Celle-ci est obtenue par l'implantation dans l'une des extrémités articulaires d'un greffon osseux qui déborde l'os de la quantité nécessaire.

A la tibio-tarsienne, une butée antérieure est pratiquée dans le pied talus paralytique, par implantation d'un greffon tibial dans la partie antérieure de l'astragale. Dans le pied équin paralytique, ou spasmodique, une butée postérieure peut être de même pratiquée par implantation d'un greffon tibial dans la partie postérieure de l'astragale, ou du tibia (Maculet).

Si la butée postérieure est associée à une double arthrodèse, on peut se servir des morceaux prélevés sur le tarse pour constituer sur le calcanéum avivé un ergot volumineux (Campbell, Nové-Josserand).

Dans le pied ballant paralytique, on peut être amené à

pratiquer en plus de la double arthrodèse un butoir antérieur et un butoir postérieur, limitant à quelques degrés les mouvements de la tibio-tarsienne.

Enfin, Calandra et del Torto ont préconisé l'emploi de butoirs latéraux dans le traitement du pied varus et valgus paralytique.

Quel que soit le greffon employé, on a parfois observé la fracture du butoir osseux, même Micotti qui pour éviter cet inconvénient emploie comme matériel de greffe le troisième métatarsien. Mais ces fractures sont bénignes et le butoir se consolide très bien après fracture.

La méthode donne d'excellents résultats et peut être employée même chez les très jeunes enfants.

Fixation osseuse du pied dans la paralysie infantile, arthrodèse sous-astragalienne. (WALLACE, H. COLE. *The Journ. of bone and joint Surg.*, avril 1930, vol. XII, n° 2, p. 289-298, 12 fig.)

Chirurgie reconstructive dans les difformités paralytiques du membre inférieur. (NAUGHON-DUNN. *Idem*, p. 299-308, 4 fig.)

On trouvera dans ces deux articles des indications intéressantes sur les opérations pratiquées aux Etats-Unis pour la paralysie du membre inférieur.

Tout d'abord il est à noter que l'opération de R. Whitmann (l'astragalectomie suivie de reposition postérieure du pied) qui jouissait d'une grande faveur pour stabiliser les déviations paralytiques du pied, perd beaucoup de terrain en faveur de l'arthrodèse.

Mais celle-ci est encore pratiquée timidement. Cole discute les indications de l'arthrodèse sous-astragalienne et astragalo-scaphoïdienne, de la double arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne complète (opération de Davis), ou la même opération avec résection osseuse plus ou moins étendue (opérations de Hote, de Dunn).

Il semble que chez nous la question soit réglée depuis longtemps, depuis que C. Ducroquet et Launay ont montré en 1908 (*Bull. de la Soc. de chir.*, 16 déc. 1908) que la double arthrodèse, médio-tarsienne et sous-astragalienne combinées, suffisait à la stabilisation de toutes les déformations latérales du pied; depuis que le rapport du professeur Ombrédanne sur les arthrodèses du pied (IIIe Congrès d'orthopédie, Strasbourg, 3 octobre 1921), a montré que la double arthrodèse élargie, sous forme de résection modelante dans les interlignes articulaires, suffisait au redressement de toutes les difformités du pied paralytiques; enfin depuis que la technique des arthrorises combinées à cette même double arthrodèse permet de limiter dans le sens antéro-postérieur les mouvements de la tibio-tarsienne et de remédier au talus ou à l'équinisme. En fait, avec la double arthrodèse sous-astragalienne et médio-tarsienne simple ou élargie par résection modelante, et les butées articulaires de la tibio-tarsienne, on possède le moyen de remédier à toutes les difformités et déviations du pied paralytiques.

L'article de Dunn montre aussi combien la transplantation musculaire a perdu du terrain aux Etats-Unis. Les conditions exigées par l'auteur pour l'entreprendre en rendant les indications tout à fait exceptionnelles (transplantation du tenseur du lacia lata ou du couturier dans la rotule pour paralysie du quadriceps, transplantation du jambier antérieur au bord externe du pied, transplantation de l'extenseur du gros orteil au point d'insertion du jambier), se rapprochent ainsi des idées défendues par les orthopédistes français.

Pied.

La tuberculose du calcanéum chez l'enfant. (F. POUZET. *Revue d'orthop.*, juil. 1930, t. XVIII, n° 4, p. 301-312, 5 fig.) — Etude basée sur 24 observations du service du professeur Nové-Josserand.

On divise cette étude classiquement en deux périodes avant et après six ans.

Avant six ans, le noyau osseux du calcanéum est compris dans un bloc cartilagineux. Il est atteint dans sa totalité par la lésion formant, en général, un séquestre en grelot dans une caverne qui s'ouvre à l'extérieur mais n'a pas tendance à gagner la sous-astragalienne. Dans ces cas, l'évidement total s'impose et la coque cartilagineuse reconstitue un os normal.

Il n'en est pas de même après six ans. La lésion peut être localisée, ne pas atteindre toute la totalité de l'os, mais la lésion a tendance à gagner la sous-astragalienne. Le simple curettage de la lésion expose à des rechutes; la temporisation à l'arthrite sous-astragalienne; le résultat final est un pied mauvais fonctionnellement. L'auteur préconise la résection sous-périostée totale et précoce, du calcanéum qui donne plus tard une reconstitution absolue de l'os avec un fonctionnement parfait.

Sur l'origine tuberculeuse de certaines scaphoïdites tarsiennes. (A. AIMES et ESTOR. *Revue d'orthop.*, juil. 1930, n° 4, p. 319-324, 6 fig.)

Scaphoïdite tarsienne post-typhique. (Ah. SENTIS et A. AIMES. *Soc. de chir.*, 19 nov. 1930. Rapporteur : M. Alb. MOUCHET. *Bull. et mém.*, 29 nov. 1930, t. LVI, n° 30, p. 1282, 2 fig.)

Dans le premier travail, Aimes et Estor rapportent un cas de scaphoïdite dans lequel l'aspect radiographique a pu pendant longtemps faire croire à l'évolution d'une maladie de Köhler. L'apparition d'un abcès froid démontre la nature tuberculeuse de la lésion.

Cette observation confirme les observations antérieures de Nové-Josserand (*Soc. chir. de Lyon*, 1923), de Sorrel et Delahaye (*Soc. de chir.* 1925), Massabuan et Marchand (*Revue d'orthop.*, janv. 1929), dans lesquelles des scaphoïdes tuberculeuses ont présenté le syndrome radiologique de la maladie de Köhler. Cet aspect ne suffit donc pas à établir le diagnostic et demande à être confirmé par l'évolution.

Sentis et Aimes apportent une observation de scaphoïdite post-typhique, avec abcès, dans laquelle l'aspect radiographique de la maladie de Köhler (aplatissement en jeton de jeu de dames et opacification, puis reconstitution) a aussi été observé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 JUIN 1931)

Sur quelques propriétés physiques du sérum sanguin dans la néphrose lipoïdique. — MM. Charles ACHARD et Augustin BOUTARIC.

Sur l'équilibre hémo-rachidien des bicarbonates. — M. Paul CRISTOL.

Mécanisme de l'action antiseptique de l'acide lactique pour le B. coli. — M. Denis BACH.

Le virus de la fièvre boutonneuse est héréditaire chez la tique Rhipicephalus sanguineus. — MM. Georges BLANC et J. CAMINOPETROS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 JUIN 1931)

A propos du procès-verbal. — M. Arnold NETTER lit une note sur l'existence sur le littoral méditerranéen, en dehors de la fièvre boutonneuse transmise par le *Rhinicephalus sanguinensis* du chien, d'un typhus endémique bovin (maladie de Brill) transmis par un arthropode du rat, le leiognatus Bacoti.

Notice. — M. Louis MARTIN lit une notice nécrologique sur Kitasato. (Voir plus haut.)

Rapport. — M. CALMETTE donne lecture d'un rapport sur les instructions sanitaires du gouverneur général Carde et sur le programme de développement sanitaire des colonies. Il enregistre avec satisfaction l'initiative de M. Carde dans l'organisation de la médecine préventive aux colonies. Il souhaite que soient créés en aussi grand nombre qu'il sera nécessaire des infirmeries, des dispensaires, des écoles de médecins auxiliaires indigènes et de sages-femmes. Il souhaite aussi que le nombre des médecins français spécialisés en hygiène et en médecine tropicale soit accru, et que l'on organise le plus grand nombre possible de laboratoires et d'instituts de recherches.

Anthracose et silicose pulmonaires. — M. J. LECLERCQ (de Lille) montre combien les praticiens sont souvent en difficulté pour le diagnostic de l'anthracose et de la silicose pulmonaires. Il pense qu'il y aurait lieu de créer dans les houillères des centres de dépistage des silicoses où un examen complet permettrait de préciser les diagnostics.

De plus, il serait nécessaire de préciser par des observations et des recherches la question de la silicose avant de décider l'inscription de celles qui entraînent l'application de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles.

De la nature tuberculeuse de certaines hydrocèles congénitales. — MM. BRINDEAU, Pierre CARTIER et POUGIN ont observé à la clinique Tarnier deux cas d'hydrocèles congénitales. Un de ces enfants était né d'une mère ayant une tuberculose en évolution. La mère de l'autre, arrivée à la clinique avec une infection grave, est morte quelques jours après. Elle présentait à l'autopsie des lésions anciennes de tuberculose. L'accouchement, dans les deux cas, avait été normal et les deux enfants semblaient bien portants, mais on constatait chez eux une hydrocèle double, dont le liquide tuberculisa les animaux auxquels il fut injecté. Ces deux nouveau-nés succombèrent quelques semaines après, de *bacillémie tuberculeuse du premier âge*. Aucun de ces enfants n'avait pris de B. C. G.

— Autres communications :

De la nature de certaines hydrocèles dites essentielles. — M. CARTIER.

A propos des accidents électriques de la basse tension. — M. ZIMMERN.

Recherches sur les diétotoxiques. Extrait thyroïdien et déséquilibre alimentaire. — M. MOURIQUAUD et Mme CHAIX.

Election d'un membre dans la section des membres libres en remplacement de M. de Fleury, décédé.

Classement des candidats : En première ligne, M. Mesnil ; en seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique ; MM. Bouquet, Lasnet, Meige, Sabouraud et Trillat ; adjoints par l'Académie : MM. Blondel et Kling.

Ont obtenu au premier tour :

M. Mesnil, 51 voix ; M. Lasnet, 18 ; M. Bouquet, 7 ; M. Blondel, 3 ; M. Kling, 3 ; M. Trillat, 1 ; bulletin nul, 1.

M. Mesnil, ayant obtenu la majorité absolue, est élu membre dans la section des membres libres.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 MAI 1931)

Existe-t-il des équivalents psychiques de l'hypoglycémie ? — MM. E. JOLTRAIN, PRUVOST et Mlle DUBREUILE rapportent un cas où l'insulinothérapie provoqua, d'une façon presque expérimentale, des troubles psychiques allant jusqu'à la confusion mentale. Ces phénomènes disparurent dès que l'on cessa l'insuline chez ce malade, diabétique de longue date. Dans un autre cas, les fortes doses d'insuline déterminaient également des désordres mentaux. La glycémie très élevée dans les deux cas baissant après les injections d'insuline, on peut se demander s'il n'existerait pas des équivalents psychiques de l'hypoglycémie.

M. RATHERY souligne l'intérêt de ces désordres mentaux consécutifs à des injections d'insuline ; ces accidents ne sont d'ailleurs pas absolument exceptionnels.

Chronaxies comparées du nerf et du point moteur du muscle dans les répercussions. — M. Georges BOURGUIGNON montre que ses recherches récentes précisent ses anciennes conclusions sur la chronaxie du nerf et du muscle dans les répercussions, aussi bien d'origine centrale que d'origine périphérique. La chronaxie du nerf, sauf quelques cas exceptionnels, reste normale, tandis que la chronaxie du point moteur musculaire varie en augmentant ou en diminuant suivant les cas.

Ces faits posent le problème de savoir si la chronaxie mesurée au point moteur est encore une chronaxie nerveuse ou, au contraire une chronaxie par excitation directe des fibres musculaires. La conservation d'un point moteur très précis plaide pour l'hypothèse que c'est bien une chronaxie nerveuse qu'on prend ; mais la solution du problème ne peut pas être donnée par l'examen des cas pathologiques humains. Il faut recourir à l'expérimentation animale.

Chronaxie du nerf, du point moteur et des nerfs intramusculaires dans les répercussions expérimentales chez le lapin. — MM. Georges BOURGUIGNON et Diamante BENNATI montrent d'abord que, sur le lapin neuf, la chronaxie est la même sur le nerf, sur le point moteur à la surface du muscle, sur l'épanouissement du nerf dans le muscle, sur les filets nerveux intramusculaires et sur les fibres musculaires.

Si, après section d'un nerf d'une patte, on fait les mêmes expériences sur la patte opposée huit à quinze jours après la section nerveuse, on constate que la chronaxie reste normale sur le nerf jusqu'au voisinage du muscle, double de valeur sur le nerf à quelques millimètres du muscle et quadruple de valeur sur le point moteur. Dans le muscle, on trouve la même chronaxie (de quatre fois la normale) qu'au point moteur, sur les nerfs intramusculaires et sur les fibres musculaires. C'est donc bien la chronaxie nerveuse qu'on prend au point moteur dans les répercussions.

Ces expériences montrent que c'est le muscle qui est le plus sensible et que les nerfs intramusculaires participent à cette sensibilité. De là les auteurs tirent l'hypothèse que les cylindraxes moteurs paraissent soumis à une double influence trophique, une principale venue de la corne antérieure de la moelle, et une secondaire venue des noyaux musculaires.

Influence de la section des vagues au cou et de l'injection d'atropine sur les effets cardio-vasculaires de l'embolie cérébrale expérimentale. — MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et Stanislas DE SÈZE ont remarqué que la section des vagues au cou ou l'injection d'une dose convenable d'atropine, supprime l'hypotension initiale et la bradycardie que déclanche chez l'animal normal l'embolie cérébrale.

La suppression anatomique ou fonctionnelle des vagues supprime également l'augmentation de la pression différen-

tielle et l'exagération de l'amplitude des contractions cardiaques qui accompagnent dans les embolies cérébrales, la poussée hypertensive post-embolique.

Enfin, grâce à l'emploi d'une technique précise leur permettant de réaliser des embolies cérébrales très comparables entre elles, les auteurs ont constaté que la poussée hypertensive qui suit l'embolie est plus importante et plus longue chez l'animal vagotomisé que chez l'animal normal.

Calcium et sympathique. Recherches sur la possibilité d'un antagonisme entre le calcium et l'yohimbine. — M. René Hazard montre que, si le calcium est nécessaire à l'activité du sympathique et si un paralysant de ce système peut s'opposer à certaines actions de ce métal, ce n'est pas en immobilisant le calcium que l'yohimbine paralyse le sympathique.

Infection chronique du névraxe et immunité antitoxoplasmique de la souris. — M. P. Lépine et Mlle R. Schoen montrent que l'état réfractaire antitoxoplasmique de la souris, véritable prémunition, est lié à l'existence de kystes virulents dans le névraxe. La présence de kystes parasitaires intracérébraux, qui sont régulièrement virulents pour le lapin quel que soit l'âge de l'infection de la souris, est constante chez les souris chroniquement infectées par le *Toxoplasma cuniculi*. Il est impossible de provoquer chez ces souris, dont l'infection demeure définitivement latente malgré de graves lésions du névraxe, une infection toxoplasmique aiguë, soit en plaçant l'animal en état de moindre résistance, soit en lui réinoculant du virus toxoplasmique.

Influence de la vaccination antirabique sur le taux des agglutinines antityphiques chez le lapin immunisé contre le bacille d'Eberth. — MM. L. Cruveilhier, S. Nicolau et Mme L. Kepciewska étudient l'influence de la vaccination antirabique sur l'élaboration des anticorps agglutinants antityphiques dans l'organisme du lapin. Le virus rabique fixe, utilisé pour la vaccination, est une souche identifiée dans des circonstances particulières par Nicolau et Kepciewska, en 1929. Le résultat des quatre expériences relatées, faites sur un total de 36 lapins, permet aux auteurs de conclure que le virus rabique fixe a une action activante très marquée sur la production des agglutinines antimicrobiennes. Le taux des agglutinines antityphiques est en moyenne dix ou douze fois plus élevé chez les animaux immunisés contre le bacille d'Eberth et vaccinés à l'aide d'injections sous-cutanées répétées de virus rabique, que chez ceux ayant subi seulement l'immunisation antityphique. Dans l'organisme des lapins immunisés déjà depuis quelque temps contre le bacille typhique et dont le taux des agglutinines est tombé assez bas, une série d'injections de virus rabique fixe produit une augmentation très marquée de ce taux. Les auteurs arrivent à la conclusion que le système nerveux intervient dans les processus de défense. Ils supposent que les modifications présentées par le système nerveux, résultant de l'inoculation du virus rabique fixe, modifications qui se traduisent par des aspects histologiques particuliers, pourraient provoquer une intensification des fonctions qui commandent l'état de résistance en général, et par la suite, une exagération de la mobilisation des éléments de défense, dans l'organisme.

La culture du B. C. G. dans le sang du cobaye selon la méthode de Wright. — M. T. de Sanctis Monaldi a réussi à cultiver en série (quatre passages) le B. C. G. dans le sang total de cobaye contenu dans des pipettes Pasteur scellées aux deux extrémités le plus près possible du caillot et placées à l'étuve à 37 degrés.

Le B. C. G. ainsi cultivé n'est modifié ni dans sa virulence ni dans ses caractères morphologiques et bio-chimiques, ce qui permet d'affirmer que ces caractères sont bien héréditairement fixés.

D'autre part, le fait que ce bacille se développe sous une tension d'oxygène réduite paraît indiquer qu'il est capable d'utiliser l'oxygène de l'oxyhémoglobine.

La sécrétion du suc pancréatique provoquée par excitation des vagues s'accompagne-t-elle du passage de substance excito-sécrétoire dans le sang ? — M. R. Guyot et Mlle M. Guillaumie utilisent un dispositif composé de 2 hémorhéomètres permettant de faire passer, de façon régulière, dans un pancréas réactif, tout le sang émis par un pancréas normalement irrigué et dont la sécrétion excessive est électriquement provoquée.

De leurs résultats il ressort qu'il ne passe pas de substance excito-sécrétoire dans le sang pendant les stimulations électriques de la glande.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1931)

Le gastrophotor. Description et technique. — M. Bégart présente le gastrophotor qui permet la photographie de la surface interne de l'estomac. Cet appareil dont la grosseur et la taille sont celles d'un tube de Faucher, se termine par trois minuscules chambres noires qui permettent de prendre instantanément 8 clichés stéréoscopiques de l'intérieur de l'estomac. Chaque film étant repéré d'avance, permet de savoir exactement à quelle partie de l'estomac il correspond. Un ingénieux dispositif permet d'avoir à sa disposition un éclairage instantané de 20.000 bougies, au moment même où le courant est coupé. L'introduction de l'appareil est d'une facilité extrême et se fait avec le minimum d'inconvénients pour le patient. Le gros intérêt de cet appareil est de pouvoir faciliter le diagnostic précoce du cancer.

Action des extraits de tumeurs dans les néoplasies cancéreuses. — M. Dartigues (de Paris) fait un rapport sur un travail des docteurs Cuvier (de Bordeaux) et Carrère (d'Ozillac) sur l'action des extraits de tumeurs dans les néoplasies cancéreuses par voie buccale ou applications locales en doses faibles ou fractionnées. L'observation a porté sur 174 cas, dont 58 suivis, où l'on a pu voir : une sédation accusée des douleurs, une diminution ou disparition des hémorragies, une tendance à la cicatrisation, une amélioration de l'état général, une régression des masses tumorales et ganglionnaires.

M. Dartigues propose d'appeler la méthode biologique des docteurs Cuvier et Carrère homéothérapie néoplasique plutôt que tumorothérapie.

M. Quiserne demande si les auteurs de ce travail ont recherché les altérations biochimiques du sang signalées chez les cancéreux et chez certains sujets ne présentant pas de troubles cancéreux évidents par MM. Reding et Slosse (de Bruxelles). Ces derniers auteurs ont montré la constance de ces troubles (augmentation de l'alcalinité du sérum sanguin, diminution des ions calciques dans le pH) sur les terrains cancéreux et pré-cancéreux dans une communication faite à la Ligue pour la défense du cancer en 1929.

Cellule cancéreuse et métastase. — M. Georges Rosenthal soutient que la cellule cancéreuse est l'élément de défense contre le virus inconnu du cancer.

Hémocrinothérapie et eczéma généralisé. — MM. G. Rosenthal et Fildermann présentent un malade atteint d'un eczéma généralisé datant de quatre ans, et guéri après dix jours de ce traitement.

Traitement de la goutte. — Pour M. Schneider, la goutte est une maladie moins fréquente à rencontrer de nos jours, à

cause probablement des progrès de l'hygiène et de la diététique. Mais si autrefois le traitement de la goutte était peu étudié, si durant très longtemps, la plupart des cliniciens se sont figuré qu'il ne présentait que peu d'intérêt, car la plupart du temps inopérant et même dangereux, l'expérience prouve actuellement qu'on peut guérir de la goutte, et cela, sans danger. L'iode et l'urotropine en injections très souvent, les cures thermales fréquemment, l'autohémothérapie parfois constituent le traitement de la période chronique,

Action indirecte des rayons X. — M. Guilbert a rassemblé dans sa communication des faits qui semblent prouver l'effet indirect des rayons X, véritable protéinothérapie. C'est à cette action qu'il attribue l'effet favorable de la radiothérapie dans les épanchements séreux du cancer, dans la tuberculose localisée, les affections cutanées et même les maladies aiguës. De cette hypothèse que la clinique semble démontrer, M. Guilbert espère apporter la vérification sérologique.

Vaccination locale par injection intrapulmonaire directe. — M. Georges Rosenthal rapporte deux cas de pneumococcie pulmonaire qui ont bénéficié de sa technique d'injection intrapulmonaire. Le premier cas a trait à un réveil de foyer avec signes faisant craindre une suppuration secondaire. Dans le deuxième cas, un foyer pseudolobaire en activité est amené à la défervescence après trois piqûres de vaccin.

(Séance du 25 avril 1931)

MM. Victor-Pauchet et Bécart présentent au nom de M. Soresi, de New-York, une **canule abaisse-langue** pour injection intratrachéale et une **canule soupape** pour empyème thoracique.

M. Schulmann remet à la Société deux volumes du *Traité de la syphilis* publié sous la direction du professeur Jeanselme, secrétaire général M. Schulmann, volumes qui ont trait à l'histoire de la syphilis, à son étiologie, à la syphilis expérimentale, la bactériologie et la sérologie.

A propos du rapport sur les travaux de M. Cavazzi. — M. Levassort revient sur la question de l'invigoration des sujets âgés par l'administration de sérum d'animaux jeunes. L'asthénie des vieillards résulte d'un déficit endocrinien et d'une auto-intoxication; il convient de la traiter par un sérum contenant les hormones de la totalité des glandes endocrines et auquel on a conféré, par la méthode de H. Busquet, un pouvoir précipitant vis-à-vis des poisons séniles.

De l'existence d'un système glandulaire et des injections sous-cutanées de sang ou de sérum de sang glandulaire efférent, ou d'hormones, comme méthode thérapeutique. — M. Léopold-Lévi fait un rapport sur cette méthode que M. Cavazzi a appliquée avec succès pour le rajeunissement en utilisant le sang efférent de la veine testiculaire d'animaux jeunes et qui doit être appliquée aux diverses endocrines. Quelques réserves doivent être faites en attendant des cas démonstratifs, en ce qui concerne en particulier l'hypophyse, glande neurocrine. La méthode ne doit jeter le discrédit sur l'opothérapie par les extraits de glande dont les effets sont souvent immédiats, continus, transformateurs. L'oposérothérapie n'est d'ailleurs pas toute nouvelle, puisqu'elle a été utilisée depuis près de quarante ans en opothérapie rénale.

A propos de la méthode sérothérapique hormonique de M. Cavazzi (de Bologne). — M. Dartigues répond à la question de M. Léopold-Lévi sur le fait de savoir si cette méthode est destinée à remplacer les greffes. M. Dartigues pense que les méthodes peuvent, par leurs progrès, se compléter et s'aider, mais que la greffe aura sa très grande place et un avenir assuré, d'autant qu'on pourra évoluer vers la greffe hétérogène (c'est-à-dire animale) devenue de plus en plus possible et étendue, en la prenant à des animaux variés, en tournant certaines difficultés biologiques actuelles. On pourra ainsi réaliser la greffe globale par inoculation vasculaire, substituant totalement une glande neuve prise dans la série animale à une glande usagée d'un organisme humain déficient.

Complications des gastro-entérostomies. — M. Guttmann présente une série de clichés montrant les diverses complications que l'on peut observer dans les suites de gastro-entérostomie. (Adhérences, ulcères, gastro-jéjunite, etc...)

Certificat prénuptial et laboratoire. — M. Foveau de Courmelles dit que les maladies (tuberculose, syphilis, blennorrhagie) sont décelées par l'analyse du sang, des crachats, des urines, du sperme. Si ces prélèvements sont authentiques, le laboratoire peut, sans voir les intéressés, certifier la santé ou la morbidité.

Héliothérapie et tuberculose pulmonaire. — M. Reygasse précise les avantages de l'héliothérapie prudente, progressive et bien dirigée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et cite des exemples à l'appui de cette thèse.

Le diagnostic de l'appendicite aiguë. — M. Pierre Mabille insiste sur la difficulté de diagnostic dans certains cas. Pour les appendicites avec contracture, pas de grosses erreurs commises. Pour les crises légères atypiques, sans contractures, il peut s'agir ou de formes toxiques graves, ou de lésions minimes au début, ou d'une affection souvent confondue avec l'appendicite : la stase cæcale avec infection intestinale. Cette dernière serait fréquente.

La percussion du foie et ses aléas. — M. Pron (d'Alger) indique les causes d'erreur, inhérentes à la percussion du foie, seul procédé que le praticien ait à sa disposition pour apprécier la hauteur de cet organe, quand il n'est ni ptosé, ni hypertrophié : tympanisme du haut du côlon droit, allongement du lobe droit, jeu du diaphragme qui mobilise le foie chez les atones du ventre. Il donne les moyens à mettre en œuvre pour diminuer ces causes d'erreur.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(Séance du 25 avril 1931)

Présentations de pyélographies à l'urosélectan. Critique de la méthode. — MM. Martin et Sermet.

Sur un cas de spirochétose ictéro-hémorragique. Origine hydrique probable. Intégrité des reins. Thérapeutique par les sels de bismuth. — MM. Dalous et Gadrat.

Fibrome calcifié. (*Présentation de pièces.*) — MM. Baudot et Lasserre.

Pneumothorax thérapeutique bilatéral entretenu pendant huit mois. Enorme pachypleurite bilatérale. (*Présentation de pièces.*) — MM. Dalous et Gadrat.

Tétanos généralisé post abortum. Guérison par la sérothérapie (1.400 centimètres cubes par voie sous-cutanée). — MM. Lyon, Labro et Carcy.

(Séance du 9 mai 1931)

Mastoïdite à pneumococcus mucosus survenant deux ans après une première réaction mastoïdienne. — M. Jean Calvet.

Perforation appendiculaire au cours d'une fièvre

typhoïde. Tableau de péritonite fruste. Diagnostic nécropsique. — M. CANTEGRIL et Mme SOL.

Carcinose prostato-pelvienne chez un homme de vingt-quatre ans. Grosse masse pelvienne. Volumineuses adénopathies inguinales. — MM. GUILHEM et GOUZY.

Rhumatisme chronique déformant. (*Présentation de malade.*) — M. VIRENQUE.

(SÉANCE DU 30 MAI 1931)

Tuberculose pulmonaire avec calcification pleurale. Interprétation délicate de radiographies pulmonaires. — MM. DALOUS, GADRAT et ESCAT.

Tuberculose fibro-caséeuse et artérite pulmonaire oblitérante. Cyanose progressive sans hyperglobulie. — MM. LYON, MÉRIEL et LABRO.

Méningite cérébro-spinale à forme purpurique. Début brutal chez une fillette de neuf ans. Guérison rapide par la sérothérapie. — M. Jean TAPIE.

Syphilis lupoïde du nez coexistant avec lésions scléro-gommeuses de la langue. — MM. AVERSENQ et CAHUZAC.

LIVRES NOUVEAUX

Les Dermatoses inesthétiques. Leur traitement par les agents physiques (1), par le docteur A. ACQUAVIVA.

Voici, condensée en plus de 400 pages abondamment illustrées de schémas et de photographies, la pratique de dix années de physiothérapie dermatologique.

Travail d'expérience où l'intérêt s'ajoute au classique.

Ouvrage de thérapeutique moderne où les plus récents procédés sont décrits dans le détail : appareillages, tours de main, écueils à éviter, indications et contre-indications.

Traité complet en même temps que véritable formulaire de physiothérapie esthétique, que liront avec fruit le praticien, le dermatologiste, l'électrothérapeute et en général tous ceux qui s'intéressent à cette branche nouvelle de la dermatologie que les mœurs d'aujourd'hui ont introduite dans la médecine : la dermatologie esthétique.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 6 juillet. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président ; Panisset, Robin. — M. BOYER. Typhocurémie infectieuse des équidés.

Mardi 7 juillet. — Jury : MM. Bernard, président; Guillain, Philibert, Chevallier. — M. JOLLÈS. Réaction de remplissage. Etude d'une réaction thermique spéciale de réinsuflation au cours du pneumothorax artificiel. — M. DURIEUX. Etude du poumon d'origine traumatique.

Jeudi 9 juillet. — Jury : MM. Duval, président; Lejars, Sébileau, Terrien. — M. LEROY. A propos de deux cas de pylorectomie pour ulcère perforant en péritoine libre. — M. BISMUTH. Les formes occlusives de l'appendicite aiguë chez le vieillard. — M. ROBERT. Etude des labyrinthites aiguës au cours des otites aiguës. — M. GUERCHE. Paraspasme facial bilatéral.

Jury : MM. Bezançon, président; Gougerot, Lavastine, Heitz-Boyer. — M. DUMANS. A propos d'un cas d'intoxication aiguë par le chlorate de potasse. — M. GIAMI. Traitement de l'asthme par l'anesthésie générale. — M. THOLOSÉ. Etude du terrain dysendocrinien de la pelade. — M. DESVAUX. La leucocytoréaction dans la syphilis héréditaire. — M. PÉRÈS. Traitement de la radiothérapie fonctionnelle sympathique des dysménorrhées et troubles associés. — M. THÉVENARD. Des blennorragies prolongées de l'urètre antérieur. — M. BARRÉ. Essai psychopathologique sur Danton.

Jury : MM. Tiffeneau. président; Binet, Lereboullet, Hazard. M. MASSOULIER. Etude de l'action de la vagotomie sur la pneumogastrique. — M. SRUNZA. De la régénération sanguine dans l'anémie prolongée expérimentale. — M. FACATSELLIS. Les fractures spontanées multiples des nourrissons rachitiques. — M. FOGEL. A propos d'un cas de maladie de Barlow. La fièvre scorbutique. — M. MAUREL. Le scoutisme et l'hygiène de l'adolescent. — M. TSAKINAKIS. Le kala-azar infantile à Paris. — M. JAULERRY. Un traitement des réactions de Wassermaun irréductibles, l'hyposulfite de soude.

(Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Brumpt, président; Rathery, Dechambre, Lesbouyries, Henry, Robin. — M. CHARIF. Etude étiologique de l'habronémose cutanée. — M. MOINE. Le rachitisme chez les carnivores.

Vendredi 10 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, président; Loeper, Strohl, Busquet. — M. MONTAGNE. Etude des causes et de la thérapeutique prophylactique des accouchements prématurés. — M. CASTAIGNET. Le Gelsemium sempervirens, études pharmacologique et thérapeutique. — M. MAZATAUD. Etude de l'exploration fonctionnelle du foie. — M. VIGE. L'urétrographie, étude radiologique de l'urèthre par injection de substance opaque. — M. AMIOT. Etude électrophysiologique du mode d'action de la diathermie.

Jury : MM. Labbé, président; Clerc, Brulé, Abrami. — M. ROUSSEAU. Dangers de la décalcification et de la surcharge calcique au cours de la grossesse.

Samedi 11 juillet. — Jury : MM. Brindeau, président; J.-L. Faure, Jeannin, Rathery. — M. CORNÉJO. Diagnostic des sténoses cervicales et de leur traitement par le tube d'iribarne dans la stérilité féminine. — Mlle DENSMORE. Radiodiagnostic des grossesses ectopiques. — M. SFLEONNE. Contribution à l'étude de la féligonie. — Mme BRONSTEIN. Rétention d'œuf mort dans les premiers mois de la grossesse utérine. — M. MATHIS. Etude critique de l'ozone, dans ses applications thérapeutiques en chirurgie générale. — M. ROY. La forme endocervicale du cancer du col de l'utérus. — M. LUZUY. L'hystérectomie vaginale (étude critique des indications et des techniques).

Jury : MM. Carnot, président; Nobécourt, Tanon, Joanon. — M. CROISIER. La télesterio-radiographie des ulcus gastriques (les avantages de cette méthode dans la localisation et le diagnostic des vraies et des fausses niches). — M. PELLET. Le problème du vertige digestif. — Mme CHAMPDEMERLE. Contribution à l'étude des facteurs de la croissance. — M. BRULIN. Etude du mécanisme de la contagion par l'air et l'eau. — M. CHABELLARD. Etude de la lutte contre les insectes nuisibles de nos habitations. — M. CHAUSSIDIÈRE. La lutte sociale contre la tuberculose. — M. CHRYSAFIS. Dystrophie cruro-vésico-fessière par agénésie sacro-coccygienne. — M. POULIN. L'anesthésie avant l'emploi du chloroforme et de l'éther. — M. ROUSSEAU. Considérations sur l'extension éventuelle de la fièvre jaune. — M. STÉPHAN. Humidification de l'atmosphère dans les habitations. — M. DE MONTAUZAN. La vérification clinique des novarsénobenzènes.

Jury : MM. Achard, président; Claude, Roussy, Verne. — M. HERMABESSIÈRE. La syncope. Etude pathogénique. Rôle de la circulation de retour. — M. LAPEYRE. La pression artérielle, moyenne, et les courbes oscillométriques dans la démence précoce nébéphrénique.

(1) Un fort volume de 412 pages, 72 figures et schémas. — Prix : 70 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


Le VIN GIRARD
VIN GIRARD
48 Rue d'Alésia PARIS
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme.
D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS
MÊME COMPOSITION
MÊMES INDICATIONS :
SIROP GIRARD
MÉDECINE INFANTILE
2 à 3 cuillérées à bouche selon l'âge.
GRANULÉ GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
2 à 4 cuillérées à café pour Enfants & Adultes
VIN GIRARD
VIN GIRARD
Succédané de l'Huile de Foie de Morue
A. GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50.** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: **Danton 48-31**

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Indications de la gastrectomie pour ulcus gastrique, duodénal, jéjunal, par M. Victor Pauchet.
XIe JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES, *en hommage et à la mémoire de Fernand Widal*. (Compte rendu par MM. A. L. et F. L. S.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
NÉCROLOGIE
Léon Lortat-Jacob, par M. L. Babonneix.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Cancer de la tête du pancréas.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nice. — Un concours pour dix places d'internes titulaires en médecine et chirurgie sera ouvert le lundi 19 octobre 1931, à 8 h. 30 du matin, aux hospices civils de Nice. (Ce nombre pourra être augmenté en cas de besoin.)

Pour être admis à concourir, les candidats devront se faire inscrire au moins quinze jours avant la date fixée pour le concours au secrétariat des hospices.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Il est créé, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, un emploi d'assistant (budget de l'Université, Institut du cancer). (*J. O.*, 5 juillet 1931.)

— Lyon. — M. Courmont, professeur d'hygiène à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique et de prophylaxie de la tuberculose à ladite Faculté (chaire nouvelle).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *Au grade de commandeur.* — MM. le médecin général de 1re classe Autric; le médecin en chef de 1re classe Merleau-Ponty.

Au grade d'officier. — MM. le médecin en chef de 2e classe Rouiller; les médecins principaux Adrien, Gouriou, Négrié.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Reginensi, Guermeur, Belot, Belle.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :
Officier d'Académie. — M. le docteur Eyland (de Langon).

VOYAGE D'ÉTUDES AU CANADA ET AUX ÉTATS-UNIS. — Un voyage d'études au Canada et aux Etats-Unis est organisé pour le mois d'août par l'*Univers médical* et un Comité placé sous la présidence d'honneur du professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et composé des professeurs J.-L. Faure, E. Lesné, P. Nobécourt, G. Pouchet et A. Zimmern, Delmas, Euzière, Laignel-Lavastine, J. Lhermitte, M. Lœper et de MM. Henri de Régnier, de l'Académie française; Henri Bordeaux, de l'Académie française; J.-H. Rosny aîné, président de l'Académie Goncourt, etc.

Ce voyage comportera une partie touristique très intéressante puisqu'il s'agit d'un séjour d'un mois en Amérique avec la visite de Québec, Montréal, Toronto, Lac Ontario, chutes du Niagara, Chicago, Washington, Philadelphie, New-York, et une partie scientifique tout amicale et permettant la visite des principaux hôpitaux, des Facultés, etc., où les médecins seront reçus par les notoriétés médicales américaines : les doyens des Facultés de Washington, Philadelphie, New-York, etc.

Le prix du voyage au départ de Paris et retour à Paris, comprenant le passage en classe dite « touriste », est fixé à 12.850 francs.

Tous renseignements et brochure descriptive, sur demande adressée à la direction technique des voyages et congrès de l'*Univers médical*, 33, avenue de l'Opéra, Paris.

CONGRÈS. — IIe Conférence internationale et Congrès colonial du rat et de la peste (Paris, 7-12 oct. 1931.) — Secrétaire général : M. le professeur Gabriel Petit, membre de l'Académie de médecine, 84 *bis*, rue de Picpus, Paris (XIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Victor Frémont, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin honoraire de l'hôpital thermal de Vichy; M. le docteur Lecreux (de Chauvire-le-Châtel).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX. — En liaison avec le cours de perfectionnement sur les maladies des voies urinaires fait par M. le docteur Maurice Chevassu, à

l'hôpital Cochin (pavillon Albarran), M. le docteur Raymond Leibovici, chirurgien des hôpitaux, fera un cours de chirurgie des voies urinaires en six leçons, à l'ampithéâtre d'anatomie.

Ce cours, annoncé pour le 6 juillet, est reporté au 20 juillet, à 16 heures.

Prix du cours : 200 francs.

Les inscriptions devront être prises à l'amphithéâtre, 17, rue du Fer-à-Moulin.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES (hôpital Cochin), sous la direction du docteur Maurice Chevassu, du lundi 20 juillet au samedi 8 août 1931.

Le cours sera complet en trois semaines.

Il comportera, le matin, de 9 à 12 h., et l'après-midi, de 2 h. à 4 h., quatre leçons théoriques et pratiques, avec examens cliniques, urétroscopiques, cystoscopiques et radiologiques, examens de laboratoire, présentations de pièces et opérations.

En concordance avec ce cours, des leçons pratiques de médecine opératoire et de chirurgie expérimentale auront lieu chaque jour, à 4 h. 1/2, sous la direction des docteurs Boppe et Bayle et du docteur Leibovici. (Consulter les affiches spéciales.)

Un certificat sera remis à la fin du cours à tous ceux qui l'auront suivi régulièrement.

Un diplôme pourra être délivré après examen.

L'examen pour les candidats pressés aura lieu le 8 août.

Pour les autres, il aura lieu dans la deuxième quinzaine de septembre.

Ce cours sera précédé d'un cours d'endoscopie urinaire qui aura lieu du 6 au 18 juillet.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au laboratoire de bactériologie du pavillon Albarran.

Droits d'inscription : cours de Cochin, 500 fr.; cours de chirurgie expérimentale : 500 fr.

Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., soit à l'A. D. R. M., salle Béclard, tous les jours, de 9 à 11 h., et de 14 à 17 h., sauf le samedi.

Les inscriptions pour le cours de médecine opératoire sont reçues à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Léon LORTAT-JACOB

(1873-1931)

Depuis longtemps, sa santé donnait des inquiétudes. Mais si grande était sa force de caractère, si attentive et si ingénieuse la tendresse des siens, qu'on voulait espérer encore. Et voilà que, soudain, se déchaîne la catastrophe! Samedi dernier, devant une assistance recueillie, à Saint-Ferdinand des Ternes, non loin de cette demeure familiale où, avec sa fidèle compagne et ses charmants enfants, il avait passé tant d'heures heureuses, on célébrait ses obsèques.

Nous nous étions connus en 1900, à la Salpêtrière. Quel souvenir m'ont laissé ces radieuses années de jeunesse! Il me semble le revoir, avec sa magnifique chevelure noire aux boucles capricieuses, son franc regard, son gai sourire. Il me semble l'entendre entonner de sa voix chaude, les soirs de réception, quelque stance de *Lakmé*. Il me semble les revivre, ces moments d'intimité où, « les âmes dans les âmes versées », nous échangions des confidences, où nous ébauchions des projets d'avenir! Depuis lors, nous ne nous étions jamais quittés. Ensemble, nous avions concouru à la médaille d'or; ensemble, au clinicat; ensemble, aux hôpitaux. Ensemble, nous exercions à Saint-Louis, où, dès 1922, il m'avait précédé comme chef de service.

Comment ne pas retracer les étapes de cette carrière si tôt interrompue et pourtant si remplie? Externe en 1893, il arrive trois ans après à l'internat. Docteur en médecine (1903), chef de clinique (1904), il est nommé médecin des hôpitaux en 1913. Au début d'août 1914, il part pour le front avec son ambulance. Il y passe un an. L'autorité militaire le rappelle à l'intérieur pour lui confier le centre neurologique de la XIIIe région, qu'il dirige de 1915 à 1918. Lauréat de l'Académie et de la Faculté de médecine, il était officier de la Légion d'honneur.

Elève des professeurs Dejerine, Jeanselme, Marcel Labbé, Landouzy, de Jacquet et de Tenneson, il avait beaucoup publié. Sa thèse sur *L'iode et les moyens de défense de l'organisme* est aujourd'hui classique. Ses nombreuses communications aux Sociétés savantes, ses articles pour les Traités, ses monographies sur *Les sciatiques* (avec Sabaréanu), sur la *Syphilis médullaire* (avec Poumeau-Delille) témoignent de son érudition, de son esprit de clarté, d'une curiosité scientifique constamment en éveil. Si instructive qu'en soit la lecture, ces divers travaux le cèdent de beaucoup en intérêt à ceux qu'il a consacrés au froid. N'a-t-il pas montré le rôle primordial de cet agent physique dans la conservation des vaccins, des sérums et des extraits organiques? N'est-il pas l'inventeur d'une méthode qui porte son nom, la *cryothérapie*, qu'il a créée de toutes pièces, mise au point, rendue pratique, et qui donne aujourd'hui les meilleurs résultats dans la cure de certaines dermatoses?

Les honneurs, qui lui étaient venus sans qu'il ait eu à les chercher, ne lui avaient inspiré aucun orgueil. Tel il était au début de ses études, tel il était resté : simple, cordial, accueillant, toujours prêt à obliger. L'aménité, qui constituait le fond de son caractère et qui, jusqu'au dernier jour, se sera peinte sur ses traits, lui avait valu de fidèles affections. Elles ne lui ont pas fait défaut lorsque le malheur est entré dans sa maison. Il m'en voudrait de le citer, celui de ses amis qui, s'arrachant au plus cruel des deuils, est accouru dès les premières heures, et qui est resté jusqu'au bout...

Heureux, ceux qui savent inspirer de tels dévouements! Plus heureux encore, ceux qui, comme Lortat ont tout sacrifié au devoir! Malade il ne songeait qu'à ses malades. Souffrant, il ne songeait qu'à soulager la souffrance. Charité bien naturelle, chez ce grand chrétien élevé à Juilly, à l'ombre de ces arbres séculaires où, jadis, « Malebranche a promené sa candeur et ses profondes pensées » et qui, au milieu des épreuves, avait su garder la foi. Elle l'a fait vivre. Elle lui a donné l'espérance. N'avait-il pas servi de toutes ses forces « ce Roy immortel et si plein de miséricorde qui vous comptera un soupir et un verre d'eau donné en son nom plus que tous les autres ne feront jamais tout votre sang répandre »? Ne l'avait-il point longuement méditée, cette question du Christ à ses disciples : « Et comment mon père ne vous aimerait-il pas, puisque vous m'avez aimé? »

L. BABONNEIX.

La *Gazette des hôpitaux* adressse à Mme Lortat-Jacob et à tous les siens le respectueux hommage de ses plus vives condoléances.

INDICATIONS DE LA GASTRECTOMIE POUR ULCUS GASTRIQUE, DUODÉNAL, JÉJUNAL

Par VICTOR PAUCHET.

L'ulcus peut être duodénal, gastrique ou jéjunal. L'ulcus duodénal siège sur la première portion de cet organe ; l'ulcus gastrique se développe sur un point quelconque de la petite courbure ; l'ulcus jéjunal se développe aur l'anastomose gastro-entérostomique faite pour ulcus gastrique ou duodénal.

J'ai recherché d'une façon précise la localisation des ulcus, puisque, depuis 1910, je fais, en principe, des gastrectomies, sauf dans des cas exceptionnels (azotémie, obésité). Par conséquent, la vérification anatomique est toujours faite sur les pièces opératoires elles-mêmes.

L'ulcus gastrique peut occuper trois positions :

a. Immédiatement avant le pylore, sur la petite courbure ;

b. A la partie moyenne de cette dernière ;

c. En haut, du côté du cardia, au tiers supérieur.

L'ulcus peut être simple ou multiple. Autrement dit, il peut y avoir des ulcus juxta-pyloriques, aux tiers moyens, tout à fait supérieurs. L'opérateur peut, en même temps, observer un ulcus duodénal, un ulcus gastrique, un ou plusieurs ulcus gastriques et même un ulcus jéjunal dans le cas où un chirurgien s'est avisé de faire antérieurement une gastro-entérostomie, sans réopérer à temps le malade qui a présenté de nouveaux accidents gastriques.

Les ulcus gastriques gastro-entérostomisés continuent souvent à s'étendre en largeur (géant) ou en profondeur (térébrant) (1).

Les ulcus gastriques qui occupent le voisinage du pylore peuvent se cicatriser après une simple gastro-entérostomie ; toutefois, cette opération n'est pas à conseiller, car les complications et les transformations peuvent se produire malgré la gastro-entérostomie. Tous les ulcus n'ont pas la même puissance phagédénique ou cicatricielle vis-à-vis de l'estomac. Il est possible que la transformation néoplasique ne soit pas aussi fréquente qu'on l'ait cru ; mais elle existe certainement. L'examen systématique sur les pièces des ulcus d'apparence bénigne nous a montré que, une fois sur dix environ, les ulcus gastriques sont en voie de transformation épithéliomateuse. La gastro-entérostomie n'a jamais empêché un ulcère de devenir géant ; la gastro-entérostomie ne peut arrêter l'évolution d'un ulcus gastrique si ce dernier n'a pas tendance à la guérison spontanée. Je n'accuse pas la gastro-entérostomie de produire un ulcus géant, mais tandis que cette opération a une action cicatrisante sur un ulcus duodénal peu actif, elle n'a que peu d'action sur l'ulcus gastrique ; elle n'a vis-à-vis de lui aucune action thérapeutique. La gastro-entérostomie détermine souvent, par la suite, un ulcus jéjunal (environ 5 p. 100 des cas) ; il m'est arrivé de voir un ulcus jéjunal ou un ulcus gastrique et un ulcus duodénal coïncidants ; une gastrectomie large les a guéris.

Je ne traite pas aujourd'hui de la cure du cancer gastrique, sinon pour dire que le cancer sténosant peut être traité parfois en deux temps : *a.* gastro-entérostomie ; *b.* gastrectomie secondaire. La gastrectomie en deux temps comporte une technique spéciale, délicate, que je n'ose pas aborder pour l'instant, car elle est réservée aux spécialistes. Je me contente de dire que, si un sujet atteint de cancer gastrique présente en même temps des hémorragies, il doit subir à tout prix la résection gastrique quel que soit son état général, ou alors il ne faut pas y toucher, car jamais une gastro-entérostomie n'empêche un estomac de saigner, surtout un estomac cancéreux. Si le cancer gastrique saigne, il faut le réséquer ou le laisser tranquille.

Je ne traite, pour l'instant, que de la gastrectomie pour ulcère. Deux facteurs sont en jeu : *a.* le sujet ; *b.* l'objet.

a. Le chirurgien est spécialiste ou non en chirurgie digestive ; je suppose qu'il ait une très grosse expérience, qu'il pratique très souvent des exérèses gastriques, parce qu'il a un gros recrutement digestif. Dans ce cas, il doit considérer la gastrectomie comme une opération courante, quotidienne, comme une appendicectomie ou une hystérectomie abdominale ; alors, armé de nombreux « trucs » qui lui donnent la « sécurité », il pourra s'attaquer systématiquement à tous les cas ; ses résultats seront à peu près égaux à ceux que donne la gastro-entérostomie simple, opération passée dans la petite chirurgie. Ou bien il fait des gastrectomies d'une façon exceptionnelle ; alors elle risque souvent de lui apporter des déboires. Les cas d'ulcus sont tellement variés — si on les compare les uns aux autres — que chaque nouveau patient risque de nécessiter un nouveau « truc » spécial, mis en réserve.

L'état général du sujet fait que chaque cas est individuel. A propos de tout nouveau malade, le chirurgien doit mettre en balance son propre potentiel professionnel avec le potentiel du patient. En principe. les obèses sont de mauvais terrains. Il en est de même des sujets épuisés par l'âge et les antécédents (intoxiqués, constipés, morphinomanes, fumeurs, buveurs). Très souvent, chez les affaiblis, la transfusion du sang rend des services. Neuf fois sur dix, l'opérateur n'accuse l'état général que pour se défendre de faire une gastrectomie qui aurait sauvé le malade, s'il en avait connu la bonne technique. En somme, les contre-indications sont tout à fait exceptionnelles, presque individuelles.

Il existe un troisième facteur de succès ou d'échec, dont il faut tenir un grand compte, c'est celui de l'anesthésie. Je pratique un grand nombre de gastrectomies, mes collègues français ou étrangers qui assistent à mes opérations me demandent des renseignements sur l'éducation spéciale que nécessite cette opération. Voici ce que je leur réponds : tout chirurgien décidé à faire des gastrectomies couramment, doit s'assurer l'appui d'un milieu médical qui lui permette un grand nombre de cas gastriques. « Commencez toujours la centième, sinon vous aurez de la casse », leur dis-je. Il faut savoir qu'il y

(1) *Pratique chirurgicale illustrée*, Doin, édit.

a des cas très faciles, mais aussi des cas insoupçonnés d'avance d'une extrême difficulté. La gastrectomie pour ulcus jéjunal, surtout compliqué de fistules gastro-jéjuno-coliques ou d'ulcus géants, donc ulcus du tiers supérieur de la petite courbure, SONT DES CAS TRÈS DIFFICILES QUI NÉCESSITENT UN LONG ENTRAINEMENT. Un chirurgien peu expérimenté ne peut envisager de sang-froid une opération semblable. *Eh bien, il y a un facteur qui facilite énormément les cas difficiles, c'est la rachi-anesthésie.* Le malade rachi-anesthésié a une paroi abdominale souple, extensible à l'infini, cette flaccidité permet d'aller jusqu'au cardia sans être gêné. Il m'est arrivé, récemment, d'opérer le cas suivant. Un sujet atteint d'ulcéro-cancer du tiers supérieur de l'estomac est anesthésié localement. Comme il était nerveux, quelques bouffées d'éther furent administrées; ces « quelques bouffées » se terminèrent par une copieuse anesthésie. Je me rendis compte alors, en explorant l'intérieur de l'abdomen supérieur, que si le malade avait été rachi-anesthésié, j'aurais pu l'opérer et vraisemblament le sauver. Je me contentai de refermer le malade sans rien faire. Quinze jours plus tard, je décidai de le réopérer sous rachi-anesthésie, ce qui fut fait.

Dans le service du chirurgien, ce qui domine tout, c'est la technique, l'entraînement. Pratiquement, l'obésité est avant tout un facteur très gênant. L'anesthésie en est un autre, mais solutionné par la rachi. Cette dernière est peut-être un peu plus grave que l'anesthésie locale, mais quelle est l'importance de cette ultra-légère « gravité » comparée aux innombrables avantages de technique que cela confère au malade et au chirurgien ?

A tous ceux qui débutent, même aux chirurgiens entraînés, je conseille de faire des rachi-anesthésies copieuses, de façon à compter sur deux heures au minimum de durée; car autant la rachi-anesthésie falicite l'opération si elle dure deux heures, autant elle devient gênante quand elle est incomplète. C'est donc à une rachi-anesthésie copieuse qu'il faut pour le débutant avoir recours.

Comment ouvrir le ventre ? — Je fais actuellement toutes *mes incisions médianes et longues*; je n'ai jamais recours aux résections de côtes ni aux débridements latéraux auxquels j'avais souvent recours autrefois, je les ai complètement abandonnés actuellement, depuis que j'ai recours aux rachi-anesthésies dans les cas compliqués.

Envisageons quelques cas particuliers :

a. **Ulcus duodédal cicatriciel (sténose fibreuse)**; c'est toujours la première portion qui est en jeu. Ici le processus est éteint. L'opération consistera à faire une simple gastro-entérostomie qui suffira huit fois sur dix à guérir le malade. Il est bon néanmoins de rechercher l'état de la vésicule biliaire et d'y joindre une appendicectomie par une petite incision iliaque dans la même séance.

Si, par exception, le malade ne guérissait pas de son ulcus, il serait temps de lui faire une *pyloroduodénectomie* secondaire, qui consisterait à réséquer le petit segment fibreux présentant la première portion du duodénum, le pylore, la portion de la petite tubérosité gastrique située immédiatement au delà de la bouche anastomotique. Si le sujet était hyperchlorhydrique et si cette hyperchlorhydrie persistante le gênait, il faudrait, dans la même séance, à l'aide d'un tampon tenu par une pince, dépouiller *la petite courbure de l'estomac* le plus haut possible par le cardia, de façon à arracher la totalité *des vaisseaux et des nerfs* de la petite courbure; cela n'aggrave pas l'opération; il est simplement nécessaire de mener un surjet entre les deux lames séreuses qui constitue le ligament gastro-hépatique. Cette opération aurait les plus grandes chances d'être définitive.

b. **Ulcus duodénal hémorragique.** — Un ulcus duodénal peut donner une hémorragie foudroyante, cela ne nous intéresse pas, puisqu'en quelques heures le malade est mort. Un grand nombre de sujets atteints soi-disant d'angine de poitrine ou autre affection susceptible de déterminer la mort subite, ne sont autre qu'un *ulcus duodénal hémorragique* que l'on découvre à l'autopsie.

Tenons-nous-en aux cas courants : l'hémorragie peut être répétée, abondante, ou légère.

En principe, si le chirurgien peut « *opérer à sec* » c'est-à-dire une fois l'hémorragie terminée, c'est mieux, car l'opération est moins grave. Pourquoi est-elle grave ? Est-ce le shock ? L'hémorragie ? Non, c'est l'intoxication qui tue le malade. Si on opère un sujet dont le côlon est rempli de sang, il risque de mourir, deux ou trois jours plus tard, d'intoxication générale. Il meurt « d'une indigestion de boudin ». Si on opère d'urgence un malade atteint d'hémorragie duodénale ou gastrique, faire un *anus cæcal* et immédiatement envoyer, PAR LE RECTUM, une CHASSE D'EAU SULFATÉE qui, en l'espace de quelques heures, évacue la totalité du côlon. En général il faut compter une centaine de litres d'eau sulfatée (sulfate de soude) et dans ces conditions le malade guérit quasi toujours.

Si, en présence d'un ulcus saignant, l'opérateur, pour des raisons quelconques, ne conclut pas à l'abstention, il doit savoir que le seul moyen d'arrêter l'hémorragie duodénale, c'est de réséquer le duodénum. Les sutures, les ligatures, les cautérisations, ne servent à rien. Il faut faire une duodénectomie; il est bon de la faire économique, c'est-à-dire supprimer simplement : *a.* la première portion du duodénum, pincer les vaisseaux, supprimer la petite tubérosité de l'estomac, et terminer par une gastro-jéjunostomie. Si cette gastrectomie économique ne suffit pas, au point de vue fonctionnel, il faudra, quelques mois après, réopérer le malade et faire une gastrectomie plus étendue; je ne conseille pas de dépasser — au cours des accidents — la gastrectomie économique, à moins que le sujet ne soit point opéré d'urgence. S'il y a une série de petites hémorragies banales, il faut faire la *gastro-duodénectomie large*, c'est-à-dire enlever le duodénum, le pylore, la petite tubérosité et les 3/4 ou 4/5 de l'estomac; cette gastro-duodénectomie, pour ulcus du duodénum et de la région juxta-pylorique de l'estomac, donne 2 p. 100 de mortalité; elle n'est pas plus grave qu'une gastro-entérostomie.

c. **Ulcus térébrant dans le pancréas (perforation chronique).** — Cette gastrectomie se fait en général facilement parce que les parois duodénales sont très épaissies, parce que la séreuse est infiltrée, œdémateuse et se prête très bien à la fermeture en cul-de-sac du duodénum. Il est bon de faire une résection très large de l'estomac. Il faut en supprimer environ les 3/4 ou les 4/5 (Voir technique et détail dans la *Pratique chirurgicalc illustrée*, Doin, éditeur).

d. **Ulcus duodénal aux parois friables.** — Je ne parle pas ici de l'ulcus térébrant qui pénètre dans le pancréas, et qui, ainsi que je viens de le dire, est très facile à opérer. Je parle des duodénums ulcérés dont les parois sont peu résistantes et se prêtent mal à la suture; les tissus coupent. On risque des désunions secondaires. Que faire dans ces cas? Pratiquer l'exclusion duodénale, c'est-à-dire couper l'estomac, à deux travers de doigt au moins du pylore. Il faut, en effet, que l'extrémité duodéno-pylorique suturée se replie facilement et se ferme aisément en cul-de-sac. Pour qu'il en soit ainsi, il faut attaquer l'estomac très loin du pylore, là où ses parois sont très souples et résistantes. Dans cette même séance, il faut enlever un segment plus ou moins important de l'estomac. Il faut, dans cette même séance, dépouiller le maximum de la petite courbure, en la frottant avec un tampon de gaze monté sur une pince. L'idéal est de la brosser ainsi jusqu'au cardia, pour arracher la totalité des vaisseaux et des nerfs de la petite courbure. Finir par un surjet séro-séreux sur la petite courbure, surjet qui est à la fois hémostatique et péritonisant, finir par une gastro-jéjunostomie.

e. **Ulcus duodénal aigu perforant.** — En principe l'ulcus duodénal perforant aigu sera opéré le plus tôt possible. Tous les chirurgiens savent que si on opère dans les six à huit premières heures on obtient 9 sur 10 de guérisons et que si, au contraire, l'opération passe vingt ou vingt-quatre heures, la mort est presque certaine. En principe, la suture simple et la plicature du duodénum suffisent, avec la gastro-entérostomie antérieure. Il faut surveiller le malade très étroitement dans les mois suivants, car si par hasard l'hyperchlorhydrie persistait, si la dyspepsie présentait des phénomènes de recrudescence, il faudrait réopérer et pratiquer une gastrectomie secondaire.

Tout ulcus perforant aigu opéré doit toujours être étroitement surveillé, car l'intervention n'est jamais qu'une opération d'urgence. Très souvent elle sera incomplète. Ne pas supporter qu'il se produise des troubles dyspeptiques chez d'anciens opérés, car ils peuvent être le prélude de complications graves, telles que l'ulcus jéjunal ou l'ulcère géant de l'estomac, complications qui offrent à l'opérateur les plus grosses difficultés pour la gastrectomie.

f. **Ulcus gastrique banal.** — En principe, je fais toujours des gastrectomies chez tous les ulcus gastriques banaux. Les seuls cas que je ne résèque pas sont ceux d'ulcus perforant aigu (ceux du tiers moyen); je me contente alors de faire une suture du trou, mais par la suite je tiens toujours le malade guéri « à l'œil » et suis prêt à faire une gastrectomie au moindre trouble. Je ne parle pas des quelques cas exceptionnels qui me commandent la prudence. Quand je vois un vieillard atteint d'ulcus gastrique pré-pylorique, sténosant, je me contenterai de lui faire une gastro-entérostomie. Il y a quelques années, j'ai vu un octogénaire atteint d'un ulcus gastrique pré-pylorique, qui par œdème et cartonnage de la région, provoquait une sténose. Je fis une gastrectomie. Le malade fit une congestion pulmonaire, mais guérit. Pendant huit jours, je me reprochai amèrement d'avoir commis cet acte d'audace; une gastro-entérostomie lui aurait certainement suffi, surtout avec la technique actuelle où le bistouri diathermique simplifie tellement la gastro-entérostomie.

Dans les cas d'ulcus perforants aigus, de l'estomac, partie moyenne, je fais donc la suture pure et simple. Je n'y ajoute rien et surtout pas de gastro-entérostomie.

Que faire dans les autres cas d'ulcus perforant aigu de l'estomac? Si l'ulcus est juxta-pylorique, je fais la résection, (gastrectomie), parce que la suture pure et simple produit la sténose pré-pylorique. Cette résection se fait au contraire très facilement. Elle n'est guère plus grave qu'une gastro-entérostomie. Quant aux perforations de l'ulcus du tiers supérieur de l'estomac, *je n'en ai jamais vues*. Ceux que j'ai opérés secondairement et qui avaient été soi-disant « cautérisés » et suturés à la « partie haute » de l'estomac, se trouvaient être sur la partie moyenne. Les chirurgiens se font facilement illusion sur l'acrobatie des mouvements auxquels ils se livrent à bout de doigt, au cours des gastro-entérostomies et des explorations.

En résumé, à part l'ulcus perforant du tiers moyen de l'estomac, qu'on traite par la suture simple et la cautérisation, tous les autres cas *doivent être gastrectomisés*, sauf, je le répète, chez les vieillards qui présentent des ulcus pré-pyloriques, ou chez les sujets extrêmement affaiblis, chez lesquels on peut faire temporairement une gastro-entérostomie, avec la perspective d'une gastrectomie secondaire.

ULCUS ÉTENDU; ULCUS GÉANT; ULCUS TÉRÉBRANT; de la PARTIE MOYENNE; DU TIERS SUPÉRIEUR. A tous ces cas, convient la *gastrectomie en gouttière*, qui consiste à supprimer la totalité de la petite courbure, à l'aide du bistouri électrique, en conservant la moitié de la hauteur de la grande courbure, dont les bords sont ensuite rapprochés pour faire un *tube gastrique*, qui est alors implanté dans certains cas dans le duodénum, s'il est large, complaisant, dans d'autres cas, dans le jéjunum.

Ulcère jéjunal post-opératoire. — L'ulcère jéjunal est extrêmement fréquent quoi que certains en disent (5 p. 100 de gastro-entérostomies pour ulcus duodénal et gastrique). Quelle opération faire? La GASTRECTOMIE TOUJOURS. Les autres opérations ne donnent que des résultats temporaires. La gastrectomie doit être très large; si elle n'est pas très large, on s'expose à avoir une récidive; mais il vaut mieux

s'exposer à une récidive que de perdre le malade par un excès d'audace. Dans le cas où la récidive surviendrait, il faudrait RÉOPÉRER le malade et enlever une nouvelle quantité d'étoffe gastrique. Un ulcus jéjunal doit se traiter par une gastrectomie comprenant environ les 4/5 de l'organe en une, deux, ou trois fois. Dans ces conditions seulement, le malade est guéri (18 p. 100 de morts)! L'opération est délicate. Il faut s'armer de beaucoup de patience. Ne jamais endormir le sujet, mais pratiquer une anesthésie locale ou rachidienne. Quand l'ulcère jéjunal est opéré trop tardivement, il se complique d'une perforation jéjuno-colique, l'opération est alors *très grave* et donne 50 p. 100 DE MORTALITÉ, ce qui tient à la déficience du malade et à la septicité extrême du milieu stomacal.

XIe JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

EN HOMMAGE ET A LA MÉMOIRE DE FERNAND WIDAL[1]

20-24 Juin 1931[2]

L'ŒUVRE DE WIDAL EXPOSÉE PAR SES ÉLÈVES

Les Journées médicales de Bruxelles de juin 1931 resteront pour l'Ecole du professeur Fernand Widal un souvenir inoubliable. Les organisateurs de ces Journées ont eu en effet la touchante pensée de les consacrer à la mémoire de ce maître et d'inviter ses amis et ses élèves à y prendre la parole. Beaucoup d'entre eux ont pu répondre à cet appel et ont eu, pendant quelques jours, la sensation de se trouver une fois de plus groupés, comme jadis à l'hôpital Cochin lors de la première leçon clinique annuelle. La présence au milieu d'eux de Mme Fernand Widal et de M. Pierre Widal a ajouté à cette réunion quelque chose de plus intime encore et de plus familial. D'autre part les efforts de nos amis belges pour donner à leur Congrès le plus grand éclat possible et pour témoigner à leurs hôtes français une sympathie dont ils restent profondément émus ont été couronnés d'un plein succès.

Dans le cadre admirable de la nouvelle Université de Bruxelles (3) ils ont trouvé un auditoire nombreux et attentif; praticiens et membres du corps enseignant ont manifesté hautement l'intérêt qu'ils ont pris à entendre les collaborateurs du maître disparu. Le président du Conseil des ministres au nom du Gouvernement belge les a entourés d'attentions particulièrement flatteuses. S. M. la reine des Belges, dans l'entretien qu'elle leur a gracieusement accordé, à l'issue de la séance solennelle d'inauguration, qu'elle a tenu à honorer de sa présence, leur a montré qu'elle n'ignorait rien de la place qu'a occupée Fernand Widal dans la médecine contemporaine.

Les élèves du grand clinicien de l'hôpital Cochin se sont attachés, dans leurs Conférences, à préciser la physionomie de son œuvre scientifique. Ils ont souligné que ce qui fait la solidité de cette œuvre, c'est qu'elle est tout entière constituée de faits positifs établis grâce à des méthodes d'observation impeccables. Ils ont montré avec quel scrupule Widal s'est toujours refusé à tirer de ces faits inattaquables, et que tous peuvent vérifier, des déductions outrancières, à échafauder sur eux des théories non ratifiées par l'expérience; et que telle est la raison pour laquelle la connaissance des notions dont il a enrichi la médecine est devenue indispensable à ceux qui exercent cet art, aussi bien qu'elles ont servi de point de départ aux recherches qui se poursuivent aujourd'hui sur la plupart des terrains de la clinique.

C'est à M. Abrami qu'est échue la tâche délicate d'intéresser, pendant la séance inaugurale, un auditoire très nombreux et très diversement composé. Au cours de sa causerie sur la « Vertu de l'Ignorance », dont nous publions plus loin un important extrait, il a raillé, avec une verve éclatante, la tendance de certains médecins, tendance qui s'est malheureusement infiltrée dans le public, à accorder une confiance trop absolue à l'exactitude et à la portée de certains procédés de laboratoire et de certaines méthodes d'investigation dont la signification n'est que relative et qui ne valent que si on sait en interpréter les résultats avec une infinie prudence. Il a montré le danger des hypothèses non vérifiées qui deviennent trop facilement des dogmes propres surtout à aveugler les observateurs. Derrière cet exposé d'un scepticisme affecté, mais profondément instructif, nous avons maintes fois retrouvé quelques-unes des pensées chères à Widal qui se plaisait à proclamer les droits imprescriptibles de la clinique, le laboratoire ne devant intervenir que pour éclairer les points laissés obscurs par une étude somatique et psychologique du malade aussi fouillée que possible.

Le professeur Bezançon a retracé dans son beau discours de la séance inaugurale l'ensemble de l'œuvre de Fernand Widal, en insistant surtout sur les travaux consacrés au bacille d'Eberth, à l'immunisation expérimentale contre ce microbe, aux infections streptococciques et enfin au sérodiagnostic de la fièvre typhoïde, couronnement de toute une série de recherches grâce auxquelles la bactériologie a définitivement pris pied dans la médecine et est devenue l'auxiliaire précieuse de la clinique journalière.

M. Ravaut a d'abord évoqué les heures où, de sa collaboration avec Widal, est né le cytodiagnostic. Il a raconté comment, après les premiers tâtonnements indispensables à l'établissement d'une bonne technique, tous deux ont vu soudain, et de la façon la plus claire, se dégager les formules cytologiques des différentes variétés de pleurésies, puis ultérieurement, avec Sicard, celles du liquide céphalo-rachidien dont la connaissance allait orienter la neurologie dans une direction nouvelle.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

(2) Voir la séance inaugurale, *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 52.

(3) Les séances de travail ont eu lieu dans le nouveau palais de l'Université libre de Bruxelles inaugurée l'an dernier dans le beau quartier neuf qui s'élève à l'orée du Bois de la Cambre.

On sait que ce palais, dû à la générosité de bienfaiteurs américains et belges, a remplacé les installations successives de l'Université libre qui, depuis 1834 date de sa fondation par Théodore Verhaegen, siégea tour à tour à l'ancienne Cour, place du Musée, puis au palais Granvelle, et enfin rue des Sols.

L'Université comprend les facultés traditionnelles : Philosophie et Lettres, Droit, Sciences et Médecine.

La nouvelle Faculté de médecine est située boulevard de Waterloo.

Une série de conférences ont été ensuite consacrées à la pathologie rénale. M. Abrami a fait connaître ses recherches encore inédites qui ébranlent le fragile édifice de la néphrose lipoïdique, mais apportent une confirmation à l'opinion de Widal sur la rétention rénale du chlorure de sodium au cours de certaines néphrites.

Le professeur Merklen, dans une étude critique extrêmement documentée, a précisé la signification des hypochlorémies survenant chez certains brightiques et des résultats fournis par la thérapeutique rechlorurante.

Le professeur Lemierre, après avoir rapppelé les expériences grâce auxquelles Widal a démontré le rôle du chlorure de sodium dans la pathogénie des œdèmes, a passé en revue les circonstances où le régime déchloruré se montre particulièrement efficace et celles où il risque d'être tenu en échec. Il a affirmé que ce régime, utilisé avec discernement et aidé au besoin par d'autres thérapeutiques, est un des plus grands bienfaits dont aient été dotés les brightiques.

M. Pasteur Vallery-Radot, à propos des néphrites azotémiques dont il a dépeint les aspects cliniques, a pu conclure que, de tous les procédés proposés depuis vingt-cinq ans pour diagnostiquer la rétention des déchets azotés dans l'organisme et en mesurer l'étendue, le dosage de l'urée sanguine, préconisé par Widal, est le seul qui subsiste dans la pratique et qui, utilisé suivant des règles bien définies, fournit les meilleurs éléments de pronostic des néphrites chroniques. Enfin, le professeur Ambard a donné à son auditoire la primeur de ses recherches récentes et particulièrement curieuses sur le métabolisme azoté chez l'homme, recherches fondées sur l'étude du taux de l'urée plasmatique et du débit urinaire de cette substance.

La question des ictères hémolytiques, envisagés au point de vue de leur symptomatologie, de leur diagnostic, de leur étiologie et de leur traitement, question à laquelle se rattache le problème si intéressant de la biligénie exhahépatique, a servi de thème à une leçon de M. Brulé, qui a été tout spécialement appréciée.

M. Joltrain, puis M. de Gennes, qui avaient choisi comme sujet, le premier : « De l'anaphylaxie à l'idiosyncrasie », le second : « L'anaphylaxie dans l'asthme » ont initié leur auditoire aux idées qui ont dirigé le professeur Widal au cours des travaux qu'il a poursuivis pendant la dernière période de son existence. Ils ont désigné les faits qui peuvent être considérés comme acquis grâce à l'observation et à l'expérimentation cliniques : ils ont montré avec quelle prudence leur maitre a exploré un terrain plein de mystères et d'embûches, où les investigations donnent souvant des résultats contradictoires et décevants ; avec quelle patience il s'est ingénié à débrouiller l'écheveau des faits les plus complexes, enfin, comment il a pu arriver à faire la part de ce qui revient d'une part au terrain, d'autre part aux influences venues de l'extérieur et créer le terme autant que la notion de la diathèse colloïdoclasique.

En quelques heures, ceux qui ont assisté à cette série de conférences ont pu voir se dérouler devant eux l'œuvre presque entière de Widal et en saisir, fortement mis en lumière, les points les plus saillants, ceux qu'il n'est permis à aucun médecin d'ignorer.

Quant aux élèves du grand clinicien français, les Journées médicales de Bruxelles les ont une fois de plus confirmés dans le sentiment de leur solidarité. En parlant et en écoutant parler leurs amis, ils ont revécu les jours d'autrefois, où, pleins de jeunesse et d'enthousiasme, ils travaillaient aux côtés de leur maître. C'est pourquoi ils demeurent profondément reconnaissants à leurs amis belges des belles journées qu'ils viennent de passer en communion avec eux dans le culte de sa mémoire

LA CONFÉRENCE DE M. ABRAMI

[Nous sommes heureux de pouvoir donner ici un important extrait de la conférence faite par M. Abrami sur la *Vertu de l'Ignorance.*]

«... Il m'est arrivé une aventure singulière que je dois vous conter en détail... Puisque j'allais, à mon tour, tenir le rôle magique du conférencier, il me fallait un sujet dont la grandeur et la noblesse trouvassent écho dans l'esprit de chacun de mes auditeurs... Quel plus émouvant qu'un exposé de la science médicale ?

Il y a quelques jours, ma conférence était terminée. J'en polissais avec complaisance les derniers angles. C'est alors que la catastrophe se produisit.

Un ami que j'avais prié de me servir d'auditeur (ce n'est pas un médecin, mais rien ne lui est étranger, des choses qui nous occupent), m'écouta silencieux. Et comme je terminais, attendant un éloge :

« Bienheureuse et féconde ignorance ! s'écria-t-il... Vous vous méprenez complètement et votre conférence est le fruit d'une illusion pernicieuse... Rien n'est plus dangereux, parfois, que le savoir, et l'ignorance, à tout prendre, ne mérite pas votre dédain.

Le spectacle qu'offre la médecine, ces dernières années, vous apparaît admirable, parce qu'il est tout embaumé du parfum des laboratoires... Avez-vous bien songé, mon ami, à toutes les conséquences d'un pareil état de choses, où vous vous plaisez à voir la marque du progrès et où je n'aperçois, pour ma part, qu'un affreux dévergondage du savoir ?

Etes-vous d'abord certain de posséder encore une pensée qui vous soit personnelle ?... Tant que le médecin ne tirait son opinion que de son expérience clinique appuyée de quelques bonnes et saines mesures nous pouvions en appeler de son jugement. Devant quel tribunal porter les arrêts du laboratoire ?

Croyez-moi, l'événement est grave. Car, soutenu par l'autorité de la science, tout armé d'instruments, tout bardé de mesures, tout rembourré de chiffres, et, par surcroît, le chef empli de théories non moins scientifiques, le médecin n'a plus le droit de se tromper.

Tous ces dosages savants dont vous ne sauriez, n'est-il pas vrai, vous passer pour établir votre diagnostic, ces déterminations dans les humeurs, du chlore, du sodium, du potassium, du calcium, du phosphore, de la créatinine, de l'acide urique, de l'acide oxalique, du cholestérol, des lipides et des protides et des glucides ; et toutes ces admirables méthodes d'hématologie, de sérologie, de radiographie, d'électro cardiographie, tout cela échappe, la plupart du temps, à votre contrôle effectif. A chaque examen nouveau peut se glisser une nouvelle erreur.

Un jour je fis prendre ma pression artérielle et le poison du doute a pénétré dans ma vie. Hanté par l'œil cyclopéen de votre sphygmomanomètre, j'oscille entre la terreur de la syncope et celle de l'hémorragie cérébrale... d'autant plus désemparé qu'hypo ou hypertendu, je n'ai pas grand recours à attendre de votre science !

Encore, si nous étions les seuls à pâtir. Mais vous aussi, vous êtes victimes de votre savoir... Vous savez beaucoup trop de choses pour pouvoir encore imaginer la vérité. Votre science vous a mis des œillères.

C'est la rançon des grandes découvertes : éblouis par leur magnificence, nous ne voyons plus que par elles... De même qu'un phare, en même temps qu'il met en pleine lumière la route qu'il domine, épaissit pour nos yeux les ténèbres d'alentour, de même il y a dans toute science, un dangereux pouvoir d'aveuglement.

Telle l'épopée pastorienne !... Et pourtant, la connaissance du microbe ne donne pas toute la solution du mystère. La bactériologie semble avoir isolé l'organisme humain du reste

de l'univers; elle a fait méconnaître dans l'harmonieuse et innombrable complexité de l'enchaînement des causes, tout ce qui revient au *Cosmos* dans la genèse des maladies, et que pressentent ceux qui ne savent pas.

Un jour, demain peut-être, ce problème sera abordé et résolu, comme le seront les problèmes de l'immunité et de la guérison spontanée des maladies. Et soyez-en bien persuadé, ce n'est pas comme vous le faites depuis un demi-siècle, en tournant dans la ronde des anticorps, que vous trouverez la réponse à ces grandes questions. Ici encore, trop de théories, trop de systèmes, trop de dogmes obscurcissent votre esprit et l'empêchent d'apercevoir la vérité. Ils exercent sur votre imagination une emprise d'autant plus dangereuse qu'ils émanent des laboratoires et empruntent à l'appareil scientifique leur souveraine autorité.

Mystique de la science, cent fois plus pernicieuse que l'innocente ignorance!... Savoir, arme merveilleuse et redoutable, qui illumine d'extase celui que tu frappes et lui inocule en même temps le poison de l'erreur!

Lequel d'entre vous, devant les ouvrages du génie humain, n'a fait le rêve de retrouver pour une fois, la pureté, l'ingénuité, la plénitude des impressions que lui apporta leur révélation première? Qui n'a souhaité revivre, en face de l'univers, les temps bienheureux de l'enfance, quand chaque regard, en se posant sur le monde, offrait à notre ignorance curieuse, une découverte nouvelle?

Ignorance, il faut te rendre la justice qui t'est due, car c'est toi, en vérité, qui fais la science! Tu es l'aiguillon divin de notre curiosité, nous ne travaillons que pour te vaincre et sans toi, nous ne ferions rien. Plus on sait, a dit Socrate, et plus on veut savoir, car, plus on sait, plus on s'aperçoit qu'on ne sait rien! »

AUTOUR DES JOURNÉES

Les séances de travail. — Les séances de travail ont été comme de coutume extrêmement nombreuses. Outre les conférences consacrées à l'œuvre de Widal dont nous parlons plus haut, on a pu entendre un grand nombre de causeries ou de communications. Citons, en particulier, les conférences de M. L. Bertrand (d'Anvers) : Sur l'étiologie des cardiopathies évolutives ; de M. Henri Lagrange (de Paris) : Sur les altérations de la fonction visuelle au cours du mal de Bright ; de M. Ernest Desmarest (de Paris) : Sur l'anesthésie générale au protoxyde d'azote et à l'avertine ; de M. Gérard Maurel (de Paris) : Sur la lithiase de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton ; de M. Paul Boever (de Namur) : Sur les appareillages pour fractures et sur l'ostéosynthèse automatique ; de M. P. Lecomte du Nouy (de l'Institut Pasteur) : Sur les problèmes fondamentaux de la vie et la valeur des méthodes ; du professeur Henri Frédéricq (de Liége) : Sur les métachronoses ou changements physiologiques de la chronaxie ; du professeur Lucien Brouha (de Liége) : Sur les facteurs endocriniens de la vie sexuelle ; du professeur Victor Péchère (de Bruxelles) : Sur les vitamines et l'avitaminose.

Au cours des Journées se sont également réunis : le Comité national contre le charlatanisme, sous la présidence de M. Brandligt (d'Anvers); la Ligue belge contre le rhumatisme, sous la présidence d'honneur du professeur René Verhoogen et la présidence du professeur de Nobele; la Société belge de gastro-entérologie où l'on entendit des communications du professeur F. de Beule (de Gand) et du docteur Trémolières (de Paris). Ce furent encore les réunions de la Société belge de médecine et de chirurgie des accidents du travail et des maladies professionnelles présidée par le docteur Descamps et de la Société belge de médecine préventive et d'eugénique.

— Il nous faudrait aussi parler des matinées consacrées aux visites hospitalières, au bel hôpital Brugmann à Saint-Jean, à la fondation Lambert, dirigée par notre excellent confrère Weymeersch, à l'Institut médico-chirurgical de Léopold Mayer où le professeur Lambret (de Lille) fit une démonstration de son procédé de la suspension et du coulissage de la grande courbure. Limités par la place, nous nous excusons d'être obligés d'abréger.

L'exposition. — Comme de coutume, une exposition d'un très haut intérêt avait été organisée par M. Lépine, et nos laboratoires de France montraient une fois de plus leur suprématie. Je renonce à les citer tous.

Du côté belge, il faut signaler la très intéressante voiture dispensaire établie suivant les données de la Société belge de médecine préventive et d'eugénique. Sa description nous mènerait trop loin. Félicitons les Etablissements Armand de Geyndt qui l'ont établie et remercions notre éminent confrère Huysmans qui nous l'a fait connaître.

Les réceptions. — Suivant les traditions fastueuses de l'hospitalité belge, les adhérents des Journées ont été tour à tour les hôtes de leurs confrères de Bruxelles cependant que se déroulaient les fêtes habituelles.

Ce fut d'abord le beau concert de musique ancienne du Palais des Beaux-Arts où nous avons eu le rare plaisir d'applaudir Mme Despy et M. Alain. Ce concert fut suivi d'une très brillante soirée dansante.

Puis le dimanche soir la représentation de gala du Théâtre royal de la Monnaie, honorée de la présence de LL. AA. RR. le duc et la duchesse de Brabant et de S. A. R. la princesse Ingrid de Suède.

Le Roi malgré lui, de Chabrier, remporta un très grand succès.

Le banquet, en l'honneur des délégués des gouvernements étrangers, eut lieu le lundi soir dans le beau restaurant délicieusement aéré du Bon Marché. Il réunissait près de 300 convives et était présidé par le premier ministre, M. Renkin.

A la table d'honneur, M. Dens, ministre de la Défense nationale, M. Cocq, ministre de la Justice, M. Carton de Wiart, ministre d'Etat, Mme Widal et son fils, enfin tout le corps diplomatique où nous voyons malheureusement pour la dernière fois l'éminent ambassadeur de France, S. E. le comte de Peretti de la Rocca, qui quitte Bruxelles.

Après le toast aux Souverains belges et aux chefs d'Etat étrangers, porté par le premier ministre, M. le professeur Ley, parfait président des Journées, se fit l'interprète des organisateurs pour saluer une dernière fois ses invités; puis M. le recteur Smets parla au nom de l'Université; M. le professeur W. M. Scott, délégué de la Grande-Bretagne, au nom des délégués étrangers; S. E. le docteur Castillo Najera, ministre du Mexique à La Haye, prit la parole au nom de l'Amérique latine, et le docteur François Le Sourd, président honoraire de l'Association de la Presse médicale française, au nom de la presse médicale représentée aux Journées.

Il nous faudrait encore citer les réceptions offertes aux dames, visites de musées, courses à Boitsfort, thés à l'Université et à la Maison des étudiants...

— Qu'il nous soit permis en terminant d'adresser encore au Comité d'organisation des Journées, au président M. Ley, aux trois amis inséparables Mayer, Beckers et Bernard, à leurs collègues, MM. Max Cheval, Albert Govaerts, Jacques Rosenthal et Eugène Tant, l'expression de notre gratitude bien vive pour l'amitié qu'ils n'ont cessé de nous montrer.

LA JOURNÉE HENRIJEAN A SPA

Amenés à Spa par un confortable train spécial, les invités débarquèrent à la gare de marchandises où se trouve l'embouteillage et furent reçus par la direction de Spa Monopole, M. le professeur Henrijean et les aimables confrères de Spa, MM. Schaltin, Guilleaume, Sury, Wybauw père et fils, Delneuville, Declairfayt, Gaspar, Wary, Grignard, Laurent et Molhan.

Après la visite du bel embouteillage automatique qui peut fournir 350.000 bouteilles en vingt-quatre heures, on se rendit à l'Etablissement thermal où eut lieu l'inauguration du laboratoire de recherches biologiques, créé par le professeur Henrijean.

Successivement, MM. Schaltin, les professeurs de Beco, Ley, Marcel Labbé exprimèrent au professeur Henrijean leur admiration pour ses beaux travaux, en particulier ceux sur la physiologie du cœur, ils lui dirent le respect et l'affection qu'inspire son noble caractère, et louèrent son courage patriotique pendant les heures sombres et son constant labeur.

M. Henrijean remercia ses amis et exposa le but généreux de l'Institut de recherches qu'il vient de fonder avec le concours de Spa, et qui sera largement ouvert à tous les travailleurs.

Après la visite du laboratoire et des belles installations de l'Etablissement thermal, un grand déjeuner eut lieu au Palace, sous la présidence de M. Henrijean, assisté du premier échevin de Spa, du gouverneur de Liége, du glorieux soldat belge le lieutenant-général Bertrand, et de tous les confrères de Spa.

Des toasts furent portés au dessert par le professeur Ley, président des Journées, par le docteur Forman, délégué du Luxembourg, par le docteur Schaltin, et enfin par notre ami Joltrain au nom des élèves de Widal.

La Journée se termina par une belle promenade en auto sur les hautes Fagnes et à Malmédy, et après une nouvelle réception au Casino on reprit le chemin du retour.

Pourquoi faut-il que cette Journée joyeuse se soit terminée dans la tristesse, le lieutenant-général Bertrand ayant succombé subitement dans la soirée ?

Que nos amis belges veuillent bien recevoir dans leur peine l'expression de l'affection profonde de leurs confrères de France.

A. L. et F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 MAI 1931)

L'auscultation gastrique sous le contrôle radioscopique. — MM. A. Delaigne et G. Hutet. L'auscultation digestive est relativement peu répandue. En auscultant, au moyen du stéthoscope de Frossard, un sujet couché et en période digestive, ou plus simplement après l'absorption immédiate d'un bol de liquide on perçoit un certain nombre de bruits que l'on a pu différencier comme suit : les borborygmes intestinaux, les bruits bulleux intestinaux et gastriques, le bruit pylorique.

Les auteurs se sont attachés à préciser la signification de ces bruits en pratiquant l'auscultation sous l'écran radioscopique.

Un même bruit digestif est perçu simultanément dans tout l'abdomen quel que soit le point où il a pris naissance, que ce soit l'estomac ou l'intestin.

Il ne faut pas confondre en effet les bruits gastriques avec les bruits d'origine intestinale. Les bruits intestinaux sont très variables. Très nombreux chez certains sujets, souvent aérophages, ils sont presque absents chez d'autres.

Les bruits bulleux gastriques sont de petits craquements, ressemblant à des râles sous-crépitants. On les entend au moment du passage et de la terminaison des ondes de contractions qui n'aboutissent pas à un passage pylorique. Ils ne sont pas constants à chaque onde gastrique.

Le bruit pylorique. Les auteurs le décrivent comme se composant d'une série de bruits d'éclatement de bulles, avec une intensité et une tonalité croissantes et se succédant rapidement au point d'être presque piaulant. Il est toujours le même de sorte qu'on le différencie vite des autres bruits avec un peu d'habitude. Il n'a pas lieu lorsque les ondes gastriques n'aboutissent pas à un passage pylorique. Il est perçu dans tout l'abdomen jusque dans les flancs mais avec un maximum pylorique.

Dans le cas de sténose pylorique ou de dystonie, on n'a pas de bruit pylorique. Le « silence pylorique » est donc un signe de sténose ou d'hypotonie.

Dans l'interprétation que les auteurs donnent des bruits du tube digestif ils mettent en valeur trois facteurs essentiels : la contraction, la perméabilité et le mélange hydro-aérique. C'est à la variabilité de ce troisième facteur, que sont dues les grandes variations d'intensité dans les bruits qui s'observent entre les sujets.

Méningite cérébro-spinale à bactérium cutis commune. — MM. Laffitte et Merle (de Niort).

Sur les formes myopathiques des syndromes polynévritiques. — MM. L. Bériel et A. Devic (de Lyon).

Rhumatisme chronique fibreux et concrétions calcaires sous-cutanées. Etude radiologique et biochimique. — MM. Weissenbach, Truchot, Françon et Laudat.

Le mode d'action des médications antisyphilitiques. — M. A. Sézary fait remarquer qu'aucune médication antisyphilitique n'est absolument spécifique, il fait remarquer qu'*in vitro* elles ne sont pas tréponémicides et qu'*in vivo* chez l'homme, avant l'apparition d'une réaction de l'organisme, comme dans les traitements prophylactiques ou préventifs, elles ne le sont pas davantage : on ne compte plus les échecs des traitements préventifs.

Aussi M. Sézary pense-t-il que ces médications agissent non sur les microbes, mais en fonction ou à la faveur des réactions de l'organisme.

Un cas d'agranulocytose hémorragique. — MM. Gaston Laurès et Kenig (de Toulon) rapportent une observation, avec autopsie partielle, où les symptômes de l'agranulocytose pure de Schulz-Friedemann étaient accompagnés d'hémorragies des muqueuses, en particulier de la bouche. Ils pensent que l'on peut concevoir un syndrome infectieux granulo-cytopénique primitif de cause inconnue, avec deux variétés cliniques, l'une sans hémorragies, l'autre hémorragipare.

Sur un cas mortel de grande hémophilie. — MM. Ch. Achard, M. Bariety, G. Desbuquois et Cachera ont observé un garçon de seize ans qui présentait depuis l'âge de deux ans des manifestations de grande hémophilie. Il s'agissait d'association hémophilo-hémogénique. La calcémie était normale. L'équilibre protéinique était légèrement troublé.

La sérothérapie animale fut pratiquement sans effet. Les transfusions sanguines rétablirent rapidement une situation qui paraissait désespérée. Mais cette action ne fut malheureusement que temporaire.

Association de la cirrhose du foie à une dépilation plus ou moins complète et à une insuffisance thyro-ovarienne. — MM. Laignel-Lavastine, J. Troisier et Boquien.

Purpura rhumatoïde anaphylactique par effort musculaire. — MM. Sézary, Horowitz et Rivoire.

Un cas de Kala-Azar de l'adulte suivi de guérison. — M. Benhamon.

Dissociation du complexe étiologique alcoolisme et syphilis dans le déterminisme de certaines hépato-mégalies. — M. Creyx (de Bordeaux).

Sur deux cas d'angine nécrotique avec hypogranulocytose, anémie et purpura. — MM. Ch. ACHARD, M. BARIETY et G. DESBUQUOIS viennent d'observer deux malades qui ont présenté le même tableau clinique : état infectieux grave avec asthénie profonde, stomatite et angine nécrotiques, accidents hémorragiques cutanés et muqueux, anémie avec leucopénie et diminution du nombre des granulocytes (40 p. 100 de polynucléaires). En dépit de la gravité apparente des symptômes ces deux malades ont guéri.

Un cas de leucémie aiguë à symptomatologie articulaire. — M. DEBRAY, Mlle SAINTUR et M. MICHAUX.

Spirochétose méningée pure à rechute. — MM. M. GARNIER, P. NICAUD et A. MAISTER.

Myotonie à forme méningée par poussée d'azotémie. Bon état fonctionnel des reins après la crise. — MM. P. MERKLEN et H. GOUNELLE.

Cancer du poumon à forme d'abcès. — M. CATHALA.

Aurothérapie et pneumothorax artificiel. — M. JULIEN (de Pau).

Manuel de séméiologie oculaire, par le docteur Ad. SELTER. Préface du professeur TERRIEN, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-8 de 226 pages avec 6 tableaux et 1 planche schéma coloriée. — Prix : 36 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

LIVRES NOUVEAUX

Le dolichocolon. Clinique, radiologie, thérapeutique (1). Par M. CHIRAY, A. LOMON et R. WAHL.

La définition du dolichocolon est malaisée et non moins malaisée sa délimitation d'avec le mégacolon. La longueur du côlon, son calibre et les dispositions topographiques qui en résultent présentent tous les degrés de variation du normal au pathologique selon l'âge, la race et bien d'autres facteurs. Il semble qu'il faille réserver cette dénomination à des allongements segmentaires, sans faire entrer en ligne de compte l'augmentation de calibre qui jusqu'à un certain degré n'est qu'une résultante.

La présente étude, extrêmement fouillée, de tous les caractères cliniques de la forme courante amène ses auteurs à une explication de ce syndrome où prennent place à côté de causes anatomiques prédisposantes, toute une série de causes physio-pathologiques qui sont, elles, les causes directes de l'affection.

La forme la plus fréquemment rencontrée en clinique est une forme douloureuse avec aérocolie. Mais il en est, à côté d'elle, un nombre considérable et la précision ainsi que la clarté avec laquelle les auteurs ont su les décrire seront d'un grand secours pour le diagnostic toujours délicat d'une affection qui n'est pas exceptionnelle et que l'on peut même, quoique plus rarement, rencontrer chez l'enfant.

(1) Paris 1931, Masson et Cie.

Les complications : volvulus, inflammations diverses, troubles vasculaires, hémorragies, ne sont pas exceptionnelles au cours d'une évolution essentiellement chronique.

L'examen radiologique est ici de première importance et il faut louer les auteurs du soin avec lequel ils ont traité cette partie du problème; de nombreux schémas et une importante série de reproductions radiographiques concrétisent la description.

A l'étude du traitement, tant médical que chirurgical, fait suite une importante documentation. La bibliographie pourtant notable n'en est que l'accessoire; beaucoup plus intéressante est la série d'observations cliniques personnelles qui sont la base de ce beau travail d'ensemble. L. B.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE LA TÊTE DU PANCRÉAS

C'est le plus fréquent et le mieux caractérisé des cancers de cette glande.

Epithelioma à type canaliculaire, plus rarement glandulaire, sa symptomatologie est faite de deux ordres de symptômes :

1. Signes de déficit pancréatique,
2. Signes d'emprunt : ils indiquent la compression des organes voisins et sont d'ailleurs révélateurs du cancer.

Début. — Insidieux, progressif.

Il s'agit d'un *homme*, arrivé à l'âge du cancer et qui, dans la grande majorité des cas, vient consulter pour de l'ictère, premier symptôme qui attire l'attention.

Mais l'interrogatoire révélera, dans les semaines qui ont précédé cet ictère, des troubles digestifs mal caractérisés, de l'asthénie progressive et un amaigrissement souvent déjà accentué.

Etat. — *Signes fonctionnels.* — *a.* C'est l'ICTÈRE qui domine le tableau clinique.

Il s'agit d'un ictère plus ou moins foncé, selon l'époque plus ou moins éloignée de son apparition. Les urines acajou contiennent des pigments (Gmelin), des sels (Hay). Mais, fait absolument fondamental, les matières sont décolorées, blanc mastic. Il s'agit d'un ICTÈRE PAR RÉTENTION.

L'*interrogatoire* du malade, l'évolution de cet ictère vont apporter deux caractères primordiaux :

1° Il s'agit d'un *ictère chronique*,
2° Il s'agit d'un *ictère progressif*,
 Sans rémission,
 Sans temps d'arrêt.

D'abord jaune clair, il s'est foncé et aboutit à une teinte *vert olive*.

Cette coloration intense de la peau et des muqueuses est spéciale aux ictères néoplasiques. Aussi les signes d'intoxication par les sels biliaires sont-ils accentués : bradycardie, mais surtout prurit qui peut être intolérable.

b. DOULEURS. — Elles sont inconstantes : douleurs sourdes et vagues. Elles sont loin d'avoir les caractères que nous décrirons à celles du cancer du corps, sauf parfois à une période avancée de l'évolution témoignant alors d'un envahissement du plexus solaire.

c. TROUBLES DIGESTIFS : 1. Anorexie surtout marquée pour la viande et les graisses;
2. Digestions pénibles;
3. Vomissements pénibles;
4. On a décrit une sialorrhée pancréatique.

Signes généraux. — 1° *L'amaigrissement* du malade frappe le plus souvent d'emblée l'attention : amaigrissement rapide, continu, progressif, devenant beaucoup plus marqué que dans les autres cancers abdominaux, du fait du déficit pancréatico-biliaire.

2° Il n'y a pas de fièvre.

Ictère foncé chez un individu arrivé à l'âge du cancer, gros amaigrissement, absence d'antécédents lithiasiques, on pense immédiatement au néo de la tête du pancréas et on pratique un examen local approfondi.

Examen. — a. *Foie* généralement augmenté de volume par suite de la rétention biliaire. Sa surface est lisse et unie, sa consistance normale.

Mais secondairement le foie peut diminuer de volume par cirrhose biliaire, ou être envahi par une métastase.

b. *Rate* normale.

Seul l'examen de la *vésicule* présente un gros intérêt.

La vésicule est dilatée. — Elle obéit à la *loi de Courvoisier-Terrier :*

1. Dans l'oblitération du cholédoque par un néo, la vésicule est augmentée de volume.
2. Dans l'oblitération du cholédoque par un calcul, la vésicule est rétractée.

On sent au bord inférieur du foie, le long du bord externe du grand droit droit, une tuméfaction : piriforme, lisse, rénitente, indolore, mobile avec la respiration.

Mais cette grosse vésicule est souvent difficile à constater et la loi de Courvoisier-Terrier, malgré son importance, n'est pas d'une constance absolue. Nous en verrons plus tard les restrictions.

c. *Examen de la zone pancréatico-cholédocienne.* (Zone comprise entre la verticale et la bissectrice de l'angle formé par la verticale et l'horizontale passant par l'ombilic.)

1. Cette zone est parfois douloureuse.
2. Mais la tumeur trop profonde échappe le plus souvent à l'exploration la plus attentive.

Examens de laboratoire. — Souvent, on le voit, l'examen de l'hypocondre droit ne fournira pas de renseignements précis. C'est alors que l'on s'adressera au laboratoire, pour essayer de mettre en évidence, à côté du déficit biliaire, *le déficit pancréatique.*

Selles. — 1° *Graisses :*

a. *Grosse stéarrhée* : 1. Se reconnaît au simple examen des selles. Elles contiennent un liquide huileux, jaunâtre, dont une partie se fige en refroidissant.

2. Dosage après repas d'épreuve.

b. *Hypostéatolyse.* — Beaucoup moins de graisses sécrétées sont dédoublées en acides gras et en savons que normalement. En réalité, il est difficile de faire la part de ce qui revient à la seule rétention biliaire dans cette diminution de la digestion des graisses. Cependant la stéarrhée est plus accusée dans le cancer de la tête du pancréas que dans toute obstruction biliaire.

2° *Albuminoïdes :*

a. Non-digestion des *fibres musculaires.* Normalement, celles-ci sont peu nombreuses et fortement altérées. En cas de cancer, elles sont au contraire en nombre considérable et facilement reconnaissables.

b. Non-digestion des *noyaux cellulaires.* Test de *Schmidt* simple à pratiquer, réelle valeur. On fait ingérer au malade des petits cachets contenant des fragments de thymus que l'on recherchera dans les selles. LES NOYAUX SONT INTACTS.

3. *Hydrates de carbone* : digestion à peu près normale.

4. *Ferments pancréatiques.* — Normalement, des trois ferments pancréatiques, seule l'*amylase* peut être aisément recherchée et dosée dans les selles. L'AMYLASE FÉCALE MANQUE DANS LE CANCER. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE ASSETTE.

N° 55. — SAMEDI 11 JUILLET 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 11 JUILLET 1931. — N° 55.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Tumeurs malignes des maxillaires, par M. Ch. RUPPE.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de pédiatrie.
Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
HYGIÈNE PUBLIQUE
Le danger des contaminations syphilitiques et autres.

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1931, à M. Lacoste, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

— MARSEILLE. — Sont nommés, à compter du 1er octobre 1931, professeurs titulaires à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille :

MM. Audibert, professeur sans chaire, chargé de cours de clinique médicale; Olmer, professeur sans chaire, chargé de cours de clinique ~~médicale; Silhol, professeur sans chaire,~~ chargé de cours de clinique chirurgicale.

Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1931, à :

MM. Fiolle, chargé de cours de pathologie externe; Beckenroth, chargé de cours de clinique des maladies exotiques; Mattei, chargé de cours de thérapeutique à la faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie.

BOURSES CRÉÉES PAR M. LE DOCTEUR ROUSSEL EN FAVEUR DES FAMILLES NOMBREUSES DU CORPS MÉDICAL. — La commission chargée de répartir les 10 bourses de 10.000 fr. mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le docteur Roussel, en faveur des familles nombreuses du Corps médical, s'est réunie le 29 juin et a examiné 76 demandes.

Des bourses ont été attribuées à 6 confrères pères de 13, 11, 10, 8 et 7 enfants, à un confrère père de 6 enfants, très malade et ne pouvant plus exercer et à 3 veuves de médecins dont l'une est restée veuve avec 5 enfants âgés de moins de cinq ans, et vit chez son beau-père, également médecin, ayant lui-même à sa charge 5 autres enfants; l'autre a perdu son mari l'an dernier, ayant à élever 6 enfants de moins de dix ans, avec un revenu des plus modestes; la troisième enfin, restée veuve, en 1924, avec 7 enfants, est infirmière visiteuse, elle est sans fortune et actuellement atteinte d'une affection chronique, elle ne peut plus exercer sa fonction.

La Commission était composée de Mme Jayle, de la Société de femmes et enfants de médecins; M. Lanoye, chef du bureau de la natalité au ministère de la Santé publique; M. le médecin général Geysen, représentant M. le médecin général Cadiot, empêché; MM. les docteurs Bellencontre, Chapon, Darras, Thiéry, Bongrand, Vimont et Watelet, de l'Association générale des médecins de France; M. le docteur Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux, et M. le docteur Carte, représentant M le docteur Roussel.

UNION MÉDICALE LATINE. — L'Œuvre latine, 51, rue Saint-Georges, Paris, présidée par M. Raoul Follereau, vient de fonder l'Œuvre du Livre français à l'étranger, ayant pour but la création de 100 bibliothèques françaises, gratuites et publiques, dans les pays latins.

L'Umfia ou Union médicale latine se fait un plaisir de signaler tout l'intérêt de cette œuvre, et elle engage vivement les médecins qui ont souvent des livres en excédent, à lui envoyer les livres dont ils peuvent disposer et qu'elle fera parvenir à « L'Œuvre du Livre français à l'Etranger ».

IIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE FRANÇAISE DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE. — Les 2 et 3 octobre prochain se tiendra à Paris le Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, à l'hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi.

La séance d'ouverture aura lieu le 2 octobre, à 2 h. précises. Ce Congrès comportera des communications, des démonstrations et des séances opératoires, des projections de films, une exposition de photographies, de moulages, d'instruments, de livres, etc.

Pour tous renseignements, s'adresser, soit au siège social, docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris, soit au secrétariat, docteur Claoué, 41, rue d'Aviau, Bordeaux.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE DÉFENSE SOCIALE CONTRE LA SYPHILIS ET CENTENAIRE D'ALFRED FOURNIER (9-12 mai 1932). — Questions mises à l'ordre du jour et rapporteurs :

1. *Le service social dans la lutte contre la syphilis.* — Mme Getting, MM. Louste, Spillmann, Jadassohn et Mrs Neville Rolfe.

2. *Diagnostic précoce et pathogénie des syphilis nerveuses (acquises ou héréditaires).* — MM. Ravaut, Dujardin, Mario Truffi.

3. *Prophylaxie des syphilis nerveuses (acquises ou héréditaires).* — MM. Wagner von Jauregg, Henri Claude, Nicolau.

4. *Importance médico-sociale des syphilis nerveuses (acquises ou héréditaires).* — MM. Gastou, Milian, Sicard de Plauzoles, Cavaillon.

Secrétariat général : 44, rue de Lisbonne, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Ferdinand Vesselle (de Saint-Dizier), Vallais (de Granville) et Adrien Duffo (de Versailles).

HYGIÈNE PUBLIQUE

LE DANGER DES CONTAMINATIONS SYPHILITIQUES ET AUTRES

Le ministre de la Santé publique vient d'adresser à MM. les préfets la circulaire suivante :

« La Commission de prophylaxie des maladies vénériennes a attiré mon attention sur les dangers des contaminations syphilitiques et autres (teigne, pyodermites, etc.) provoquées par les ustensiles non désinfectés des restaurateurs, des coiffeurs, manucures, pédicures, masseurs et Instituts de beauté; il est donc utile de prendre le maximum de précautions contre les contaminations, d'autant plus que ces désinfections sont faciles, rapides et peu coûteuses.

L'autorité compétente pour assurer l'exécution des mesures nécessaires est l'autorité municipale. En effet, aux termes de l'article 91 de la loi du 5 avril 1884, le maire est chargé de la police municipale; l'article 97 de la même loi précise que la police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté et la salubrité publiques; l'article 99 prévoit enfin que dans tous les cas où les mesures relatives au maintien de la salubrité n'auront pas été prises par le maire, il appartiendra au préfet de pourvoir en ses lieu et place.

Cependant, comme les pouvoirs de police des maires ont été précisés, limités ou étendus par la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, elle-même modifiée par plusieurs lois postérieures, il convient de préciser que les mesures nécessaires, dans la limite où elles peuvent être légalement prescrites, doivent faire l'objet d'un règlement sanitaire pris par le maire, après avis du Conseil municipal et approuvé par le préfet, après avis également du Comité départemental d'hygiène, restant bien entendu que le préfet peut, en vertu de l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, prescrire lui-même les mesures pour l'étendue du département.

Dans ces conditions, j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir signaler aux maires des principales communes de votre département, sans leur imposer cette mesure, l'intérêt qui s'attacherait, au point de vue de la santé publique, à ce qu'ils veuillent bien, après avis du Conseil municipal et du Comité départemental d'hygiène, et après approbation de votre part, prendre un arrêté s'inspirant, en vertu des pouvoirs qui leur sont conférés de par les lois du 5 avril 1884 et du 15 février 1902, de l'arrêté type ci-contre.

ARTICLE PREMIER. — Les ustensiles utilisés dans tous lieux où il est servi au public à manger, à boire ou à déguster, à l'un de ces effets seront, après usage, soumis à un nettoyage en deux temps :

1° Immersion dans l'eau de javel diluée de 50 parties d'eau;
2° Rinçage à l'eau pure, suivi d'essuyage à sec.

Ce nettoyage peut être également fait par tout autre procédé de nettoyage reconnu efficace par le bureau d'hygiène dans les villes où il en existe, ou par le Conseil départemental d'hygiène.

ART. 2. — Les objets employés par les coiffeurs, manucures, pédicures, masseurs et toutes les personnes donnant des soins de beauté dans les lieux où ils exercent leur profession ou à domicile chez leurs clients seront, après chaque usage, soumis à un nettoyage en deux temps :

1° Immersion pendant quelques minutes dans l'une des solutions suivantes :

Soit alcool dénaturé	1.000
oxycyanure de mercure	1
Soit alcool dénaturé	1.000
formol à 40 p. 100	20

2° Rinçage à l'eau pure suivi d'essuyage ou de séchage.

Ce nettoyage peut être également fait par tout autre procédé de nettoyage reconnu efficace par le bureau d'hygiène dans les villes où il en existe, ou par le Conseil départemental d'hygiène.

ART. 3. — Les linges, cotons et autres objets destinés au même usage, et ayant contact direct avec la peau, ne pourront servir que pour un seul client, après quoi ils seront aussitôt jetés ou mis au lavage.

ART. 4. — Les personnes visées à l'article 2 seront tenues de se nettoyer les mains avant de servir un client, soit au moyen du lavage au savon, soit au moyen de tout procédé reconnu efficace, soit par le bureau d'hygiène dans les villes où il en existe, soit par le Comité départemental d'hygiène.

ART. 5. — Toute infraction au présent arrêté sera passible des peines prévues à l'article 471, alinéa 15 du Code pénal, sans préjudice des autres dispositions pénales applicables et notamment, s'il y a lieu, de l'article 29 de la loi du 15 février 1902.

ART. 6. — Le présent arrêté sera apposé dans les lieux ci-dessus visés, à l'exception du domicile particulier des clients, en bonne place, très visible des clients, et bien éclairé. »

REVUE GÉNÉRALE

TUMEURS MALIGNES DES MAXILLAIRES

Par M. Ch. RUPPE,

Ancien interne et stomatologiste des hôpitaux de Paris.

Généralités. — Les tumeurs des maxillaires représentent environ 3 p. 100 des tumeurs.

Les maxillaires étant des os recouverts partiellement de muqueuse, nous trouvons à leur niveau :

1° outre des *tumeurs osseuses vraies*, *des sarcomes*,

2° des *tumeurs d'emprunt*, *des épithéliomas* dont l'origine doit être recherchée.

La pathologie de la mandibule et celle des maxillaires supérieurs sont dissemblables du fait de la structure et des connexions différentes de ces os. Il est donc indispensable de décrire séparément les tumeurs des mâchoires inférieure et supérieure.

A. TUMEURS MALIGNES DE LA MANDIBULE

Etiologie. — Elles sont moins fréquentes que celles des maxillaires supérieurs, dans le rapport de 4 à 6.

Sur 60 tumeurs mandibulaires que nous avons observées dans le service du Professeur Lemaitre : 43 étaient des tumeurs malignes, soit près de 75 p. 100. Parmi ces 43 tumeurs malignes, 33 étaient des épithéliomas et 10 des sarcomes.

Rien à dire de spécial sur l'âge d'apparition de ces cancers. Le sarcome est surtout fréquent pendant le second et le troisième décennat de la vie. L'épithélioma apparaît de préférence après 40 ans.

a. **Epithéliomas.** — Les épithéliomas peuvent :

1° être la propagation d'un épithélioma de la muqueuse de recouvrement, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent;

2° provenir de la prolifération anormale des débris épithéliaux paradentaires, ce qui est rare et discuté;

3° être une métastase, ce qui est une exception.

1° Le cancer vrai de la mandibule est un épithélioma propagé des gencives. Les classiques l'opposaient aux cancers du plancher de la bouche, de la langue, des lèvres, de la joue, propagés secondairement à l'os. En réalité, comme le fait remarquer Bernard dans sa thèse, cette distinction est subtile lorsqu'il s'agit d'un épithélioma, né de la muqueuse avoisinante de la mandibule, car rapidement ces cancers aboutissent au même résultat que le cancer des gencives.

Il s'agit dans presque tous ces cas *d'un épithélioma spino-cellulaire*, avec ou sans globes cornés, ou du type intermédiaire. L'épithélioma baso-cellulaire est très rare.

2° Les débris épithéliaux para-dentaires inclus dans la mandibule sont susceptibles de proliférer de façon anarchique dans le plan malpighien. Cette hypothèse a été admise par Perthes et reprise récemment par Delater et Bercher. Ces faits sont très rares.

3° Enfin, comme tout autre os, la mandibule est parfois le siège d'une métastase. Cette colonie provient habituellement d'un cancer du sein, de la surrénale ou du corps thyroïde. Nous en avons observé deux cas. La métastase peut reproduire la même image histologique que celle de la tumeur originelle. Mais bien souvent des phénomènes métaplasiques la modifient considérablement et en rendent l'identification difficile.

b. **Sarcomes.** — Les sarcomes constituent un groupe de cancers dont la définition n'a cessé de varier et sur laquelle les différents anatomo-pathologistes ne sont pas d'accord. Le diagnostic histologique présente souvent de grandes difficultés et la discrimination entre une tumeur maligne et bénigne, entre une tumeur et un processus inflammatoire est souvent délicate (Lacassagne).

Suivant la tendance actuelle, nous étudierons les sarcomes naissant dans l'os en tant que tissu de soutien ou que tissu sanguiformateur.

1° *Sarcomes provenant du tissu conjonctif.* — a. *Les sarcomes peuvent naître du tissu conjonctif intra-osseux non spécialisé.* Certains sont dus à la prolifération des éléments fixes de ce tissu. Ce sont des sarcomes où il existe une prédominance notoire des *cellules fusiformes*, sarcomes souvent périostés, donc superficiels, durs, radio-résistants, ayant peu de tendance à donner des métastases, mais récidivant souvent si l'exérèse en est incomplète.

b. *Les sarcomes peuvent naître aux dépens du tissu conjonctif de la lignée osseuse.* Cette lignée osseuse, du point de vue cellulaire, comprend des ostéoblastes devenant des cellules osseuses, et des ostéoclastes. Or, les tumeurs par prolifération des ostéoblastes, *les ostéoblastomes*, sont d'une très grande rareté (quelques cas dans la littérature) et les tumeurs dues à la prolifération des ostéoclastes, *les tumeurs à myéloplaxes*, si elles sont fréquentes, n'ont cliniquement et histologiquement aucun des attributs de la malignité. Les sarcomes osseux, les *ostéosarcomes*, *les sarcomes ostéogéniques des auteurs américains*, semblent être des sarcomes banaux dans la trame desquels se trouvent des foyers ostéoïdes ou ossifiés qui ne reproduisent jamais la structure normale de l'os. Selon les idées de Leriche et Policard « L'ostéosarcome est un sarcome banal qui fait de l'os parce que le tissu conjonctif en présence de sels calcaires est susceptible de faire de l'os ». Parfois se trouvent réalisées des tumeurs à tissus multiples (Masson), des ostéo-chondro-sarcomes, etc... intermédiaires entre les tumeurs bénignes et malignes.

Dans l'ensemble, nous devons retenir les idées générales suivantes sur les sarcomes. Tout d'abord, leur polymorphisme qui se manifeste non seulement d'un sarcome à un autre, mais dans le même sarcome, si bien que la biopsie superficielle n'indique pas toujours la vraie nature de la tumeur.

« Le caractère clinique de l'ostéosarcome correspond habituellement avec l'aspect histologique mais sans que ce rapport soit toujours très étroit » (Hoffmann). Cependant plus la tumeur est riche en cellules et plus elle paraît être grave et à marche

rapide. Les sarcomes récidivent souvent si l'exérèse est incomplète. Ces récidives ne se font pas toujours sous la même formule histologique; elles sont d'autant plus redoutables que la substance fondamentale mère disparaît pour faire place à une prolifération cellulaire abondante.

2° *Les sarcomes peuvent naître des tissus sanguiformateurs intraosseux et du système réticulo-endothélial de la moelle osseuse.*

a. Les uns sont très fréquents, ce sont les *sarcomes lymphoïdes, les lymphosarcomes*, c'est-à-dire des sarcomes, *riches en cellules rondes*, souvent profonds, encéphaloïdes, à évolution plus rapide que celle des sarcomes fusiformes, très radiosensibles, mais donnant lieu à des métastases. Dans certains cas, la trame peut être abondante ou modifiée et l'on se trouve en présence de fibro, myxo, angiosarcomes.

b. Les autres, *les sarcomes myéloïdes, les myél o sarcomes*, issus de la souche cellulaire polynucléée, sont très rares.

c. Enfin nous citerons pour mémoire les sarcomes nés du système réticulo endothélial qui n'intéressent pas les maxillaires.

La classification des réticulosarcomes de la moelle osseuse (tumeurs d'Edwing) prête encore à discussion. Selon Oberling, ces sarcomes répondent à trois catégories, les tumeurs : *a.* à cellules indifférenciées ou embryonnaires; *b.* à cellules réticulaires différenciées; *c.* enfin, à cellules différenciées dans trois directions possibles : endothéliale, myéloïde ou lymphoïde.

3° Signalons encore les *mélano-sarcomes* (deux cas au niveau de la mandibule, ils sont plus fréquents au niveau du palais où nous les décrirons).

A. ÉPITHÉLIOMAS

Symptomatologie. — Comme nous l'avons montré avec M. Lemaitre, ils revêtent deux formes bien différentes : l'une superficielle, l'autre profonde.

I. **Forme superficielle.** — Elle est du type ulcéreux ou végétant.

1° Forme ulcéreuse. — Le mal passe successivement par une phase d'ulcération, d'infection et une phase terminale.

a. *Phase d'ulcération néoplasique.* Lorsque l'ulcération apparaît au niveau des gencives, de graves erreurs d'interprétation peuvent être commises. Les dents, en effet, deviennent branlantes, et le diagnostic de pyorrhée est porté. D'autres fois la tuméfaction de la gencive fait croire à un accident infectieux d'origine dentaire, des extractions sont pratiquées et un sérieux retard est apporté dans le diagnostic de la nature de la lésion gingivale.

Que ce soit un cancer des gencives, ou un cancer de la muqueuse paramaxillaire propagé, la lésion élémentaire est toujours l'*ulcère néoplasique*; c'est-à-dire, une perte de substance, à bords irréguliers, déchiquetés, recouverts de petites végétations saignant au moindre contact. A la périphérie, existe un bourrelet dur, épais, saillant. Le fond de l'ulcère est sphacélé, recouvert d'un ichor fétide. Détergé, il laisse souvent apercevoir, dans la profondeur, l'os dénudé, usé en hauteur par le néoplasme.

Comme le fait remarquer Bernard, cet ulcère siège dans une région mobile et il se produit un brassage incessant des foyers néoplasiques. En outre, il est à proximité d'espaces cellulaires très lâches qu'il envahit facilement. Il en résulte deux conséquences graves :

1° *la rapidité d'extension des lésions*;

2° *l'intensité de l'infestation des voies lymphatiques*, d'où *des adénopathies sous-mentonnières, sous-maxillaires*, suivant le siège de la tumeur, adénopathies qui ne tardent pas à faire corps avec l'os et avec la tumeur, si bien qu'il est difficile de faire le bilan exact des lésions par le palper bimanuel.

Phase d'infection. — Autre fait extrêmement important. *Cet ulcère situé dans le milieu buccal s'infecte* et cette infection se propage à trois tissus :

1° le tissu cellulaire;
2° les voies lymphatiques;
3° le tissu osseux.

1° *Les cellulites* sont d'ordinaire du type subaigu, avec tuméfaction et rougeur de la peau et de la muqueuse; mais il peut se produire des épisodes aigus, avec tout le cortège symptomatique d'un abcès. On conçoit donc que le diagnostic puisse s'égarer si l'on s'obstine à mettre sur le compte d'une infection primitive ce qui n'est que l'infection secondaire de l'ulcère néoplasique.

Mais l'histoire d'une cellulite ne peut expliquer la présence d'une ulcération spontanée telle que la montre l'examen du malade.

2° Rapidement aussi se produit *l'infection des ganglions* qu'ils soient cancérisés ou non.

3° Enfin, il n'est pas rare de noter de l'ostéomyélite avec formation de séquestres plus ou moins volumineux.

Phase terminale. — Arrivé à ce stade terminal, l'aspect du malade est lamentable. La région sous-mentonnière ou sous-maxillaire est déformée par l'adénite; les téguments, plus ou moins infiltrés, sont rouges, minés par une ou plusieurs fistules. L'exploration portera non seulement sur les territoires ganglionnaires sous-mentonniers et sous-maxillaires, mais plus loin sur les chaînes carotidiennes, des deux côtés du cou. Il est rare que le nerf dentaire inférieur ne soit pas lésé et qu'il n'existe pas une anesthésie dans le territoire cutané et muqueux correspondant. En faisant ouvrir la bouche au patient, on aperçoit un vaste clapier, une ulcération saignante, suppurante, au fond de laquelle se trouvent des séquestres.

Le malade salive abondamment. C'est une salive mêlée de sang et d'ichor abominablement fétide. Les doléances du malade sont toujours vives, car il souffre. Ce sont les douleurs habituelles de la névralgie faciale symptomatique, avec des irradiations plus ou moins lointaines, dont l'otalgie est la plus fréquente. Tous les mouvements de la mandibule deviennent douloureux rendant ainsi pénibles les actes de la vie courante; déglutition, mastication et phonation.

Cependant très longtemps, l'état général du malade reste satisfaisant, mais la déglutition des particules septiques, la difficulté de l'alimentation, les douleurs et l'insomnie finissent par l'altérer. *A la cachexie buccale*, telle que l'a décrite Lejars, s'ajoute d'ailleurs la *cachexie cancéreuse*. En outre, ces malheureux sont sous le coup de deux menaces : l'hémorragie et la broncho-pneumonie.

2° FORME VÉGÉTANTE. — A côté de cette forme ulcéreuse, on peut observer des formes végétantes, aboutissant à la production d'une masse bourgeonnante néoplasique typique. L'os est usé en surface, quelquefois comme troué lorsque le cancer est né bas de la muqueuse du plancher buccal, par exemple.

II. Forme térébrante. — Tout autre au début est la forme térébrante, et cela se comprend si l'on se reporte à la structure du maxillaire inférieur. Nous avons montré en faisant des coupes dans la mandibule et en les radiographiant, que la branche horizontale est formée par une carapace de tissu compact contenant du tissu spongieux. La branche montante a la même structure sauf au niveau de son bord postérieur et inférieur et du coroné. Lorsque les végétations néoplasiques s'enfoncent dans la mandibule, elles détruisent tout d'abord le tissu spongieux s'étendant entre les deux tables osseuses compactes, remontant dans la branche montante. L'os est déjà très malade, lorsque les bourgeons cancéreux s'extériorisent à travers l'une des tables osseuses.

Début. — C'est ce qui explique que la période de début s'allonge au milieu d'une grande pauvreté symptomatique. Voici en général comment les choses se passent. Le malade constate qu'une ou plusieurs de ses dents s'ébranlent; il les fait extirper. Mais la cavité alvéolaire ne se comble pas, d'où des curettages inutilement pratiqués sauf si l'attention du praticien est attirée sur l'aspect de cet alvéole, tapissé par une muqueuse légèrement végétante, granuleuse et saignante.

C'est au bout de quelques semaines que le sujet vient consulter, à moins que son dentiste ne fasse le diagnostic ou qu'il s'inquiète, se rendant compte qu'il y a là quelque chose d'anormal. D'autres fois, l'atteinte du nerf dentaire inférieur entraînant des phénomènes névralgiques et de l'anesthésie dans le domaine du mentonnier, vient jeter un véritable cri d'alarme. A ce moment, il y a peu de signes physiques : légère tuméfaction mandibulaire, téguments normaux, pas de réaction ganglionnaire (par contraste avec la forme précédente), et plaie alvéolaire déjà décrite. Mais la gravité du mal est décelée par la radiographie. Elle montre une image lacunaire dont les bords sont grignotés. Tout autour existe une série de plages de destruction de l'os par les bourgeons cancéreux, soit massives, soit peu étendues et juxtaposées, donnant une image en dentelle des plus caractéristiques.

Période d'extériorisation. — Dès que l'une des corticales est usée, le cancer se propage rapidement dans la joue ou dans le plancher de la bouche. La symptomatologie va rejoindre celle des formes précédentes (apparition d'adénopathie, de phénomènes infectieux de l'infiltration des plans de recouvrement de la mandibule) mais symptomatologie aggravée du fait que le mal a sournoisement et considérablement miné toute la mandibule.

Diagnostic. — Nous avons insisté sur les erreurs graves de diagnostic de la période de début, à telle enseigne que de pareils cancers ont été catalogués : pyorrhée ou accidents infectieux d'origine dentaire.

a. *Avant l'infection du cancer*, nous ouvrons le *chapitre des ulcères des muqueuses*. En réalité, il est restreint. *L'ulcère tuberculeux* survient chez un tuberculeux avéré. Il est *exceptionnel* à ce niveau de la bouche. Ses bords sont décollés, atones; son fond est raviné et le pourtour, nullement induré, est parsemé de points jaunes.

Cette région n'est pas non plus souvent fréquentée par la *syphilis*. Nous répétons que l'ulcère syphilitique est un ulcère avec des bords taillés à pic, dans des tissus durs, avec un fond bourbillonneux.

b. *Au stade d'infection*, certaines cellulites aiguës secondaires peuvent égarer le diagnostic vers l'hypothèse de simples accidents infectieux d'origine dentaire ou lithiasique. Hormis ces cas, c'est d'ordinaire toute la question des *ostéomyélites chroniques* qui est à débattre. Ces grands désordres osseux chroniques appellent une étude étiologique minutieuse. Celle-ci se résume dans la recherche de *la syphilis à forme séquestrante, de la tuberculose à forme diffuse, de l'ostéomyélite d'origine dentaire évoluant notamment chez des syphilitiques*. L'infection banale secondaire qui s'est produite vient camoufler les lésions spécifiques. C'est vraisemblablement ce qui rend la syphilis si séquestrante alors qu'elle ne l'est pas ailleurs, ce qui donne à la tuberculose une allure séquestrante voire même hyperostosante. L'étude des antécédents, l'histoire de la maladie, l'aspect des lésions, les recherches de laboratoire : biopsie, radiographie permettront de déceler la véritable cause de cette ostéomyélite chronique.

B. SARCOMES

Symptomatologie. — Début. — Le début varie avec le siège de la tumeur.

a. *Dans les formes superficielles*, la tuméfaction d'une des tables osseuses, le plus souvent la table externe, attire rapidement l'attention. La tumeur souvent indolore est plaquée sur la mandibule et immobile sur elle, comme elle n'est pas recouverte de coque osseuse, sa consistance diffère de celle de l'os.

b. *Les sarcomes profonds* tuméfient l'os plus tardivement, mais ils sont susceptibles d'irriter le nerf dentaire inférieur, engendrant des phénomènes névralgiques que le malade reporte à ses dents, d'où des avulsions inutiles.

Le laps de temps compris entre le moment où le mal débute et celui où le malade s'inquiète de l'hypertrophie de son os est variable suivant la nature du sarcome : trois mois environ pour les sarcomes où prédominent les cellules rondes, jusqu'à douze, quatorze mois pour les sarcomes fuso-cellulaires.

Période d'état. — On se trouve alors en présence d'une tuméfaction faisant corps avec la mandibule.

a. Lorsque la tumeur est encore revêtue d'une couche d'os suffisante, elle donne au palper la sensation dure d'une hyperostose.

b. Lorsqu'elle n'est plus recouverte que d'une mince coque osseuse, on remarque de la crépitation parcheminée.

c. Lorsqu'elle a usé complètement l'os, elle laisse percevoir sa consistance, variable suivant la formule histologique ; certains sarcomes sont à ce point vasculaires qu'ils forment une tumeur pulsatile.

On ne manquera pas d'interroger le nerf dentaire inférieur. Il est rare que l'évolution du sarcome mandibulaire n'entraîne pas une névralgie faciale symptomatique. Puis, d'autres troubles fonctionnels se surajoutent, en rapport avec l'augmentation de volume de la tumeur et son extériorisation.

Extériorisation. — En effet, quand le sarcome central aura détruit l'os, que le sarcome périphérique aura rompu sa capsule, les plans périmandibulaires seront refoulés, mais dans les formes très malignes, les parties molles sont infiltrées, la peau ou la muqueuse adhère et peut même s'ulcérer. La joue se déforme, le sillon gingivo-jugal est comblé, ce qui gêne la fermeture de la bouche et la mastication. Les dents s'ébranlent et tombent. Parfois, le sarcome se propage vers le plancher buccal. La langue est refoulée, gênée dans ses mouvements, d'où les troubles de la mastication, de la déglutition et de la phonation.

Arrivée à ce stade, la tumeur est sous-muqueuse, de consistance variable, susceptible de s'ulcérer et de saigner.

Pronostic et évolution. — Abandonné à lui-même, le sarcome évolue vers la mort, par bronchopneumonie, hémorragie ou cachexie, dans un délai qui varie entre quelques mois et deux ou trois ans. Après exérèse, la récidive est fréquente, souvent précoce. Les sarcomes des maxillaires ont peu de tendance aux métastases.

Diagnostic. — *a.* Le *diagnostic du sarcome à marche rapide et douloureuse est en général facile.* *b.* Il est plus délicat dans les cas à *évolution relativement lente et indolore*. La radiographie et la ponction aideront à l'établir.

La ponction blanche ou ne ramenant que du sang, permet déjà d'éliminer toutes les formations kystiques de la mandibule : kystes paradentaires, dentifères ou adamantins.

La radiographie montre des images variables.

1° *La lacune sarcomateuse* a des limites diffuses et des bords serpigineux. Dans le sarcome banal « la plage est tout à fait claire ou zébrée de traits irréguliers, travées osseuses que le sarcome n'a pas achevé de détruire » (Moulonguet). Dans les ostéosarcomes, la lacune est parsemée de plages ostéoïdes ou ossifiées suivant qu'il s'agit d'un sarcome ostéoïde ou ossifiant ; de toute manière, l'os construit par le sarcome n'a pas une structure normale.

Tavernier écrit que les tumeurs malignes se substituent à l'os, qu'elles le détruisent sans provoquer de réaction importante d'hyperostose de défense. Moulonguet admet que l'os oppose une vaine réaction de défense et l'hyperostose, variable dans son intensité, est pour lui signature d'une tumeur maligne. Ces deux auteurs signalent le décollement du périoste et sa réaction. « La réaction périostée laisse voir au voisinage de la lacune néoplasique un soulèvement du périoste en coup d'ongle, ou bien un éperon fiché sur la corticale, ou bien mieux encore une ombre portée légère, en coup d'estompe, le long de la corticale osseuse » (Moulonguet). En outre, la corticale osseuse est d'emblée encochée si l'on a affaire à un sarcome périostique ; elle est rapidement détruite dans les sarcomes centraux, tandis qu'elle est refoulée dans les tumeurs bénignes.

Ces signes radiologiques très intéressants pour différencier les tumeurs bénignes et malignes des os longs, sont délicats à mettre en évidence au niveau de la mandibule. Par suite de la méthode de projection que l'on est obligé d'employer pour radiographier la mandibule, ils ne peuvent être recherchés qu'au niveau du rebord basilaire. Là seulement, il est loisible d'apprécier les relations de la tumeur avec le périoste et la corticale.

On pourra cependant tenter de faire une radiographie complémentaire de face.

2° La seconde image radiographique du sarcome n'est plus une lacune, mais une altération de la structure normale osseuse, de sorte que l'on voit une « ombre barbouillée » ou une « grisaille irrégulière, estompant l'image des travées osseuses, ressemblant à une teinte au lavis mal faite avec des traces de coups de pinceau » (Moulonguet).

Muni de ces renseignements, on pourra donc *s'orienter au milieu des tuméfactions à marche lente de la mandibule* qui peuvent être réalisées par :

1° *les processus dystrophiques* ;
2° *les processus inflammatoires chroniques* ;
3° *les tumeurs bénignes.*

1° *Les ostéopathies fibreuses* sont capables de se localiser, au début, au niveau des maxillaires. Ainsi, le premier malade que nous avons observé avec le professeur Cunéo avait été opéré pour un sarcome. Mais comme nous l'indiquions dans notre thèse, on dépistera ces ostéopathies, d'ailleurs rares, par :

a. l'aspect plus diffus de la tuméfaction, à limites imprécises ;

b. l'aspect floconneux de l'image radiographique ;

c. l'aspect floconneux de zones osseuses cliniquement saines, d'où la nécessité, au moindre doute, de pratiquer des radiographies en d'autres zones que celles apparemment atteintes.

2° *Les phénomènes inflammatoires atténués et chroniques* réalisent une hyperostose qui pourrait en imposer pour une tumeur. Ils se retrouvent dans :

a. les infections banales d'origine dentaire ;
b. la syphilis ;
c. la tuberculose ;
d. l'actinomycose.

a. *Les infections banales chroniques d'origine dentaire* sont parfois uniquement hyperostosantes, sans fistulisation. Bercher en a cité des cas. L'abcès osseux est rare et la radiographie avec sa géode parfaitement limitée, cerclée par une réaction hyperostosante

est typique. Heydenreich a signalé des formes hyperostosantes, comme accidents d'éruption de la dent de sagesse.

b. *La syphilis*, sous sa forme hyperostosante, est la grande simulatrice des sarcomes. Polloson et Dechaume en ont rapporté de beaux exemples. Mais outre les antécédents, les épreuves de laboratoire, « l'ostéite syphilitique est habituellement caractérisée par l'existence d'un fourreau périostique épais, régulier, constitué par de l'os trabéculaire parfait » (Moulonguet).

c. *La tuberculose*, au niveau de l'angle, donne un tuberculome qui prête parfois à confusion avec le sarcome.

d. *L'actinomycose* osseuse est exceptionnelle. On se trouve presque toujours en présence d'actinomycose cervico-faciale, périmaxillaire.

3° Dans un troisième ordre de faits, il s'agit *de tumeurs* dont le pronostic est à discuter, mais dont la discrimination n'est guère possible que par la biopsie, sauf pour l'adamantinome kystique que l'on distingue rapidement par la ponction et la radiographie et pour les ostéomes à radiographie typique.

Ces formations tumorales sont :

a. *Les adamantinomes solides simples.*

b. *Les tumeurs à myéloplaxes.*

c. *Les tumeurs bénignes* (fibromes, chondromes).

d. *Les tumeurs à tissus multiples*, comme les appelle Masson.

Traitement des épithéliomas. — Ce traitement est difficile, décevant, plus difficile encore que celui des tumeurs malignes des maxillaires supérieurs parce que la mandibule est mobile, que les plans de recouvrement sont en connexions avec de larges espaces cellulaires (plancher de la bouche, cou), riches en vaisseaux lymphatiques.

Il soulève trois problèmes thérapeutiques redoutables : *tumoral, ganglionnaire et osseux.*

Nous pouvons le comprendre à différents moments.

I. **Traitement préparatoire**. — La bouche doit être préparée.

a. Il faut enlever les dents et les racines susceptibles de donner ultérieurement des accidents infectieux.

b. Désinfecter la bouche et autant que faire se peut combattre les infections secondaires du cancer.

c. Si l'on prévoit une thérapeutique par les agents physiques, il est nécessaire de supprimer toutes les pièces métalliques dentaires qui pourraient agir comme des résonateurs secondaires.

d. Si l'on pense à un acte chirurgical, il importe de prendre de bonnes empreintes et le stomatologiste prévoira l'appareillage ad hoc.

II. **Traitement proprement dit**. — On peut utiliser l'acte chirurgical, les agents physiques ou les deux à la fois.

a. L'intervention chirurgicale a comme inconvénient :

1° d'exposer à l'essaimage,

2° d'être grave dans les formes étendues intéressant la mandibule sur toute sa hauteur, dans les formes infectées, dans les formes avec gros retentissement ganglionnaire, et d'être mutilante.

A ce propos, il convient de rappeler la gravité du pronostic fonctionnel des résections médianes (les deux fragments latéraux tendant le plus habituellement à faire une conjonction sagittale) et des hémirésections (l'hémifragment se plaçant de biais dans la bouche et se tordant sur son axe). Au contraire, lorsque l'on peut respecter une partie de la branche horizontale et que l'engrènement dentaire est satisfaisant, le pronostic fonctionnel est relativement bon et le malade peut se passer d'appareillage.

Il s'agit donc d'affaire d'espèce. Lorsque le cancer est reconnu à temps, il semble que la chirurgie seule rende de grands services. C'est ainsi que Bernard a montré l'intérêt de l'opération conservatrice de Morestin dans les cancers du plancher de la bouche, n'ayant pas encore débordé dans la région sous-mentonnière, alors que l'opération de Vallas reste grave.

Dans les formes térébrantes, la résection typique est nécessaire. Dans les formes superficielles, l'intervention « à la demande » a son utilité lorsqu'elle est complétée par l'action des agents physiques.

Le curage ganglionnaire du cou, fait « complètement en vase clos », est le second temps indispensable de l'exérèse de la tumeur, chaque fois qu'il existe des ganglions suspects.

b. Le traitement radiothérapique vise à détruire la cellule souche du cancer. Pratiqué seul, il a donné autant de déboires que le traitement chirurgical isolé.

La radiumthérapie est puissante. Mais les résultats dépendent non seulement de la radiosensibilité de la tumeur et de son degré d'infection, mais aussi des difficultés de technique. Les aiguilles ou les tubes de radium agissent activement dans une sphère très limitée. Par conséquent, si leur disposition n'est pas telle que la tumeur soit irradiée d'une façon homogène, la loi du carré de la distance va jouer et des récidives vont se produire parce que des foyers de cellules souches auront été respectés ou excités. Or, dans ces régions mobiles, la curiethérapie se heurte toujours à de sérieuses difficultés de technique. Avec la rœntgenthérapie, l'action est plus homogène, parce que la source étant placée loin, les conséquences de la loi du carré des distances ne sont plus à redouter, par contre, l'action est moins puissante.

Autre déboire de la radiothérapie, *la fréquence et la gravité de l'ostéo-radio-nécrose*. Comment l'éviter, par une intervention préalable dite de désossement; mais au niveau de la mandibule, cette opération retarde la curiethérapie. Les lèvres de la plaie se rétractent et la solution de continuité de l'arc osseux rend très mobile la région de sorte que l'application rationnelle du radium est retardée. Si bien que d'autres auteurs, Bernard et Hulin, proposent, après l'application du radium, de pratiquer l'ablation de l'os qui a été impressionné par le radium et susceptible de se nécroser dans l'avenir.

Reste le problème ganglionnaire tout aussi épineux ici qu'ailleurs. Les règles de l'Institut du ra-

dium sont les mêmes que pour le cancer de la langue : exérèse en vase clos, suivie de radiothérapie complémentaire.

En matière de conclusion, nous dirons que dans l'ensemble, la chirurgie seule ou la radiothérapie seule, ont donné des résultats décevants. L'association des deux thérapeutiques, avec toutes les difficultés que comporte leur technique, améliorera sans doute la statistique défavorable des cancers de la mandibule. Il faut un recul de temps suffisant pour pouvoir en juger.

III. **Traitement ultérieur**. — *a*. S'il y a eu intervention chirurgicale avec perte de substance :

1° Ne pas vouloir appliquer une prothèse immédiate qui ne serait pas tolérée et qui serait irritative ;

2° Guider la cicatrisation, en immobilisant en bonne position les deux fragments, pour éviter la rétraction cicatricielle qui provoque des déviations des fragments contre lesquelles il est ensuite difficile de lutter (L. Ruppe) ;

3° Ne penser à la prothèse que quelques mois plus tard ; la construire après avoir travaillé les brides ; elle n'est généralement pas utile lorsque la résection a respecté une partie de la branche horizontale.

b. Lorsqu'il y a eu radiothérapie, il faut s'abstenir de toute intervention sur l'os, même une avulsion dentaire, pour ne pas déclancher une ostéo-radionécrose tardive (Dufieux).

Traitement des sarcomes. — *Les sarcomes lymphoïdes ont une extrême radiosensibilité*. Ils fondent rapidement, mais il faut craindre l'apparition de métastases. Parvenu au stade de généralisation, l'issue mortelle se produit inévitablement par cachexie ordinairement après six mois ou un an (Lacassagne).

Les fibro-sarcomes, les ostéo-sarcomes sont peu sensibles aux radiations ; aussi la chirurgie conserve pour eux tous ses droits. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 JUIN 1931)

Pouvoir hématopoïétique du carotène. — MM. Léon BINET et STRUMZA démontrent que dans l'anémie expérimentale, l'administration de carotène facilite considérablement le relèvement du taux de l'hémoglobine.

Sur la formation de fibrine aux dépens des cellules blanches dans les exsudats articulaires. — MM. M. PIETTRE et Boris CELON ont pu suivre, au microscope, cette formation extrêmement curieuse, dont les différentes phases se succèdent comme s'il s'agissait d'un film cinématographique dans l'ordre suivant : gonflement du leucocyte, déformation en un ou deux points donnant naissance à une ou plusieurs hernies du protoplasma, pseudopodes se ramifiant à leur extrémité en prolongements de plus en plus fins, enfin organisation presque explosive en filaments granuleux ou en aiguilles hyalines qui s'accrochent en éléments voisins pour former un réseau rétractile possédant les caractères et les réactions histochimiques de la fibrine classique.

En dehors de leur intérêt histologique ou physiologique, ces recherches apportent une intéressante contribution au problème physico-chimique *de la floculation de la matière organisée*, sous l'un de ses aspects les plus curieux, l'*orientation linéaire amorce de la cristallisation*.

Action calcifiante du bismuth. — MM. LEVADITI, VAISMAN et Mlles SCHOEN et MANIN montrent que le bismuth, administré à des lapins et à des chiens à des doses toxiques et par voie intramusculaire, détermine une calcification plus ou moins intense du muscle (au point d'injection) et du rein. Cette calcification, que provoquent les dérivés bismuthiques insolubles, oléosolubles et hydrosolubles, n'est pas en rapport avec la teneur du rein en bi-élément, ni avec le degré de néphrite bismuthique. Le calcium apparaît dans les fibres musculaires et les cellules rénales corticales. L'action calcifiante du bismuth n'est pas une contre-indication du traitement bismuthique de la syphilis, pour la raison qu'elle n'apparaît que si les doses administrées sont supérieures à celles utilisées en thérapeutique.

Nouvel appareil d'électrothérapie pour la production des ondes alternatives à longue période et des courants ondulés. — MM. DELHERM et LAQUERRIÈRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1931)

La propriété scientifique. — *Discussion*. — M. FOURNEAU combat le rapport de Mme Curie sur la question de la propriété scientifique. Il apporte un contre-projet qui sera discuté ultérieurement.

La pléthore médicale. — M. BALTHAZARD dépose son rapport sur cette question :

« La Commission que vous avez nommée à la suite de la communication de notre collègue, M. Sergent, dit-il, a tout d'abord constaté la rigoureuse exactitude des faits signalés.

« Examinant les statistiques publiées par le doyen de la Faculté de médecine de Paris, elle s'est rendu compte que l'encombrement de la profession médicale en France tient pour une part importante à la facilité avec laquelle on autorise les étrangers à postuler le diplôme d'Etat de docteur en médecine.

« La Commission vous propose donc d'approuver pleinement la proposition de loi Armbruster, déjà votée en première lecture par le Sénat. Tout étranger désireux d'exercer la médecine en France devra satisfaire aux mêmes conditions que les Français : posséder le baccalauréat français, acquérir la naturalisation avec les charges militaires qu'elle comporte.

« Il a semblé cependant qu'il importait de conserver un avantage aux Roumains et aux Mauriciens « en vertu des coutumes traditionnelles établies entre la France et la Roumanie depuis plus d'un demi-siècle », ainsi que le dit le nouveau texte présenté à la deuxième lecture devant le Sénat, par le rapporteur, M. le docteur Dentu. Mais, contrairement aux dispositions proposées, votre Commission estime que c'est à la fin des études et non au début que devrait être faite la sélection des étudiants admis à postuler le diplôme d'Etat. La dispense du baccalauréat français et de la naturalisation apparaîtrait ainsi comme une récompense basée uniquement sur la valeur des études et non comme une faveur plus ou moins justifiée.

« La Commission vous propose donc le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, convaincue des dangers que l'encombrement ferait courir à la profession médicale, demande au Parlement de voter rapidement les dispositions de la proposition de loi Armbruster. Mais, pour maintenir intactes les bonnes relations médicales avec la Roumanie, l'Académie de médecine émet le vœu que chaque année, parmi les étudiants roumains ayant poursuivi leurs examens en France, il en soit désigné un certain nombre à qui serait accordé le diplôme d'Etat, sans qu'ils aient à satisfaire aux conditions de la loi Armbruster (leur nombre ne devrait pas dépasser quinze par an pour l'ensemble des facultés françaises.) »

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Léon Bernard, Netter et Sergent, ce vœu est adopté.

Le vaccin de Friedmann. — M. Léon Bernard rapporte à l'Académie un manifeste qui vient d'être publié par le Comité central allemand de lutte contre la tuberculose, manifeste signé par les notoriétés de la phtisiologie allemande, où non seulement il est fait justice des imputations calomnieuses lancées à l'endroit de ces hautes personnalités par certains tenants du vaccin de Friedmann, mais où sont rappelées les conclusions de tous les travaux expérimentaux et cliniques qui ont démontré l'inefficacité préventive et curative de ce produit.

Vaccination B. C. G. et mortalité infantile dans l'arrondissement de Thann (1927-1930). — M. KERN. M. Léon Bernard présente une note de M. Kern (de Thann) montrant les résultats très favorables obtenus sur la mortalité dans un arrondissement du Bas-Rhin à la suite de la pratique étendue de la vaccination par le B. C. G.

Les pyréthrines en médecine humaine, en médecine vétérinaire et en hygiène. — M. J. CHEVALIER montre qu'en raison de leur activité contre les divers parasites intestinaux et de leur complète innocuité pour les malades, les indications de l'emploi des pyréthrines s'étendent, tant en médecine humaine qu'en médecine vétérinaire. Les résultats sont surtout frappants dans l'anémie vermineuse du cheval et la bronchite vermineuse des bovins.

Il recommande l'emploi externe des solutions de pyréthrines dans le traitement des gales et toutes autres affections cutanées parasitaires d'origine animale.

Il signale l'utilisation d'émulsions aqueuses de pyréthrines en pulvérisation pour la désinsectisation (puces, poux, punaises, cafards) des habitations, locaux agricoles, navires.

Le sauvetage individuel de l'équipage d'un sous-marin coulé. — M. GUGLIELMINETTI présente une note sur le sauvetage de l'équipage d'un sous-marin coulé, par l'emploi d'un sas ou d'une cloche à air et des appareils respiratoires, comme ceux employés pour le sauvetage dans les mines et à la construction desquels il avait contribué par ses études sur les inhalations d'oxygène pendant treize jours au sommet du mont Blanc. Un inhalateur d'oxygène présenté en 1902 par M. Ch. Richet à l'Académie a permis, depuis, aux aviateurs de braver les dangers des grandes altitudes. En y ajoutant un absorbant de l'acide carbonique exhalé par la respiration, cet appareil permet de respirer pendant deux heures dans un milieu irrespirable. On a construit dernièrement un peu partout des appareils semblables pour plonger.

L'auteur conseille, en cas de catastrophe, de profiter des sas et de remonter sans appareil en surface. L'azote respiré sous pression dans le sas devient par la décompression la cause d'embolies gazeuses, de paralysies et même de la mort. Les pêcheurs de perles, que l'auteur observa aux Indes, plongent et remontent rapidement sans appareil et sans ces accidents, parce qu'ils ne respirent pas sous pression. M. Guglielminetti propose de remplacer l'azote dans l'air du sas par de l'oxygène à 100 p. 100, dont les bulles ne sont jamais dangereuses, et qu'on peut respirer sans inconvénient même sous pression, mais pendant quelques minutes seulement, dix minutes à 50 mètres, 8 minutes à 80 mètres de profondeur, juste le temps pour traverser le sas.

La remontée se fera en peu de secondes grâce au flotteur qui entraîne l'homme en surface et le maintient jusqu'à l'arrivée du secours.

Le B. C. G. — M. LESNÉ, au nom de la Commission du B. C. G., dépose les conclusions suivantes :

« La Commission poursuit son enquête : sans aborder aujourd'hui la question de l'efficacité préventive elle soumet à l'Académie, relativement à l'immunité du B. C. G., les conclusions suivantes :

1° Il n'est pas d'exemple probant que le B. C. G. introduit dans l'organisme infantile par voie buccale ou sous-cutanée s'y soit transformé et ait déterminé des lésions tuberculeuses virulentes ;

2° Dans la grande majorité des cas le B. C. G. ingéré par le nouveau-né est bien toléré, il ne produit aucun trouble et n'entrave en rien le développement de l'enfant. Il arrive seulement qu'à la suite de la vaccination on observe des incidents transitoires et sans gravité dont le plus commun est une polyadénite. Ces incidents sont du même ordre que ceux constatés à la suite de toutes les vaccinations ;

3° La Commission rappelle que la méthode de vaccination du nouveau-né en milieu bacillifère comporte l'indication de le soustraire à toutes les contaminations tuberculeuses dès la naissance et pendant six semaines au moins. »

Ces conclusions seront discutées dans quinze jours.

Election de deux correspondants nationaux dans la 3e division (Hygiène). — Classement des candidats : en première ligne, M. Loir (du Havre) et M. Raynaud (d'Alger); en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Blanc (d'Athènes), Parisot (de Nancy) et Violle (de Marseille).

MM. Loir et Raynaud sont élus.

Election d'un correspondant étranger dans la 3e division (Hygiène). — Classement des candidats : en première ligne, M. Alfaro (de Buenos-Aires) ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Doerr (de Bâle), Gengou (de Bruxelles), Gorini (de Milan) et Jorce (de Lisbonne).

M. Alfaro est élu.

En raison de la fête nationale, la prochaine séance est reportée au *21 juillet 1931*.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 19 MAI 1931)

Deux observations de cous courts. — MM. BRINDEAU et E. JACQUET présentent deux sujets porteurs de malformations congénitales des vertèbres réalisant le cou court ; une femme de trente-cinq ans présentant au maximum le syndrome de Klippel-Feil et chez qui la radiographie montre l'existence d'un spina bifida postérieur sur ce qu'on peut voir des vertèbres cervicales qui sont fusionnées et dont le nombre paraît réduit ; une fillette de 6 ans chez qui la radiographie montre seulement 5 vertèbres cervicales, la fusion de l'atlas avec l'axis et l'occipital, un spina bifida antérieur des 3 premières dorsales, et qui présente par ailleurs une surélévation congénitale de l'omoplate gauche.

Guérison d'un abcès du poumon chez un nourrisson. Mort par pneumococcie prolongée. — MM. LEREBOULLET BOHN, BAIZE et F.-P. MERKLEN publient les résultats de l'autopsie d'un nourrisson présenté par eux en janvier dernier et qui, guéri cliniquement d'un abcès du poumon, fit, plusieurs semaines après, une poussée fébrile avec otite qui dura un mois

et fut suivie pendant un autre mois de cachexie progressive avec apyrexie. La mort survenue le 1er avril permit de constater la guérison anatomique du poumon droit avec sclérose étendue dans laquelle persistaient quelques îlots inflammatoires sans suppuration. La guérison locale était donc complète mais la persistance de l'infection pneumococcique avait fini par entraîner la mort quatre mois après le début des accidents.

Paraplégie spasmodique familiale. — MM. A. Mathieu, L. Babonneix et A. Miget présentent deux sujets, le frère et la sœur, atteints de paraplégie spasmodique familiale pure.

Anomalies vasculaires. — MM. L. Babonneix, V. Cathala et Mlle Fr. Lévy présentent un nourrisson atteint de dextrocardie et chez lequel se voit, dans la région épigastrique, une tumeur pulsatile située comme le montre la radiographie audessous du diaphragme.

Paralysie bulbaire. — MM. L. Babonneix et A. Miget présentent une petite fille de cinq ans atteinte de paralysies diverses portant sur les VIe, VIIe et XIIe paires, avec atrophie de la langue. Ils hésitent entre une malformation congénitale et une paralysie bulbaire à début précoce.

Angiome ulcéré de la face chez un nouveau-né. — M. H. Rouèche rapporte l'observation d'une enfant née avant terme et qui présente un placard angiomateux du nez et de la face. Au bout de quelques jours, et après un érythème facial accompagné de fièvre et d'atteinte de l'état général, l'angiome s'ulcéra et il y eut un effondrement de la cloison nasale, puis des cicatrices blanchâtres avec auréole rouge vif se dessinèrent sur les surfaces angiomateuses. En l'absence de tout signe de syphilis et quoique le B. W. soit négatif chez la mère, le père et l'enfant, un traitement arsenical améliora l'état de l'enfant.

Adénite cervicale bilatérale suppurée à B. C. G. terminée par guérison. — M. H. Janet rapporte l'observation d'une enfant vaccinée au B. C. G. à sa naissance, chez qui à l'âge de deux mois apparaissent des petits ganglions cervicaux; ces adénites suppurent vers l'âge de treize mois et ont l'aspect clinique d'adénites tuberculeuses. Le pus ne présente aucun germe à l'examen direct, et les ensemencements sont négatifs. Neuf cobayes sont inoculés : aucun d'eux ne devient tuberculeux mais chez deux d'entre eux l'autopsie révèle la présence dans les ganglions inguinaux de bacilles acido-résistants que l'on peut considérer comme du B. C. G.

L'enfant a parfaitement guéri et a actuellement un bon état général. De tels faits qui sont rares sont importants et intéressants à connaître, mais ne doivent pas être interprétés dans un sens défavorable à la méthode de vaccination par le B. C. G.

Pyopneumothorax putride insidieux chez un jeune enfant. — M. Ferru (de Poitiers) rapporte l'observation d'un enfant de trois ans et demi qui lui fut amené pour de la fatigue générale consécutive à une coqueluche assez sévère et chez

equel des signes d'épanchement liquide lui firent porter le diagnostic de pleurésie droite. L'examen radiologique montre qu'il s'agissait d'un épanchement hydro-aérique dont la nature tuberculeuse paraissait très vraisemblable, en raison de l'allure insidieuse de la maladie étalée sur plus de six mois et malgré l'absence d'antécédents suspects. Or la ponction exploratrice ramena un liquide brun horriblement fétide, qui imposait à la fois le diagnostic de pyopneumothorax putride et la nécessité d'une pleurotomie. L'opération fut suivie d'une rapide amélioration qui permit à l'enfant de quitter la maison de santé au bout de vingt jours. Malheureusement il revint peu de temps après pour mourir d'une crise d'asystolie aiguë, imputable, semble-t-il, à l'incurie des parents.

Quelques essais sur la fièvre de lait sec et sa pathogénie. — MM. Lereboullet, Debré, M. Lelong et J. Chabrun rapportent quelques expériences parfaitement inoffensives qu'ils ont instituées dans le but de préciser la pathogénie de la fièvre de lait sec.

Dans une première série d'essais chez un nourrisson qui présentait une fièvre uniquement liée à l'ingestion de lait sec, à l'exclusion de toute autre cause et en particulier en dehors de toute infection, ils ont étudié l'influence comparée des différentes marques de lait sec. Trois marques utilisées ont toutes les trois modifié, quoique à des degrés variables, la température de l'enfant. Il n'y a donc pas de différence essentielle d'un lait à l'autre. Toutefois les tracés obtenus ne sont pas superposables et il y a un facteur de variabilité lié au lait utilisé : ce facteur n'a qu'une importance de second plan.

Dans une deuxième série d'essais, ils se sont demandé si l'élément pyretogène ne se trouvait pas dans l'une des parties constituantes du lait. Ils ont constaté que l'ingestion séparée du petit lait dérivé du lait sec ne donnait qu'une élévation thermique minime, différente de la fièvre de lait proprement dite. L'ingestion séparée du coagulum résiduel de la préparation de petit lait, privé de toute trace de petit lait mais délayé dans une quantité convenable d'eau, ne s'est pas montrée pyrétogène.

Une troisième expérience (ingestion de lactose à doses progressives sans lait) a déclanché de la fièvre. La fébricule du petit lait peut donc s'expliquer par la lactose contenue dans le petit lait, cependant la fièvre de lactose expérimentalement indéniable a des caractères cliniques qui la différencient de la fièvre de lait sec.

Enfin une quatrième expérience (concentration progressive en poudre de lait des biberons donnés à l'enfant, la quantité d'eau ingérée restant la même) a démontré que la fièvre de lait sec est liée avant tout au rapport entre la quantité de poudre ingérée et la quantité d'eau dans laquelle celle-ci est diluée en vue de l'usage : ce rapport doit être équilibré. Cette notion essentielle ne supprime pas l'intervention d'autres facteurs favorisants liés soit au lait lui-même, soit à l'enfant, mais ces facteurs sont accessoires.

La méningite cérébro-spinale à bacilles de Pfeiffer. — M. Taillens (de Lausanne) rapporte un cas de méningite cérébro-spinale à Pfeiffer. Il s'agit d'une affection rare représentant à peine 5 p. 100 du total des méningites aiguës, qui simule en tous points la méningite cérébro-spinale à méningocoques dont elle ne se distingue que par la moindre intensité des contractures.

Le diagnostic est cependant possible grâce à la ponction lombaire et à la constatation du bacille de Pfeiffer dans le liquide céphalo-rachidien.

L'évolution fut dans ce cas mortelle, comme il est de règle chez les enfants au-dessous de deux ans; malgré un traitement par la gonacrine et la trypaflavine. Aucun traitement spécifique ne fut essayé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(Séance du 21 avril 1931)

Péricardite primitive rhumatismale guérie depuis deux ans. (*Présentation de malade.*) — M. D'Hour. Enfant de dix ans, atteint de péricardite que l'on croyait de nature tuberculeuse. Malgré l'absence de toute fluxion articulaire, l'auteur tente un traitement par le salicylate de soude et obtient la disparition rapide des phénomènes péricardiques. Une poussée articulaire vient, quelques jours plus tard, contresigner l'étiologie rhumatismale. Guérison complète.

L'auteur insiste sur la possibilité et la fréquence relative des localisations viscérales *primitives* dans la maladie de Bouillaud.

Délire alcoolique traité par la strychnine à hautes doses. — M. Lamoril. *Delirium tremens* chez un sujet de quarante-deux ans. Mise en cellule sous surveillance et traitement par la strychnine en injections hypodermiques : 6 milligrammes le premier jour (par 2 milligrammes chaque fois). 8 le second jour, 10 le troisième, 6 le quatrième pour consolider l'amélioration obtenue.

Cette méthode autrefois inaugurée par Luton, a été récemment rappelée par Pagniez. Elle donne d'excellents résultats; il y aurait antagonisme entre l'alcool et la strychnine.

(Séance du 12 mai 1931)

Sur le traitement de l'aérophagie. — M. Parturier étudie les différentes formes d'aérophagie, aiguë et chronique; il examine rapidement l'étiologie et insiste sur la thérapeutique. Il a renoncé à faire l'éducation de ses malades, car, attirer leur attention sur leur tic, c'est l'aggraver.

Il a recours aux antispasmodiques, principalement à l'anémone pulsatile et aux chatons de saule blanc (tantôt *per os*, tantôt par voie rectale).

De l'utilité de la salpingographie dans le diagnostic différentiel entre les états appendiculaires chroniques et la salpingite droite (*Présentation de radiographies.*) — MM. Courty et Cordonnier. Nombreuses sont les femmes qui ont un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, sans qu'il soit possible de préciser le siège exact et l'origine de cette algie; s'agit-il des annexes, ou de l'appendice?

Pour fixer le diagnostic et pour régler l'acte opératoire, les auteurs préconisent l'injection de lipiodol à travers l'utérus.

La radiothérapie de la région des surrénales appliquée à quelques troubles nerveux s'accompagnant de vaso-constriction. — MM. Desplats et Béra ont appliqué les principes, démontrés exacts pour les claudicants intermittents; ces malades, en effet, voient la vaso-constriction disparaître sous l'influence de la radiothérapie des surrénales.

Des Instincts à la personnalité morale. Les conditions biopsychologiques de la vie sociale, par le docteur G. Papillault, directeur du laboratoire d'anthropologie de l'Ecole des Hautes-Etudes, professeur de sociologie à l'Ecole d'anthropologie de Paris. Un volume de 200 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris — Soc. gén. d'imprimerie et d'édition, 17, rue Cassette.


CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50
DE THIOCOL "ROCHE"
Sirop Roche
COMPRIMÉS ROCHE
DE THIOCOL



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Anurie chez un enfant. Guérison, par M. Maurice Lévy et Mme Grand.
Le mode d'action des ferments lactiques dans le traitement des colites, par M. le docteur Thépénier.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie
Société des chirurgiens de Paris.
Société médicale-chirurgicale des hôpitaux de Nantes.
CHRONIQUE
Voyage d'études de la Faculté de médecine de Nancy à Vichy et dans les stations de l'Auvergne thermale.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Cancer de la tête du pancréas (suite).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nimes. — Un concours pour six places d'interne aura lieu le 4 décembre 1931, à l'hôpital Ruffi, 12, rue de Montpellier, à Nimes. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 novembre 1931, dernier délai. Le nombre de places annoncé pourra être modifié au moment de l'ouverture du concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Jacquemaire-Clemenceau (Georges-René), interne des hôpitaux de Paris ; 20 ans de services civils et militaires distingués. Victime de la science, le docteur Jacquemaire a contracté une très grave maladie dans son service hospitalier.

Grande chancellerie. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Maurice Venot, médecin de la maison d'éducation de la Légion d'honneur.

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. le lieutenant général médecin Demolder, inspecteur général des services de santé de l'armée belge.

Au grade d'officier. — M. le docteur Pappas, ancien médecin-major de 2e classe.

GUERRE (Active.) — Mutations :

M. le médecin lieutenant-colonel van Merris (d'Amiens) est nommé médecin chef de l'hospice mixte d'Amiens.

— Sont nommés :

MM. les médecins commandants Rouquier (Strasbourg), à Nancy; Blondel (Levant), à Angoulême; Guilmain (Rennes), à Bordeaux; Rey (Paris), au Bourget; Bardon (Paris), en Indochine; Clerc (Besançon), à Rennes.

MM. les médecins capitaines Magenot (Sarrebourg), à Versailles; Oudjari (Epinal), en Indochine; Charles (Sarreguemines), maintenu.

M. le médecin lieutenant de Casaban (Maroc), à Pau.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Il est institué à l'Ecole du Service de santé militaire une section médecine troupes coloniales, en vue de contribuer avec l'Ecole principale du Service de santé de la marine au recrutement des médecins militaires des troupes coloniales.

Cette section est désormais organisée à Marseille où elle constitue un détachement de l'Ecole du Service de santé militaire.

Les élèves qui seront à l'avenir admis dans cette section poursuivront intégralement leur scolarité auprès de la Faculté de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille.

Il en sera de même pour les élèves déjà admis dans cette section à l'exception de ceux visés par l'article 8 du décret du 19 septembre 1919 qui doivent terminer leurs deux dernières années d'études à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, ou qui, ayant acquis au concours la qualité d'externe ou d'interne des hôpitaux d'une ville de faculté, pourront, s'ils le désirent, poursuivre intégralement leurs études dans ladite faculté.

REMISE D'UNE MÉDAILLE A M. RÉCAMIER. — Il y a quelques jours, à l'hôpital Saint-Michel, sous la présidence de M. Bourdel, qu'entouraient MM. Charcot, membre de l'Institut, le professeur Jean-Louis Faure, MM. Lebret, Petit-Dutaillis, Bonnet Roy, Pauchet, et en présence d'une nombreuse assistance dans laquelle on remarquait S. M. la reine Amélie de Portugal, MM. les professeurs Chauffard, Brindeau, etc., avait lieu dans une réunion particulièrement cordiale la remise à M. Récamier de sa médaille, œuvre du sculpteur Thénot.

Cette cérémonie, qui fut à la fois simple et fort émouvante, fut ouverte par M. Bourdel qui, dans une allocution vivement applaudie par toute l'assistance, retraça l'histoire de l'hôpital Saint-Michel dont l'important développement fut assuré grâce au dévouement du docteur Récamier et de sa famille.

POUR LA CULTURE CLASSIQUE. — L'Association Guillaume Budé organise du 22 août au 11 septembre une croisière en Grèce, dont l'itinéraire est fixé comme suit : Athènes, Egine, Sunium, Délos, Mykonos, Santorin, Knossos, Phaestos, Monemvasia, Gythion, Sparte, Mistra, Olympie, Delphes, Ithaque.

La croisière sera accompagnée par M. G. Glotz, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne.

Les personnes que cette croisière pourrait intéresser sont priées de s'adresser à l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (VIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur René Jacquemaire-Clemenceau, petit-fils de Georges Clemenceau.

Notre jeune confrère est mort victime du devoir professionnel. Avant sa mort, il a reçu la croix de chevalier de la Légion d'honneur; — Nous apprenons anssi la mort de MM. les docteurs Emile Macon (de Laon), Nestor Deroite (de Huy), Marcel Paquet (de Bruxelles) ; — Nous avons appris la mort de Mme Lidia Giordano-Vola, femme de notre éminent confrère le professeur Giordano, maire de Venise, sénateur du royaume d'Italie. Nous prions le professeur Giordano de recevoir l'expression bien vive de notre profonde sympathie.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. (Service de M. le docteur DEVRAIGNE.) — Les docteurs Jean Seguy et J.-E. Marcel commenceront, le 23 juillet 1931, un cours pratique de thérapeutique gynécologique médicale.

Le cours comprendra six leçons de deux heures chacune : cours théorique et travaux pratiques.

Prix du cours : 200 fr.

Les leçons auront lieu, en principe, après dîner, aux jours et heures à fixer d'accord avec les élèves.

Prière de s'inscrire dans le service du docteur Devraigne, à la Maternité de Lariboisière.

CHRONIQUE

VOYAGE D'ÉTUDES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY A VICHY ET DANS LES STATIONS DE L'AUVERGNE THERMALE (12-17 JUIN 1931).

Sous la direction du professeur Santenoise et du docteur Louis Merklen, chargé de cours à la Faculté de médecine, les élèves du cours de thérapeutique et d'hydrologie viennent d'accomplir une superbe randonnée de cinq jours dans les stations thermales de l'Auvergne. La première journée du voyage était d'abord consacrée à Vichy. Le matin eurent lieu les visites des nouveaux ateliers d'embouteillage des eaux de Vichy-Etat et celle du laboratoire de recherches hydrologiques, dirigé avec tant de compétence par le docteur Lescœur.

Après une très belle conférence du docteur Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales de Vichy, un banquet fut offert aux visiteurs par la Compagnie Fermière, sous la présidence de M. Baugnies, vice-président du Conseil d'administration.

L'après-midi fut occupé par la visite de l'Etablissement thermal, des buvettes et du Sporting-Club.

Après ce trop rapide passage, les voyageurs repartirent en autocars le lendemain 13 juin pour la visite de Châtelguyon, où la conférence d'usage leur fut faite par le docteur Brunier. Après le déjeuner, présidé par le docteur Balme, directeur de l'Etablissement thermal, la caravane thermale, pressée par le temps, reprit sa randonnée à travers la chaîne des Puys et débarquait à La Bourboule dans l'après-midi. Le docteur Diffre leur fit admirer le magnifique parc d'enfants, et le docteur Gachon, maire de la station, leur souhaita une très cordiale bienvenue.

Le lendemain 14, les visiteurs parcoururent les différents services du bel établissement thermal, sous la conduite du docteur Jumon qui leur fit un exposé documenté sur les indications thérapeutiques des eaux arsenicales.

A 10 heures, la caravane arrivait au Mont-Dore, distant seulement de quelques kilomètres. Un compatriote, le docteur Claude, leur fit les honneurs de l'établissement et leur montra spécialement les salles d'inhalation. Le docteur Robert dit ensuite, en quelques mots, ce qui valait au Mont-Dore sa réputation de « Providence des asthmatiques ». A l'issue du banquet prirent successivement la parole M. le docteur Bouchon, maire de la station, M. Verrier, administrateur-délégué de la Compagnie, les docteurs Galup et Garcin.

De nouveau c'est le départ, et après une succession de paysages magnifiques l'arrivée à Saint-Nectaire où le médecin commandant Maire, médecin-chef de la station militaire, montra en détail les différents établissements thermaux.

Très belle conférence du docteur Roux, et réception à l'Hôtel des Thermes, sous la présidence de M. de Dunon, directeur de la Société.

Le dernier jour de cette belle randonnée, après une visite à l'église si caractéristique de Saint-Nectaire, les voyageurs se mirent en route pour faire l'ascension du Puy de Dôme. Un panorama grandiose les récompensait largement de leurs peines.

A 14 heures, la caravane débarquait à Royat. Le docteur Aubertot fit un exposé très clair et très précis sur la grande station carbo-gazeuse, dont le docteur Richard, ancien interne des hôpitaux de Nancy, leur montra ensuite en détail les différentes pratiques thermales.

Un banquet clôtura cette journée à la fin duquel MM. Mérigoux, directeur de l'Etablissement thermal, et le docteur Mougeot, président de la Société médicale, prirent la parole.

C'est à regret que le lendemain matin les voyageurs reprirent le chemin du retour et rentrèrent à Nancy le 17 au soir.

En même temps que de très beaux souvenirs touristiques, les étudiants de la Faculté de Nancy auront retiré de ce voyage le plus grand profit scientifique; c'est avec une vive gratitude qu'ils garderont le souvenir de l'accueil si large et si cordial qu'ils ont rencontré dans ces belles stations de l'Auvergne.

Ils unissent aussi dans un même sentiment de reconnaissance le docteur Janot, le dévoué secrétaire de la Fédération thermale d'Auvergne, qui avait bien voulu leur servir de cicerone ; les dirigeants de l'Office national du tourisme et de l'Institut d'hydrologie du Collège de France qui ont subventionné le voyage, et enfin leur maître le professeur Santenoise et son collaborateur le docteur Merklen, qui en ont assuré la réalisation matérielle et le plein succès.

L. G.

Travail du service du docteur BABONNEIX, *hôpital Saint-Louis, annexe Grancher.*

ANURIE CHEZ UN ENFANT GUÉRISON

PAR

MAURICE-LÉVY, et Mme GRAND,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

Interne des hôpitaux de Paris.

L'anurie de l'enfant s'observe habituellement dans des conditions bien déterminées; elle est d'ailleurs peu fréquente. Le plus souvent, il s'agit d'anurie par néphrite aiguë ou suraiguë; c'est ce que l'on observe au cours d'une scarlatine méconnue ou mal soignée: on sait la gravité du pronostic. D'autres fois, il s'agit d'anurie réflexe, en particulier d'anurie post-opératoire, succédant presque immédiatement à une intervention et d'évolution transitoire. Le cas que nous avons l'honneur de rapporter ici n'entre dans aucun de ces groupes. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de détailler l'observation, remarquable en outre par l'évolution favorable, sous l'influence, peut-être, de la thérapeutique instituée.

OBSERVATION. — Le jeune Raymond H..., âgé de dix ans et demi, a été opéré, le 15 novembre 1930, dans le service de M. le docteur Mouchet, d'une appendicite aiguë. La crise, la première, avait éclaté la veille, avec son cortège de symptômes typiques, chez un enfant parfaitement sain jusque-là. L'intervention avait été pratiquée, sous anesthésie à l'éther, dans les meilleures conditions, et les suites opératoires avaient été normales pendant cinq jours. Brusquement, le 20 novembre, l'enfant se plaint de douleurs lombaires assez vives, a deux ou trois vomissements et les urines émises dans la journée sont franchement sanglantes, la température, qui s'est élevée de 2 ou 3 dixièmes de degré, ne dépasse cependant pas 38°. Tandis que le malaise général augmente, que les vomissements persistent, la diurèse diminue considérablement et, le 22 novembre, l'anurie est complète. La cicatrice appendiculaire est en parfait état, on ne note aucun phénomène abdominal, aussi l'enfant est-il envoyé dans le service de médecine.

L'anurie, avons-nous dit, est complète. Il n'existe aucune envie d'uriner, aucune gêne à l'hypogastre ; d'ailleurs, le globe vésical ne peut être décelé et la sonde ne ramène absolument rien. L'état général ne paraît pas mauvais, mais le petit malade se plaint encore de douleurs lombaires et présente une intolérance gastrique de plus en plus marquée, les vomissements sont fréquents; bientôt se manifeste un peu d'agitation. Il n'y a pas de diarrhée, la langue est un peu sèche. Les paupières ne sont pas enflées et il n'y a aucune trace d'œdème périphérique. La respiration est normale, l'auscultation des poumons ne révèle rien. Le pouls est à 70 avec une température de 37°8. Au cœur les bruits sont réguliers mais forts et la tension artérielle au Vaquez : Mx 15, Mn 11, chiffres qui indiquent, étant donné l'âge du malade, une hypertension manifeste. Enfin, le dosage de l'urée sanguine donne 1 gr. 50.

L'hypothèse d'une néphrite suraiguë vient à l'esprit, et la brusquerie des phénomènes de début : douleurs lombaires, hématurie, la possibilité d'une contamination hospitalière font rechercher les signes d'une scarlatine, mais il n'y a pas la moindre trace d'éruption sur le corps. Il n'existe ni angine, ni desquamation de la langue, qui est blanche et un peu sèche. Tout diagnostic étiologique est impossible; l'on institue immédiatement le traitement classique : ventouses scarifiées sur la région lombaire, saignée, injection intraveineuse de 150 grammes de sérum glucosé hypertonique et goutte à goutte rectal de sérum glucosé isotonique. Le lendemain l'anurie persiste, l'état général s'altère, l'enfant a les traits tirés, il est agité, les vomissements se reproduisent à trois ou quatre reprises dans les vingt-quatre heures, la respiration devient irrégulière par instants, le pouls est dur, tendu. Les pupilles sont normales, il n'y a pas de troubles oculaires. L'urée sanguine monte à 2g60. Les chlorures sont peu modifiés, à 5g60 par litre, le chlore plasmatique est à 3g33. Notons enfin que la réserve alcaline est abaissée à 34.

Malgré le sérum glucosé, donné quotidiennement en goutte à goutte rectal et en injections intraveineuses de sérum hypertonique, aucune émission d'urine ne survient. Le 26 novembre, le tableau clinique est inchangé; le malade est asthénique et s'agite dans son lit, les bruits du cœur sont forts; l'on note à la pointe une ébauche de galop; la tension artérielle est toujours élevée : Mx 15, Mn 12 au Vaquez; la respiration irrégulière tend à prendre un rythme de Cheyne Stokes. Il n'y a pas de soubresauts musculaires, pas de myosis. L'urée sanguine est à 2g95. En présence de cette azotémie progressivement croissante, la persistance des vomissements fait penser à la possibilité d'une déchloruration, et bien que le chiffre de chlore plasmatique soit très peu modifié : 3g13, on injecte 260 centimètres cubes de sérum salé isotonique. Le 27 novembre, au cinquième jour de l'anurie, la situation semble désespérée, aussi essaie-t-on une transfusion sanguine, procédé qui, dans un cas d'anurie de l'adulte, observé par l'un de nous avec M. Joltrain, avait été suivi d'une débâcle urinaire. La transfusion, faite avec 100 centimètres cubes de sang paternel, est admirablement tolérée. La journée s'achève cependant sans changement et le lendemain, l'absence de diurèse, les résultats fournis par le dernier dosage de l'urée sanguine qui est montée à 3g55 font porter un pronostic des plus graves au moment même où survient une émission de 250 grammes d'urines absolument limpides. Ces urines, fait curieux, ne renferment ni cylindres, ni albumine, quant à la concentration uréique, elle est extrêmement faible à 4g8 p. 1.000.

Assez rapidement se produit une amélioration sensible dans l'état de l'enfant, dont, surtout, l'agitation et les vomissements ont cessé, tandis que la respiration redevient régulière. Dans les premières vingt-quatre heures de la reprise de la diurèse, le taux des urines dépasse 2 litres. L'urée sanguine tombe de 3g55 à 1g60, tandis que l'urée urinaire monte à 10g5. La tension artérielle, élevée pendant toute la phase d'anurie, s'abaisse à 12-8. Enfin, la réserve alcaline revient à la normale ou presque (58). Dans le but d'activer la débâcle uréique, on fait, le 29, une nouvelle transfusion sanguine de 100 centimètres cubes de sang paternel et l'on poursuit encore quelques jours les instillations rectales de sérum glucosé. Le taux de l'urée sanguine, après une ascension légère à 1g70, s'abaisse brusquement à 0,29, pour atteindre, le 4 décembre, 0,16.

A cette date, la guérison est complète. Pas plus que dans les premières urines émises, on ne trouve, les jours suivants, de stigmates d'atteinte rénale. Le malade est mis rapidement à un régime normal. Nous l'avons revu à plusieurs reprises depuis sa sortie de l'hôpital, il est en parfaite santé. Notons qu'à aucun moment il n'a présenté de desquamation cutanée qui eût pu signer une scarlatine passée inaperçue.

Remarques. — L'observation de ce cas d'anurie nous paraît intéressante à plusieurs points de vue.

1° Tout d'abord, en ce qui concerne l'étiologie, il nous paraît difficile de conclure.

On ne saurait parler, croyons-nous, d'anurie réflexe post-opératoire, car l'anurie s'est manifestée bien tardivement après l'intervention (six jours) et sa longue durée ne plaide nullement en faveur d'une telle hypothèse.

Aucun élément ne permet, non plus d'incriminer une intoxication. Beaucoup plus probable apparaîtrait l'hypothèse d'une anurie par néphrite aiguë, en faveur de laquelle plaide le mode de début brutal par douleurs lombaires, hématurie, très léger mouvement fébrile. Mais on ne trouve aucune cause apparente de cette néphrite, à aucun moment on n'a noté d'exanthème ou d'énanthème, ni même la desquamation caractéristique d'une scarlatine. Il n'y a pas eu, non plus, de rhinopharyngite. Sans doute pourrait-on s'en tenir à un diagnostic de néphrite *a frigore*, mais comment expliquer, lors du rétablissement de la diurèse, l'absence complète de signes d'atteinte rénale?

Un auteur anglais a rapporté, en 1913, un cas d'anurie (1), survenue chez un enfant quatre jours après une appendicectomie et guérie à la suite d'une néphrectomie qui lui permit de faire une biopsie. Il put constater ainsi des lésions congestives des reins, mais ne put établir bien nettement la cause de l'anurie, très semblable à celle observée chez notre petit malade.

2° Parmi les symptômes observés au cours de l'évolution de cette anurie, nous croyons intéressant de signaler, d'une part, l'importance et la fréquence des vomissements et, d'autre part, le peu de modifications subies, de ce fait, par le chlore sanguin. D'ailleurs, l'injection de sérum salé ne semble nullement avoir influé sur le taux élevé de l'azotémie, dont le maximum fut de 3g55. Une autre caractéristique du tableau clinique nous paraît être l'hypertension artérielle, développée si rapidement chez le petit malade et qui, d'ailleurs, rétrocéda rapidement.

3° Enfin, l'évolution favorable de ce cas d'anurie pose la question de l'influence de la thérapeutique instituée. Sans doute, n'est-il pas exceptionnel de voir survenir spontanément une polyurie libératrice dans des cas d'anurie, surtout avant le septième ou huitième jour, il n'en reste pas moins que le traitement peut aider à déclancher la diurèse. Ici, sérum glucosé et sérum chloruré n'ont donné aucun résultat, mais la transfusion sanguine a été suivie, au bout de quelques heures, d'une émission abondante d'urines, comme cela s'était produit dans deux cas d'anurie de l'adulte, publiés par M. Joltrain en collaboration avec l'un de nous (2). C'est donc une méthode que l'on ne saurait négliger dans le traitement des anuries.

Traitement des syndromes hépato-biliaires, par le docteur G. Parturier, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur d'hépatologie à la Faculté libre de médecine de Lille. In-8 carré de 334 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Vigot frères.

Pour vaincre la tuberculose pulmonaire, par le docteur Léon Schekter (de Boulogne-sur-Mer). In-8 de 150 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

---

(1) Evans. Case of suppression of urine in a boy after operation for a acute appendicitis cured by double nephrostomy. *Soc. of med. London*, 1913, t. VII.

(2) E. Joltrain et Maurice Lévy. Anurie avec azotémie transitoire. Guérison, *Presse méd.*, 1929, n° 62.

LE MODE D'ACTION DES FERMENTS LACTIQUES DANS LE TRAITEMENT DES COLITES

Par M. le docteur Alfred THÉPÉNIER

A l'occasion du traitement des colites, l'arsenal thérapeutique s'est enrichi d'un nombre important de médicaments tantôt efficaces et tantôt inactifs. La raison des succès et des échecs tient surtout à la diversité des colites dont la pathogénie est souvent difficile à établir. Pour soigner les colites il faut s'inspirer fondamentalement des résultats fournis par l'examen coprologique; grâce à lui, on peut déceler le parasitisme intestinal, reconnaître les insuffisances digestives et se rendre compte de l'intensité du développement bactérien dans le gros intestin.

Contre les insuffisances digestives, le régime bien ordonnancé, l'apport de diastases de suppléance ou d'excitants sécrétoires, constituent les meilleurs moyens de diminuer l'intensité de la colite.

Contre l'exubérance et la toxicité de la flore bactérienne, c'est à l'ingestion de culture ou de vaccin et en particulier à la bactériothérapie lactique que l'on s'adresse.

Dans un travail récent, le professeur Ninni (1) a montré que : « si l'efficacité des ferments lactiques du type bulgare est indiscutable, leur mécanisme d'action est encore mal connu. »

Dans l'exposé qui va suivre et qui s'adresse aux cliniciens, nous développerons notre conception sur le mode d'action de la bactériothérapie lactique.

Metchnikoff et ses collaborateurs ont montré qu'un certain nombre de bactéries lactiques pouvaient se multiplier *sans inconvénient* dans le tube digestif, y développer une acidité favorable et entraver la multiplication anormale de la flore protéolytique, sans gêner les actions pancréatiques, biliaires et intestinales.

Les véritables bactéries lactiques ont comme aptitude fondamentale la propriété de produire de l'acide lactique.

Suivant Orla-Jensen (2) on peut les grouper de la façon suivante :

A. **Bactéries lactiques qui, outre l'acide lactique, ne forment que des traces de produits accessoires.** — *a*. **Formes en bâtonnets.** — 1° Thermobactérium produisant de l'acide lactique lévogyre ou inactif *T. helveticum*, *bulgaricum*, *lactis*, *cereale*.

2° Streptobactérium produisant de l'acide lactique dextrogyre ou inactif. *S. casei* : *plantarum*.

b. **Formes sphériques.** — *Streptococcus* produisant de l'acide lactique toujours dextrogyre. *S. lactis acidi*; *cremosis*, *thermophilus*, *inulaceus*, *liquifaciens*, etc.

B. **Bactéries lactiques qui, outre l'acide lactique, forment d'appréciables quantités de gaz ou de produits accessoires.** — *a*. Formes

en bâtonnets. — 1° BIFIDOBACTÉRIUM produisant de l'acide lactique dextrogyre *B. bifidus* (de Tissier) donnant des quantités notables d'acide acétique.

2° BETABACTERIUM n'exerce aucune action sur la caséine : *B. breve*, *longum*, *caucasicum*.

b. Formes sphériques. — *Betacoccus* produisant de l'acide lactique généralement lévogyre, rarement inactif, *B. arabinocaceus*, *bovis*.

C. **Pseudobactéries lactiques qui comprennent deux groupes de bactéries.** — 1° Celles qui prennent le Gram : *Microbacterium* dont le germe le plus important est le *bacillus acidophilus* des fèces et les *tetracocci*.

2° Celles qui ne prennent pas le Gram type *coli aerogenes*.

De tous ces ferments lactiques le plus employé est le bacille bulgare qui va retenir plus particulièrement notre attention.

Bacille bulgare. — Entre tous ces ferments c'est surtout au bacille bulgare que l'on a recours en thérapeutique; il a fait l'objet de nombreux travaux parmi lesquels il faut citer au premier chef ceux de Gabriel Bertrand et Weisweiller (3).

C'est un bacille très spécial, immobile, se présentant en culture jeune dans le lait sous forme d'un gros bâtonnet de 2 à 20 μ prenant le Gram, vivant en aérobie, mais surtout en anaérobie. Il se multiplie dans les milieux sucrés avec une remarquable facilité, il résiste à ses propres sécrétions, puisque sa prolifération n'est entravée que lorsqu'il a produit 22 à 25 grammes d'acide lactique par litre de lait : à ce stade il a transformé en acide lactique une forte proportion de lactose. En outre, il fabrique de l'acide succinique et d'autres acides gras volatils tels que l'acide acétique et un peu d'acide formique.

C'est aux dépens des glucides du milieu de culture que tous ces acides gras sont formés et ceci suffit à souligner l'avantage que l'on retire en le cultivant sur un substratum nutritif riche en matières hydrocarbonées.

a. *Vitalité.* — Par suite de la différence de technique dans la préparation de cultures de ce bacille, les auteurs sont loin d'être d'accord sur sa vitalité.

Dans le laboratoire du professeur Grimbert de la Faculté de pharmacie de Paris, Becquet (4) a fait des recherches sur la résistance du bacille bulgare au cours du transit intestinal. Il a administré ce bacille cultivé soit sur lait, soit sur bouillon peptoné, soit sous forme de masses microbiennes agglomérées en comprimés et conclut que le bacille bulgare traverse indemne le tube digestif de l'homme et disparaît plus ou moins rapidement après cessation de l'ingestion du bacille; cette disparition s'effectue du septième au dixième jour pour la souche de bacille bulgare employé par l'auteur et varie aussi avec le régime alimentaire.

b. *Recherches du bacille dans les selles.* — Becquet a proposé la technique suivante pour rechercher le bacille bulgare dans les selles :

1° Fixation du frottis par la chaleur suivant les procédés habituels;

2° Coloration par la fuchsine phéniquée de Ziehl pendant cinq minutes à chaud;

3° Action de la liqueur de Gram modifiée par Grimbert (solution bromo-bromurée) pendant une minute sur la préparation non lavée;

4° Décoloration par l'alcool-acétone;

5° Recoloration par le bleu de méthylène.

« Dans ces conditions, le bacille bulgare est coloré en rouge vif, ainsi que les germes qui prennent le gram : cocci et quelques formes de bactérium ; tous les autres germes sont colorés en bleu.

« Cette technique permet, avec un peu d'habitude, de reconnaître très facilement le bacille bulgare. En employant la méthode de Gram classique (coloration par le violet phéniqué), nous avons obtenu des préparations plus ternes sur lesquelles le bacille bulgare ne ressortait pas avec assez d'intensité; c'est pourquoi nous avons cru devoir modifier légèrement cette technique en colorant tout d'abord par la fuchsine de Ziehl, mais en ayant soin de faire agir ensuite la liqueur de Gram bromo-bromurée.

« La recherche de notre ferment par cette méthode est relativement simple. »

L'ingestion d'une culture de bacille bulgare bien préparée s'accompagne donc d'une traversée du tube digestif et d'une recherche positive dans les selles. On retrouve le bacille dans les selles du nourrisson dès le deuxième ou troisième jour et dans celles de l'adulte entre le quatrième et le septième jour.

On peut d'ailleurs facilement l'isoler des matières par ensemencement sur milieu gélosé, lactosé à 4 p. 100 et tournesolé. Au bout de vingt-quatre à trente-six heures, les colonies rouges douées de propriétés fermentatives contiennent pour la plupart une souche de bacille bulgare.

c. *Propriétés biologiques.* — Nous avons précédemment insisté sur les propriétés fermentatives du bacille bulgare lorsqu'il se développe en présence d'un milieu riche en sucre et en hydrate de carbone.

A côté de ce pouvoir de fermentation, il possède une autre propriété extrêmement importante : c'est son action de protéolyse, mise en lumière par M. J. Effront (5). Voici ce que dit cet auteur :

« Les données de Bertrand, d'ailleurs d'une exactitude rigoureuse, ont été à tort appliquées à la fermentation intestinale. Les conditions dans lesquelles se trouve le ferment dans l'intestin sont totalement différentes de celles réalisées dans les essais de Bertrand. Le ferment n'y trouve plus de sucre, il ne se produit point d'acide lactique, mais sa fonction protéolytique, qui était tout à fait latente, se trouve exaltée.

« Le ferment, qui était d'abord un ferment d'hydrates de carbone par excellence, est devenu un ferment protéolytique; grâce à sa nouvelle fonction il sécrète abondamment des tryptases et des amidases, et dissout, peptonise et transforme profondément les débris des aliments azotés. L'action antiputride résidera non plus dans la formation d'acide lactique, mais surtout dans la lutte pour le milieu azoté, où il se trouvera mieux placé que les ferments putrides. »

Ce double mode d'action du bacille bulgare doit être souligné; il se comprend fort bien si on l'interprète à la lumière de la physiologie digestive. Le long du tube digestif, la réaction est tantôt acide, tantôt alcaline, elle se modifie en même temps que s'effectuent les différents actes digestifs grâce aux sécrétions glandulaires, aux diastases et aux microbes spécifiques. L'alimentation apporte une certaine quantité de glucides (hydrates de carbone) qui vont subir toute une série d'hydrolyses destinées à cliver et à simplifier leurs molécules. La cellulose digestive, les polysaccharides (amidon, inuline) se laissent dégrader sous l'influence des différentes diastases amylolytiques sécrétées par les glandes digestives; commencée dans la cavité buccale, cette digestion par diastases se termine dans le cæcum; dans cette portion de l'intestin, il se produit un temps d'arrêt des matières qui va durer plusieurs heures (cinq heures environ); les hydrates de carbone qui n'ont pas été transformés par les diastases spécifiques vont subir l'action des fermentations bactériennes. A l'état normal, les hydrates de carbone sont presque complètement digérés au point que l'on n'en retrouve plus que quelques éléments à l'examen microscopique des selles.

Alors que pendant toute la traversée du grêle, la réaction du milieu est franchement alcaline, elle devient fortement acide au niveau du cæcum; sous l'influence de bactéries (Bacillus amylobacter, bacilles lactiques divers, levures), les amidons crus, les hémicelluloses vont peu à peu disparaître par suite de leur transformation en acides dit de fermentation. La réaction au tournesol du milieu est alors franchement acide.

Lorsque le bol fécal quitte le cæcum et chemine le long du côlon transverse l'intensité de la réaction acide s'atténue, la flore de fermentation tend à diminuer pour céder la place à une flore antagoniste, dite flore de putréfaction; celle-ci, abondante dans le côlon gauche et dans l'anse sigmoïde, détermine une réaction nettement alcaline. Cette alcalinité est différente de celle que nous avons observée le long de l'intestin grêle, elle n'est pas due aux sels alcalins apportés par la bile et le liquide pancréatique, mais elle est exclusivement ammoniacale. En effet, la flore protéolytique de putréfaction a transformé en un corps simple alcalin, l'ammoniaque, les résidus azotés de la digestion des albumines d'origine exogène et les produits albuminoïdes d'origine endogène (muciné, nucléoalbumines).

Tel est le schéma des réactions acides et alcalines qui se succèdent le long du tractus digestif.

Comment se comporte le bacille bulgare en présence de ces diverses réactions au cours de son passage dans le tube digestif? — 1° *A l'état normal.* — Dans un milieu stomacal dont l'acidité dépasse 2,04 p. 1.000 en acide chlorhydrique, il peut y avoir une auto-digestion partielle du bacille, mais ceci suppose une hyperacidité anormale que l'on peut facilement éviter en prescrivant des médicaments saturants tels que les alcalino-terreux.

Dans l'intestin grêle les propres sécrétions du bacille bulgare favorisent la sécrétion de sécrétine agissant à son tour sur les glandes digestives en général. Lorsque le bacille bulgare arrive dans le cæcum, il trouve à l'état normal un substratum hydrocarboné qui lui permet de manifester ses propriétés fermentatives; lorsque ce substratum devient insuffisant et que le bacille bulgare doit vivre en symbiose avec la flore de putréfaction qui siège dans le côlon transverse et le côlon descendant, il met en œuvre ses propriétés de protéolyse et il peut efficacement intervenir pour éviter que le bol fécal ne devienne le siège de putréfactions exagérées. Ainsi dans le cæcum et le côlon ascendant, le bacille bulgare participe au processus de fermentation et dans le côlon gauche il intervient pour lutter contre les putréfactions.

2° *Dans les états pathologiques.* — Il nous reste un dernier point à envisager et qui intéresse particulièrement le praticien, c'est celui de savoir comment le bacille bulgare se comporte au cours des colites. Cette question nous conduit à considérer les types de colites les plus souvent rencontrés en clinique. L'examen coprologique permet de rechercher les causes de l'irritation de l'intestin qui se traduit par des réactions motrices, sécrétoires et sensitives. Nous ne parlerons pas ici bien entendu des colites parasitaires qui relèvent d'une thérapeutique toute spéciale.

Nous considérerons les types de colites les plus fréquemment observés et qui relèvent d'une insuffisance digestive ou d'une pullulation anormale de germes dans l'intestin. Les insuffisances digestives entraînent à la longue un déséquilibre entre les fermentations et les putréfactions dont les sous-produits, soit acides, soit basiques, finissent par irriter la muqueuse et créer la colite.

A l'état normal, l'examen coprologique permet de mesurer la teneur des selles en acides organiques de fermentation et en ammoniaque de putréfaction; on trouve environ 15 à 16 centimètres cubes d'acides organiques de fermentation exprimés en acidité normale et 4 centimètres cubes d'ammoniaque exprimés en ammoniaque normal par 100 grammes de selles étudiées.

Lorsque l'intensité des réactions acides et alcalines résultant d'une prolifération bactérienne anormale se manifeste dans l'intestin, la flore bactérienne cæcale peut, par une sorte de flux et de reflux continuel, envahir le grêle; l'amicrobicité normale presque absolue de l'estomac, du duodénum, du jéjunum et de la majeure partie de l'iléon est remplacée par une flore plus ou moins abondante qui trouve un substratum de développement dans les produits de dégradation incomplète aussi bien des glucides que des protides. L'intestin se défend alors par une hypersécrétion anormale de mucus favorisant ainsi le développement de certains microbes tels que le colibacille et l'entérocoque, en même temps que la motricité est troublée et que les selles sont rapidement évacuées. L'analyse montre alors un déséquilibre entre les fermentations et les putréfactions; les chiffres d'acides organiques et d'ammoniaque s'éloignent des valeurs normales et

l'on doit s'efforcer de rétablir l'équilibre entre les deux flores antagonistes.

Le bacille bulgare peut efficacement intervenir si l'on se trouve en présence des types de colites suivants :

1° C'est d'abord dans les cas de colites par putréfaction se traduisant par une exagération des sous-produits contenus dans les selles : celles-ci fournissent des chiffres d'ammoniaque élevés pouvant atteindre 5 à 6 centimètres cubes d'ammoniaque par 100 grammes de selles. L'ingestion de bacilles bulgares en même temps qu'une alimentation apportant des hydrates de carbone produit un abaissement du taux de l'ammoniaque qui se rapproche de la normale, les selles sont désodorisées, les phénomènes de toxémie s'amendent ou disparaissent, les urines du sujet qui contenaient des quantités importantes d'indol et de scatol se modifient et n'en présentent plus que des traces, le taux de la phénolurie, exagérée avant le traitement, s'abaisse à la normale.

2° Lorsqu'on se trouve en présence de sujets dont le transit intestinal est ralenti comme on l'observe dans certaines colites spasmodiques qui s'accompagnent de selles en scybales, dures, souvent très difficiles à déliter, l'ingestion de bacilles bulgares associés à une diététique riche en amidon et en cellulose digestible, apporte une modification quelquefois un peu tardive, mais certaine de la consistance du bol fécal et de sa teneur exagérée en ammoniaque.

3° Lorsque la flore protéolytique, dont le siège est bien délimité et réservé au côlon gauche, envahit normalement le côlon droit, on constate dans les selles une teneur exagérée en ammoniaque et une diminution des acides de fermentation (putréfactions cæcales). C'est dans ces cas que l'administration de bacilles bulgares producteurs actifs d'acide lactique manifeste son action bienfaisante; non seulement elle augmente la teneur du contenu cæcal en acides, mais elle annihile aussi l'activité débordante de la flore de putréfaction.

4° Il est des cas de colites par putréfaction où le bacille lactique agit spécifiquement par son pouvoir protéolytique; c'est lorsque les selles sont riches en mucus, putrides, où les éléments digestibles sont peu abondants, le bacille met en œuvre ses trypases et ses amidases (Effront) et diminue l'intensité de l'hypersécrétion colique. En renforçant l'activité du bacille bulgare par un apport alimentaire d'hydrates de carbone très cuits, finement divisés, on peut rétablir l'équilibre fermentations-putréfactions et voir ainsi le taux de l'ammoniaque se rapprocher de la normale.

Tout ce que nous venons d'exposer précise l'emploi du bacille bulgare dans le traitement des colites.

Cependant, il est des cas où l'emploi du bacille bulgare est suivi d'un échec : c'est lorsqu'on se trouve en présence d'un syndrome intestinal de dyspepsie fermentative avec ou sans hypersécrétions coliques : l'emploi du bacille bulgare ne se justifie pas. On trouve, en effet, dans les selles une exagération quelquefois impressionnante du taux des acides organiques de fermentation, la production supplémentaire d'acide lactique au niveau du cæcum par le bacille bulgare n'aura pour résultat que d'accentuer le trouble intestinal.

L'emploi du bacille bulgare est donc bien précis, il ne faut pas attendre de cette thérapeutique des résultats favorables dans le traitement de toutes les colites puisque nous venons de mentionner que les colites par fermentation ne relèvent pas de la bactériothérapie lactique.

Administration du bacille bulgare. — On a l'habitude de prescrire la médication lactique en se servant de cultures de bacilles vivants dont certaines propriétés biologiques nous sont encores inconnues. Il est possible que l'emploi de cultures de bacilles tués donnent de bons résultats. On sait, en effet, qu'on peut préparer des lysats bactériens doués d'une réelle efficacité. Nous rappelons d'ailleurs notre publication de 1908 (6) où nous donnions ces conclusions : « Les bacilles perdent peu à peu leur activité et meurent, mais le bouillon n'est cependant pas devenu une simple potion à l'acide lactique, on peut obtenir encore de bons résultats avec d'anciennes cultures, car si le bacille meurt, les endodiastases restent vivantes. Les cultures contiennent donc des produits de sécrétion non encore identifiés, réalisant des effets thérapeutiques certains. »

Le mode d'administration des cultures du bacille bulgare consiste à faire ingérer des doses fractionnées et répétées au cours de la journée, qu'il s'agisse de l'adulte ou de l'enfant. Il y a avantage à faire ingérer ces cultures en dehors de la prise des aliments, notamment le matin à jeun, à 11 heures du matin et à 6 heures du soir, une demi-heure en moyenne avant l'heure habituelle des repas. Ninni (1) insiste même sur l'emploi de doses massives allant jusqu'à 500 centimètres cubes de bouillon lactique pour les nourrissons et 1.000 centimètres cubes pour les adultes, les ferments lactiques ne présentant aucune nocivité quelle que soit la dose absorbée.

Un autre mode d'administration plus rarement pratiqué et qui s'adresse surtout aux cas d'ulcérations des régions basses du gros intestin consiste à employer les cultures par lavements à la sonde. Les quantités administrées sont en général supérieures à celles ingérées. Les résultats thérapeutiques sont parfois remarquables, notamment dans les cas de rectites ou de sigmoïdites.

Conclusion. — Aujourd'hui la médication lactique doit être envisagée dans son application en tenant compte de l'intensité du développement des flores de fermentation et de putréfaction intestinales.

En l'associant à une diététique bien comprise, le bacille bulgare, par sa double propriété de faire fermenter les hydrates de carbone et de lyser les protéiques, possède un rôle curatif dans le traitement des colites. Son emploi permet de rétablir en quelque sorte l'équilibre acide-base physiologique du tube digestif, d'exciter les sécrétions digestives et de diminuer la toxémie intestinale.

BIBLIOGRAPHIE

1. NINNI. Nouvelles conceptions sur le mécanisme d'action de la bactériothérapeutique lactique, *Gaz. des hôp.*, 25 mars 1931, p. 466 à 470.
2. ORLA-JENSEN. La classification des bactéries lactiques, *Le lait*, t. IV, juillet 1924, n° 36, p. 468.
3. G. BERTRAND et WEISWEILLER. Action du ferment bulgare sur le lait, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc. 1906.
4. BECQUET. Contribution à l'étude de l'action du bacille bulgare sur la flore intestinale, *Th. de doctorat pharm.*, Paris 1914.
5. EFFRONT. A propos des ferments lactiques, *Soc. de thérap.*, séance du 22 nov. 1911; *Bull. de Soc. thérap.*, 1911, p. 853 à 862.
6. THÉPÉNIER. De la médication par les ferments lactiques, *Soc. méd. de Gannat*, séance du 6 déc. 1908; *Centre médical*, 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 MAI 1931)

Psychoses post-opératoires. — M. MAUCLAIRE rappelle les différents types de psychoses post-opératoires, réveils de psychoses antérieures ou psychoses paraissant survenir après l'intervention, et insiste sur les éléments qui interviennent dans leur détermination, en particulier sur le rôle des glandes à sécrétion interne.

Polyarthrite ankylosante traitée par parathyroïdectomie. — M. CHIFOLIAU rapporte ce travail de MM. René Simon et A. Jung (Strasbourg). Il s'agissait d'un cas avec hypercalcémie. La parathyroïdectomie provoque une grosse amélioration et les mouvements deviennent beaucoup plus faciles. Les auteurs ont enlevé la parathyroïde droite, la gauche n'ayant pu être repérée.

M. ALGLAVE a été frappé de l'intensité de la calcification périarticulaire dans un cas de polyarthrite.

M. CUNÉO insiste sur la nécessité de distinguer ces polyarthrites ankylosantes, des arthrites déformantes dont la pathogénie est différente.

Appendicite. — M. THIÉRY rapporte sa statistique d'appendicites : sur environ deux mille cas il n'y a pas eu de morts. Il emploie une technique personnelle avec fixation du moignon à la paroi. A chaud, l'auteur est partisan du drainage dans les cas avec abcès ou sphacèle de l'appendicite. Il utilise un drain assez spécial (drain avec mèche de lampe Carcel).

Corps étrangers du duodénum. — M. P. GUIBAL communique deux cas de corps étrangers du duodénum. Dans le premier cas il s'agissait d'un fragment de brosse à dents fixé dans le duodénum chez une jeune fille de vingt ans. Enlevé le dix-huitième jour, ce corps étranger était modifié et diminué, apointé comme un crayon et menaçant l'intestin. Le second cas concerne un nourrisson qui avala une broche. Intervention. Ablation du corps étranger. Réintervention deux jours après pour occlusion. On découvre une invagination rétrograde, on désinvagine. Mort peu après.

M. MOUCHET demande l'analyse exacte de la substance dont était composée la brosse à dents.

M. FREDET a eu l'occasion d'enlever récemment à deux reprises un corps étranger du duodénum (broche et épingle). Il conseille de faire une radiographie immédiatement avant l'opération.

M. MARTIN a dû intervenir dans quatre cas. Il a enlevé une broche située dans le deuxième duodénum et qui avait déjà perforé la séreuse. Il a opéré trois autres cas et dans deux cas a pu fermer la broche.

M. MONOD a opéré dans un cas où l'on croyait le corps étranger dans le duodénum. Il était déjà passé dans l'intestin et fut évacué peu après par les voies naturelles.

M. ROUHIER a enlevé plusieurs corps étrangers.

M. VEAU estime qu'il faut distinguer les épingles à ressort et celles sans ressort qui tendent à se fermer spontanément sous la contraction abdominale et les autres cas.

M. MOUCHET a déjà publié des cas d'épingles à ressort éliminées spontanément. L'une avait une fois embroché un ascaris.

Arthrites déformantes d'origine traumatique. — M. MOULONGUET montre plusieurs cas cliniques d'arthrites déformantes avec radiographies à l'appui, dont l'une survenue avant un tabes. L'anesthésie des articulations favorise leur traumatisme. M. Moulonguet a obtenu de bons résultats d'une arthroplastie modelante au genou, mais parfois, il est indiqué, de recourir aux opérations ankylosantes. Il présente la malade opérée d'arthroplastie.

M. ALGLAVE s'informe des conditions de résections sur une arthropathie tabétique : il a fait une fois la résection chez un tabétique avec excellent résultat.

M. MOULONGUET a une observation analogue.

M. MAUCLAIRE considère que l'ossification chez les tabétiques se fait normalement.

M. DUJARIER a opéré et guéri deux fractures tabétiques du col.

M. BASSET a obtenu une bonne consolidation d'une fracture tabétique.

M. LENORMANT considère qu'il est classique de considérer que les fractures des tabétiques consolident.

(SÉANCE DU 3 JUIN 1931)

Corps étranger des voies digestives. — M. BERGERET ajoute un cas personnel à ceux publiés dans la séance précédente.

Péritonites à pneumocoques. — M. MONDOR rapporte cinq observations de M. Laffitte (de Niort). Ces cas sont particulièrement intéressants car il existait de la vulvo-vaginite et l'existence du pneumocoque fut démontrée bactériologiquement dans ces cas. Il y eut guérison dans 62 p. 100 des cas.

M. Mondor insiste sur l'utilité de recourir au laboratoire tant pour l'examen des pertes vaginales, que pour l'étude de la leucocytise sanguine, généralement très élevée dans ces cas. Quelques statistiques récentes montrent moins d'insuccès dans les interventions précoces que les séries publiées les années précédentes.

Appendicite aiguë. — M. SCHWARTZ insiste sur la nécessité d'opérer même les crises les plus bénignes en apparence et cite plusieurs cas pour lesquels on a reculé à tort l'intervention. Il faut également savoir intervenir même après quarante-huit heures pour éviter des désastres, sauf dans les cas de foyers localisés avec amélioration de l'état général et évolution vers le refroidissement. Il faut toujours enlever l'appendice sauf dans les cas d'abcès collecté où il est enfoui sous des adhérences. L'auteur est partisan du drainage.

M. HARTMANN conseille l'intervention sauf dans les cas apyrétiques. La mortalité globale a été de 10 p. 100. Cette mortalité s'élève progressivement du premier au quatrième jour.

Bec-de-lièvre unilatéral. — M. VEAU en son nom et en celui de son assistant M. PLESSIER fait d'abord une série de projections pour montrer les détails à obtenir pour un résultat esthétique satisfaisant, et les défauts à éviter. M. Veau estime qu'il faut opérer ces enfants dès le deuxième mois. La technique est bien réglée pour la division, mais varie encore pour la narine.

Présentation de malades :

M. CUNÉO montre un très beau résultat pour une arthroplastie du genou.

M. DUJARIER : fracture de cuisse à plusieurs fragments traitée par ostéosynthèse, et luxation acromio-claviculaire. Très beau résultat un an après l'intervention.

Présentation de pièces :

M. BASSET montre un calcul biliaire sur lequel s'était produite la perforation d'un appendice qui contenait six calculs analogues.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 1er MAI 1931)

A propos de la tuberculose primitive de l'uretère. — M. LE FUR, en rappelant les cas de tuberculose primitive de l'uretère qu'il a déjà publiés, montre que pour voir se produire des manifestations tuberculeuses, il faut : 1° qu'il y ait des bacilles de Koch dans l'organisme ; 2° que l'organe soit déficient par lésion congénitale ou inflammatoire constituant un lieu de moindre résistance. La tuberculose primitive de l'uretère se fait toujours par voie sanguine ou lymphatique.

A propos de la gastrectomie. — M. DUPUY DE FRÉNELLE insiste sur les avantages du drainage par les lames de caoutchouc gaufrées qui sont moins dangereuses pour les sutures et forment une cloison plus étanche qui guide les liquides vers l'extérieur. Il présente un modèle de lames de caoutchouc sur lesquelles est collée une série de tubes irrigateurs qui facilitent le drainage de la lame par l'irrigation d'antivirus, de bouillons lysats et de ferments lactiques.

A propos de la gastrectomie. — M. VICTOR-PAUCHET considère la gastrectomie en un temps comme un procédé supérieur à la gastrectomie en deux temps ; elle donne 2 p. 100 de mortalité dans les ulcus duodénaux et les ulcus juxtapyloriques et 10 p. 100 dans les ulcus géants et ceux qui sont situés dans le tiers supérieur de l'estomac. Le drainage des gastrectomies améliore les statistiques ; il est indiqué dans tous les cas aigus (perforations duodénale et gastrique). L'opération de gastrectomie en deux temps sera favorable à la méthode, car le chirurgien hésitant la fera ainsi avec succès.

Luxation congénitale et luxation pathologique de la hanche. — M. LAMY. On peut quelquefois confondre les images radiographiques de ces deux lésions surtout si l'arthrite initiale est passée inaperçue. Les ostéophytes sont le fait des arthrites aiguës ; la très grosse atrophie du fémur est rare dans les luxations congénitales ; la déformation en champignon de la tête et du col se rencontre au même titre que les autres déformations dans l'arthrite, alors qu'elle doit être rare dans les luxations congénitales où l'auteur ne l'a point observée.

Les suites éloignées des ostéo-arthrites du nourrisson. — M. ROEDERER attire l'attention sur la nécessité d'un diagnostic précoce permettant une intervention et une vaccinothérapie immédiates. Il a eu, par ce procédé, des résultats très intéressants et, dans certains cas, des succès complets. Ces succès sont variables suivant la nature de l'agent pathogène et le degré de la lésion anatomique. Des radiographies montrent que si, pendant des années, les surfaces osseuses restent au contact, elles peuvent se luxer ultérieurement et donner des images faciles à confondre avec celles que donnent les détériorations articulaires dans les luxations de la hanche.

Deux cas d'épiploïte aiguë. — M. THÉVENARD communique deux cas d'épiploïte chronique ayant présenté, au cours de leur évolution, une crise aiguë. Dans le premier cas, la crise aiguë est survenue à la suite d'un traumatisme opératoire (section d'une bride au cours d'une hystéropexie) seize ans après l'appendicectomie et sans qu'il y ait eu aucune manifestation pendant ce long intervalle. Le second cas concerne un cas d'épiploïte aiguë ayant simulé une crise d'appendicite aiguë ; à l'intervention, on trouva un appendice totalement scléreux, à lésions depuis longtemps cicatrisées. L'auteur insiste sur l'intérêt que présente, au cours de toute intervention abdominale, l'examen méthodique de l'épiploon qu'on soupçonne d'être atteint de lésions et sur la nécessité, en cas de lésions, d'en pratiquer la résection.

L'électrolyse circulaire endoscopique dans le traitement des sténoses cicatricielles graves de l'œsophage. — M. GUISEZ communique les observations de seize malades soignés pour rétrécissements graves par absorption de liquide caustique (lessive de soude). Chez tous, la sténose était dite infranchissable et cinq avaient été gastrostomisés auparavant. Grâce à l'endoscopie, on a pu retrouver le petit pertuis, reliquat de la lumière œsophagienne, et le cathétériser pour recalibrer le conduit. Mais c'est grâce à l'emploi systématique de l'électrolyse circulaire que la dilatation a pu être beaucoup augmentée. L'électrolyse s'attaque directement au tissu cicatriciel sur lequel elle a une action véritablement résolutive.

Réduction sanglante des luxations du semi-lunaire du carpe par la voie dorsale. — M. Raphaël MASSART présente un blessé opéré et guéri qui était porteur d'une luxation du semi-lunaire avec fracture du scaphoïde et fracture cunéenne du radius déterminant des troubles de compression du nerf médian. L'intervention faite quinze jours après l'accident a permis, grâce à l'accès dorsal, de remettre aisément l'os en place et de mobiliser les doigts et le poignet huit jours plus tard. L'auteur oppose la réduction, qui est facile, par voie dorsale, à l'extirpation qui doit être faite par voie palmaire.

Présentation d'un opéré, vingt et un ans après splénectomie. — M. LÉO.

Tumeur rétro-péritonéale compliquant une grossesse. — M. THÉVENARD.

Fibrome utérin et grossesse. — M. BURTY.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE NANTES

(SÉANCE DE MAI 1931)

Tétanos chronique à forme paraplégique supérieure. — M. DUVERGER présente une malade qui, après un premier traitement au sérum antitétanique, avait encore, sept mois après, un état de rigidité permanente avec crises très douloureuses de contractures paroxystiques et de l'amyotrophie. Tétanos ou polymétrite postérothérapique ? D... porta le diagnostic de tétanos chronique à forme paraplégique supérieure et injecta 680 centigrammes de sérum. En quelques jours, les contractures cessèrent et l'amyotrophie disparut presque entièrement dans les deux mois suivants.

Un cas de noma dans la leucémie aiguë. — MM. Favreul et Landais rapportent l'observation d'un homme de vingt-quatre ans chez lequel fut porté d'abord le diagnostic d'abcès dentaire, puis de phlegmon gangréneux circonscrit de la joue, d'origine dentaire. La lésion évolua comme un noma typique, avec escarre muqueuse, noyau induré de la paroi jugale et escarre cutanée. A l'occasion d'une injection de sérum antigangréneux apparut un volumineux hématome au point d'injection, ainsi qu'un purpura généralisé discret. On pensa à une agranulacytose, mais l'examen hématologique révéla une leucémie aiguë. Il n'y eut ni gingivite fongueuse, ni hémorragie buccale, malgré l'extraction de deux dents. La durée totale de la maladie fut de trois semaines ; mais les signes révélateurs de la lésion sanguine apparurent quarante-huit heures seulement avant la mort.

Les auteurs insistent sur le polymorphisme des lésions buccales dans la leucémie aiguë et décrivent trois aspects cliniques assez différents : 1° la gingivite hypertrophique et ecchymotique simple pseudo-scorbutique ; la plus fréquente et la seule décrite en général ; 2° la gingivo-stomatite, secondairement nécrotique, stade plus avancé du type précédent ; rare ; 3° le noma, lésion gangréneuse circonscrite isolée de la joue : exceptionnel.

Thrombose des deux artères fémorales après appendicectomie. — M. Favreul. Si les complications veineuses sont assez fréquentes au cours de l'appendicite, les accidents artériels sont très rares, en voici une observation :

Mme S. entre à la clinique pour une crise légère d'appendicite. Appendicectomie immédiate, réunion de la plaie sans suppuration. Le septième jour, congestion pulmonaire. Le quinzième jour, l'opérée se lève, mais se trouve mal. Deux jours après, oblitération de l'artère fémorale droite, battements faibles du côté gauche qui s'oblitère complètement deux jours après.

Amputation de cuisse à gauche ; à droite escarre talonnière et du gros orteil qui guérissent spontanément.

La gangrène des membres inférieurs est exceptionnelle ; Hoffmann en rapporte deux observations et je n'en ai pas trouvé d'autres.

La résection du segment thrombosé préconisée par Leriche dans les formes à marche lente serait peut-être à essayer. Sinon la seule ressource est d'attendre pour amputer le plus économiquement possible.

LIVRES NOUVEAUX

Métrites et salpingites (1), par le docteur Clément Matry (de Fontainebleau).

L'étude des infections d'origines si diverses qui peuvent toucher l'appareil génital de la femme constitue, en raison de leur fréquence et de leurs atteintes possibles sur l'ensemble des voies génitales, le chapitre le plus important de la gynécologie.

Le docteur Matry étudie dans ce livre, publié dans la collection « Les Petits Précis », les inflammations de l'utérus et des trompes, rappelant qu'il ne faut jamais oublier que l'utérus et ses annexes forment un tout anatomique et sont solidaires dans la maladie comme dans la santé.

La façon de conduire l'examen méthodique de l'ensemble de l'appareil génital de la femme est décrite d'une façon claire et précise, et pour chaque forme clinique d'affection cet ouvrage rappellera au praticien le traitement à ordonner ou la conduite à tenir.

L. G.

(1) In-16. — Prix : 12 fr. — Paris, Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE LA TÊTE DU PANCRÉAS[1]

Examen du suc duodénal. — *Tubage duodénal*, procédé de choix. Sa technique a été vulgarisée ces dernières années et l'on doit abandonner la méthode de Vilhardt.

La sonde d'Einhorn ramène un liquide duodénal ne contenant ni bile, ni ferments pancréatiques.

Recherche des trois ferments. — Méthode des tubes, des plaques, des trois ferments pancréatiques,

L'amylase est le plus important puisqu'il existe comme cause d'erreur une amylase salivaire fort puissante et une amylase intestinale,

La trypsine peut être à la rigueur suppléée par la pepsine gastrique et l'érepsine intestinale,

La lipiase est le plus hautement spécifique des trois ferments. Carnot et Mauban préconisent pour son évolution l'emploi de plaques de Petri *à la gélose*, graisses sur lesquelles on fait agir des dilutions progressives du suc soumis à l'analyse.

Urines. — 1. *Glycosurie* : traduit la déficience de la sécrétion pancréatique interne.

Elle est inconstante.

La glycosurie alimentaire est fréquente, même en dehors des cas où il y a glycosurie spontanée.

2. *Amylasurie.* — Augmente d'abord, puis diminue et disparaît.

3. *Recherches accessoires.* — On a proposé différentes épreuves basées sur le principe suivant : donner au malade une substance facilement décelable dans les urines et contenue dans une enveloppe que seul le suc pancréatique peut détruire : salol, iodoforme, indicateur coloré dans une enveloppe de kératine. Mais résultats très inconstants.

Variations de l'*amylasémie* parallèles à celles de l'amylasurie.

Il peut être intéressant (Rathery, Loeper) de comparer les amylases urinaire et sanguine à l'amylase fécale. Cette dernière est absente. Dans un premier stade de rétention pancréatique, les amylases urinaire et sanguine sont augmentées pour diminuer ensuite lorsqu'il y a destruction glandulaire surajoutée.

Mais la plupart de ces épreuves destinées à apprécier le déficit pancréatique sont souvent d'une technique délicate et d'une interprétation difficile.

Evolution. — Vient souvent confirmer un diagnostic hésitant. L'amaigrissement et la dénutrition deviennent *extrêmes.* C'est seulement à la période terminale et encore d'une façon *très inconstante* que l'on peut percevoir une tumeur dans la région pancréatico-cholédocienne, tuméfaction profonde, irrégulière, dure, mate.

L'évolution se fait en moyenne en quatre, cinq mois vers la mort, par cachexie, complications.

Complications. — *Métastases.* — *Foie* surtout, poumon : signalée, ganglions sus-claviculaires.

Compressions ou envahissements. — Pylore, duodénum, sténose pylorique, hémorragies intestinales, hématémèses.

Veine porte : ascite.

Veine cave : œdème des membres inférieurs,

Uretère : hydronéphrose.

Infections des voies biliaires : *pyléphlébite.*

Formes cliniques. — Forme latente ; amaigrissement, cachexie extrême.

Parfois : c'est une sténose pylorique qui domine la scène.

Formes cliniques anormales. — Elles sont plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois.

a. *Formes évoluant sous le masque d'un diabète consomptif.* — Aucun rapport n'existant d'ailleurs entre l'intensité de la glycosurie et le volume du cancer.

b. *Formes stimulant le cancer gastrique* (Bouchut et Ravaut) avec *vomissements melaena*, et même *image floue du pylore à la radio.* Le diagnostic est très difficile, une grosse vésicule, moins de douleur, une image lacunaire plaideront pour le pancréas.

c. *Formes essentiellement diarrhéiques* (Carnot et Libert).

d. *Formes à ictère seulement terminal.*

e. *Formes à syndrome doûloureux ectopique* (rénales, sciatiques, Marcel Labbé, Bouchut).

f. *Formes fébriles.*

g. *Formes métastasiques.* — On doit faire rentrer dans le cancer de la tête du pancréas, *certains cancers de l'ampoule de Vater et de la portion terminale du canal de Wirsung.*

L'acuité des douleurs simule la lithiase cholédocienne et la dyspepsie pancréatique est intense.

Le syndrome coprologique d'insuffisance pancréatique est souvent d'un diagnostic difficile et de résultats inconstants. La glycosurie est exceptionnelle. En présence d'un état cachectique, penser toujours au pancréas.

Diagnostic — POSITIF. — Tout ictère chronique par rétention, à marche rapidement progressive,

Chez un individu de cinquante à soixante ans, présentant

Une atteinte marquée de l'état général, et

Une grosse vésicule, doit faire penser à la probabilité d'un Néo de la tête du pancréas.

DIFFÉRENTIEL : Eliminer tout d'abord.

Ictère catarrhal prolongé. — Début aigu, souvent fébrile avec troubles digestifs, peut se prolonger des semaines, puis disparaître.

La cirrhose dite biliaire de Hanot. — Ictère plus ou moins intermittent, à poussées fébriles, souvent pléiochroniques. Diagnostic particulièrement facile.

En réalité, *diagnostic chronique de l'ictère par rétention.*

Deux diagnostics principaux :

1° Ictère lithiasique ;

2° Autres ictères néoplasiques.

Ictère lithiasique. — *A.* Sans doute, dans les cas schématiques, le diagnostic peut être facile :

Début. — Surtout femme. Signes de lithiase dans les antécédents, souvent survient immédiatement après une crise de colique hépatique.

Etat. — *Signes fonctionnels.* — 1. *Ictère* : moins foncé que dans néo, sujet à *variations.*

2. *Douleurs* : habituellement plus marquées, surviennent deux à trois heures après les repas.

3. *Petites poussées thermiques* : en rapport avec l'angiocholite.

Signes généraux. — Etat général moins sombre.

On ne sent pas la vésicule petite et rétractée sous le bord inférieur du foie (Loi de Courvoisier-Tessier),

Examen de complément : déficit biliaire, mais pas de déficit pancréatique.

Radio : parfois montre un calcul, *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

[1] Suite. — Voir Gaz. des hôpit., 1931, n° 54, p. 1062.

N° 57. — SAMEDI 18 JUILLET 1931. 104e ANNEE. SAMEDI 18 JUILLET 1931. — N° 57.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Tumeurs malignes des maxillaires (fin), par M. Ch. Ruppe.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
PRATIQUE MÉDICALE
Le sédobrol dans la pratique médicale courante, par M. Dillard.
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Service des vacances.* — La bibliothèque sera ouverte du 15 au 25 juillet et du 1er septembre au 10 octobre, les mardis, jeudis et samedis, de 13 h. à 17 h.

Elle sera fermée pendant le mois d'août.

Le service normal reprendra le lundi 12 octobre 1931.

MUSÉUM NATIONAL D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Jeannel, maître de conférences à la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé professeur titulaire de la chaire d'entomologie au muséum, en remplacement de M. Bouvier, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Travaux publics. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur L.-G. Bodin, chef du service médical des Chemins de fer de l Etat.

Marine. — *Au grade de chevalier.* — M. le professeur Carles (de Bordeaux).

Guerre. (Active.) — *Au grade de commandeur.* — MM. le médecin général Coullaud, le médecin colonel Escande de Messières (Nîmes).

Au grade d'officier. — MM. Sanson (Nice), Bescher (Val-de-Grâce), Morel (Rouen), Heuls (Rennes), Deniau (Angers), Charton (Belfort), Casteret (Vannes), Derappe (camp de Mailly), Miorcec (Tours), Duval (La Rochelle), Lefèvre (troupes coloniales).

Au grade de chevalier. — MM. Leconte (Thionville), Luquet (Clermont-Ferrand). Lesbre, Grimaud (Oran), Radais (Le Mans), Geroine (Cosne), Désormaux (Cherbourg), Vitot (Lure), Bastouil (Nantes), Campagnolle (Tarbes), Desangles (Vincennes), Chaput, Martral et Nicolle (troupes coloniales).

AVIS DE CONCOURS. — Le registre d'inscription des candidatures aux fonctions de médecin du sanatorium de Villiers, actuellement ouvert, sera clos le 20 août.

Ce concours sur titres comprend deux postes à pourvoir, l'un de médecin titulaire au traitement de 40 à 50.000 fr., suivant les services antérieurs du candidat, et l'autre de médecin-adjoint, au traitement de 30 à 38.000 fr. suivant les services antérieurs du candidat, avec les avantages suivants : logement, éclairage, chauffage, blanchissage, augmentation progressive du traitement qui pourra atteindre jusqu'au maximum de 60.000 fr., indemnité pour charge de famille, assurance en vue d'une retraite proportionnelle dont la moitié est versée par la Renaissance sanitaire.

L'entrée en fonctions aura lieu au plus tard le 1er octobre.

Adresser les demandes de candidatures à M. le Secrétaire général de la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris (IVe).

Les candidats devront justifier de leur qualité de Français, être possesseurs du diplôme d'Etat de docteur en médecine, présenter un exposé de titres établissant leur compétence en phtisiologie, et particulièrement dans la pratique sanatoriale.

N. B. — Sont en outre disponibles, quatre postes de stagiaire, au pair, avec indemnité mensuelle de 500 fr., destinés à de jeunes médecins ou à des étudiants ayant terminé leur scolarité et subi tous leurs examens à l'exception de la thèse, qui désirent se spécialiser en phtisiologie.

LES JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES. — Du 22 au 31 juillet 1931, se tiendront à Paris, au Palais des Congrès de l'Exposition coloniale internationale, les Journées médicales coloniales.

A cette occasion, des démonstrations de matériel sanitaire militaire exposé à la section des Forces d'Outre-Mer seront organisées pour les officiers du service de santé à des dates qui seront fixées ultérieurement.

Les médecins officiers de réserve, désireux d'assister à ces journées médicales, recevront une convocation par les soins

du service de santé de leur région d'affectation. Cette convocation leur donnera droit au bénéfice du tarif militaire sur les chemins de fer, à l'exclusion de toute solde ou indemnité.

La participation des médecins de réserve à cette manifestation leur sera comptée comme période d'instruction, sans solde, et venant en déduction de la durée totale des périodes fixées par l'article 49 de la loi sur le recrutement de l'armée, mais elle ne sera pas considérée comme période exigée pour l'avancement.

Les médecins officiers de réserve ainsi convoqués devront se présenter le jour de leur arrivée à la direction du service de santé de la région de Paris (hôtel des Invalides), où il leur sera fait connaître le lieu où ils devront signer quotidiennement, matin et soir, une liste d'émargement.

Pour pouvoir prendre part aux Journées médicales coloniales et afin de bénéficier des avantages ci-dessus exposés, les médecins officiers de réserve devront justifier du versement de leur cotisation. Celles-ci sont fixées ainsi : membres actifs, 100 francs ; membres associés (famille des congressistes, étudiants, etc.), 50 francs.

Le montant des cotisations devra être adressé au compte chèques postaux, Paris 1547. Le Comité d'organisation des Journées médicales, 112, boulevard Haussmann, Paris (VIIIe), ou par chèque barré au trésorier, docteur Léon Giroux, 3, rue Saint-Philippe-du-Roule, Paris (VIIIe).

Tous renseignements complémentaires relatifs à l'organisation et au programme de ces Journées médicales, seront fournis aux officiers, à la direction du service de santé de leur région.

HOPITAL BEAUJON. (Service du docteur AUBOURG.) — STÉRÉORADIOGRAPHIE DU TUBE DIGESTIF. — A l'occasion du IIIe Congrès international de radiologie, MM. le professeur H. Surmont et J. Tiprez (de Lille) et J. Surmont, assistant de radiologie du service, feront une présentation de films stéréoradiographiques du tube digestif, dans le laboratoire du docteur Aubourg, à l'hôpital Beaujon, les samedi 1er août et dimanche 2 août, de 10 h. à midi.

— PYROMÉTRIE DANS LES APPLICATIONS DE DIATHERMIE EXTERNE. — M. J. Surmont, assistant de radiologie de l'hôpital Beaujon, fera une démonstration de l'emploi du pyromètre dans des applications de diathermie avec électrodes cutanées, les samedi 1er août et dimanche 2 août, de 10 h. à midi.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Gandy (de Bagnères-de-Bigorre), décédé à l'âge de 78 ans; Robert (d'Arbois).

CORRESPONDANCE

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

Nous avons reçu la lettre suivante du docteur Cibrie :

Monsieur le rédacteur en chef et cher confrère,

D'accord avec la Fédération médicale belge, nous demandons aux journaux médicaux de France et de Belgique de vouloir bien passer le communiqué ci-joint.

Ce communiqué est volontairement bref et veut surtout souligner le fait de l'incoordination manifeste, et à tous points de vue regrettable, qui existe entre les actions des différents ministères français.

« Les représentants officiels des médecins belges et français se sont réunis à Bruxelles le 5 juillet 1931, en vue d'étudier les modalités possibles d'application de la loi des assurances sociales françaises dans les régions frontières France-Belgique.

La Fédération médicale belge était représentée par MM. le docteur Koettlitz, président de la Fédération médicale belge; le professeur Gunzburg, secrétaire général de la Fédération médicale belge ; le docteur Penninckz, trésorier de la Fédération médicale belge ; le docteur Kaisin, représentant la province de Namur; le docteur Burnotte, représentant la province de Luxembourg ; le docteur Férond, secrétaire général du Collège des médecins de l'Agglomération bruxelloise.

La Confédération des syndicats médicaux français était représentée par MM. le professeur Vanverts, vice-président de la Confédération, représentant la région du Nord; le docteur Giry, président du Syndicat médical de Meurthe-et-Moselle ; le docteur Hennecart, membre du Conseil de la Confédération, représentant le département des Ardennes; le docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux français.

Les médecins français ont eu la surprise de se trouver en présence d'un texte de convention qui aurait été signé par M. le ministre des Affaires étrangères français, le 23 août 1930, et présenté pour approbation à la Chambre des représentants de Belgique le 4 mars 1931 (n° 121) sous le titre : « Projet de loi approuvant la convention franco-belge relative aux assurances sociales, signée à Paris, le 23 août 1930. »

Ils font observer de la façon la plus nette que ladite convention et le contrat-type annexé violent incontestablement l'esprit et la lettre de la loi française.

A l'effet de réaliser le fonctionnement complet et moral de la loi des assurances sociales française, en ce qui touche les régions frontières intéressées, les délégués ci-dessus nommés ont jeté les bases d'une collaboration médicale établie sur la confiance réciproque et devant donner tous apaisements et satisfactions, en particulier au point de vue du contrôle technique dévolu par la loi française aux syndicats médicaux.

En outre, et pour maintenir le fonctionnement de la loi dans les règles de la stricte équité, les délégués médicaux susnommés estiment désirable l'établissement provisoire de tarifs de responsabilité différents de la part des caisses suivant que les soins sont donnés en France ou en Belgique.

Les délégués médicaux français et belges suggèrent respectueusement à leurs gouvernements respectifs de les entendre officiellement, afin d'étudier les modifications qu'il est indispensable d'apporter au projet de convention franco-belge et qui seraient susceptibles de résoudre les difficultés de la médecine de frontière en matière de lois sociales. »

REVUE GÉNÉRALE

TUMEURS MALIGNES DES MAXILLAIRES[1]

Par M. Ch. RUPPE,
Ancien interne et stomatologiste des hôpitaux de Paris.

B. TUMEURS MALIGNES DES MAXILLAIRES SUPÉRIEURS

Les tumeurs malignes des maxillaires supérieurs sont plus fréquentes que celles de la mandibule. Dans le service du professeur Lemaitre, nous en avons observé 60 pour 43 à la mandibule. Par contre, les tumeurs à évolution lente sont beaucoup plus rares : 4 seulement ont été collationnées pour 17 au maxillaire inférieur. Dans notre statistique, les épithéliomas prennent franchement le pas sur les sarcomes : 43 épithéliomas pour 17 sarcomes.

Sébileau a judicieusement insisté sur l'intérêt et la nécessité de distinguer les *tumeurs malignes de la mâchoire supérieure, en tumeurs : de l'infra, de la méso et de la superstructure, parce que leur situation modifie du tout au tout la facilité de leur diagnostic.*

Les tumeurs de l'infrastructure se développent dans la bouche. Elles sont vite reconnues. Leur biopsie est facile. Leur radiographie par plaque intrabuccale est très fine. Leur diagnostic est donc précoce et leur thérapeutique plus efficiente que celle appliquée aux tumeurs de la mésostructure. Les tumeurs du sinus se développent, au contraire, dans une cavité close, sans provoquer de troubles fonctionnels et, quand elles s'extériorisent, il est déjà tard, parfois trop tard pour qu'un remède efficace leur soit apporté.

I. *TUMEURS DE L'INFRASTRUCTURE*

Sur 60 tumeurs malignes de la mâchoire supérieure nous relevons 22 tumeurs de l'infrastructure, dont 12 épithéliomas et 10 sarcomes.

1° Les épithéliomas naissent de la muqueuse de recouvrement. A l'encontre des épithéliomas de la mandibule, les *épithéliomas de voisinage propagés à l'os jouent un rôle effacé dans cette étiologie*. Quelques rares épithéliomas de la joue ou du voile sont susceptibles d'intéresser la mâchoire supérieure. *Tous ces épithéliomas de l'infrastructure sont des épithéliomas épidermoïdes plus souvent du type muqueux que du type cutané.*

A signaler l'existence possible de *cylindrome* au niveau du palais. Verger en rapporte deux cas, Magdelaine un cas, nous en avons vu nous-même un bel exemple. Nous en rappelons la définition histologique : « Ce sont des cordons cellulaires entourés d'un étui muqueux de tissu conjonctif et creusés de flaques muqueuses, les corps oviformes de Robin » (Masson).

2° Rien de particulier en ce qui concerne les sarcomes. Au niveau du palais, il est possible de rencontrer des *mélanosarcomes*, tumeurs très rares, éminemment graves, qui envahissent rapidement la mâchoire, désorganisent l'os sur une grande étendue et provoquent des métastases.

a. Epithéliomas. — Les épithéliomas du rebord gingival siègent en tout endroit, souvent à la région incisive. Nous retrouvons l'ulcère néoplasique typique dont nous ne rappellerons pas les symptômes. La forme végétante est plus rare.

La forme ulcéreuse a une marche moins rapide qu'au niveau de la mandibule, parce que l'ulcère ne siège pas dans une région mobile et que le brassage et partant l'essaimage est moins accusé.

Le retentissement lymphatique se fait au niveau des ganglions sous-maxillaires. L'infection de cet épithélioma peut se produire comme au niveau de la mandibule, mais ses conséquences sont moins sérieuses, car il n'y a pas la proximité de zones décollables, à tissus lâches comme le plancher de la bouche, la loge sous-maxillaire, le cou, sauf au niveau de la joue. De même du côté osseux, l'infection s'adresse à un os mince. L'ostéite aboutit à la production de séquestres lamellaires, exception faite au niveau de la région incisive où tout un bloc osseux peut s'éliminer.

Le diagnostic de cette forme est à faire avec la tuberculose et la syphilis. *Dans le lupus*, propagation d'un lupus naso-labial ou plus souvent naso-vélo-palatin, l'os est respecté. *La tuberculose du maxillaire supérieur* est rarement isolée. La tuberculose a touché préalablement la mandibule, le malaire. D'ailleurs, l'ulcération tuberculeuse, avec ses bords mous, décollés, atones, se reconnaît vite. La *syphilis de la région incisive* donne lieu à un tableau clinique assez particulier. Au début, les incisives, bien que saines, sont branlantes. La tuméfaction gingivale est intense ainsi que la tuméfaction palatine et des fistules multiples traversent cette muqueuse. Lorsque les dents ont fait leur chute, l'ulcération a des bords taillés à pic, un fond bourbillonneux. Au moindre doute, mettre en œuvre les réactions sérologiques et la biopsie. Quant à l'*ostéite d'origine dentaire*, elle ne s'accompagne pas d'ulcération.

Au niveau de la région prémolaire et molaire, la forme basse du cancer du sinus, en s'extériorisant provoque la chute des dents et une ulcération. Parfois, le fond de la tumeur en impose, par son aspect, pour un sarcome profond.

b. Sarcomes. — Les sarcomes apparaissent en des endroits variables de la surface de l'os, tantôt sur le rempart alvéolaire, tantôt au niveau du vestibule. Les sarcomes superficiels forment des masses tumorales qui englobent les dents et peuvent gêner la mastication. D'autres fois, naissent des tuméfactions arrondies, de consistance d'abord osseuse, puis avec crépitation parcheminée, puis à consistance rénitente. Les sarcomes vestibulaires déforment la face, engendrent de l'œdème chronique de la paupière inférieure et de la circulation collatérale veineuse.

L'ulcération de la tumeur après infiltration de la

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 55, p. 1069.

peau et de la muqueuse ne se produit qu'à des stades tardifs.

Ces sarcomes donnent rarement des métastases; mais ils ont une grande tendance à récidiver si l'exérèse n'est pas complète. On ne peut d'ailleurs pas toujours tirer une conclusion pronostique de la formule histologique. Ces récidives sont variables d'un sujet à un autre; elles sont précoces ou tardives, parfois itératives.

Le diagnostic des sarcomes à marche rapide est facile; la ponction permet d'éliminer le kyste. Ce dernier donne une image radiographique lacunaire, à bords nets, arrondis, tandis que la lacune sarcomateuse est à limites imprécises et irrégulières.

Dans les formes à marche lente, alors qu'il est parfois difficile d'avoir des précisions sur le début de l'affection, le problème diagnostique est le même que pour les tuméfactions à marche lente de la mandibule, mais plus limité.

a. *Du point de vue inflammatoire*, ni la syphilis, ni la tuberculose, ni les accidents infectieux d'origine dentaire ne sont hyperostosants. Reste l'actinomycose à forme tumorale, rare et que les épreuves de laboratoire permettent seules d'identifier.

b. *Les ostéopathies fibreuses* peuvent rester, un certain temps, isolées au niveau de la mâchoire supérieure. Elles prêtent aux mêmes considérations qu'à la mandibule.

c. *Du point de vue tumoral*, rareté extrême des adamantinomes, Lecourt en a recueilli 14 cas; nous en avons observé 1. Les tumeurs à myéloplaxes sont moins nombreuses qu'à la mandibule.

II. *TUMEURS DE LA MESOSTRUCTURE*

Comme nous l'avons déjà écrit, le cancer du sinus est le plus fréquent, et aussi le plus grave parce qu'il est reconnu plus tardivement.

Le problème qui se pose à nous est triple. Il faut établir : 1° l'existence d'une tumeur maligne, 2° la nature de cette tumeur, 3° son degré d'extension. La clinique seule ne permet pas de pressentir la nature de la tumeur ni de faire le bilan de l'envahissement tumoral. La biopsie tranche la seconde question; la radiographie est incapable d'élucider complètement la troisième.

Anatomie pathologique. — La muqueuse du sinus est une muqueuse cylindrique stratifiée. Or, le plus habituellement, le cancer du sinus est un épithélioma épidermoïde; ce qui tient vraisemblablement à ce que le cancer du sinus naît d'ordinaire sur une muqueuse métaplasiée par une infection chronique (Lemaitre). Verger donnant sa statistique pour tous les épithéliomas du maxillaire supérieur, trouve sur 36 épithéliomas : 28 du type épidermoïde, 24 dont l'évolution était franchement du type des muqueuses et 4 suivant le mode cutané.

Dès que le cancer du sinus s'extériorise, il devient un cancer du massif facial. Au début, il gagne l'ethmoïde postérieur, puis le sinus sphénoïdal. Il respecte le sinus frontal. Il intéresse la face antéro-externe des muscles ptérygoïdiens.

A une époque plus avancée, il envahit :

la peau;

les ganglions;

les muscles ptérygoïdiens et plus rarement le muscle temporal (c'est-à-dire la loge ptérygo-maxillaire et la loge temporale);

le voile et le cavum;

la paroi interne de l'orbite et l'endocrâne.

Symptomatologie. — 1° **Période de début.** — Au début, le cancer se développe insidieusement en cavité close et les premiers signes qu'il engendre peuvent engager le malade à consulter le stomatologiste ou le rhinologiste.

Dans le premier cas, c'est que le cancer est né bas sur le plancher du sinus et qu'il irrite le plexus dentaire supérieur. *Il en résulte une névralgie faciale symptomatique que le malade reporte à ses dents.* On peut conclure ainsi à des phénomènes de pulpite et procéder à des soins ou a des avulsions inutiles.

Beaucoup plus souvent, c'est le rhinologiste qui est consulté pour *un coryza unilatéral purulent.* Il se méfiera de toute sinusite chronique qui, chez un homme ayant dépassé la quarantaine, ne fait pas sa preuve nasale ou dentaire. Il doit rechercher s'il existe les petits signes d'extériorisation du cancer, sur lesquels Sébileau a attiré l'attention. Du côté du vestibule, il constatera que la muqueuse est légèrement tuméfiée, parsemée de varicosités et que le sillon gingivolabial est comblé. Dans les fosses nasales, outre le refoulement de la paroi externe de celles-ci, il tâchera de découvrir des masses suspectes, tout en se rappelant qu'elles peuvent être masquées par des polypes et qu'il faut parfois savoir ne pas s'arrêter au résultat d'une seule biopsie. Le lavage du sinus par ponction diaméatique ramène des débris dont il importe de faire l'analyse.

On voit combien le diagnostic, et il est d'importance, est semé de difficultés. La radiographie est nécessaire. Elle ne montre pas du côté malade une tache plus sombre que celle du côté sain, car la destruction osseuse compense l'opacité due à la tumeur. Mais il y a perte des limites du sinus et simplification de l'image radiographique de cette partie du massif facial. En cas de compression du canal fronto-maxillaire, l'agrandissement du sinus frontal signifie mucocèle et non extension de la néoplasie.

2° **Période d'état.** — *Comme l'a écrit Sébileau, dès que le cancer du sinus s'extériorise, il évolue avec une grande rapidité.*

Le *tableau qu'il fournit est très polymorphe*, parce qu'il revêt soit une *forme tumorale*, soit une *forme suppurée* et parce que sa symptomatologie dépend de *son siège et de son mode d'extension.* L'examen du malade doit donc être systématique.

Extérieurement, cet examen porte sur les petits signes de défiguration, sur le territoire nerveux et ganglionnaire, sur le jeu oculaire. Dans la bouche, il permet de vérifier les régions vestibulaire, alvéolaire, palatine et de la tubérosité. La rhinoscopie antérieure et postérieure, l'examen oculaire compléteront cette observation à laquelle s'ajoutent la radiographie, la ponction du sinus et la biopsie.

FORMES TUMORALES. — L'extériorisation au début dépend évidemment de l'endroit où naît le cancer.

1° Selon Sébileau, *le début le plus fréquent se fait aux confins* de la paroi antérieure et inférieure, vers la fosse canine. La peau est d'abord distendue par la tumeur qui glisse sur elle. Ce n'est que tardivement, qu'elle est infiltrée par le néoplasme et fait corps avec lui, elle ne peut plus alors être plissée. On se rend donc compte de l'importance de bien palper la peau. Il faut aussi en rechercher la sensibilité, pour apprécier l'état du nerf sous-orbitaire. L'examen de la région ganglionnaire est d'ordinaire négatif. L'adénopathie cancéreuse est tardive, elle correspond à l'infiltration de la peau. Elle ne doit pas être confondue avec l'adénite inflammatoire et Verger rappelle ainsi ses caractères : « L'adénopathie paraît être cliniquement cancéreuse lorsqu'elle augmente progressivement, par poussées, ne régresse pas spontanément, est dure, indolore, fixe, paraît soudée au bord inférieur du maxillaire ou aux plans profonds de la région carotidienne ». Elle a, comme le dit Sébileau, « une mobilité enclavée ».

2° *Le cancer du plancher du sinus* gagne la cavité buccale. Les dents s'ébranlent et tombent, le palais se voussure et donne au palper la sensation de carton mouillé; le vestibule se tuméfie et au bout d'un temps variable un cloaque se produit au fond duquel on aperçoit le fond de la tumeur.

3° *La forme postérieure est grave.* A une petite ulcération muqueuse au niveau de la tubérosité, correspond une tumeur qui envahit toute la fosse ptérygo-maxillaire, avec ou sans trismus, qui effondre rapidement la paroi supéro-interne du sinus pour atteindre l'angle interne de l'œil. *C'est une forme ulcéreuse et serpigineuse* (Verger).

4° *Le cancer né de la paroi interne du sinus* ne détruit que tardivement la paroi externe des fosses nasales, mais il gagne l'ethmoïde, ce qui est le gros danger. L'examen clinique ne fournit aucun renseignement certain sur l'état de l'ethmoïde postérieur, des sinus frontal et sphénoïdal, de l'orbite et de son contenu et surtout de la fosse temporale. La radiographie n'est pas plus capable de nous rendre affirmatif sur l'état des sinus.

5° Enfin, il est très rare de voir le cancer naître d'emblée sur le plafond du sinus et déborder dans l'orbite. Il importe de rechercher alors :

a. les troubles du côté du canal lacrymal,
b. les troubles de position et de mobilité de l'œil,
c. les troubles de névrite ou d'atrophie optique.

FORMES SUPPURÉES. — Dans d'autres cas, les signes d'infection du cancer du sinus s'ajoutent aux signes tumoraux pour les camoufler. Tantôt la suppuration se déverse dans les fosses nasales et fait croire à une sinusite purulente. Tantôt l'infection entraîne une fistulisation vestibulaire, alvéolaire, elle aboutit à la production de séquestres et simule le tableau de l'ostéite diffuse, d'origine dentaire, avec cellulite jugale. Tantôt enfin, mais exceptionnellement, elle se présente sous une forme gangréneuse des plus redoutables.

3° **Période d'extension.** — Au bout d'un temps variable, suivant la nature du cancer, plus rapide pour l'épithélioma que pour le sarcome, l'envahissement du massif facial devient global.

Les douleurs, légères au début, sont de plus en plus intolérables, à allure de névralgie faciale symptomatique et souvent même à type causalgique. Le malade est gêné pour ouvrir la bouche, sa salivation est abondante et fétide, la mastication et la phonation deviennent laborieuses et sont appréhendées. La diplopie fait son apparition ainsi que les troubles visuels. Au fur et à mesure que cette liste de troubles fonctionnels s'allonge, la défiguration du sujet s'accentue. La joue est rouge, tuméfiée, parfois ulcérée par la néoplasie. L'œil est en protrusion, dévié latéralement et en haut. Il existe du chémosis. L'adénopathie sous-maxillaire est tardive, elle manque presque toujours tant que l'envahissement de la peau et du voile n'entraîne pas l'infestation des voies lymphatiques. Le malade ouvre difficilement la bouche et l'on aperçoit alors le clapier cancéreux. La rhinoscopie renseigne sur les lésions basses, mais elle ne permet pas de porter un jugement sur l'envahissement le plus grave, celui de la partie supérieure de l'ethmoïde et de la base du crâne.

L'état général du malade, qui jusque-là était resté satisfaisant, fléchit. L'agonie de ces malheureux cancéreux est affreusement pénible. La bronchopneumonie, une hémorragie grave, l'envahissement de la base du crâne, avec ses conséquences, viennent souvent l'abréger.

Pronostic. — *Le pronostic du cancer du sinus est donc grave, c'est un « cancer qui ne pardonne guère ».*

Hautant rappelle que, dans le pronostic des épithéliomas du maxillaire supérieur, il faut compter avec les facteurs suivants : 1° la rapidité du développement de la tumeur; 2° la constitution histologique qui marche de pair avec la radiosensibilité; 3° l'extension du néoplasme; en effet, l'envahissement des ganglions et l'envahissement des muscles sont des facteurs de haute gravité; l'envahissement cutanéo-muqueux est moins dangereux s'il ne s'accompagne pas de métastase ganglionnaire; l'envahissement ethmoïdo-orbitaire est moins grave; pendant longtemps, le néoplasme adhère au contenu orbitaire sans l'envahir.

Sans traitement, la mort survient en un an, un an et demi pour les épithéliomas, en un an ou deux ans pour les sarcomes. Après traitement, les récidives sont fréquentes, l'accalmie n'est que de quelques mois; *la récidive est locale, rarement ganglionnaire.*

Diagnostic. — Nous avons insisté sur les difficultés du diagnostic du début; *ne pas passer à côté du cancer du sinus.*

Dans la forme tumorale, le diagnostic devient assez facile ; quelques cas *rares d'actinomycose* osseuse, à forme térébrante, pourraient prêter à confusion. Le laboratoire vient en aide à la clinique; mais les résultats des épreuves de laboratoire peuvent être troublés du fait que l'infection secondaire détruit les grains jaunes. La biopsie est souvent indispensable.

Dans la forme suppurée, la discrimination ne se fait pas avec les sinusites d'origine nasale puisqu'elles ne s'extériorisent pas. Il faut autre chose pour que l'os soit malade et l'on doit envisager la possibilité :

1° *d'ostéite d'origine dentaire*, que l'on distingue de par l'aspect des lésions et la radiographie intrabuccale ;

2° *d'empyème caséifié*, mais le lavage par ponction diaméatique permet d'évacuer des débris caséeux d'odeur infecte;

3° *de syphilis du sinus*, mais les lésions gommeuses conservent leur formule caractéristique, d'ailleurs, elles coexistent avec des lésions nasales qui donnent rarement le change;

4° *de tuberculose du sinus polyfistuleuse*, très rare, associée à d'autres manifestations bacillaires.

Traitement. — Le traitement du cancer du sinus pose le problème tumoral et osseux. Le problème ganglionnaire est relégué au second plan.

a. **Le traitement chirurgical** donne des déboires parce que ce cancer est reconnu tardivement, que « son territoire a débordé le territoire de l'opérabilité » (Sébileau) et parce que l'on risque l'essaimage.

Faut-il pratiquer une résection typique du maxillaire supérieur ou faut-il agir à la demande des lésions?

La résection typique du maxillaire supérieur est rejetée, par la plupart des auteurs, pour les raisons suivantes :

a. Le cancer du sinus n'est pas un cancer de la mâchoire supérieure, mais du massif facial. Enlever tout le maxillaire supérieur, c'est enlever de l'os sain qui peut avoir une grosse valeur cosmétique (notamment le chevalet supérieur de la face), et c'est laisser en place du tissu dégénéré.

b. La résection typique n'est possible que sur un os sain, elle est impraticable sur un os malade;

c. Elle est grave lorsqu'elle est faite sous anesthésie générale, elle donne de 35 à 40 p. 100 de mortalité.

La résection atypique « à la demande des lésions » suivant l'expression de Sébileau, est faite par rhinotomie para-latéro-nasale. Le couteau électrique peut être un adjuvant utile pour éviter l'essaimage. Mais pour les raisons que nous avons exposées plus haut, les récidives sont fréquentes, rapides et dans l'ensemble la statistique est mauvaise.

b. **Les agents physiques seuls** n'ont guère eu plus de succès. On se heurte à la difficulté d'application du radium, à l'infection du cancer, à sa propagation profonde, à l'ostéoradionécrose.

Les infections superficielles n'exercent aucune influence sur les résultats de la radiothérapie des épithéliomas, elles disparaissent au fur et à mesure de la régression du tissu néoplasique et de la cicatrisation » (Regaud et Mülternich), Au contraire, les cancers du sinus se compliquent d'infections profondes, abondantes, formant au niveau de l'ethmoïde des clapiers inaccessibles. Dans ces cas, les radiations agissent de façon désastreuse parce que le cancer devient radio-résistant et que l'infection reçoit un coup de fouet.

L'ostéoradionécrose est également à redouter. Elle est précoce si l'os est envahi par le processus néoplasique, sinon tardive trois ou cinq mois après l'irradiation. Elle ne doit pas être confondue avec une récidive de la néoplasie. Au niveau de l'os malaire, elle engendre des phénomènes inflammatoires dont la brusquerie fait discuter de l'érysipèle de la face ou du phlegmon de la fosse temporale. L'ostéoradionécrose de la lame criblée est grave par suite de la proximité des méninges, celle de la ptérygoïde expose à sa chute et à des hémorragies importantes.

c. **Traitement mixte.** — De tout ce qui précède, il semble que « la résection préalable des os envahis par le néoplasme suivie de l'irradiation des tissus mous est une méthode recommandable » (Regaud).

Nous en arrivons ainsi à la technique d'Hautant et de Monod comportant une intervention préalable qui poursuit un triple but :

enlever la majeure partie de la tumeur,

permettre la recherche des prolongements de la tumeur,

éviter les accidents d'infection et d'ostéoradionécrose.

Cette intervention faite par voie para-latéro-nasale doit être large. Si le cancer est très avancé, il ne faut pas lier préventivement la carotide externe, ni pratiquer systématiquement l'exantération de l'orbite. Si la peau est envahie, elle sera largement réséquée. S'il n'y a pas d'adénopatie perceptible, il ne faut pas s'acharner à poursuivre des adénopathies problématiques.

On posera ensuite un grand nombre de tubes de radium qui seront laissés en place de cinq à douze jours.

Hautant et Monod ont ainsi obtenu 50 p. 100 de survie.

d. **Le traitement prothétique** sera tardif. Aucune prothèse n'est tolérée pendant la période de cicatrisation et elle risque d'irriter les tissus. Au bout de quelques mois, on peut être obligé de faire un appareil de dilatation des brides, avant de pouvoir faire une prothèse définitive. Celle-ci est difficile à établir car il faut compenser les mouvements de chute de l'appareil, les mouvements d'enfoncement pendant la mastication ainsi que les mouvements de latéralité. Elle dépend donc de ce qui subsiste du maxillaire supérieur et de l'état de la denture. De toute manière, elle respectera la respiration nasale et évitera l'accumulation des mucosités.

III. TUMEURS DE LA SUPERSTRUCTURE

Nous signalerons seulement qu'elles comportent les cancers haut situés du sinus, les cancers de l'ethmoïde propagés et les néoplasmes de l'orbite qui gagnent le corps du maxillaire supérieur.

BIBLIOGRAPHIE

AUBIN. La biopsie clinique en O. R. L. *Th. de Paris*, 1924, Vigot frères.

BERNARD (Raymond). Traitement des cancers du maxillaire inférieur. *Th. de Paris*, 1926, 1 vol., Doin.

CHASTENET DE GERY et PERROT. Sur un cas d'ostéoblastome du maxillaire inférieur. *Soc. anat.*, fév. 1928.

CORNET (Pierre). La chirurgie à la demande dans le traitement des tumeurs malignes du massif facial supérieur. *Th. de Paris*, 1924, Arnette.

DECHAUME (Michel). De la résection totale du maxillaire supérieur dans le traitement des tumeurs malignes. *Th. de Lyon*, 1927.

DUFIEUX. L'ostéoradionécrose des maxillaires. *Th. de Paris*, 1927.

FASSINA. Etude des pertes de substance médianes du maxillaire inférieur. Leur traitement par appareillage. *Th. de Paris*, 1927, Editions « Semaine dentaire ».

GREENOUGH, SIMMONS et GREEN (Boston). Résultats des opérations pratiquées pour cancer de la langue, de la bouche, des maxillaires au Massachusetts General Hosp. de 1890 à 1904. *Boston med. and surg. Journ.*, 6 mai 1909.

HARBURGER. La résection à la demande des tumeurs du maxillaire inférieur par les voies naturelles. *Th. de Paris*, 1926, Arnette.

HAUTANT. Le traitement des épithéliomas du massif facial et les travaux récents. *Ann. des mal. de l'oreille*, août 1928, p. 743.

HÉNAULT. La prothèse des pertes de substance des maxillaires supérieurs consécutives aux résections. *Th. de Paris*, 1927, Société d'Imprimerie d'Etampes.

HOFMANN (Vienne). Contribution à l'étude histologique et clinique des ostéo et chondrosarcomes du maxillaire supérieur. *Ann. des mal. de l'oreille*, mai 1926.

LACAISSE. Etude des pertes de substance latérales du maxillaire inférieur. Leur traitement par appareillage. *Th. de Paris*, 1927, Editions « Semaine dentaire ».

LACASSAGNE. Les indications de la radiothérapie des sarcomes. *Radiophysiologie et radiothérapie*, 1930, t. II, fasc. 2.

LEMAITRE et Ch. RUPPE. Epithéliomas du maxillaire inférieur et radiographie. *Revue de stomatol.*, août 1923.

LERICHE et POLICARD. Considérations générales sur les ostéosarcomes. *Presse méd.*, 3 déc. 1924.

MASSON. *Les Tumeurs*, 1 vol.

MOULONGUET. Des renseignements à attendre de la radiographie dans le diagnostic des tumeurs osseuses. *Pratique méd. franç.*, juillet 1926, p. 313.

OBERLING. Les réticulosarcomes. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, mai 1928.

PERTHES. *Die Verletzungen und Krankheiten der Kiefer*, 1907, 1 vol. Stuttgart.

PROBY. La syphilis tertiaire du sinus maxillaire, *Journ. de méd. de Lyon*, août 1924.

REGAUD. Radiothérapie des sarcomes, *Paris méd.*, 2 fév. 1924.

RUPPE (Ch.). Note sur la forme et la structure du maxillaire inférieur, *Revue de stomatol.*, juillet 1928; — *Anatomie bucco-dentaire dans ses rapports avec la pathologie*, 1 vol., Vigot.

SÉBILEAU. Les formes cliniques du cancer du sinus. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1906, p. 430.

SONNTAG et ROSENTHAL (Leipzig). *Lehrbuch der Mund et Kieferchirurgie*, 1 vol., G. Thiem, 1930.

TAVERNIER. Le diagnostic radiologique des ostéosarcomes. *Arch. franco-belges de chir.*, juin 1923.

VERGER. Traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur par l'association chirurgie curiethérapie. *Th. de Paris*, 1925, Doin.

VERNIEUWE. Contribution à l'étude de la tuberculose des sinus de la face, *Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 29 nov. 1930.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 MAI 1931)

Deux cas de spirochétose méningée pure. — M. P. HARVIER et Mlle A. WILM. Observation de spirochétose méningée pure caractérisée par un syndrome méningé très marqué, avec contractures et bradycardie, sans herpès ni vaso-dilatation conjonctivale. La nature spirochétosique de cette méningite aiguë bénigne à polynucléaires fut affirmée par le sérodiagnostic. La malade était plongeuse dans un restaurant.

MM. LAIGNEL, LEWASTINE et BOGUIEN apportent une deuxième observation caractérisée cette fois par la triade symptomatique habituelle, réaction méningée, injection des conjonctives et herpès. La nature spirochétosique fut affirmée par les diverses réactions biologiques.

Cancer primitif du poumon à type d'abcès chez un ancien blessé de poitrine, porteur de deux éclats restés inclus. — MM. Emile SERGENT, Henri DURAND, KOURILSKY et COUVREUX apportent une observation qui vient s'ajouter à celles qu'ont apportées dans la dernière séance MM. CATHALA et MÉNINGOT et qui montrent la fréquence assez grande de cette variété de cancer primitif du poumon. L'observation actuelle est intéressante parce que la présence d'éclats d'obus restés inclus dans le poumon orientait virtuellement le diagnostic vers l'idée de séquelles lointaines de blessure pénétrante de la poitrine. Le diagnostic de cancer est confirmé par l'exploration bronchoscopique. Une hémophysie foudroyante amena la mort après quelques semaines de cachexie progressive.

Sur la curabilité des suppurations putrides du poumon. Utilité du pneumothorax artificiel dans le traitement précoce de ces suppurations. — M. André JACQUELIN. Cette intervention, réalisée par l'auteur dans huit cas, a donné une guérison complète, *sans rechutes*, maintenue depuis cinq ans (2 cas), trois ans (3 cas), deux ans (2 cas) et dix-huit mois (1 cas).

Ces résultats éloignés sont d'autant plus intéressants que la collapsothérapie instituée précocement est de réalisation facile, non douloureuse, non choquante, et surtout sans danger, à condition d'être faite prudemment, en pression négative.

Observation d'un cas d'encéphalite morbilleuse. Etude anatomique. Considérations étiologiques et pathogéniques. — M. P. LECHELLE, I. BERTRAND et R. FAUVERT. — Histoire clinique d'un cas d'encéphalite morbilleuse ayant abouti à la mort. Les auteurs résument à ce propos l'état actuel des conceptions étiologiques et pathogéniques sur les encéphalites de la première enfance.

Granulomatose maligne à forme splénique pure. — MM. Ch. ACHARD, M. BARIÉTY et G. DESBUQUOIS. Observation d'un garçon de seize ans qui présentait une fièvre oscillante, une très grosse rate, de l'anémie, sans prurit, sans adénopathies superficielles.

L'examen anatomique de la rate montra qu'il s'agissait de granulomatose maligne.

Les auteurs soulignent quelques particularités : l'absence de leucocytose et de polynucléose neutrophile pendant une longue partie de l'évolution ; l'existence momentanée de l'éosinophilie et d'une myclocytose neutrophile ; la pauvreté du tissu granulomateux en polynucléaires neutrophiles et en

éosinophiles; le caractère atypique des cellules de Sternberg rencontrées dans un ganglion juxtapancréatique; l'influence heureuse, mais transitoire, de la radiothérapie profonde.

Hématome intrapariétal de l'oreillette droite et malformation congénitale du cœur. — MM. Laubry et Baillet. Observation d'une malade atteinte d'une pleurésie hémorragique qui se mua rapidement en pleurésie séreuse, à forme lymphocitaire. L'état général, le caractère de l'épanchement firent penser à une pleurésie tuberculeuse. Au bout de quelques mois, à la faveur de poussées fébriles, apparurent des épistaxis, des hémoptisies, des ecchymoses cutanées, qui orientèrent les recherches sur une maladie du sang.

L'autopsie montra des épanchements droits, notamment dans le psoas, un hématome pariétal de l'oreillette droite, et enfin une malformation congénitale du cœur consistant en une atrésie presque totale du ventricule droit et un rétrécissement infundibulaire de l'artère pulmonaire. Le cours du sang se faisait au travers d'un orifice tricuspidien rétréci et indirectement pour ainsi dire, dans l'artère pulmonaire athrésiée.

Etudes phonocardiographiques d'un cas de rythme à quatre temps. — MM. Mach et Duchosal rapportent un cas d'anémie pernicieuse dans lequel ils ont perçu une variété rare de rythme cardiaque, décrit par Laubry et Routier et caractérisé par l'adjonction aux deux bruits normaux du cœur, de deux bruits supplémentaires, se produisant pendant la diastole : *rythme à quatre temps*.

Syndrome sympathique et migraine ophtalmique provoqués par un pneumothorax thérapeutique. — M. C. Dimacopoulo (d'Athènes). — Observation d'une femme atteinte d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse unilatérale chez laquelle l'institution d'un pneumothorax thérapeutique fit apparaître, dès que la première insufflation fut terminée, un syndrome d'excitation du sympathique, se traduisant d'une part par des troubles cardiaques ; d'autre part, par une migraine ophtalmique du côté correspondant à l'insufflation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 30 mai 1931)

Emploi du bactériophage pour l'obtention d'un sérum antityphique. — MM. F. Arloing, A. Josserand et A. Nabonne ont obtenu un sérum antityphique efficace en injectant au lapin un lysat, par bactériophagie, d'une émulsion de bacilles d'Eberth.

Ce résultat présente d'une part un intérêt théorique puisqu'il montre la persistance du pouvoir antigénique d'une émulsion microbienne malgré la désintégration bactérienne, et d'autre part indique peut-être une méthode nouvelle de préparation de certains sérums thérapeutiques.

La tension artérielle moyenne. Ses rapports avec les tensions maxima et minima. — M. C. Lian rapporte les conclusions des mesures tensionnelles qu'il a faites lui-même sur 215 sujets. Il a déterminé dans tous les cas la maxima auscultatoire Mx, la tension moyenne My oscillométrique, et la tension minima Mn oscillométrique, au bras chez les sujets couchés, avec le phono-sphygmomètre Lian relié à l'oscillomètre Pachon.

1. La mesure de la tension moyenne mérite de passer dans la pratique. Elle ne dispense pas de la mesure de la Mx qui contribue à caractériser le régime circulatoire dans chaque cas.

2. Quand la courbe oscillométrique est en plateau, il est capital d'exprimer la tension moyenne non par un seul chiffre, mais par les deux chiffres extrêmes du plateau.

3. Cette nuance, qui a l'avantage de souligner l'existence et l'importance du plateau de la courbe oscillométrique, dispense pratiquement de la mesure de la Mn. Celle-ci est en effet presque toujours à 3 centimètres de la fin du plateau de la tension moyenne, parfois à 2 ou à 4 centimètres. Cette remarque, très nette, chez les malades sans insuffisance aortique, semble valable même dans cette lésion valvulaire. Il en était ainsi dans 29 cas d'insuffisance aortique, parmi lesquels dans 11 cas la tension moyenne était un peu inférieure à la normale.

4. En prenant en considération que la mesure de la Mn est très difficile, qu'elle fait grandement intervenir le facteur personnel, et que ses variations sont minimes par rapport à la fin du plateau de la tension moyenne, on peut conclure que dans la pratique, il est nécessaire et suffisant de mesurer la Mx et le plateau ou la pointe de la tension moyenne.

Tension maxima et tension moyenne. Leurs valeurs concordantes, convergentes, divergentes. — M. C. Lian. Chez un adulte sain et couché, la tension maxima humérale auscultatoire varie de 12 à 14, la tension moyenne humérale oscillométrique est égale à 9, ou à 9-10, ou à 8-9, ou à 8-10 (phono-sphygmomètre Lian relié à l'oscillomètre Pachon).

Pour juger si la formule tensionnelle est concordante, convergente ou divergente, on se basera non plus sur les variations de Mx et de Mn selon le schéma établi par Lian en 1913, mais sur les variations de Mx par rapport à la tension moyenne My.

Quand la formule tensionnelle est concordante, le chiffre de la tension moyenne en pointe ou le chiffre le plus bas du plateau de la tension moyenne est égal au chiffre obtenu en ajoutant 2 ou 3 à la moitié de la valeur de Mx. Tels sont les chiffres Mx 13 My 9, Mx 22 My 14, Mx 10 My 8.

Lorsque l'écart entre Mx et My est inférieur à celui que donne le rapport de concordance, la formule tensionnelle est convergente et traduit en général un degré accentué d'insuffisance cardiaque. Tels sont les chiffres Mx 24 My 17 et Mx 21 My 15-16 trouvés dans 2 cas de grande insuffisance ventriculaire gauche (galop, pouls alternant, insuffisance mitrale fonctionnelle).

Au contraire lorsque l'écart entre Mx et My est supérieur à celui que donne le rapport de concordance, la formule tensionnelle est divergente (insuffisance aortique, et aussi, comme l'a montré Lian, aortites sans insuffisance aortique, cœur irritable, basedow). Tels sont les chiffres Mx 18 My 8-9 (insuffisance aortique), Mx 16 My 8-9 (aortite).

La facilité de la mesure de la tension moyenne oscillométrique, la difficulté de la mesure de la tension minima et la variabilité des chiffres obtenus d'un observateur à l'autre font que pour reconnaître si une formule tensionnelle est concordante, convergente ou divergente, il est indiqué de comparer non pas la maxima et la minima, mais la maxima avec la pointe ou le plateau de la tension moyenne.

Le pouvoir excréteur du tube digestif pour quelques métaux. — MM. Félix Ramond et J. Dimitresco-Popovici, poursuivant leurs recherches sur le pouvoir d'excrétion du tube digestif, montrent que les métaux, tels que le fer, le plomb, le mercure, le cuivre, le bismuth, s'éliminent d'une façon précoce et intensive par les muqueuses de l'estomac, du duodénum et du cæco-appendice, et fort peu par celles de l'intestin grêle et du côlon. Ces faits peuvent avoir une importance pratique pour expliquer beaucoup de processus pathologiques de l'estomac, du duodénum et du cæco-appendice.

Influence des doses d'anatoxine diphtérique dans l'immunisation active chez l'homme. — MM. G. Ramon, Robert Debré, M. et G. Mozer ont cherché à améliorer l'immunité conférée par l'anatoxine en augmentant, dans les limites compatibles avec certaines conditions pratiques, la dose

d'anatoxine injectée. Ils ont utilisé une anatoxine titrant 16 unités anatoxiques au centicube; trois injections de 1 centimètre cube, 1 centimètre cube et 2 centimètres cubes sont pratiqués à trois semaines d'intervalle. Chaque sujet reçoit ainsi au total 64 unités anatoxiques au lieu des 30 unités administrées en suivant la technique habituelle.

L'augmentation des doses d'unités anatoxiques injectées lors de la vaccination antidiphtérique peut permettre non seulement d'obtenir chez tous les sujets vaccinés (265 fois sur 265 essais) une réaction de Schick négative mais encore un degré d'immunité relativement très élevé.

Les réactions ne sont pas, avec la technique nouvelle, plus fréquentes, ni plus intenses.

Essais d'immunisation active chez l'homme au moyen d'une anatoxine diphtérique de valeur antigène élevée. — MM. G. Ramon et P. Nelis. Sur 295 enfants âgés de cinq à douze ans qui ont reçu à trois semaines d'intervalle deux injections de 1 centimètre cube et 1cc5 d'anatoxine diphtérique titrant 16 unités, 291, soit 98,6 p. 100, ont acquis cinq semaines après la première injection le degré d'immunité que traduit une réaction de Schick négative. Chez les quatre enfants dont la réaction avait été considérée comme positive, une nouvelle épreuve de Schick a été faite trois semaines après la première. Cette épreuve s'est révélée négative chez trois sujets, encore faiblement positive chez le quatrième.

Ces essais et leurs résultats, en dehors de leurs conséquences pratiques, affirment davantage encore l'importance dans l'immunisation active, de la valeur antigène intrinsèque de l'anatoxine telle qu'elle nous est révélée par la réaction de floculation.

Premières souches de B. œdematis sporogenes (B. sordellii) isolées en France. — MM. M. Weinberg, J. Davesne et Mlle Mireille Lefranc ont isolé deux souches de *B. sordellii*, l'une d'origine vétérinaire, l'autre d'un cas d'appendicite gangréneuse,

Le *B. sordellii* représente une espèce à la fois protéolytique fortement toxique, et très pathogène. Les lésions produites chez l'animal ne sont nullement putrides. Elles ressemblent beaucoup à celles causées par le *B. œdematicus*. Ce fait est expliqué par l'action de la toxine qui est beaucoup plus rapide que celle du ferment protéolytique. L'animal meurt avant que les tissus infectés aient eu le temps de subir une lyse putride.

Pour isoler le *B. sordellii*, il suffit de suivre la technique habituelle utilisée dans l'étude des microbes anaérobies. Comme ce microbe n'a été isolé dans les plaies de guerre par aucun bactériologiste, il faut penser qu'il se trouve exceptionnellement dans le sol européen, tout au moins dans le sol français.

Association de la vitamine D (ergostérol irradié) et de l'antigène méthylique dans le traitement de la tuberculose expérimentale du lapin. — MM. C. Levaditi et P. Lépine. Levaditi et Li Yuan Po ont montré que l'administration orale de l'ergostérol irradié à des lapins porteurs de lésions à bacilles tuberculeux bovins virulents (souche Vallée), vivants ou morts, ou à bacilles avirulents (B. C. G. de Calmette et Guérin), provoque une calcification précoce et plus ou moins intense de ces lésions, peu importe leur siège (testicule ou poumon). Par ailleurs, Nègre et Boquet ont mis en évidence l'effet thérapeutique incontestable qu'exerce dans la tuberculose expérimentale et humaine l'antigène méthylique extrait des bacilles tuberculeux. Ils ont associé l'administration *per os* d'ergostérol irradié et l'antigène méthylique afin de déterminer :

1° Si leur administration simultanée n'empêche pas leurs actions respectives;

2° Si l'on peut obtenir une synergie de leurs effets sur l'organisme tuberculisé.

Il résulte de leurs recherches que l'association de l'antigène méthylique et de l'ergostérol irradié n'a pas entravé l'action calcifiante de ce dernier sur les altérations bacillaires du testicule et du poumon. En effet, en ce qui concerne le testicule, neuf examens ont fourni neuf calcifications positives d'intensité variable, mais toujours très accusée. Chez un des lapins, cette calcification était à tel point massive, que le testicule avait l'apparence d'un véritable bloc de craie. La survie prolongée des animaux a montré que l'association thérapeutique de l'ergostérol irradié administré *per os* et de l'antigène méthylique de Nègre et Boquet, injecté par voie sous-cutanée, exerce une influence favorable sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du lapin (souche bovine). Cette association n'entrave pas l'action calcifiante intense exercée par la vitamine D sur les altérations bacillaires du testicule et du poumon.

Mode de transmission spontanée du rhumatisme polyarticulaire infectieux de la souris, provoqué par le « streptobacillus moniliformis ». — MM. C. Levaditi, S. R. Selbie et M. Delorme ont essayé de préciser le mode de propagation spontanée du rhumatisme polyarticulaire infectieux de la souris, provoqué par le *streptobacillus moniliformis*. Leurs constatations leur ont permis de formuler les conclusions suivantes :

1° Le rhumatisme polyarticulaire infectieux de la souris provoqué par le *streptobacillus moniliformis*, peut se transmettre spontanément d'animaux malades à sujets sains, par simple cohabitation dans le même bocal, maintenu à l'obscurité.

2° La période d'incubation de la maladie transmise a été de neuf à vingt-six jours pour la forme septicémique, et de vingt-trois jours pour la forme polyarticulaire.

3° La transmission semble s'effectuer soit par morsure, soit par souillure avec l'urine de souris malades, laquelle peut contenir le *streptobacillus moniliformis*.

Le B. C. G. peut-il devenir virulent par culture dans le sang total de lapin? — M. T. de Sanctis Monaldi a pratiqué la culture en série (5 passages) du B. C. G. dans le sang total de lapin contenu en pipettes Pasteur scellées et sous tension réduite d'oxygène.

Cette culture ne modifie en rien la virulence du B. C. G., mais seulement sa morphologie. Les bacilles deviennent très courts et contiennent une seule granulation. Dans les colonies existent des grosses granulations acido-résistantes apparemment libres. Les formes non acido-résistantes font complètement défaut.

D'autre part, l'anaérobiose relative, à laquelle Dreyer et Wollum attribuent le retour à la virulence des souches qu'ils ont employées, n'a exercé aucune action sur le B. C. G. puisque les cultures du cinquième passage se sont comportées exactement comme la culture dont elles provenaient.

Manifestations convulsives observées chez le lapin à la suite d'injection première d'une protéine par voie intraveineuse. — MM. Pasteur Vallery-Radot, C. Mauric, Mme A. Hugo et M. Paul Giroud. Après une injection intraveineuse déchaînante chez un lapin sensibilisé au sérum, il est exceptionnel d'observer des convulsions. Même lorsqu'elles apparaissent, elles ne sauraient être considérées comme un stigmate de choc anaphylactique. En effet, à la suite d'injection première de protéine par voie intraveineuse, elles peuvent se produire. La connaissance de ces convulsions à la suite d'injection première montre qu'elles ne sont pas un stigmate du choc anaphylactique chez le lapin. Le choc anaphylactique chez cet animal doit être mis en évidence, non pas d'après la constatation de manifestations cliniques, mais d'après l'inscription graphique de la tension artérielle qui donne une courbe caractéristique.

Modalités sur la courbe de tension artérielle chez le lapin après injection première d'une protéine par voie intraveineuse. — MM. Pasteur Vallery-Radot, C. Mauric, Mme A. Hugo et M. Paul Giroud, à la suite d'injections premières par voie intraveineuse de protéines à des lapins neufs, ont observé que dans la plupart des cas la tension artérielle ne subit aucune modification importante; dans quelques cas, la tension artérielle baisse au cours de l'injection ou immédiatement après, pour remonter d'ailleurs très rapidement; enfin, dans un nombre très restreint de cas (4 cas sur 42) la courbe de tension artérielle est absolument comparable à celle qui se voit dans le choc anaphylactique. Cette dernière constatation montre qu'on ne peut se contenter d'une seule expérience pour affirmer le choc anaphylactique d'après l'allure de la tension artérielle; il faut multiplier les expériences pour un même groupe de recherches, afin de se mettre à l'abri de cette cause d'erreur.

Action curarisante vraie des sels de magnésium. — M. René Hazard et Mlle Lise Wurmser. Le chlorure de magnésium coupe la conduction nerveuse en produisant l'hétérochronisme entre le nerf et son muscle; il exerce une action curarisante vraie, élevant la chronaxie du muscle strié et respectant celle de son nerf.

Réanimation par la caféine du centre respiratoire inhibé par le chloroforme. Etude sur le poisson. — MM. Arnaudet, Léon Binet, Cardot et Mlle Bonnet rapportent les résultats de leurs recherches effectuées sur le centre respiratoire de *goblus lota*.

Les poissons sont placés dans de l'eau de mer chloroformée jusqu'à l'arrêt des mouvements respiratoires. A ce moment, ils sont divisés en deux lots qui sont introduits, l'un dans de l'eau de mer simple, l'autre dans de l'eau de mer caféinée. Les animaux du premier groupe restent inertes, ceux du second reprennent leur respiration et survivent.

Utilisant une technique personnelle antérieurement décrite, les auteurs perfusent la tête d'un gobie qui, sous l'influence d'une solution saline appropriée, continue à respirer pendant plusieurs heures. L'adjonction de chloroforme à cette solution arrête les mouvements respiratoires; si on ajoute alors au liquide de perfusion de la caféine dans des proportions convenables, on fait renaître la respiration.

Influence de l'ergostérol irradié sur la tétanie consécutive à la parathyroïdectomie chez le lapin. — MM. Lesné, Dubois et Simonnet. La thyroparathyroïdectomie est suivie chez le lapin d'accidents tétaniques mortels avec hypocalcémie chez 70 p. 100 de sujets opérés; 30 p. 100 survivent indéfiniment.

Il n'existe pas de relation étroite entre le taux de l'hypocalcémie ou le pourcentage d'abaissement du calcium sanguin et l'apparition des crises.

Dans les conditions expérimentales où nous nous sommes placés, l'administration d'ergostérol irradié à la dose d'un centigramme par jour *per os*, n'empêche pas l'apparition d'une hypocalcémie dans les jours qui suivent l'opération, mais cette hypocalcémie aussi accentuée que chez les sujets non traités, ne s'accompagne pas des signes de tétanie.

Ce traitement accroît notablement la durée de la survie

(dix-sept jours en moyenne contre quatre chez les sujets non traités), et les convulsions n'apparaissent que quelques heures avant la mort.

L'ultravirus tuberculeux passe spontanément, même « in vitro » à travers les ultrafiltres de collodion. — MM. G. Sanarelli et A. Alessandrini (de Rome) ont constaté que l'ultravirus tuberculeux peut passer spontanément même *in vitro* à travers les parois des sacs de collodion.

Si l'on plonge des sacs de collodion renfermant des bacilles tuberculeux dans des tubes remplis de liquide de Souton, on n'observe jamais dans ce liquide aucun développement microbien. Mais si après un séjour prolongé dans l'étuve, on injecte le liquide de Souton dans le péritoine de cobayes, quelques-uns de ces animaux succombent au bout d'un temps plus ou moins long (même après huit mois). A l'autopsie, on constate le tableau de la tuberculose par ultravirus, c'est-à-dire avec présence de bacilles acido-résistants dans les ganglions, mais sans modules tuberculeux dans les organes.

En injectant des émulsions de ces ganglions dans des cobayes neufs, on réussit à produire, dans une période de temps beaucoup plus courte, la mort des animaux avec le tableau de la tuberculose ordinaire, c'est-à-dire caractérisée par la présence de nodules tuberculeux typiques

Election d'un membre titulaire : M. Parat est élu par 38 voix.

PRATIQUE MÉDICALE

LE SÉDOBROL DANS LA PRATIQUE MÉDICALE COURANTE (1)

Par le docteur Dillard.

Dans sa thèse de la Faculté de médecine de Paris (1930), sur le traitement des états anxieux névropathiques. l'auteur avait longuement comparé l'action des divers médicaments habituellement employés, barbituriques et bromures, et il avait fait une place tout à fait spéciale à un hypnogène sédatif intermédiaire, l'allylisopropylacétylcarbamide ou sédormid, moins brutal que les premiers et plus efficace que les seconds. Dans le travail vraiment très pratique qu'il vient de publier, M. Dillard complète son étude et, dans l'exposé de deux observations absolument typiques, vante l'action conjuguée et combinée du sédormid et du bromure (sédobrol) et insiste surtout sur la transformation immédiate que ce dernier médicament est capable d'opérer sur les malades.

Ces deux observations concernent deux cas classiques, que l'on rencontre journellement en clientèle. Il a paru utile à l'auteur de les résumer, afin de bien faire ressortir encore une fois combien il est nécessaire de dépister l'anxiété névropathique sous l'apparence trompeuse de troubles organiques divers et combien aussi il est facile d'obtenir une sédation immédiate, grâce à l'action combinée de ces deux médicaments, sédobrol et sédormid, auxquels on joint naturellement toutes les ressources de la psychothérapie.

La première de ces deux observations concerne un cas d'anxiété datant de plusieurs années entretenue et même accrue par les circonstances, tandis que, dans la deuxième, il s'agit au contraire de la petite crise banale survenant à l'occasion d'une contrariété ou d'un surmenage chez un sujet prédisposé : en terminant, M. Dillard insiste de nouveau sur les précieux services que peuvent rendre le sédormid et le sédobrol non seulement chez les névropathes anxieux, mais même chez les malades infiniment nombreux qui présentent de petits signes d'angoisse ou seulement d'hyperexcitabilité.

(1) *Concours méd.*, 23 nov. 1930, n° 47.

LIVRES NOUVEAUX

Guide du médecin électro-radiologiste en France (1), publié avec le haut patronage de M. le ministre de l'Instruction publique. Edité par l'Association syndicale des médecins électro-radiologistes des hôpitaux de Paris et le Syndicat général des médecins français électrologistes et radiologistes. Paris 1931.

Conçu dans un but purement pratique et publié à la veille du IIIe Congrès international de radiologie, ce petit guide vient particulièrement à son heure. Il rendra les services les plus précieux au médecin français ou étranger qui désire étudier l'électro-radiologie ou se perfectionner dans cette science. On y trouvera, en effet :

La liste des Sociétés scientifiques ou professionnelles intéressant la spécialité ;

La nomenclature de nos bulletins, de nos journaux, de nos revues ;

Un aperçu des principaux ouvrages édités en France ;

Les adresses de quelques bibliothèques ;

L'organisation de l'enseignement de l'électro-radiologie à la Faculté de Paris ; la liste des services des hôpitaux, de l'Assistance publique, des fondations et des hôpitaux privés, des centres anticancéreux ;

Dans une rubrique « Province », les mêmes renseignements pour les villes qui possèdent une Faculté ou une Ecole de médecine.

Quoique édité sous une forme anonyme, nous ne trahirons pas un secret, en disant que ce guide a été conçu par le docteur Delherm, chef du service central d'électro-radiologie de la Pitié, et établi par le docteur Morel-Kahn, chef-adjoint, et M. Laroche, de la Compagnie générale de radiologie. Il convient de les féliciter vivement pour ce petit vade-mecum, qui, demain, sera dans la poche de tous les électro-radiologistes travaillant ou voyageant en France. Dr Codet.

Pour vaincre la tuberculose pulmonaire (2), par le docteur Léon Schekter (de Boulogne-sur-Mer).

De même que dans une série de précédents volumes, l'auteur s'est ici efforcé d'alléger la tâche du praticien. Il a schématisé les données du problème en incorporant à ce schéma nombre de notions nouvelles glanées par le médecin au fil de ses lectures, mais qu'il est parfois malaisé en pratique de ranger à leur juste place. Il a surtout cherché à préparer et à rendre plus efficace l'examen médical en faisant l'éducation du malade et de son entourage.

Après un bref aperçu d'anatomie et de physiologie, l'auteur étudie les signes d'alarme, énumère les signes cliniques et les conditions d'une mise en observation fructueuse tant au point de vue clinique qu'au point de vue biologique.

L'étude étiologique comprend quelques pages d'une particulière utilité, concernant l'entourage du malade et les conditions morales où il doit vivre, point dont on s'accorde à reconnaître l'importance.

D'importants chapitres sont réservés aux divers points du traitement, à la surveillance du malade, à son hygiène générale et alimentaire. Là comme dans ses précédents ouvrages, l'auteur n'a pas hésité à descendre jusqu'à des détails de pratique courante terre à terre ce dont lui seront reconnaissants tous les médecins qu'a pu embarrasser une question imprévue du malade ou d'un des siens. R. Levent.

(1) Prix : 5 fr. et 1 fr. pour frais de poste en France et 3 fr. pour l'étranger. S'adresser au Service d'électrologie de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital, Paris.

(2) Paris, Doin et Cie, 1931.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Sur le concept radiologique de l'interligne articulaire, par M. J. Didiée.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale des hôpitaux.
Société de neurologie.
NÉCROLOGIE
René Jacquemaire-Clemenceau, par M. le docteur Liège.
NOTES POUR L'INTERNAT
Cancer de la tête du pancréas (fin).

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Le Conseil de la Faculté a désigné par 43 voix sur 50 votants M. le docteur Noël Fiessinger pour la chaire de médecine expérimentale.

M. le docteur Charles Richet fils a obtenu 7 voix.

— Lyon. — La chaire d'hygiène est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 17 juillet 1931.)

— Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Clinique chirurgicale (professeur Tixier), M. Carcassone; (professeur Bérard), MM. Denis et Heitz.

Clinique obstétricale (professeur Voron), M. Pigeaut.

Clinique ophtalmologique (professeur Rollet), M. Paufique.

Clinique médicale infantile (professeur Mouriquand), Mlles Schen et Weill.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Finances. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Charcellay, médecin assermenté de l'administration centrale des finances.

PRIX ROVICHI. — L'Académie royale des sciences de Bologne (Italie), sur la proposition de sa commission de pédiatrie, vient d'attribuer le prix décennal Alberto Rovichi au professeur Albert Calmette, de l'Institut Pasteur de Paris « pour sa méthode de vaccination antituberculeuse ».

Le professeur Calmette a immédiatement remis le montant de ce prix à la fondation Forlanini, à Milan, pour être employé à l'entretien d'un jeune savant italien désireux de se livrer à des recherches sur la tuberculose.

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Thonon-les-Bains (Haute-Savoie).

Le traitement alloué est fixé à 15.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 17 juillet 1931.)

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres en vue du recrutement de médecins spécialisés des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère aura lieu dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre 1931.

Les candidats doivent être Français, âgés de moins de cinquante ans, être pourvus du diplôme de docteur en médecine français et s'engager à ne pas faire de clientèle. Ils peuvent toutefois être appelés en consultation par les médecins traitants.

Le traitement de début est fixé à 45.000 fr., susceptible d'augmentation de 1.000 fr. tous les deux ans, jusqu'au maximum de 50.000 fr. Les médecins spécialisés bénéficient de frais de déplacement et d'une indemnité annuelle de logement de 1.200 fr. Les médecins mariés reçoivent, en outre, une indemnité annuelle complémentaire de 1.000 fr. et, le cas échéant, perçoivent des indemnités familiales.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général du Comité d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département du Finistère, ancien Evêché, Quimper.

LE CHŒUR MÉDICAL DE PARIS. — Le Chœur médical de Paris se propose de grouper amicalement les éléments choraux (voix d'hommes, voix de femmes), du milieu médical et paramédical dans un but de culture musicale supérieure.

La Société désire recruter des membres actifs satisfaisant aux conditions suivantes ;

Avoir un minimum de voix et de connaissance du solfège, mais surtout avoir l'amour de la musique et du travail sérieux et régulier.

L'année d'exercice ira du 1er novembre au 1er juillet, un concert annuel devant avoir lieu en mai ou juin.

Les membres actifs paieront une cotisation de 12 fr. par an, remboursable à tous ceux qui auront assisté à l'intégralité des répétitions.

Les répétitions auront lieu une fois par semaine dans un local qui sera précisé en temps voulu. Elles commenceront au début de novembre prochain.

Toutes les personnes appartenant au milieu médical et paramédical peuvent faire partie de la Société et y faire admettre leurs parents.

Les personnes désireuses de faire partie des chœurs (membres actifs) sont priées d'adresser leur demande dès à présent au secrétariat général : docteur Guébel, 2, rue Pasquier (VIIIe), en indiquant très lisiblement leurs nom et adresse. Elles seront convoquées pour être entendues par le Comité des voix et inscrites.

Les personnes désirant s'intéresser à la Société sans être membres actifs peuvent s'inscrire : comme membres adhérents, 20 fr. par an; membres honoraires, 50 fr. par an; membres donateurs, 100 fr. par an.

René JACQUEMAIRE-CLEMENCEAU

(1894-1931)

Nous nous étions connus en 1921, alors qu'il était externe de Félix Ramond, à l'hôpital Saint-Antoine.

La médaille militaire et la croix de guerre témoignaient déjà de son courage et de sa vaillance. La guerre l'avait surpris au début de ses études médicales. Il s'engagea dans l'infanterie et termina la guerre dans l'aviation. Tandis que le Grand-Père, Georges Clemenceau, galvanisait l'énergie de tout un peuple, et que sa fille, au front, soignait les blessés, René Jacquemaire était sur la ligne du feu et se battait sans trêve ni repos. De tels faits se passent de commentaires.

Grièvement blessé, ses jours sont en danger une première fois. Il est atteint de gangrène gazeuse et on l'adjure de se laisser amputer. Il refuse, car il a foi dans l'avenir, il croit en des jours meilleurs et il ne veut pas se laisser amputer un bras, non par crainte d'une opération, non par peur de la douleur, mais parce que la chirurgie l'attire et que sa vie lui paraîtrait désormais finie. Il se refuse à ce sacrifice. Le sang généreux qui coule en lui triomphe. Après plusieurs interventions, après des mois de souffrance, il peut reprendre le rêve de sa vie, la chirurgie pour laquelle désormais il vivra. Ce même bras qu'il avait sauvé au mépris de la mort, qui avait été opéré plusieurs fois, mutilé, devait hélas, dix ans plus tard, être le point de départ de la maladie qui l'a emporté.

*
* *

En 1926, nous nous retrouvions à la Maison Dubois. Il venait de passer sa thèse qu'il avait faite dans le service du docteur Sauvé. Le maître et l'élève s'étaient liés l'un et l'autre d'une affection solide ; le même amour de la chirurgie, le même désir d'être utiles aux malades et de les secourir les unissait.

Ceux qui ont vécu cette époque ne se rappelleront pas sans émotion les heures fécondes et heureuses qu'ils passèrent à la Maison municipale de Santé : Courtois-Sufflit, Fiessinger, Sauvé, Milhit ne se remémoreront pas sans une certaine émotion l'esprit de collaboration médico-chirurgical qui régnait en cette maison. Maîtres, élèves et malades étaient unis par la même affection. De joyeux dîners amenaient les patrons en salle de garde, d'autres nous réunissaient à leur table. On vivait là d'une vie vraiment familiale, et on y liait des affections indéfectibles. C'est dans ce milieu que, de 1925 à 1931, René Jacquemaire poursuivit avec ardeur sa carrière chirurgicale. Il menait la lutte contre la maladie avec un esprit de décision extraordinaire. On aimait aller le voir opérer. Son calme, son sang-froid, sa dextérité vous emplissaient d'admiration. Ses malades l'adoraient. Il les examinait avec un soin minutieux. D'un seul mot, il relevait leur moral défaillant ; quand il sortait de leur chambre, les plus désespérés d'entre eux avaient repris courage, car ils sentaient que sous le sourire de réconfort qu'il leur avait apporté, se cachait la décision qui les ramènerait à la vie.

Il aimait la chirurgie et pourtant il avait horreur de se servir du bistouri. Il n'opérait que contraint et forcé, avec une sorte de regret. Aussi s'était-il passionné par les travaux de d'Hérelle.

Il avait fondé de toutes pièces dans le service de son maître Sauvé un laboratoire où il étudiait le bactériophage. Il avait fait part de ses recherches et de ses résultats à la Société de chirurgie de Paris. Il triomphait des affections à staphylocoques et à colibacilles sans le secours du bistouri. Mais hélas ! le streptocoque devait exiger sa vie en rançon de la lutte qu'il menait contre les microbes.

Il y a quelques semaines il se piquait en opérant un malade gravement infecté à l'hôpital Lariboisière. La piqûre était insignifiante. Il la soigna; le mal parut tout d'abord bénin, mais évolua sournoisement.

Alors qu'il n'y pensait déjà plus un phlegmon de l'aisselle apparut. Une septicémie se déclara. Pendant quinze jours, il lutta désespérément. Malgré le dévouement de ses maîtres et de ses amis; malgré les huit transfusions de sang qu'on lui fit, le mal progressa. A ses derniers moments on épingla sur sa poitrine la croix de la Légion d'honneur.

Tous ceux qui l'ont connu restent attérés de cette mort prématurée, car ils sentent le poids de la perte irréparable d'un homme et d'un ami comme on en rencontre peu.

J. Kessel en a donné la plus vivante des images en quelques lignes : « Il semblait fait d'un métal fin, serré, dense et lumineux. La violence, la force massive de son grand-père qu'il rappelait d'une façon émouvante par les yeux légèrement bridés et par son teint d'ambre, s'étaient décantées en lui, en matière plus subtile, mais de la même trempe ».

Cette description de celui que nous regrettons tous doit rester gravée dans notre mémoire.

Sa vie fut celle d'un héros. Il a servi sa patrie et l'humanité. Son nom s'inscrit à côté de celui de Lecène qu'il admirait parmi les victimes de la science.

Une mère pleure un fils que pleurent aussi tous ceux qui l'ont connu. Puisse-t-elle trouver dans les éloges faits de toutes parts à sa mémoire, une consolation. Si légère, si minime soit-elle, c'est notre vœu le plus cher, à nous, ses amis intimes qui savions quelle affection les liait l'un à l'autre.

R. LIÈGE.

La Vertébrothérapie, par A. LEPRINCE, correspondant national de la Société de médecine de Paris. In-8 de 125 pages et 37 figures. — Prix : 15 fr. — Paris, N. Maloine.

SUR LE CONCEPT RADIOLOGIQUE DE L'INTERLIGNE ARTICULAIRE

Par M. le docteur J. DIDIÉE,
Professeur agrégé du Val-de-Grâce.

L'étude des affections ostéo-articulaires demande aux rayons X une part importante de ses données, soit pour confirmer un diagnostic presque établi, soit pour y chercher un élément essentiel de solution. Dans tous les cas, les images radiologiques font partie du tableau symptomatique au même titre que les indications fournies par les autres moyens d'investigation.

Ces images comportent une zone sur laquelle se concentre toute l'attention : l'*interligne articulaire* dont le concept acquiert une véritable autonomie.

Cet interligne radiologique correspond à l'espace articulaire anatomique mais il n'en est pas la traduction exacte : d'une part, en effet, les différents tissus de l'articulation n'ont pas, à cause de leur constitution chimique, la même expression radiologique élémentaire, d'autre part, les lois des projections déforment les portions radio-visibles, non seulement par suite de la divergence des rayons, mais surtout par le mécanisme de construction de l'image : chaque élément de celle-ci représente la superposition de points situés à des niveaux différents, en ligne droite suivant la direction des rayons, points qui ne seront jamais les mêmes pour peu que cette direction varie.

La clarté de l'interligne est due à la perméabilité aux rayons des portions cartilagineuses; le vide optique de l'image ne correspond pas à un vide réel, mais il n'est pas possible, radiologiquement de discerner dans quelles proportions il est occupé par le cartilage d'encroûtement ou par d'autres formations non radio-visibles (fibro-cartilages marginaux ou intra-articulaires, etc.); les seuls points de repère qui demeurent sont les extrémités osseuses.

Elles fournissent deux séries d'éléments : qualitatifs si l'on considère les contours osseux et la plage qu'ils délimitent, chaque segment étant exploré individuellement; quantitatifs si l'on étudie l'intervalle séparant les contours, intervalle qui constitue l'interligne articulaire et que l'on peut radiologiquement concevoir comme homogène, formant un bloc, plus exactement une plaque à surface de contraste osseux très complexe; ce bloc ainsi individualisé n'étant intéressant à étudier que sur une de ses dimensions en particulier, l'épaisseur.

Cette donnée quantitative d'importance capitale doit, en conséquence, être recueillie aussi exactement que possible et sans déformation; la technique de prise du cliché ne parvient à satisfaire à cette condition qu'autant que l'interligne est abordé d'enfilade; le rayon incident doit être perpendiculaire au plan figurant l'épaisseur de l'interligne.

On se rend, dès lors, aisément compte que selon l'articulation en cause ce résultat est difficile ou même impossible à atteindre complètement ; cela dépend, en effet, de la situation anatomique et de la forme même de l'articulation. A la colonne vertébrale, par exemple, certains interlignes ne peuvent être dégagés qu'avec peine (disques des dorsales supérieures), d'autres ne peuvent pas l'être du tout (articulations des côtes, de certaines apophyses articulaires, etc.).

Mais, même pour les articulations plus aisément accessibles, comme celles des membres, la forme et la disposition des surfaces entraînent des difficultés parfois insurmontables.

Conformément à la classification anatomique, on peut, de ce point de vue, distinguer trois types principaux :

— L'un dans lequel (arthrodies) les deux surfaces sont à peu près planes;

— Un autre dans lequel l'une des surfaces étant plane ou à peine concave, l'autre est fortement convexe dans un ou plusieurs sens (condylarthroses);

— Un dernier enfin, dans lequel les surfaces sont toutes deux sphériques (énarthroses) convexo-concaves, ou irrégulières (ginglymes, articulations en selle).

Ces distinctions sont nécessaires si l'on veut examiner avec précision dans chaque cas particulier le mécanisme de projection de la silhouette radiologique.

En l'espèce, il s'agit d'ombres portées par des tissus morphologiquement bien limités et doués d'une opacité relative intrinsèque considérable; du seul point de vue des contours et abstraction faite de la plage qu'ils circonscrivent, on se rend compte qu'ils représentent un tracé suivant la limite de zones d'absorption différentes : celles où les rayons ont rencontré des tissus très opaques et celles où ils en ont peu ou pas rencontré (interligne, régions périarticulaires). Ce tracé est d'autant plus net, le contraste est d'autant plus accusé que la différence de constitution est plus grande et surtout la transition plus brusque : conditions qui dépendent essentiellement de la forme de la surface et de son mode d'abord par les rayons.

Lorsqu'il s'agit d'une surface convexe le contour est produit par la projection d'une série de points de tangence en courbe d'enveloppe et se traduit par un contraste analogue à celui de l'ombre portée par un corps opaque placé dans un faisceau de lumière d'origine punctiforme.

Deux conséquences en découlent :

— Chaque point du contour radiographique correspond à un point de la surface anatomique.

— Mais, d'autre part, seules sont dégagées les parties de cette surface tangentielles à la courbe d'enveloppe : toutes les autres situées sur la convexité en deçà ou au delà se projettent dans la plage osseuse elle-même et s'y confondent plus ou moins.

Ainsi, chaque incidence ne projette en silhouette qu'une portion limitée et d'une incidence à l'autre, pour des variations assez grandes de l'angle d'abord; si la convexité est régulière, le dessin du contour est peu modifié.

Dans le cas d'une surface plane, les conditions sont très différentes : le contour radiographique de la surface n'est obtenu que sous une incidence parfaitement rasante; mais il ne représente plus alors

seulement la projection d'une partie limitée de cette surface mais sa totalité et, de plus, à l'aire articulaire, proprement dite, se superposent les bords. Dès que, même dans une proportion insignifiante, la direction du faisceau incident varie, il se produit un décalage de ces diverses superpositions : les points de la surface s'étalent sur une aire d'autant plus large que l'incidence est moins rasante et seuls sont atteints tangentiellement ceux d'entre eux qui, correspondant aux bords, se projettent en la circonscrivant à la périphérie de l'aire ainsi formée. Il n'y a donc plus, à proprement parler, de contour vrai de la surface articulaire mais seulement contour des bords dessinant un ovale, un parallélogramme plus ou moins régulier; contour d'ailleurs qualitativement variable selon la forme anatomique des rebords osseux (tranchants ou mousses) et aussi selon la façon dont les atteignent les rayons (étalement ou superposition des versants).

Le cas d'une surface plane est évidemment théorique et, sauf pour de très petites articulations, la forme est plus complexe : des saillies ou des creux existent qui peuvent dans de certaines limites offrir des zones de projection tangentielle soit vers la plage osseuse, soit vers l'espace interarticulaire : leur dessin est d'autant plus net qu'ils forment une dénivellation plus accusée; pour un simple gauchissement, l'aspect se rapproche de celui de la surface plane et le contour articulaire vrai n'est obtenu qu'en partie.

Pour une surface courbe concave les phénomènes sont de même ordre que pour la surface convexe; avec la différence cependant que le contour tangentiel se superpose toujours à la plage osseuse et d'autre part que les bords ont une projection généralement bien perceptible.

Il résulte de ces données que, en ce qui concerne l'état des surfaces osseuses, les conditions de visibilité sont très variables : une altération de la surface plane apparaît aisément en quelque point qu'elle se trouve dans l'incidence rasante, mais peut être masquée par les bords. Au contraire, une altération de la surface courbe, convexe ou concave, peut, si elle siège sur les versants, rester invisible en partie sinon complètement et n'apparaître que lorsqu'elle se projette sur la courbe de tangence ou tout au moins à son voisinage immédiat. Et ceci quel que soit le type de l'altération : destruction ou production; image de soustraction ou image d'addition.

La *forme de l'interligne* dépend de la façon dont les surfaces se projettent : son épaisseur apparente ne correspond à son épaisseur réelle, que si les contours articulaires qui le délimitent sur le film correspondent à des portions anatomiquement en regard.

Il faut donc que l'interligne soit correctement pris en enfilade; mais de plus il faut que l'espace libre séparant les deux contours représente bien l'intervalle entre les surfaces anatomiques sur une coupe parallèle au plan du film, que cet espace ne soit pas masqué ou modifié par la superposition d'autres parties de la surface ou des bords.

Ces conditions idéales ne sont évidemment presque jamais rigoureusement remplies et l'interprétation doit tenir compte des causes d'erreur de ce chef.

La chose est facile pourvu qu'on y pense et qu'une expérience suffisante des aspects radiologiques permette de corriger ce que les apparences peuvent avoir de trompeur.

*
* *

Aussi bien peut-on, par une rapide revue d'ensemble et à la faveur de quelques exemples, se rendre compte des conséquences pratiques de ces considérations.

Les articulations du premier type : surfaces à peu près planes (arthrodies et amphiarthroses) sont en général de petites dimensions. Elles sont nombreuses et beaucoup restent en dehors des possibilités d'exploration correcte : la prise en enfilade de l'interligne n'est pas réalisable.

D'autres se laissent aborder plus aisément : tels les disques intervertébraux d'une part et d'autre part les articulations du carpe et du tarse.

A la colonne vertébrale, le disque ne se projette en vraie grandeur que si le rayon est orthogonal; d'où les précautions de technique classique : exploration par courts segments, coïncidence aussi parfaite que possible du sommet du cône radiant avec le centre de courbure, indications valables seulement pour les disques voisins du point d'impact du rayon directeur...

Dans ces conditions, le disque se présente sous forme d'une bande transparente limitée par des contours nets réguliers. Sa plage est sur l'incidence de face en partie masquée par les projections de l'arc postérieur; sur le profil, elle est tantôt bien dissociée (segments cervicaux et lombaires), tantôt plus ou moins superposée à d'autres projections (segment dorsal).

Lorsque l'incidence n'est pas stricte les bords des corps vertébraux se dissocient, formant une ellipse au lieu d'un simple trait, réduisant d'autant l'épaisseur du disque et arrivant même à le combler complètement en se rejoignant d'un corps à l'autre. Dans de telles conditions, aucune appréciation raisonnable ne peut être faite de l'état du disque, mais, par contre, les bords dissociés sont mieux explorables.

La déformation des surfaces et leur chevauchement se produisent d'autant plus facilement qu'elles sont plus grandes et que l'interligne est anatomiquement plus étroit: du haut en bas de la colonne, ces deux facteurs jouent en sens inverse et se contrebalancent en partie; la plus grande épaisseur des disques lombaires facilite la dissociation des contours des corps; au segment dorsal, le disque étroit se prête mal à cette dissociation, témoin d'une projection oblique et il est parfois difficile, au moins sur une vue unique, de juger si la diminution apparente de la hauteur correspond à la réalité ou est due à un artifice de projection : on connaît, à ce point de vue, les écueils de l'exploration pour les premières vertèbres dorsales.

En tout état de cause, seule la confrontation de plusieurs projections, face et profil au moins, auto-

rise à une conclusion judicieuse; le profil est d'ailleurs généralement le plus démonstratif; le pincement de l'interligne étant, à la colonne dorsale, notamment, plus accusé en avant, il apparaît mieux en incidence latérale, incidence que l'on doit de préférence pratiquer dans les deux sens : droit et gauche.

Les conditions sont à peu près analogues pour les os du carpe et du tarse; mais ce qui domine ici, c'est la minceur de l'interligne et l'étroit parallélisme entre des surfaces articulaires presque au contact : aussi est-il indispensable que l'abord de l'interligne soit très correct, et la vue de la région symétrique ne sert de contrôle qu'à condition que l'incidence soit exactement la même. Il est rare dans ces conditions, qu'une altération même localisée échappe; mais il faut souvent une projection électivement centrée sur le point suspect.

Pour le poignet, en général, une vue d'ensemble est suffisante, si l'on tient compte que certains interlignes sont particulièrement délicats à dégager, notamment entre grand os et os crochu; pour le tarse, au contraire, la pratique des incidences électives doit être systématique : en effet, si l'interligne de Choppart est à peu près exploré par les projections de base, face et profil, il n'en est pas de même pour les articulations de la deuxième rangée; la convexité de la voûte plantaire accentue l'effet de divergence des rayons. En atteignant la plante du pied la première, on n'atténue ce défaut qu'en partie seulement et la position de prise est incommode. Il est donc bien préférable de réaliser des projections multiples adaptées chacune à un interligne déterminé : la technique est d'ailleurs très simple et consiste à aborder le dos du pied suivant plusieurs directions en éventail; on étale ainsi l'un après l'autre les os de la deuxième rangée, avec leurs interlignes en projection correcte, sans superposition ni déformation : non seulement y gagne l'exploration des interlignes, mais encore celle des os eux-mêmes qui sont dissociés largement, notamment au carrefour calcaneum scaphoïde cuboïde.

L'articulation sacro-iliaque s'apparente au même type, mais sa conformation en baïonnette s'oppose à ce que l'on puisse prendre l'interligne d'enfilade; ce n'est qu'à la partie tout à fait inférieure qu'on y parvient; partout ailleurs, l'articulation n'est dessinée que par ses bords qui gardent le plus souvent des contours imprécis à cause des superpositions osseuses et aussi des parties molles, intestins notamment, dont les tonalités différentes peuvent faire faire des erreurs d'interprétation si l'on n'y prend garde. Il y a ici beaucoup plus qu'une exploration de l'interligne, une recherche des altérations de la structure osseuse des segments articulaires.

Les articulations du second type (surface plane et surface convexe en regard) comprennent les grosses articulations des membres, genoux, épaules... Pour toutes, le but à atteindre est d'obtenir l'une des surfaces en projection stricte, ce sera la surface plane, l'autre venant automatiquement se profiler par son contour convexe tangent; la hauteur de l'interligne est alors donnée en vraie grandeur,

Pour le coude (articulation radio-humérale), le poignet, le cou-de-pied, il n'y a pas de difficultés notables : la projection stricte de la tête radiale, de l'astragale, du massif carpien est facilement réalisable au moins sur une incidence, sinon sur deux, et l'appréciation de l'interligne est aisée. Le peu d'étendue des surfaces, la facilité d'abord, la mobilité des articles y contribuent.

Mais, pour le genou, la chose n'est pas aussi facile : la surface du plateau tibial, beaucoup plus grande, oblige à plus de précautions pour en obtenir une projection tangentielle; d'autre part, la forme légèrement excavée des condyles tibiaux crée une complication. Dans l'incidence de face, les projections des contours antérieur et postérieur ne se superposent pas également, peuvent se décaler plus ou moins selon les sujets, masquant la coupe optique de la cavité glénoïde qui seule doit servir de repère et donnant par rapprochement des condyles fémoraux un faux aspect de pincement. Dans l'incidence de profil l'image est encore plus complexe : les deux condyles fémoraux entrecroisés en X s'intriquent avec les épines tibiales : il est difficile de dissocier les contours tibiaux.

Pour l'épaule, la difficulté est d'un autre ordre : la glène scapulaire se présente obliquement, sous forme d'une ellipse verticalement allongée; si l'on veut l'obtenir en projection rasante, il faut soit incliner le rayon directeur sur l'incidence de face, soit prendre le cliché dans le sens de l'axe du corps, le film étant appliqué sur l'épaule le bras étendu, ou placé dans l'aisselle (incidence de profil); dans ces conditions, la cavité glénoïde se projette en coupe optique, se dégage du contour convexe de la calotte humérale et la distance qui l'en sépare mesure la vraie grandeur de l'interligne articulaire.

L'articulation de la hanche est la principale parmi celles de la *troisième catégorie* : ses segments sphériques étroitement emboîtés donnent les contours types de projection de surfaces convexes ou concaves. L'intervalle qui les sépare ne peut être apprécié qu'en une zone très étroite, au niveau des points où se forment ces contours; aussi, en théorie faudrait-il une multitude de projections correspondant aux différents points de la rotondité de la tête fémorale; en pratique, l'exploration de l'interligne, grâce à une incidence de face, dans la zone du toit du cotyle et sur le méridien frontal met en évidence les altérations dans leur siège habituel; il n'en demeure pas moins pour l'étude tant de l'interligne que des segments articulaires que seules des projections orientées en divers sens peuvent mettre en évidence des altérations très localisées et préciser leur situation juxta-articulaire ou sur la surface même.

Il est à remarquer d'ailleurs que pour des articulations à mouvements étendus comme la hanche ou l'épaule, les changements dans l'orientation de la projection ne correspondent pas toujours d'un segment à l'autre, si pour des raisons de mise en place du sujet l'attitude du membre a été modifiée : la « face » d'un segment peut se combiner avec le « profil » de l'autre et vice versa; aussi est-il avantageux en cas de recherches précises de réaliser des groupes de projections indépendants pour chacun des segments.

Dans cette même catégorie se range l'articulation cubito-humérale, qui est le type des jointures avec interligne en selle; le dégagement de celui-ci n'est pas réalisable et quelle que soit l'incidence, les contours des surfaces s'intriquent sans dissociation complète possible; l'analyse n'en est que plus laborieuse, en particulier quand l'extension ne peut être obtenue entièrement; l'ombre de l'apophyse coronoïde vient masquer l'interligne, la comparaison avec des images du côté sain en position rigoureusement semblable est indispensable.

*
* *

Ces notions doivent servir de guide dans l'interprétation des aspects anormaux : aspects que l'analyse doit dissocier en leurs éléments quantitatifs et qualitatifs.

Les premiers se rapportent aux dimensions mêmes de l'espace interarticulaire radiologique et se rangent tous dans le cadre d'une diminution de la hauteur; l'augmentation, même dans les épanchements, n'existe pratiquement pas ou plus exactement ne sort pas du cadre des variations individuelles.

La diminution de hauteur, au contraire, le « pincement de l'interligne » est un signe extrêmement fréquent, d'importance capitale; traduisant le rapprochement des extrémités osseuses, il témoigne de la disparition, sur une étendue plus ou moins grande, du cartilage d'encroûtement et doit donc être présent chaque fois qu'un processus quelconque (infection, destruction mécanique, usure...) entraîne une perte de substance. Il dépend, par conséquent, non seulement des conditions anatomiques dans lesquelles se produit ce processus, mais encore de l'architecture elle-même de l'articulation et du mécanisme suivant lequel le rapprochement des surfaces peut s'effectuer : facteurs de statique et de dynamique des articulations dont le rôle peut, dans certains cas, n'être pas négligeable; on sait, par exemple, qu'à la colonne le pincement est de préférence antérieur au segment dorsal par bascule du corps autour des apophyses articulaires.

Mais le pincement, pour si importante que soit sa valeur diagnostique, n'est qu'un élément de l'ensemble du tableau; d'autres signes qualitatifs, relevés au niveau des contours articulaires, dans les plages osseuses épiphysaires, complètent les données; leur valeur est variable selon leur nature, mais surtout selon l'évolution des aspects au cours du temps et d'après la correspondance avec la marche clinique.

Il est le symptôme le plus important et le plus constant de la tuberculose ostéo-articulaire; il en est surtout le plus précoce. Il s'accompagne alors d'emblée d'une décalcification marquée et étendue, double caractère permettant d'orienter le diagnostic bien avant qu'apparaissent les signes ultérieurs d'évolution : érosions et effritements des contours, pertes de substances de la coque ou intra-épiphysaires.

Cette intensité de la raréfaction osseuse et cette précocité du pincement ne se retrouvent pas à un égal degré dans les autres processus articulaires.

Dans les formes infectieuses aiguës, la décalcification initiale est moins étendue, sinon moins intense et la succession des phénomènes d'évolution : pincement, qui se ferait de préférence aux points de contact, flou des contours, destructions osseuses, est assez rapide pour, indépendamment des données cliniques, permettre le diagnostic.

Dans les formes subaiguës et chroniques, comme les arthrites gonococciques, le pincement articulaire est inconstant, toujours tardif et peu accusé.

Dans les manifestations si diverses et si multiples des syndromes rhumatismaux chroniques, le processus s'associe en proportions différentes avec des processus d'hyperossification : productions ostéophytiques en bordure de l'articulation. Deux grandes classes peuvent être distinguées : les arthrites sous la dépendance d'un état inflammatoire à point de départ synovial, évoluant vers l'ankylose, s'accompagnant d'un pincement de plus en plus marqué jusqu'à la disparition de l'interligne, avec décalcification; les arthroses, en rapport avec un état dégénératif local du cartilage entraînant une moindre raréfaction osseuse; le pincement existe, mais les surfaces articulaires sont densifiées, deviennent anguleuses, raboteuses, en même temps qu'à la périphérie apparaissent des crochets, des bavures ostéophytiques et, dans les tissus péri-articulaires, selon les cas, des calcifications des ligaments.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1931)

Les ferments protéolytiques du suc intestinal et du suc pancréatique. — MM. E. Le Breton, F. Mocoroa et E. Stulz.

Sur le mécanisme de l'action antiglycosurique de la santonine. — M. Albert Leulier et Mme Andrée Roche. La santonine ne possède pas d'action nette sur la glycémie des animaux normaux. L'action antiglycosurique de la santonine est probablement due à l'élévation du seuil rénal du glucose; elle est antagoniste de celle de la phloridzine. Au point de vue thérapeutique la santonine peut donc être un adjuvant utile de l'insuline dans le traitement de certains diabètes. L'expérimentation clinique de ce corps mérite d'être reprise.

Fièvre exanthématique inapparente de l'homme provoquée par « Rhipicephalus sanguineus ». Sa virulence pour le singe et le cobaye. — MM. J. Troisier et R. Cattan.

La nocivité des brouillards mosans (Liége 1930) est due à des émanations industrielles. — M. Félix Bertyn.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 MAI 1931)

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — M. Guisez présente une série de malades en état de dysphagie complète et chez lesquels les données combinées des signes cliniques, de la radiographie, de l'œsophagoscopie ont fait poser nettement le diagnostic de cancer.

Par une série d'applications locales de radium dans une longue sonde placée exactement au niveau de la sténose et sous endoscopie, la déglutition est redevenue normale chez tous et ils ont pu reprendre leur travail souvent pénible. Pour certains d'entre eux, la survie dépasse plusieurs années.

A propos du diagnostic entre les tumeurs intrarachidiennes et le mal de Pott. — M. BÉNIL (Lyon).

Paralysie récurentielle gauche accompagnant une sténose initiale chez une scarlatineuse. — MM. DUMITRESCO, GRONU et St. CHISU (Bucarest).

Sur un cas de méningite suraiguë staphylococcique primitive. — M. H. ANDOYL.

Sur un cas de kala-azar infantile observé à Paris. — MM. LEREBOULLET, CHABRUN et BAIZE. Enfant de six ans, atteinte d'un kala-azar typique avec grosse rate, fièvre à oscillations irrégulières, anémie. L'affection s'était developpée à La Rochelle et à Saint-Denis mais avait été contractée sur la côte méditerranéenne. Mise en traitement par des piqûres intramusculaires bi-hebdomadaires d'un composé à base d'antimoine, l'enfant a guéri progressivement. Le diagnostic fait par la ponction splénique a été facilité par la réaction de Gaté et Papacostas (formol-gélification du sérum, avec opacification) qui, très nette au début de l'affection, est devenue progressivement négative. L'enfant a reçu, par voie intramusculaire, en quatre mois, de décembre à avril, plus de 80 centig. d'antimoine, une dose qui fut bien supportée et paraît avoir été responsable de l'amélioration obtenue.

Comas diabétiques insulino-résistants — MM. M. LABBÉ et R. BOULIN.

Deux épidémies familiales d'érythème noueux et de miliaire au moment de la primo-infection tuberculeuse. — M. A. GENDRON (Nantes).

Accidents post-insuliniques. — M. M. LABBÉ.

La valeur des radiographies de profil pour le diagnostic topographique des lésions pulmonaires et des dilatations bronchiques. — MM. ARMAND-DELILLE et LESTOCQUOY.

Deux cas de syphilis héréditaire avec déformations rhumatismales des doigts et hydarthrose. — M. Henri DUFOUR présente deux jeunes filles de dix-neuf ans, porteuses l'une de déformations rhumatismales des doigts et d'un érythème, type induré de Bazin et noueux, en dernier consécutif à une angine récente; l'autre d'une hydarthrose du genou récidivante. La cutiréaction à la tuberculine chez la première malade a été positive; celle de la deuxième n'a pas été forte, mais son liquide articulaire n'a pas tuberculisé le cobaye.

Les réactions de Bordet-Wassermann ont été positives chez les deux malades.

L'intérêt de ces observations réside dans l'association des manifestations dites rhumatismales avec une syphilis héréditaire.

L'athérome expérimental. — MM. Léon BINET, Jean VERNE et A. LAFITTE rapportent les observations qu'ils ont prises chez le lapin, après administration quotidienne, et par la voie digestive, de 40 milligrammes d'ergostérol irradié.

Ils ont noté, chez les animaux, l'existence d'une forte azotémie, l'absence de troubles de la tension artérielle et, du point de vue histologique, ils analysent les modifications des fibres élastiques dans les artères. L'athérome évolue en deux phases : une phase lipoïdique et aldéhydique et une phase calcique. Les expérimentateurs ont ainsi une technique aisée pour aborder l'étude de l'athérome.

Zonas consécutifs à la vaccination antityphique par le T. A. B. — M. H. GOUNELLE (Strasbourg).

(SÉANCE DU 29 MAI 1931)

Cancer du pancréas à forme cachectique pure. — M. BRULÉ et BUSY. Femme âgée présentant un amaigrissement de 20 kilogrammes dont la cause n'avait pu être précisée.

La palpation permit de sentir une petite tumeur épigastrique profonde, non mobilisable, qui semblait être un cancer du corps du pancréas. En délimitant la tumeur avec un fil de plomb, on put s'assurer qu'elle était exactement cadrée par l'arc duodénal. Le diagnostic de cancer du pancréas put ainsi être affirmé et fut confirmé par une laparatomie exploratrice qui montra une tumeur de l'isthme du pancréas.

Deux cas d'ictère hémolytique à trichocéphales. — M. BRULÉ. Un malade, observé en 1922, présentait depuis huit ans le syndrome classique de l'ictère hémolytique acquis. L'examen systématique des selles ayant décelé la présence d'œufs de trichocéphales, un traitement par le thymal fut institué, qui amena rapidement la guérison clinique et hématique. Cette guérison se maintient depuis neuf ans.

Un second malade, observé il y a un an, avait souffert de fortes hémorragies hémorrhoïdaires ; mais elles avaient cédé aux injections sclérosantes, tandis que l'anémie persistait. Il s'agissait d'un ictère hémolytique, datant de trois ans environ. Depuis quatre ans, le malade se plaignait de diarrhée; l'examen des selles décela, en abondance, des œufs de trichocéphales. Un traitement anthelminthique, par l'essence de Chénopode, amena rapidement la disparition de l'ictère et de l'anémie.

Méningite tuberculeuse chez un adulte au décours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. — M. G. CAUSSADE. Un homme de cinquante-deux ans, atteint de maladie mitrale, étant au déclin d'une septième attaque de rhumatisme, fut en proie à une céphalée intense qui dura sept jours ; puis, pendant seize jours consécutifs, évolua un délire aigu. Deux signes somatiques : contractures des extrémités et vaste escarre sacrée. L. C. R., pression, 40 ; 35 mm. Hg; albumine, 0,60 : sucre, 0,15 ; bacilles de Koch. L'auteur insiste sur les formes délirantes de la méningite tuberculeuse le l'adulte, formes essentiellement confusionnelles avec onirisme marqué.

Influence de la température sur les crises d'asthme de l'adulte. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et G. MAURIC ont étudié 47 asthmatiques relativement à l'hyperthermie sur les crises et ont constaté chez 28 la disparition des crises au cours de l'hyperthermie. Les hyperthermies qui agissent sont celles qui dépassent 38°5 ; parfois même il est nécessaire que la température monte à 39° pour qu'elle fasse sentir son action.

Tant que l'hyperthermie persiste, il n'y a pas de crises, mais après la baisse de température, l'asthme réapparaît immédiatsment ou quelques jours après, ou même seulement quelques semaines ou mois après. Dans la majorité des cas, une hyperthermie d'une durée assez longue manifeste son action un certain temps après la cessation de la fièvre, tandis qu'une hyperthermie de courte durée n'a qu'une action éphémère.

Urticaires par effort. L'acidose intervient-elle ? — MM. PASTEUR, VALLERY-RADOT, P. BLAMOUTIER, Maurice DÉROT et M. LAUDAT. Dans un de ces cas, l'urticaire était déclenchée non seulement par l'effort musculaire, mais encore par des agents physiques divers, en particulier par la chaleur, et même par une émotion. Le fait dominant consistait en une acidose au moment de l'éruption. Mais on ne saurait établir de rapport entre l'apparition de l'acidose et l'urticaire à l'effort. Il est vraisemblable que l'urticaire, dans ces deux observations, n'était que l'exagération de phénomènes

vasomoteurs normaux : le sympathique réagissant par des placards ortiés au lieu de réagir par de l'érythème.

L'incubation du tabes et de la paralysie générale. — M. A. Sézary et Mlle Roudinesco ont étudié l'action de divers facteurs étiologiques sur la durée de l'incubation du tabes et de la paralysie générale.

L'alcoolisme, le surmenage intellectuel, le sexe ne leur paraissent pas jouer un rôle important.

L'âge de la contamination syphilitique est à considérer.

Mais c'est l'action du traitement qui est capitale. Les auteurs ont constaté que si le tabes et la paralysie générale apparaissent environ dix-sept à dix-huit ans après chez les syphilitiques n'ayant jamais reçu de traitement, ils surviennent au bout de quinze ans chez les syphilitiques très peu traités et au bout de neuf à dix ans chez ceux qui ont reçu un traitement assez fort, quoique insuffisant.

Gomme ulcéreuse de la joue. Purpura hémorrhagique. Syndrome agranulocytaire au cours du traitement par l'arsenic. Eosinophilie. Guérison. — MM. Paul Carnot, Delafontaine et Véran.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 17 mai 1931)

Diagnostic psychologique des lésions de l'encéphale. — M. Dide distingue quatre catégories de troubles mentaux qui comportent une valeur de localisation : des troubles de la notion spatiale, qui intéressent le lobe occipital ; des troubles de la notion de temps, qui siègent dans le lobe frontal ; un déficit des notions didactiques, qui caractérise les lésions de la zone de Wernicke ; enfin l' « hallucinose pédonculaire », qui témoigne de lésions de la région sus-optique.

Phénomènes d'hallucinose chez une malade présentant une torsion et une contracture athétoïdes intentionnelles du bras. — M. J. Lhermitte et Mlle Gabrielle Lévy. Chez une patiente qui fit l'objet d'une communication antérieure relative à un spasme de pronation consécutif à un ictus léger, on avait déjà remarqué la présence de phénomènes d'hallucinose, c'est-à-dire de visions qui survenaient à la tombée du jour, et qui ne suscitaient chez la malade aucun sentiment, ni aucune réaction particuliers.

Depuis cinq ans, l'état de la malade ne s'est pas modifié, le bras droit présente toujours le spasme pronatoire, l'hallucinose demeure sans changement. La malade raconte, en effet, que, presque chaque soir, lorsque vient la nuit, elle voit apparaître, sur le mur qui lui fait face, une figure d'homme dépouillée de toute couleur, mais nettement reconnaissable. Cette image est immobile, mais, lorsque la malade tourne la tête et détourne les yeux, la vision disparaît. Pendant la nuit, surviennent des rêves à caractère terrifiant ; les mêmes hommes qu'elle voit sur le mur se précipitent sur elle et lui serrent le cou, à tel point que la malade crie chaque nuit, réveillant ses compagnes.

Ces phénomènes hallucinatoires sont apparus exactement à la même époque que le spasme du bras, et doivent être rattachés à la même cause. On sait, par plusieurs observations, que les lésions de la région du noyau rouge peuvent susciter le développement de phénomènes hallucinosiques en rapport avec une dissociation de la fonction du sommeil, dont le centre se trouve précisément dans cette région mésodiencéphalique.

MM. Alajouanine et Petit-Dutaillis ont assisté, à la suite de l'ablation d'une tumeur de l'angle pontocérébelleux, à des phénomènes d'hallucinose, qui ont entièrement disparu par la suite, et qu'ils attribuent à une hémorragie par dilacération.

M. van Bogaert a récemment suivi un cas d'hallucinose qui a évolué parallèlement à un syndrome de Parinaud.

Dans aucun des cas signalés, l'hallucinose ne s'est accompagnée de délire.

Description d'un syndrome vestibulo-spinal. — M. J.-A. Barré (de Strasbourg) expose les traits essentiels d'un syndrome décrit par lui en 1925, et dont les exemples se sont multipliés depuis cette époque, en même temps que certains détails se précisaient.

A l'état pur, il s'agit d'un syndrome de déséquilibration, sans aucun des troubles cérébelleux connus, sans appoint pyramidal ou extrapyramidal, sans trouble de la sensibilité, sans facteur pithiatique ni psychique.

Dans la forme accentuée, le malade est confiné au lit ; il s'y meut avec facilité, mais il lui est impossible de se lever. S'il peut marcher, il se plaint de dérobement subit des membres inférieurs, d'être renversé par la moindre poussée, par le vent même ; la moindre aspérité du sol le fait trébucher. Il marche à petits pas, sans traîner les pieds ; il écarte les jambes, porte le tronc en avant, fléchit la tête, s'aide d'une canne ; il ne peut monter seul au lit ni en descendre ; couché, il exécute pourtant, avec facilité, ampleur et force, tous les mouvements des membres inférieurs ; mais, au moment de se mettre sur le ventre, il fait des gestes désordonnés et n'y parvient pas ou n'y réussit qu'avec peine.

Il existe chez lui une mise en contracture réflexe des extenseurs du tronc, des membres et du cou, à l'occasion de la station debout et de tous les actes qui mettent l'équilibration en jeu ; il se penche en avant pour lutter contre « ce qui le tire en arrière ». Le plus souvent, les troubles augmentent progressivement ; mais ils peuvent guérir entièrement, après avoir donné l'impression du pronostic le plus inquiétant.

On confond ces malades avec des pseudo-bulbaires, des agoraphobiques, des astasiques-abasiques, des ataxiques, des pithiatiques. Le syndrome vestibulo-spinal est bien différent du syndrome de Bonnier. La perturbation du segment vestibulo-spinal ou Deiters-spinal (André-Thomas) des deux appareils vestibulaires est nécessaire pour le déclencher. Il a pu être reproduit en partie, expérimentalement, par action simultanée sur les deux appareils vestibulaires. On l'a rencontré à l'état pur, associé ou combiné, dans une douzaine d'observations. L'auteur présente un film qui illustre cette description.

Papillomes du IVe ventricule obstruant l'orifice inférieur de l'aqueduc de Sylvius. — MM. Cl. Vincent, David, Puech et Berdet présentent opérés et guéris deux malades atteints de papillomes du IVe ventricule qui oblitéraient l'orifice inférieur de l'aqueduc. Cliniquement, ces tumeurs se traduisaient seulement par un syndrome d'hypertension intracranienne et par des troubles de la vue avec stase tardive et très légère. Le diagnostic de localisation fut fait uniquement par la ventriculographie. Il faut noter que, chez ces malades, il existait des troubles d'aspect labyrinthique, que Barré rapporte à ce qu'il décrit sous le nom de syndrome vestibulo-spinal. Ces deux tumeurs ont été enlevées, après incision du vermis median, et après un long travail dans le IVe ventricule pour obtenir une bonne hémostase. Les malades ont guéri de leur opération sans troubles de la respiration et du pouls. Actuellement, ils vont et viennent.

L'absence de stase rend très difficile, sinon impossible, pendant un temps, le diagnostic d'hypertension intracranienne. La rareté et l'aspect fruste des autres symptômes ne permettent guère d'affirmer la localisation sans la ventriculographie.

Il n'existe pas encore de cas de ce genre dans la littérature française, et il semble qu'on puisse encore compter ceux qui existent dans la littérature mondiale.

Tumeur cérébelleuse (gliome kystique). Considérations diagnostiques et neuro-chirurgicales. — MM. Alajouanine, Th. de Martel et J. Guillaume présentent une malade atteinte de tumeur cérébelleuse, chez laquelle l'affection avait commencé, en 1928, par un syndrome pseudo-digestif avec vomissements fréquents, plus tard des céphalées, des crises statiques avec dérobement subit des jambes et une stase papillaire bilatérale avec atrophie optique secondaire.

Cette malade fit, peu après son admission, des troubles respiratoires graves, avec crises hypertoniques (*cerebellar fits* de Jackson).

En présence de ce tableau clinique fort grave, on pratiqua un dégagement de la région bulbaire par ablation de l'arc postérieur de l'atlas et de la partie postérieure du trou occipital et de l'écaille. On ouvrit la dure-mère. Il existait un engagement amygdalien très marqué.

La malade, qui était comateuse, revint immédiatement à elle, et la respiration devint régulière.

Le lendemain, après taille des parties latérales d'un volet ostéoplastique, on découvrit un volumineux gliome kystique du cervelet, avec une tumeur murale, qui fut extirpée.

La malade, quinze jours après l'opération, est entièrement rétablie.

Les auteurs insistent sur ce fait que, en présence de ces crises, la situation ne doit pas être considérée comme désespérée, et que la neuro-chirurgie est alors une chirurgie d'urgence.

Tumeurs de la région hypophysaire. Opération. Guérison. Amélioration remarquable des troubles ophtalmologiques. — MM. Th. de Martel et J. Guillaume présentent deux malades atteints de tumeurs de la région hypophysaire.

Le premier était atteint d'adénome hypophysaire. Malgré un traitement radiothérapique intense, les troubles ophtalmologiques étaient fort graves. Vision œil gauche = 0 ; œil droit = 1/10 dans le champ nasal, qui seul subsistait.

Il s'agissait d'une atrophie optique primitive. Une hémianopsie bitemporale avait marqué le début des troubles. La radiographie du crâne montrait une selle ballonnée, caractéristique d'un adénome hypophysaire qui, d'ailleurs, n'avait déterminé que des troubles très légers de dyspituitarisme.

L'intervention eut lieu par voie transfrontale et intradurale, et permit d'extirper un volumineux adénome hypophysaire chromophobe, transformé partiellement par la radiothérapie en pseudo-kyste sous tension.

Les troubles ophtalmologiques s'amendèrent rapidement, et actuellement, soit trois mois après l'opération, ce malade a une vision de 10/10 à l'œil droit et de 2/10 à l'œil gauche. Le champ visuel est presque normal.

Le second malade était atteint de chordome de la région sellaire à développement antérieur. Les symptômes étaient ceux d'une tumeur hypophysaire.

L'examen ophtalmologique montrait une atrophie optique primitive bilatérale. Vision œil droit = voit la main dans le champ nasal, qui seul subsiste. Vision œil gauche = pas de perception lumineuse.

Les radiographies du crâne montraient une selle turcique agrandie, mais dans son diamètre antéro-postérieur surtout, avec érosion des clinoïdes antérieures.

L'intervention par voie transfrontale et intradurale permit l'ablation d'une très volumineuse tumeur. Il s'agissait d'un chordome caractérisé histologiquement par les cellules physalifores de Virchow.

Deux mois environ après l'opération, les papilles ont une vascularisation sensiblement normale. Vision de l'œil droit = 2/10. Vision de l'œil gauche = 1/10.

Les chordomes de cette région sont très rares. Ce cas est le premier opéré en France avec succès.

Ces deux cas démontrent, comme de nombreux autres, combien le traitement radiothérapique des tumeurs hypophysaires est souvent illusoire et quelle est l'efficacité du traitement chirurgical.

Un cas de compression de la queue de cheval, d'origine traumatique, par un nodule fibro-cartilagineux du disque intervertébral. — MM. O. Crouzon, D. Petit-Dutaillis et J. Christophe présentent un malade chez lequel apparut, sept ans après un traumatisme violent de la région lombaire, un syndrome unilatéral partiel de compression de la queue de cheval. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une compression radiculaire par nodule fibro-cartilagineux de la face postérieure du disque intervertébral de L_4-L_5. Le nodule était du type récemment décrit par MM. Alajouanine et Petit-Dutaillis.

L'opération fit rétrocéder très rapidement les symptômes.

Comment la strychnine peut-elle, aux mêmes doses, enraidir l'hypertonie pyramidale, assouplir l'hypertonie parkinsonienne, rehausser l'hypotonie de la chorée, et calmer son agitation ? — M. J. Froment, Mlle A.-Z. Rougier et M. F. Morelon (de Lyon) attirent l'attention sur la manière, en apparence paradoxale, dont se comporte la strychnine, aux mêmes doses, à l'égard d'états qui sont classés les uns comme hypertoniques, les autres comme hypotoniques. Rehaussant l'hypotonie de la chorée, elle assouplit l'hypertonie parkinsonienne, tandis qu'elle enraidit l'hypertonie pyramidale. Et cependant, ces effets contradictoires sont tous, à n'en pas douter, le résultat de l'action excito-motrice de ce catalyseur, qui exalte l'excitabilité réflexe. Les auteurs recherchent l'explication de toutes ces réactions en apparence contradictoires. Ils montrent qu'il ne faut accepter qu'avec une extrême réserve et sous bénéfice d'inventaire la pseudo-précision des termes « hypertonie » et « hypotonie » ; en les employant, on en dit beaucoup plus qu'on n'en sait.

L'hypertonie parkinsonienne et l'hypertonie pyramidale ne diffèrent-elles pas en tout ? — M. J. Froment, Mlle A. Feyeux et R. Lautrette (de Lyon) rappellent que la contracture de l'hémiplégique, en dehors des mouvements volontaires, ne varie guère et ne peut être inhibée. La course, l'effort, qui paraît diffuser dans cette contracture, l'exaspèrent ; elle n'engendre ni fatigue, ni hyperthermie locale. La rigidité parkinsonienne, par contre, cède plus ou moins par inhibition volontaire ; elle est en quelque sorte conditionnelle. Fort instable, son taux subit toutes les répercussions du mode statique, ainsi que d'autres facteurs bien plus subtils (direction du regard, orientation spatiale de la pensée). De plus, mouvements volontaires et course libèrent en partie cette contracture, qui demeure, par ailleurs, génératrice de fatigue et d'hyperthermie locale.

A tous égards, l'hypertonie parkinsonienne semble un tout autre phénomène que cet autre état de mise en tension musculaire qu'on appelle l'hypertonie pyramidale.

Qu'implique au juste le terme d'hypertonie ? — M. J. Froment, Mlle A. Feyeux et M. R. Lautrette (de Lyon), soulignent l'ambiguïté de la terminologie neurologique. Tandis que l'expérimentation sur animal conduit les neuro-physiologistes à réserver, avec Sherrington, aux *seules contractions posturales réflexes* le terme de tonus, on a, en clinique neurologique, dénommé hypertonies des mises en tension musculaires liées à la perturbation de *mécanismes réflexes de tous ordres*.

L'étude des hypertonies conduit donc fatalement à la notion d'actions toniques multiples totalement différentes. Il faut opter entre la terminologie neuro-physiologique et la terminologie neuro-clinique, et cesser de chercher entre elles quelque compromis impossible.

Deux cas de myoclonies synchrones et rythmées vélo-pharyngo-laryngo-oculo-diaphragmatiques. Le problème anatomique et physiopathologique de ce syndrome. — MM. G. Guillain et P. Mollaret présentent deux malades, dont l'un réalise un type bilatéral et d'extension maxima de ces myoclonies, tandis que l'autre correspond à une forme partielle et unilatérale. Le syndrome est isolé chez le premier, alors que les signes associés permettent d'affirmer, chez le second, une lésion pédonculaire. L'observation de ces malades permet de préciser certains détails de sémiologie : caractères de la dysarthrie, association des clonies oculaires et diaphragmatiques.

En considérant les cinquante observations publiées, il semble qu'il faille admettre, à la base de ce syndrome, une atteinte d'un système complexe, qui comprend les centres gris olivo-dento-rubriques et leurs faisceaux d'association. Une lésion élémentaire et univoque paraît peu probable, et il faut sans doute envisager des formules complexes, qui correspondent à des ruptures d'équilibre, véritables courts-circuits, dans ce central coordinateur.

Association d'un syndrome pseudo-bulbaire et d'un syndrome bulbaire dans un cas de sclérose latérale amyotrophique. — MM. ALAJOUANINE, LAUNAY et THUREL.

Réponse paradoxale à l'ionisation cérébrale. — M. BOURGUIGNON, obtenant dans un cas une réponse homolatérale des membres après excitation d'un hémisphère cérébral, conclut, dans ce cas, à une absence de décussation du faisceau pyramidal.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DE LA TÊTE DU PANCRÉAS[1]

Evolution. — Essentiellement poussées au cours desquelles les symptômes présentent une recrudescence.

Toutes les complications gravitent autour de la notion d'infection.

B. *Mais restriction à ces signes différentiels.* — *Signes fonctionnels.* — 1. *Ictère* : l'ictère peut être progressif, mais rémissions dans la lithiase si :

Calcul en bout de cigare ;
Obstruction bas située.

2. Les douleurs du début peuvent faire défaut dans le calcul du cholédoque.

Signes physiques. — La loi de Courvoisier-Tessier peut être en défaut.

Un néo peut survenir chez un lithiasique à vésicule rétractée.

Dans une lithiase récente, la vésicule peut être épargnée par l'infection et distendue par un hydrocholécyste.

Signes généraux. — L'amaigrissement peut être accentué dans la lithiase et la température fait défaut.

Examens de laboratoire. — Ils sont loin d'être toujours probants.

Il est souvent difficile de faire la part de ce qui revient au déficit biliaire et au déficit pancréatique. D'ailleurs, ce dernier peut être réalisé par :

C. — *Diagnostic impossible.* — **La pancréatite chronique** qui peut venir compliquer la lithiase et donner tout le tableau d'un néo de la tête du pancréas.

Le diagnostic sera tout à fait impossible :

Dans la pancréatite lithiasique, sans signes nets de lithiase dans les antécédents,

Dans la pancréatite indépendante de toute étiologie lithiasique.

Le diagnostic ne peut être tranché que par la laparatomie exploratrice, mais souvent le doute persiste.

Examen histologique nécessaire.

Evolution favorable après intervention.

Pratiquement, le diagnostic se pose entre ictère néoplasique et iithiase.

Mais il ne s'agit pas toujours d'un néo de la tête du pancréas.

Autres ictères néoplasiques. — *Cancer secondaire du foie* : Foie marronné. Rechercher le néo primitif.

Cancer des voies biliaires : te diagnostic est pratiquement impossible en clinique.

Cancer de l'hépatique : petite vésicule.

Cancer du cholédoque : grosse vésicule.

Le tubage duodénal montre un déficit biliaire sans déficit pancréatique.

Cancer de l'ampoule de Vater : le tubage duodénal ramène *du sang* et peut montrer des signes de déficit pancréaticobiliaire.

Autres diagnostics. — Ictère par périduodénite : diagnostic très difficile.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie, comprimant les voies biliaires.

Adénite du hile ou du pédicule hépatique.

Les autres cancers du pancréas. — Ne ressemblent guère au cancer de la tête du pancréas et ne se discutent généralement pas. En effet, tandis que le cancer de la tête du pancréas est essentiellement caractérisé par un syndrome pancréaticobiliaire, celui du corps se manifeste par des signes pancréaticosolaires et celui de la queue du pancréas est en général latent.

Cancer du corps du pancréas. — *Signes fonctionnels* : Ce n'est pas l'ictère, mais bien la *douleur*, le symptôme dominant, résultant en général de l'envahissement du plexus solaire.

Siège : profond, creux épigastrique, ou à gauche, près du rebord costal.

Irradiations variées.

Intensité : douleur ne tarde pas à devenir continue avec des paroxysmes d'extrême violence : barre épigastrique, constriction dans un corset (rappelant les crises tabétiques les plus violentes).

Au moment des paroxysmes : malade plié en deux.

Intolérance gastrique.

Vomissements inconstants, ne calment pas la douleur.

Signes physiques : pas d'ictère.

Mais on peut quelquefois observer une *pigmentation cutanée* d'origine sympathique analogue à celle de l'adisonisme.

Parfois tumeur perceptible.

Médiane, située légèrement au-dessus de l'ombilic.

Parfois animée de battements imprimés par l'aorte.

Signes généraux : amaigrissement rapide et marqué.

Laboratoire : Signes de déficit pancréatique moins accentués que dans néo tête, mais plus de valeur, car pas de signes de déficit biliaire.

Cancer de la queue. — Plus rare ; pas d'ictère, pas de douleur, mais un gros amaigrissement progressif qui fait penser au néoplasme, et parfois une tumeur épigastrique ou située un peu à gauche.

On le voit, ces cancers de la tête et du corps ne dissimulent pas le cancer de la tête dont le diagnostic comporte avant tout la discussion des ictères chroniques par rétention. Notons cependant qu'il n'y a là rien d'absolu, et qu'un cancer du corps ou de la queue du pancréas peut, par exemple, s'accompagner d'ictère par métastase aux ganglions du hile hépatique.

Traitement palliatif, cholécysto-duodénostomie.

Traitement médical de la dyspepsie pancréatique, par un régime riche en H. de C., pauvre en graisses, et contenant comme albuminoïdes, de la caséine que l'érepsine suffit à dédoubler.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 54, p. 1062, et n° 56, p. 1094.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HEPATIQUES ASTHÉNIE ETC
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
LE MEILLEUR PREVENTIF DES NEOPLASMES
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE_PARIS (3e)

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numero : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Pédiatrie, sous la direction de M. L. Babonneix.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de chirurgie.
Société de stomatologie de Paris.
NÉCROLOGIE
Charles Dujarier, par M. F. L. S.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Le diplôme d'Université n'ouvre aucun droit à l'exercice de la médecine.
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le docteur Coldefy, qui depuis plusieurs années, s'occupait activement au S. M. S. de la répression de l'exercice illégal de la médecine dans le département de la Seine, est récemment décédé, unanimement regretté de ses collègues.

Le Conseil d'administration du S. M. S., dans sa séance du 7 juillet, a désigné pour le remplacer dans ces fonctions M. le docteur Jolly, 63, boulevard de Sébastopol, secrétaire adjoint du Syndicat.

Nous demandons à tous nos confrères de bien vouloir lui faire parvenir dorénavant tous documents et renseignements intéressant cet important service.

Adresser toutes les communications à M. le docteur Jolly, directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal de la médecine, 28, rue Serpente, Paris (VIe).

M. Jolly reçoit à l'Office les mercredis de 10 h. à 11 h.

LE IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE se tiendra à Paris, à la Sorbonne, du 26 au 31 juillet prochain. Il réunit 1.200 membres titulaires provenant de 44 pays différents accompagnés par 600 membres adjoints de leur famille.

Plus de 400 communications scientifiques seront présentées dans 8 amphithéâtres de la Sorbonne et 32 pays seront représentés par des délégations officielles.

CONGRÈS DE LA LITHIASE BILIAIRE. — La Société des sciences médicales de Vichy organisera en 1932 un Congrès de la lithiase biliaire.

Le Congrès aura lieu à Vichy à une date qui sera indiquée ultérieurement.

HOPITAL DE SANTA CRUZ ET SAN PABLO DE BARCELONE. — Cours de pathologie digestive, du 23 octobre à la fin de décembre, sous la direction de M. le professeur F. Gallart Monès. — Prix d'inscription : 100 pesetas.

Cours élémentaire de radiodiagnostic de l'appareil digestif, sous la direction de M. le docteur A. Pinós. — Prix d'inscription : 50 pesetas.

Pour inscriptions et renseignements, écrire à l'administration de l'hôpital de la Santa Cruz y S. Pablo, Barcelone.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Gandy (de Bagnères-de-Bigorre) et Tribet (de Marseille).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeur : M. Paul Carnot.) — *Cours de vacances 1931.* — I. Premier cours (7 septembre-18 septembre 1931), sous la direction de M. Henri Bénard, agrégé, médecin des hôpitaux : *Maladies de la nutrition, du foie, du pancréas et de la rate.*

II. Voyage d'études à Vichy (les samedi 19 et dimanche 20 septembre), sous la direction de MM. Chabrol et Bénard, agrégés.

Entre les deux cours aura lieu un voyage d'études à Vichy, avec conférences sur les traitements hydrominéraux dans le diabète, les maladies du foie et les maladies digestives.

Ce voyage est réservé aux auditeurs de chacun des deux cours.

III. Cours de septembre et d'octobre (21 septembre-3 octobre), sous la direction de M. Etienne Chabrol, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : *Gastro-entérologie.*

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr. pour un cours et de 450 fr. pour les deux cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présenta-

tion de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Enseignement des stagiaires.* — Mardis, jeudis et samedis, à 10 h. (amphithéâtre Dupuytren) : Leçons pratiques avec projections, suivies d'exercices techniques et d'examens de malades.

Lundis et mercredis : Consultation expliquée.

Vendredis, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique.

Un examen obligatoire et portant sur les matières enseignées aura lieu à la fin du stage.

— *Cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire.* — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. Velter, agrégé, et de MM. les docteurs Casteran, Veil, Renard, J. Blum, Dollfus et Hudelo, chefs de clinique et chefs de laboratoire, commencera le vendredi 23 octobre, à 10 h., à l'amphithéâtre Dupuytren, un cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire, avec exercices pratiques, en douze leçons, et le continuera les jours suivants.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 fr.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Charles DUJARIER

C'est avec une très vive émotion que nous avons appris la disparition du docteur Charles Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris mardi dernier.

Un de nos collaborateurs exposera dans quelques jours l'œuvre de Dujarier. Je veux simplement dire aujourd'hui que Dujarier laisse d'infinis regrets parce qu'il est resté pendant toute sa vie tel que nous l'avions connu pendant nos années d'internat, un homme très droit, très bon et un chirurgien d'une haute conscience.

Dujarier emporte l'affection profonde, l'estime et le respect de tous ceux qui l'ont connu.

F. L. S.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE DIPLÔME D'UNIVERSITÉ N'OUVRE AUCUN DROIT A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine vient de voter à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Alors que nous nous efforçons d'obtenir du Parlement le vote de la proposition de loi Armbruster pour limiter l'établissement en France des médecins étrangers, un certain nombre de confrères font appel dans leurs cliniques à des docteurs diplômés d'Université qui les aident et en fait les suppléent.

Ce peut être au point de vue financier une combinaison avantageuse. C'est, à l'égard de la profession, un acte anticonfraternel exposant même dans certains cas à des poursuites pour violation de la loi sur l'exercice de la médecine. »

DÉONTOLOGIE MÉDICALE

La médecine étant une profession libérale, ceux qui l'exercent ne doivent pas utiliser des méthodes d'allure commerciale pour se faire valoir auprès du public.

Ainsi l'a compris le Conseil d'administration du S. M. S. qui rappelle aux membres de notre Syndicat l'article 3 du règlement de déontologie publié dans le numéro de novembre 1930 du *Médecin de France*, organe officiel de la Confédération des syndicats médicaux français.

Cet article est ainsi conçu :

« Le médecin ne doit user dans la recherche de la clientèle que de procédés corrects. Sont interdits comme ne l'étant pas :

1° Toute publicité nominative ;

2° Tout affichage, toute distribution de prospectus, tracts ou brochures ;

3° Toute enseigne ou plaque murale d'apparence commerciale ;

4° Toute publication d'article d'apparence scientifique écrit pour un but de réclame. »

LA PROPOSITION DE LOI LEGROS

La déclaration des maladies contagieuses et des décès.

Le Conseil d'administration du S. M. S. vient d'approuver à l'unanimité dans sa séance du 7 juillet les propositions de sa Commission de médecine publique rédigées dans la forme suivante :

« En dépit du point de vue que le docteur Legros développe dans son rapport, la Commission reste unanime à penser que le maintien de l'article 378 du Code pénal et sa rigoureuse observation sont une des meilleures sauvegardes de la santé publique.

La déclaration de la maladie contagieuse ne doit pas incomber au médecin traitant, mais au contagieux lui-même ou, s'il est physiquement incapable, à ses répondants légaux. A plus forte raison devons-nous rejeter les attestations de ce genre qu'on voudrait nous faire donner par télégramme ou téléphone.

La désinfection d'ordre administratif est un leurre, car elle devance ou laisse passer l'heure de choix, elle ne porte que sur les locaux et vêtements, elle ignore le rhino-pharynx ou le tube digestif qui sont les foyers virulents, semeurs immédiats de nouveaux germes dès que l'équipe municipale a remballé ses outils. Que la Commune et l'État laissent donc le médecin traitant à son métier et se bornent à lui apporter leur concours lorsqu'il le demande...

En ce qui concerne l'attestation de la maladie contagieuse qui a causé le décès, la Commission est unanime à proposer, sans hésitation aucune, au Conseil ;

Le Conseil d'administration du S. M. S. se déclare formellement opposé à la révélation, dans quelque cas que ce soit, par le médecin traitant, de la cause du décès de son client. »

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PÉDIATRIE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

(Annexe Grancher).

AFFECTIONS GENITO-URINAIRES

Pyurie et bacillurie chez l'enfant. (J. W. Cumings. *Brit. med. Journ.*, 21 fév. 1931.) — L'auteur a examiné 88 garçons entre sept mois et douze ans et 80 filles entre huit mois et onze ans, considérés tous comme sujets normaux. Il arrive à cette conclusion que des leucocytes peuvent être trouvés dans l'urine d'enfants normaux. Chez les garçons, 10 leucocytes par millimètre cube est un chiffre normal; chez les filles, les souillures au moment du prélèvement font que 100 éléments figurés par millimètre cube n'ont aucune valeur pathologique. Il ne faut donc tenir compte que des chiffres supérieurs à ceux-ci.

Jamais on n'a constaté de bactériurie chez des enfants normaux.

R. LEVENT.

AFFECTIONS NERVEUSES

Radiothérapie et poliomyélite. (P. Duhem. *Soc. de pédiatrie*, 20 janv. 1931.) — Selon l'auteur, la radiothérapie comme traitement de la poliomyélite ne mériterait pas tout le bien qu'on en a dit.

D'ailleurs, il existe de grandes différences dans la manière dont l'ont pratiquée les divers auteurs : certains préconisent la radiothérapie profonde; d'autres, des doses prudentes échelonnées ou non.

Quoi qu'il en soit, il semble nécessaire de faire entrer en ligne de compte les variations spontanées de la poliomyélite au cours des premiers mois; on peut les voir se produire quel que soit le traitement appliqué.

L'auteur a étudié 250 cas, tous antérieurs à l'année 1928 pour pouvoir ne parler que d'améliorations durables et s'est uniquement basé sur les variations de la réaction de dégénérescence pour établir son appréciation : 150 sujets ont suivi un traitement par les rayons X; 100 sujets n'y ont pas été soumis. Il arrive aux conclusions suivantes :

Toutes les poliomyélites qui ne présentent pas de réaction de dégénérescence complète, guérissent qu'elles aient ou non été traitées par les rayons X.

Parmi les malades porteurs de réaction de dégénérescence, le pourcentage des guérisons, améliorations ou échecs est le même, qu'on ait ou non pratiqué la radiothérapie.

La radiothérapie n'a donc, pour M. Duhem, que peu d'influence sur les troubles moteurs.

R. LEVENT.

La valeur diagnostique et pronostique de l'examen du sucre dans le liquide céphalo-rachidien au cours des méningites chez l'enfant. (T. Mogilnicki. *Congrès intern. de pédiatrie*, Stockholm, août 1930.) — Au cours d'une étude continuée pendant dix-huit mois, l'auteur a observé 217 cas et pratiqué 516 ponctions lombaires.

Répartition des cas observés : 72 méningites bacillaires incontestables, 41 méningites presque certainement bacillaires, mais où la preuve n'a pas été faite, 44 méningites cérébro-spinales épidémiques, 18 méningites suppurées d'autre nature; 42 réactions méningées sans méningite vraie, accompagnées dans certains cas d'accidents convulsifs. Dans un certain nombre de cas, l'auteur a comparé le taux de la glycémie et de la glycorachie et a recherché le pouvoir glycolytique du liquide céphalo-rachidien.

Dans les liquides non inflammatoires, l'hyperglycorachie a semblé habituelle, surtout lorsque existaient des accidents convulsifs.

Dans la méningite tuberculeuse, l'auteur a constaté, à toute période de l'hypoglycorachie variant habituellement entre 8 milligrammes et 36 milligrammes pour 100 grammes, mais sans jamais arriver à une disparition complète.

Dans deux cas où l'hypoglycorachie faisait défaut, la ponction lombaire était contemporaine d'accidents convulsifs.

L'hypoglycorachie existe aussi dans les méningites suppurées, mais moins marquée que dans la méningite tuberculeuse.

Dans la méningite cérébrospinale, on peut tirer des variations de la glycorachie, des indications pronostiques; la réascension vers la normale est un présage de guérison, comme la diminution de l'albumine et des éléments figurés.

Jamais l'auteur n'a constaté que l'hypoglycorachie ait coïncidé avec de l'hypoglycénie.

Enfin, le séjour à l'étuve pendant vingt-quatre heures des liquides céphalo-rachidiens a toujours produit un abaissement de sa teneur en sucre, attestant le pouvoir glycolytique des liquides inflammatoires ou des microbes qu'ils contiennent.

R. LEVENT.

AFFECTIONS RESPIRATOIRES

Sur des cas exceptionnellement légers de tuberculose pulmonaire ouverte chez les enfants et les adolescents. (Bacillose pulmonaire stétoscopiquement muette.) (J.-L. Burckhardt et A. Sattler [sanatorium pro Juventute-Davos]. *Schw. med. Woch.*, 11 avril 1931). — On sait la gravité habituellement reconnue aux cas de bacillose pulmonaire ouverte; la statistique de Simon (1928) donne deux tiers de morts, 10 p. 100 au plus de guérisons. La majorité des auteurs ne considère plus actuellement le pronostic comme aussi sombre. Il semble que faute d'avoir eu à disposition une technique de recherche suffisante, on ait ignoré les cas qui n'étaient pas les plus graves.

Seul, l'examen bactériologique des crachats, en employant la technique nécessaire, permet de dépister certains cas, la radiologie elle-même ne donnant rien.

Les auteurs publient, à titre d'exemple, six observations de jeunes sujets (de onze à seize ans). Il existe donc une forme « anauscultatoire » très légère, ouverte et cependant curable.

Le pronostic de semblables formes est bon lorsqu'elles sont traitées, mais elles ont une grande importance au point de vue social, de tels malades étant d'actifs propagateurs de l'infection.

On ne peut les dépister que par l'examen systématique des excreta.

R. LEVENT.

AFFECTIONS VASCULAIRES

Sur un cas d'acrodynie infantile. (G. CHARLEUX. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 avril 1931.) — Nouvelle observation d'acrodynie : une enfant de quatre ans sans antécédents héréditaires notables, tombe malade quelques mois après une rougeole abortive, mais qui l'a laissée déprimée pendant un certain temps.

Photophobie, céphalée, douleur de nuque, agitation nocturne alternant avec de l'abattement, température à 38° font craindre une méningite.

Ces symptômes s'atténuent, mais il apparaît de la rougeur des doigts, de l'amaigrissement, un changement du caractère. Quatre grammes par litre de glucose dans l'urine, sans acétone. On pense, à ce moment, à un diabète infantile.

A l'examen, troubles psychiques ; les mains ont un aspect acrodynique typique; il existe des sueurs d'odeur spéciale. Aux mains, algies, prurit et brûlures calmées par les bains locaux d'eau froide, hypotonie musculaire, parésie des membres inférieurs, tachycardie, salivation; persistance des signes généraux.

La malade est temporairement améliorée par les rayons ultraviolets et l'ergostérine pendant six mois environ, puis une rechute se produit. Il apparaît des ulcérations rebelles aux quatre extrémités, les pieds étant plus atteints, et au nez. Les troubles psychiques s'accentuent. Il apparaît des troubles trophiques des cheveux et des adénopathies inguinales et axillaires. Pas de glycosurie. Les parésies ont reparu et font penser à une poliomyélite. Les rayons ultraviolets donnant peu d'effet, on institue un traitement par l'acétylcholine.

Après huit injections, les sueurs disparaissent, les lésions et les troubles siégeant aux mains et aux pieds disparaissent progressivement après avoir duré un an environ. L'amélioration se confirme, les parésies disparaissent ; la guérison se complète.

L'évolution totale a duré, dans le cas ci-dessus, dix-huit mois au lieu des six mois qui en sont la durée communément observée. Il s'agit d'une forme prolongée ayant évolué en quatre phases : signes aigus, rémission, recrudescence, guérison.

L'acétylcholine a pu, dans le cas présent, être sans inconvénients administrée à 2 ou 3 centigrammes avant la septième année. La malade, âgée de cinq ans, a reçu ainsi, pendant dix-huit jours consécutifs, jusqu'à 10 centigrammes par jour.

R. LEVENT.

Acrodynie infantile. (J. GIRARD. *Progrès méd.*, 28 févr. 1931. [Discussion sur l'origine glandulaire ou encéphalitique de cette affection.]) — Observée pour la première fois il y a cent ans, cette affection, fréquente à cette époque, disparaît complètement pour ne reparaître qu'à l'époque de la guerre de Crimée et disparaître à nouveau aussi complètement que la première fois jusqu'au début du XXe siècle. Depuis lors, elle semble d'une certaine fréquence dans tous les pays du monde.

L'auteur rapporte ici une nouvelle observation personnelle où le syndrome classique se complète de symptômes rappelant l'encéphalite.

Parmi les nombreuses étiologies proposées, l'auteur n'en retient que deux : l'acrodynie a une origine glandulaire ; l'acrodynie est analogue à la névraxite épidémique.

Le fait que les symptômes cliniques dénotent une perturbation du système neuro-végétatif n'élimine pas, au contraire, le rôle des glandes endocrines hypophyse et système chromatiné notamment.

Par ailleurs, dans d'autres cas, on a déjà noté la ressemblance ou l'intrication avec le syndrome chronique de la névraxite épidémique.

A l'avis de l'auteur, la juxtaposition aux divers symptômes neuro-végétatifs de manifestations cutanées est insuffisante à faire écarter l'hypothèse d'une névraxite épidémique analogue à la névraxite déjà connue comme cause de l'acrodynie.

R. LEVENT.

SANG

Accidents d'hypercalcémie consécutifs à des applications multipliées de rayons ultraviolets. Entérolithes et concrétions calcaires sous-cutanées. (A.-B. MARFAN et H. DORLENCOURT. *Soc. de pédiatrie*, 20 janv. 1931.) — Une enfant arriérée de quatorze ans a toujours présenté des accidents épileptiformes et de l'intolérance digestive lors de toute tentative d'alimentation non pas abondante, mais simplement proportionnée à son âge.

Vers treize ans ont apparu des douleurs dans les jambes et de l'impotence fonctionnelle; l'examen médical et l'examen radiographique montrent des lésions rachitiques du squelette genu valgum ; à quelques jours de là se produisent des accidents de tétanie typique.

On pratique un traitement par le chlorure de calcium, le gardénal et les rayons ultraviolets qui, dès le début, amène une amélioration considérable : modifications chimiques et radiologiques du squelette ; récupération de la marche. En deux mois, tétanie et rachitisme semblent disparaître complètement, en même temps que l'état général s'améliore.

Devant ce succès, la malade continue d'elle-même, et en dépit des avertissements médicaux, le traitement par les rayons ultraviolets. En dehors de toute surveillance médicale, le traitement est poursuivi pendant dix-huit mois à dose au moins égale à celle qui a guéri le rachitisme. En dix-huit mois, la malade fait 180 séances de rayons ultraviolets d'un total de soixante-dix heures environ.

A ce moment apparaît une entérocolite dysentériforme grave avec élimination de calculs intestinaux nombreux et parfois volumineux (phosphates et carbonates de chaux). On cesse immédiatement les rayons ultraviolets.

La santé ne reparaît pas cependant ; des calculs sous-cutanés apparaissent dans la région des muscles grands droits ; la malade se cachectise et meurt en deux mois environ.

La mesure de calcémie pratiquée deux mois après cessation des rayons ultraviolets ne montre plus qu'une hypercalcémie très légère.

R. LEVENT.

GÉNÉRALITÉS

Traumatismes et cancers (à propos d'un cancer chez un enfant de dix ans). (Ch. DU BOIS. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 25 fév. 1931.) — L'action sur la production du cancer des traumatismes continus et des irritations répétées est une notion classique, encore que nous en saisissions encore peu le mode d'activité. Beaucoup moins connu est le rôle cancérigène d'un traumatisme unique. Le rapport de cause à effet est le plus souvent plus que discutable; lorsqu'il existe, il est rare que l'observation présente tous les éléments qui permettraient d'en tirer des conclusions probantes.

L'action du traumatisme unique est pourtant indéniable, à l'avis de l'auteur, qui rappelle les conclusions auxquelles un certain nombre d'observateurs ont déjà été conduits.

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de dix ans, exempt de toute tare connue, qui se blesse au front en tombant; plaie superficielle qui guérit en dix jours après un traitement bien conduit.

Cinq mois plus tard apparaît au même endroit un « bouton » qui s'accroît et prend en un mois le volume d'une amande; surface mamelonnée couleur rouge brique, épiderme aminci mais non ulcéré. En raison de la ressemblance avec certains épithéliomas fermés de la face chez l'adulte, on fait une excision large. Guérison normale.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma basocellulaire typique soulevant l'épiderme et n'ayant pas en profondeur dépassé le derme, à point de départ sébacé.

On ne saurait dans le cas présent arguer d'une inflammation chronique dont aucun symptôme n'a été observé puisque la plaie a guéri en dix jours. L'auteur penche pour la possibilité d'une inoculation accidentelle ou d'un corps étranger ayant agi comme foyer constant d'irritation.

Il remarque toutefois qu'aussi bien que les peaux séniles, es peaux jeunes sont susceptibles d'obéir à l'action de causes ancérigènes et que chez l'enfant comme chez l'adulte la peau de la face semble un territoire de prédilection.

L'auteur admet, de plus, difficilement, quelle que puisse être la multiplicité des causes provocatrices du cancer, que les cancers traumatiques aigus, chez l'enfant surtout, puissent représenter un simple mode réactionnel de l'organisme à des causes irritantes variées; il croit plutôt à la participation d'un principe inconnu.

R. LEVENT.

Rate et immunité. (W. Pockels. *Congrès intern. de pédiatrie*, Stockholm, août 1930.) — De travaux antérieurs, l'auteur a conclu que des extraits organiques de tissu réticuloendothélial sont capables d'augmenter les défenses de l'organisme contre les infections et les intoxications. L'auteur a comparé les effets produits sur des souris ayant reçu des inoculations de streptocoques et de dysenterie par l'extrait de rate; ces effets ont été très supérieurs à ceux d'autres produits (Aolan).

Il a également étudié les effets de ces extraits sur la réaction de sujets soumis à la chimiothérapie. (Silbersalvarsans.) L'action thérapeutique du médicament semble passer du simple au double. Contre le trypanosome on a obtenu les mêmes effets avec des doses deux fois moindres tant en ce qui concerne la guérison que pour ce qui est des rechutes. L'extrait de cerveau ou de poumon n'a au contraire rien modifié.

Mais il n'y a pas, pour des raisons inconnues, d'effet analogue sur le seuil de toxicité du médicament qui demeure sans changement.

C'est une notion qu'il importe d'avoir présente à l'esprit lorsqu'en thérapeutique humaine on pratique en même temps que la chimiothérapie un traitement par des extraits organiques puisque les doses habituelles en thérapeutique sont beaucoup plus proches du seuil de toxicité que dans la chimiothérapie isolée. R. LEVENT.

Étude de la transmission de la sensibilité de mère à enfant dans l'espèce humaine. (S. D. Bell et Z. Eriksson. *Congrès intern. de pédiatrie*, Stockholm, août 1930.) — L'auteur a étudié la transmission interplacentaire possible et la sensibilisation in utero de l'embryon chez l'homme par passage d'antigènes ou d'anticorps afin d'expliquer si possible les cas de sensibilité précoce chez le nourrisson. L'étude a porté sur cinq cas de rhume de foin et cinq cas d'asthme, la capacité de transmission du sérum maternel étant prouvée par l'épreuve de Pransnitz-Küstner et mesurée, dans chaque cas.

On a recueilli du sang du cordon ombilical : aucune transmission d'anaphylaxie passive. Avec le sang recueilli avant la mise au sein, recueilli au sixième jour (pour éviter les effets de l'alimentation colostrale) résultats également négatifs.

On a pratiqué l'intradermo et la cutiréaction aux premier, cinquième et dixième jours avec l'extrait auquel la mère réagissait; dans aucun cas on n'a obtenu de réaction cutanée habituelle; les réactions obtenues n'ont, en tout cas, présenté aucun caractère de spécificité par rapport aux réactions maternelles. R. LEVENT.

Le taux de la phosphorémie chez l'enfant et chez le nourrisson. (A. Vallette et R. Dubois. *Revue franç. de pédiatrie*, 1931, n° 1.) — Il existe de très larges variations individuelles, du simple au double, dans la phosphorémie des enfants et des nourrissons non rachitiques.

On ne doit donc considérer comme hypophosphorémiques que les chiffres inférieurs à la valeur physiologique minima, soit 45 milligrammes par litre de sang total pour le P. inorganique du sang total.

A l'opposé le taux du calcium est remarquablement fixe chez le sujet normal et ne subit que de très faibles variations.

Chez les rachitiques il y a peu de modifications du phosphore organique, mais le phosphore inorganique varie dans des proportions beaucoup plus grandes que chez le sujet normal. La limite inférieure en est abaissée, mais cette hypophosphorémie du rachitique n'est jamais proportionnée à l'intensité des lésions rachitiques.

Il semble aussi que l'hypophosphorémie soit plutôt le fait des rachitiques non spasmophiles mais son manque de constance dans l'ensemble ne permet pas de considérer l'hypophosphorémie comme un stigmate obligé du rachitisme.

R. LEVENT.

Le test sérologique de parenté de Zangemeister. (H. J. Feeyschmidt. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 18 avril 1931.) — En 1928, Zangemeister a proposé un examen photométrique du sérum sanguin d'où il a voulu tirer des conséquences touchant la preuve de parenté. Les conclusions de l'auteur confirment celles de divers auteurs. Il n'a obtenu la réaction de Zangemeister que dans un tiers des cas. Elle n'est pas spécifique puisqu'on a les résultats les plus variables avec des sérums non mélangés ou avec des mélanges de sérums sans lien de parenté.

On ne peut donc tirer aucune conclusion, que les résultats soient positifs ou négatifs. R. LEVENT.

INFECTIONS

Le rôle de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. dans la lutte contre la tuberculose infantile. (Arvid Wallgren. *Le Nourrisson*, janv. 1931.) — Considérant que l'allergie tuberculinique est un témoin de l'immunité et que le B. C. G. permet de l'obtenir sûrement dans le temps minimum, l'auteur a vacciné, à Gœteborg (Suède), 106 enfants qui ont été après vaccination maintenus à l'abri de toute contagion jusqu'à l'apparition de l'allergie. Ceci depuis l'année 1927, 44 de ces enfants sont restés à l'abri de toute contagion, 2 d'entre eux ont succombé à une pneumonie franche. Les 62 autres, exposés à la contagion pendant des temps variant entre deux mois et trois ans, n'ont présenté aucun symptôme d'affection cliniquement tuberculeuse; à la radioscopie, 2 seulement ont présenté un hile sujet à caution.

L'auteur attribue ce résultat à la fois à la vaccination et à l'isolement qui, d'ailleurs, a été chez certains sujets prolongé bien plus longtemps que le minimum.

Depuis l'époque des premières vaccinations la mortalité générale des nourrissons à Gœteborg se serait abaissée de 35 p. 100 et l'auteur en attribue, au moins partiellement, le mérite à la vaccination antituberculeuse.

R. LEVENT.

Sur la diversité individuelle dans les réactions tuberculiniques parmi les enfants vaccinés au B. C. G. (Arvid Wallgren. *Acta pædiatrica*, 18 août 1930, vol. X, fasc. 2.) — Après vaccination au B. C. G., l'apparition d'une cutiréaction positive peut se faire après les délais les plus divers, de trois à dix mois selon l'expérience de l'auteur. La quantité de vaccin réellement absorbée après ingestion pérorale peut, certes, jouer un rôle; mais tout n'est pas là puisque les vaccinations parentérales montrent des dissemblances analogues.

Il faut donc faire intervenir l'inégale virulence des vaccins employés et des aptitudes particulières à chaque sujet.

L'auteur a procédé à des vaccinations parentérales au moyen de divers échantillons de vaccins dont chacun était partagé entre plusieurs patients. Il en conclut que le facteur personnel paraît jouer ici le rôle principal; il existe entre individus des différences considérables dans les réactions vis-à-vis d'un même vaccin; la durée de la période préallergique varie considérablement d'un sujet à l'autre On ne peut d'ailleurs pousser plus loin l'analyse : les conditions d'âge, de poids, de sexe n'ont pas semblé avoir un effet constant. Il faut donc parler de « différences constitutionnelles » avec toute l'imprécision que comporte une telle expression.

Nous ne pouvons, d'autre part, en l'état actuel de nos connaissances faire autrement que d'admettre un certain parallélisme entre l'état d'allergie et l'immunité.

Il résulte des observations de l'auteur qu'on a tort d'accepter une moyenne générale pour apprécier le début de l'immunité efficace chez un sujet vacciné. Les variations de durée de la période préallergique sont trop grandes pour qu'on admette d'autre critérium que l'apparition de la cuti. La comparaison de ses observations personnelles avec les faits publiés par certains auteurs et avec leurs statistiques fait considérer à l'auteur que l'isolement des sources de contagion doit être maintenu pendant toute la période préallergique.

Pour Wallgren, l'effet d'une vaccination même correcte, peut être gravement compromis si l'enfant est exposé à une contamination avant que l'allergie apparaisse.

R. LEVENT.

La dengue chez l'enfant (Pandémie d'Athènes de 1928). (Nicolas J. SPIROPOULOS. *Acta pædiatrica*, 18 août 1930, vol. X, fasc. 1-2.) — La dengue a atteint l'enfance dans la même proportion que l'âge adulte; même des nourrissons de huit à dix jours ont pu être atteints.

La symptomatologie a présenté quelques traits particuliers. Le début, en particulier chez le nourrisson, a pu être marqué par des vomissements et des convulsions; ces signes sont moins nets chez le grand enfant qui se plaint surtout d'un malaise général en même temps que la température atteint 40 degrés.

Au cours de l'évolution, la courbe thermique affecte les allures les plus diverses, mais la fièvre ne dure, en général, que peu de jours, surtout chez le nourrisson. Les formes apyrétiques ont été observées mais exceptionnellement.

Chez le nourrisson, le rash est parfois absent; souvent, il demeure localisé; quant à l'éruption, elle a les apparences les plus diverses qui peuvent même coexister sur un même malade.

Les phénomènes douloureux sont très estompés, et d'autant plus que l'enfant est plus jeune; on ne note ni asthénie ni angoisse; les phénomènes gastriques et hémorragiques sont absents. On peut, par contre, observer de la diarrhée ou des convulsions.

Les complications sont, chez l'enfant, surtout des complications digestives : angines, diarrhées de divers types.

La convalescence est brève en général; on n'y a guère observé comme complications que de la furonculose ou des abcès multiples.

La mortalité infantile par la dengue est beaucoup plus faible que la mortalité de l'adulte : 0,05 p. 100; elle est due, en général, aux complications digestives atteignant des nourrissons déjà affaiblis.

R. LEVENT.

La fonction hépatique dans la scarlatine. (S. VAN CREFELD. *IIe Congrès intern. de pédiatrie*, Stockholm, août 1930). — L'étude a porté sur des cas, observés à Amsterdam, scarlatines toutes bénignes, telles que les ont fournies les récentes épidémies.

L'auteur a cherché à élucider les caractères de la déviation de la fonction hépatique à la période fébrile de la scarlatine et à reconnaître le fonctionnement de cet organe lorsque la période aiguë est terminée mais qu'il survient des complications.

L'examen a porté sur le métabolisme des hydrates de carbone, étudiés dans le sang et dans l'urine (glucose, lévulose, galactose).

A la période initiale, le trouble hépatique est peu fréquent et sans gravité; les meilleurs renseignements sont fournis par l'étude du métabolisme du galactose. Même lorsque les symptômes cliniques d'insuffisance hépathique ont disparu, le métabolisme des hydrates de carbone peut demeurer vicié; c'est à la quatrième semaine que les troubles sont à leur maximum, ils peuvent persister encore à la sixième semaine. On ne doit donc pas considérer un malade comme guéri avant la quatrième semaine.

A la période moyenne de la scarlatine peut apparaître un ictère qui ne diffère en rien cliniquement de l'ictère catarrhal. Dans 14 cas observés la tolérance du foie au galactose était troublée tandis que la tolérance au lévulose demeurait sans changement.

R. LEVENT.

MALADIES DU NOURRISSON

Le facteur alimentaire dans la constipation du nourrisson. (Ch. GARDÈRE. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 fév. 1931). — La constipation d'origine alimentaire est fréquente, surtout au cours de l'allaitement artificiel, tantôt par hypoalimentation, tantôt à cause d'une intolérance congénitale ou acquise pour le lait. Cette dernière est plus fréquemment rencontrée avec l'allaitement artificiel qu'avec l'allaitement au sein.

La constipation qui en résulte est persistante, s'accentue graduellement et finit par retentir sur l'état général : troubles nerveux et cutanés, insuffisance hépatique, hypotrophie qui finissent dans les cas les plus graves par la dyspepsie au lait de vache.

Au moment du sevrage, la constipation peut résulter de l'usage des œufs, de la prolongation excessive de l'usage exclusif des bouillies au lait, d'un usage insuffisant de fruits et de légumes frais.

Dans ces cas, on usera avec avantage des laits modifiés, de farines et de bouillies maltées, de purées de légumes verts, de fruits crus. On réduira la quantité d'œufs.

Le grand air, le soleil, les rayons ultraviolets sont souvent un bon appoint au traitement.

R. LEVENT.

L'insuline dans le traitement des états prolongés de dénutrition chez le nourrisson. (P. BERTOYE. *Journ. méd. de Lyon*, 5 avril 1931.) — Dans de semblables cas, l'insuline semble pouvoir rendre des services alors que les autres méthodes ont échoué. Comme chez l'adulte, l'insuline ne doit être administrée qu'avec accompagnement d'hydrates de carbone; le plus pratique est de donner per os une solution de glucose ou de saccharose immédiatement après l'injection d'insuline; on évite l'hypoglycémie et fournit en même temps un supplément à la ration alimentaire.

On devra pour commencer donner une unité par kilogramme, d'abord en injections quotidiennes, puis à raison de 3 injections par semaine. Faire les injections par série de 10, sous-cutanées ou intramusculaires; faire le traitement plusieurs semaines de suite s'il est nécessaire.

Dans l'athrepsie caractérisée, on n'obtiendra pas grand chose; dans les hypotiques les et hypotrophies, au contraire, l'insuline se montre très efficace : la taille augmente, le poids s'accroît, le pannicule adipeux reparaît.

On doit naturellement compléter le traitement par l'insuline par un régime alimentaire en rapport avec le poids et l'état du malade.

R. LEVENT.

La mort subite chez les nourrissons atteints de diphtérie latente. (Lesné et Waitz. *Le Nourrisson*, janv. 1930). — Les auteurs apportent 2 observations de morts subites sans aucun symptôme prémonitoire au cours de diphtéries exclusivement décelées par la bactériologie.

Chez le nouveau-né et chez le nourrisson, le danger est plus grand que dans la deuxième enfance de méconnaître l'existence d'une diphtérie : les réactions cliniques sont moindres, le syndrome malin est particulièrement fruste. Tout nourrisson diphtérique est exposé particulièrement à la mort subite et l'on peut conclure de l'examen des statistiques que dans 9 p. 100 au moins des cas, la mort subite est due à une diphtérie. Aussi ne doit-on jamais considérer comme de simples porteurs de germes, mais bien comme des malades les nourrissons, quelle que soit leur apparence, chez qui on est amené, d'une manière quelconque, à trouver le bacille diphtérique dans le rhino-pharynx.

Il faut se méfier dans ces cas de toute affection respiratoire, de toute rhino-pharyngite et pratiquer sans tarder la sérothérapie.

R. LEVENT.

La néphrite hérédosyphilitique du nourrisson. (P. Lereboullet et M. Lelong. *Le Nourrisson*, nov. 1930.) — Les néphrites sont moins rares chez le nourrisson que ne disent les classiques; ne fût-ce qu'en raison des difficultés diverses d'examen, elles passent facilement inaperçues. Les néphrites hérédosyphilitiques en forment une proportion notable et il ne faut pas oublier qu'à côté des cas où il existe d'autres symptômes de spécificité, il s'en rencontre d'autres où la néphrite évolue isolément comme chez l'adulte.

Aux 9 observations jusqu'ici publiées, les auteurs en ajoutent une nouvelle : un nourrisson présente des vomissements et des œdèmes en même temps qu'une albuminurie notable, stigmates spécifiques, Wassermann positif chez la mère et l'enfant. Grâce à la théobromine et au traitement spécifique, d'abord mercuriel puis spécifique, l'enfant guérit. Les stigmates cliniques et sérologiques demeurent inchangés.

De telles néphrites sont peu fréquentes; elles peuvent affecter diverses allures : formes isolées, formes avec œdèmes, forme albumineuse simple, forme urémique, formes associées enfin.

Anatomiquement, il y a habituellement association de lésions parenchymateuses et de lésions interstitielles. Les gommes typiques sont rares; on rencontre plutôt des gommes miliaires, des nodules en formation et surtout des lésions artérielles en même temps qu'une préférence des lésions pour le voisinage des artères. On peut parfois trouver des lésions de dégénérescence amyloïde. Le tréponème enfin peut être reconnu dans les lésions.

Le diagnostic est à faire avec toutes les autres néphrites aiguës, avec la néphrose lipoïdique.

Le pronostic est toujours très grave; il dépend surtout du traitement et du régime alimentaire du nourrisson; les enfants nourris au sein semblent, en effet, relativement moins en danger.

R. LEVENT.

L'obstruction chronique du duodénum chez le nourrisson par membranes périduodénales et péripyloriques. (E. S. Franck. *Acta pædiatrica*, 15 mars 1931, vol. X, fasc. 3.) — Il peut exister chez le nourrisson aussi bien que chez l'adulte des adhérences périduodénales ou péripyloriques qui occasionnent une obstruction duodénale chronique.

On reconnaît habituellement cette affection à des vomissements violents, résistant à tous les traitements. Ils ne débutent en général que quelque temps après la naissance et manquent rarement. Dans ce cas, l'évacuation gastrique et le transit duodénal provoquent des douleurs. L'examen radiologique montre le retard de l'évacuation gastrique.

Les adhérences qui sont en cause ne sont pas inflammatoires mais correspondent à des anomalies dans le développement péritonéal. Le pronostic varie avec le siège des lésions et peut être extrêmement sérieux; le traitement est uniquement chirurgical.

R. LEVENT.

Le thorax chez l'enfant rachitique. (Etude radiologique. R. S. Bromer. *Journ. of the amer. med. assoc.*, 14 fév. 1931.) — Cette étude porte sur tous les cas examinés pendant cinq ans dans un même hôpital, au nombre de 78, de race blanche et noire; ils se répartissent en 3 groupes. 31 d'entre eux, sans aucun antécédent de pneumonie ni déformation thoracique présentaient un chapelet costal, avec une déformation nulle ou légère, mais présentant des signes cliniques et radiologiques de pneumonie; les 27 derniers, avec ou sans pneumonie, étaient porteurs d'une déformation thoracique marquée.

Une déformation rachitique légère ne paraît pas dangereuse en elle-même lors d'une infection pulmonaire; ce premier groupe a présenté 8 décès, quelle qu'ait été l'affection pulmonaire en évolution.

Dans le deuxième groupe, on n'a noté aucune modification des statistiques de mortalité moyenne pour les mêmes affections pulmonaires en l'absence de déformation thoracique. Le pronostic semble en relation avec la malléabilité et l'élasticité de la paroi thoracique. Il faut donc, lors de l'éclosion d'une pneumonie, faire entrer en ligne de compte le degré du rachitisme et aussi l'âge du sujet.

Le troisième groupe (uniquement composé de nègres, chez qui le rachitisme est plus fréquent) a présenté au point de vue radiologique des signes d'atélectasie rachitique avec sa localisation particulière. Lorsque les lésions sont disséminées, il est parfois difficile de les distinguer de lésions de bronchopneumonie. Ces deux éventualités sont, d'ailleurs, d'un pronostic également mauvais; il est d'autant plus grave que le rachitisme est plus développé. La déformation elle-même semble accessoire.

La bronchopneumonie semble plus fréquente que la pneumonie, surtout avec des lésions rachitiques marquées.

R. LEVENT.

Le pronostic de la tuberculose du nourrisson. (M. Lelong. *Paris méd.*, 3 janv. 1931.) — Si, en matière de tuberculose du nourrisson, le diagnostic est relativement simple avec l'aide de la cuti-réaction et de la radiographie, il demeure difficile de reconnaître si une tuberculose est ou non évolutive et curable. Il y a quelques années, on considérait la mortalité comme toujours élevée; on tend actuellement à corriger les statistiques anciennes.

Si la mise au point tentée par l'auteur, n'a, de son propre aveu, qu'une valeur transitoire, elle permet néanmoins de simplifier un peu un problème ardu.

Pour le pronostic on devra, avant tout, déterminer par enquête médico-sociale au besoin, les circonstances étiologiques.

Il faut considérer la guérison comme d'autant plus vraisemblable que le contage aura été plus tardif (la forme floride de Debré et Joannon est loin d'être une rareté). La durée du contact, sa puissance infectante (richesse des crachats infectants en bacilles de Koch) sont d'importance primordiale. De même, la mère est toujours plus infectante pour le nourrisson que le père.

Si la séparation a été réalisée, on tiendra compte de l'apparition de la première cuti-positive, et si elle est positive, du temps déjà écoulé depuis la séparation. Il semble qu'au bout de cinq à six semaines, le pronostic commence à s'améliorer.

Les signes physiques sont essentiellement trompeurs bien que la toux et la dyspnée ne soient pas sans intérêt.

Les signes radiologiques et leur évolution constatée par des examens en série sont, au contraire, d'un grand intérêt.

Certains sont incontestablement de mauvais augure : images de bacillose miliaire, de bronchopneumonie, de pneumonie caséeuse; d'autres images, surtout constatées plus de six semaines après séparation effectuée sont, au contraire, habituellement de moins mauvais pronostic.

Mais certaines images radiologiques sont d'interprétation délicate. On peut cependant considérer de façon schématique que toutes les ombres isolées en plein champ pulmonaire témoignent le plus souvent d'une tendance régressive, à l'opposé de celles qu'on voit, plus ou moins denses, s'accoler au médiastin, encore qu'on ne puisse attacher qu'une valeur relative à leur forme ou à leur netteté.

En général, les ombres sous-claviculaires, souvent dues à des ganglions, sont, comme l'ont montré Rist et Levesque, de mauvais augure et les ombres bas situées, juxtacardiaques, plus habituellement parenchymateuses, de moins funeste présage.

Le laboratoire ne fournit guère de renseignements utiles au pronostic en dehors de la présence dans les selles de bacilles de Koch dont l'importance est indéniable.

R. LEVENT.

Observation touchant le métabolisme des graisses dans la maladie cœliaque. (L. G. PARSONS. *Congrès intern. de pédiatrie*, Stockholm, août 1930.) — La stéatorrhée et l'abaissement du taux des graisses mises en réserve sont un des traits les plus marquants de la maladie cœliaque. On peut à la guérison observer un retour à la normale du taux d'élimination des graisses par les selles; le plus souvent, cependant, en dépit de l'amélioration clinique, la stéatorrhée persiste.

Avec un régime normal le taux des graisses dans les selles est toujours abondant : 40-50 p. 100 du poids des fèces sèches avec de notables variations d'ailleurs. L'absorption des graisses dans des périodes de rémission de la diarrhée en particulier, se maintient toutefois à un taux relativement élevé, surtout en comparaison de celui qu'on observe dans l'atrésie des voies biliaires.

On peut à cette période constater que l'augmentation de la ration de graisses produit, au moins pendant quelque temps, une augmentation de l'absorption, jusqu'au moment où reparaît la diarrhée.

Dans la grande majorité des cas observés, le dédoublement des graisses s'était opéré normalement. Le cathétérisme duodénal a montré que la teneur en lipase du suc pancréatique était normale.

Bauer a pensé que les graisses des selles pouvaient provenir de l'excrétion des graisses contenues dans le sang.

L'auteur considère au contraire qu'elles proviennent pour la plus grande partie des graisses de l'alimentation non absorbées. La mesure de la lipémie, malgré les difficultés qu'elle présente, lui a montré en effet que chez les sujets atteints de maladie cœliaque, la lipémie était moins élevée que chez le sujet normal, ce qui ne cadre guère avec une élimination intestinale, même si l'on a fait ingérer au préalable de l'huile et du glucose; la mobilisation des graisses est plus lente aussi chez ces sujets que chez les sujets sains.

R. LEVENT.

PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ

La poussée mammaire et la sécrétion lactée du nouveau-né. (E. APERT. *Bull. méd.*, 3 janv. 1931.) — La poussée mammaire est un phénomène physiologique et qui existe à peu près constamment chez le nouveau-né. Il y a à ce moment non pas mammite comme on le dit improprement, mais seulement hypertrophie qui dure jusqu'au trentième jour environ et est un peu variable en intensité selon les sujets.

La sécrétion qui se produit à ce moment répond au même mécanisme histologique que chez la femme; sa quantité qui est habituellement très faible peut être plus abondante dans des cas exceptionnels; dans un cas, l'auteur a pu en recueillir 13 centimètres cubes.

La composition du liquide, d'abord colostrum puis lait véritable, ne diffère guère du lait de femme que par la quantité des cendres (phosphates et chlorures) qui est à peu près le triple des cendres du lait de femme.

Rien ne distingue au point de vue poussée mammaire les garçons des filles.

La cause de ce phénomène est mal connue. Peut-être convient-il de faire un rapprochement avec la richesse sébacée de la peau du nouveau-né, avec la poussée sébacée et la poussée pilaire que l'on observe en même temps que la poussée mammaire, et avec la poussée génitale observée dans les deux sexes au premier mois de la vie. Il y a là une ébauche de poussée pubertaire propre au nouveau-né.

Il semble qu'il existe chez l'animal une poussée mammaire analogue, mais elle ne s'observe que chez la femelle.

Peut-être la cause première réside-t-elle, comme l'ont pensé certains auteurs, dans la résorption par l'organisme de l'enfant d'hormones de croissance sécrétées par le placenta maternel.

Au point de vue clinique, il importe de ne pas confondre l'hydrocèle bilatérale précoce du nouveau-né qui est physiologique avec l'hydrocèle hérédo-syphilitique qui est unilatérale, persistante et qui n'apparaît guère qu'au deuxième mois au moment où l'hydrocèle physiologique disparaît.

R. LEVENT.

RÉGIMES DES ENFANTS

L'emploi de vitamine B dans l'alimentation des enfants. (B. R. HOOBLER. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 28 fév. 1931.) — L'étude de l'auteur a porté sur 125 enfants et s'est prolongée durant cinq mois. La vitamine B utilisée était extraite de germe de blé et de levure de bière.

Le régime alimentaire comprenant du lait avec addition de dextrine et de maltose était prolongé pendant deux semaines au bout desquelles on mesurait la taille, le poids, la longueur du tronc; on notait également le taux d'hémoglobine, l'appétit, le fonctionnement intestinal, les tendances à la spasticité.

Pendant une deuxième période d'un mois on ajoutait au précédent régime de la vitamine B et on procédait ensuite aux mêmes mensurations.

Aux doses employées on n'a noté entre les sujets en expérimentation et les témoins aucune différence au point de vue accroissement pondéral.

L'accroissement statural est au contraire augmenté, tant pour la longueur du tronc que pour la longueur totale du corps.

Un enfant sur six a présenté des signes de spasticité qui ont toujours disparu rapidement sauf chez six sujets. L'auteur en conclut que la quantité de vitamine B nécessaire varie grandement avec les enfants.

R. LEVENT.

Comment on peut administrer aux nourrissons même très petits le lait de vache très faiblement dilué. (G. C. BENTIVOGLIO. *Le Nourrisson*, janv. 1931.) — On dilue trop souvent le lait de vache selon des règles de pure routine et le résultat en est, avant même qu'apparaissent des troubles digestifs caractérisés, que l'apparente augmentation de poids du nourrisson ne correspond en réalité qu'à l'imbibition hydrique.

Il est certain d'autre part que si le lait de vache est bien toléré par le nourrisson lorsqu'il est dilué, il est impossible, soit par des augmentations de quantité, soit par les diverses adjonctions jusqu'ici pratiquées, de réaliser une alimentation à la fois comparable qualitativement et quantitativement à celle que réaliserait l'alimentation naturelle. De toute façon il y a toujours un déséquilibre dans la ration.

Pour tâcher de résoudre le problème, l'auteur a tenté de donner au lait sans le diluer ou en le diluant le moins possible

les qualités que lui confère la dilution. Selon lui, c'est surtout le taux de la caséine du lait de vache qui est l'origine des troubles et d'autre part la coagulation d'un lait dilué se produit différemment de ce qu'elle serait dans un lait non dilué. Du fait de cette dilution un changement colloïdal se produit et la coagulation de la caséine se produit de façon moins dispersée. L'adjonction d'une faible quantité de gomme arabique permettrait de parer à ces modifications de la coagulation; elle paraît en général bien tolérée; on ne voit pas se produire de dyspepsie au lait de vache et la ration alimentaire est suffisante bien que la quantité de liquide ingérée soit à peine supérieure à la quantité de lait maternel correspondant à la même ration calorique. R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DES 6 ET 15 JUILLET 1931)

Soufre et croissance. — MM. Léon BINET et J. MAGROU ont fait sur la croissance du cresson alénois et sur la métamorphose du têtard des expériences qui montrent le pouvoir activant de l'hyposulfite de soude.

La répartition du gallium dans l'organisme. — MM. C. LEVADITI, J. BARDET, A. TCHAKIRIAN et A. VAISMAN.

Action remarquable de la d'Arsonvalisation diathermique à distance. — M. BORDIER.

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1931)

Sur la répartition du potassium dans le muscle sain ou pathologique. — Dans une note présentée par M. H. VINCENT, MM. A. Leulier, B. Pomme et R. Delaye démontrent que le taux musculaire du potassium peut subir une diminution unilatérale importante dans certaines amyotrophies d'origine tronculaire ou médullaire comme aussi dans les séquelles de ramollissement cérébral.

On peut constater également un abaissement bilatéral dans certains syndromes neurologiques ou neuro-endocriniens.

Par contre, les troubles de fonctionnement attribuables au virus encéphalitique ne paraissent entraîner aucune variation.

Au surplus, tous ces faits chimiques concordent avec les faits histologiques que l'un d'eux a observés avec M. R. Noël sur le chondriome de la zone de fonction myoneurale.

Oxydes organiques dissociables. — M. Delépine présente un nouveau travail de MM. Charles Dufraisse et Marius Badoche sur leurs recherches concernant les oxydes organiques dissociables. On sait que cette question est étroitement liée à la fonction respiratoire des pigments sanguins, fonction dont, malheureusement pour la biologie et la médecine, le côté chimique est encore totalement inconnu.

Le rubrène, découvert par Charles Moureu et Charles Dufraisse, se trouve être en quelque sorte un « modèle simplifié » de cette architecture moléculaire inextricable qu'est un pigment sanguin : il permet donc d'étudier la fonction respiratoire dégagée de toutes les complications qui nous la rendent inaccessible dans le sang. On comprend alors l'intérêt du travail de MM. Dufraisse et Badoche qui apporte encore une nouvelle simplification à la molécule du corps pourtant déjà relativement simple qu'était le rubrène.

Relations de la chronaxie vestibulaire avec l'émotivité à l'état normal et dans le pseudo-mongolisme et la démence précoce. — M. Georges Bourguignon. Après avoir rappelé ses travaux antérieurs sur la chronaxie vestibulaire normale, dans lesquels il a montré que cette chronaxie, comprise entre 12σ et 22σ, dépend de l'émotivité et des réactions vaso-motrices du sujet, l'auteur expose ses recherches sur la chronaxie vestibulaire des pseudo-mongoliens et des déments précoces.

Chez les pseudo-mongoliens, sujets à émotivité très amoindrie, la chronaxie vestibulaire est très grande (500σ à 1.500σ).

Chez les déments précoces, au contraire, la chronaxie est très diminuée (2σ à 3σ) quand ils sont excités.

Quand ils sont en état de torpeur, au contraire, la chronaxie vestibulaire est augmentée (64σ à 92σ). Si par des excitations périphériques on fait sortir un tel sujet de sa torpeur et entrer en état d'excitation, la chronaxie vestibulaire descend jusqu'au-dessous de la normale.

Il conclut que la chronaxie vestibulaire varie avec l'émotivité à l'état pathologique comme à l'état normal, mais dans des limites bien plus étendues en pathologie.

La chronaxie vestibulaire constitue donc une caractéristique individuelle en rapport avec le degré d'émotivité du sujet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1931)

Résultats de la vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. chez les enfants en France au cours des cinq années 1925-1930. — M. Calmette. En janvier de cette année l'Institut Pasteur a fait une enquête auprès des dispensaires d'hygiène sociale ainsi qu'auprès des médecins et des sages-femmes de 42 départements sur les résultats des vaccinations antituberculeuses pratiquées au cours des cinq années 1925-1930 ; 114 dispensaires ont vacciné pendant cette période 8.075 enfants, et 388 médecins ou sages-femmes en ont vacciné et contrôlé 22.746, dont 4.978 dans des familles tuberculeuses et 17.568 dans des familles apparemment saines.

Or, la mortalité générale (par toutes causes) qui est, en France, de 7,8 p. 100 pour l'ensemble des enfants âgés de moins d'un an, n'a été que de 2,5 p. 100 pour les enfants vaccinés au B. C. G., et il est remarquable de constater que, sur 579 enfants de familles tuberculeuses, vaccinés depuis plus de quatre ans, la mortalité a été nulle.

Il est donc évident que les résultats de la vaccination sont encore plus satisfaisants qu'on n'eût osé l'espérer et il faut souhaiter que cette méthode pénètre de plus en plus dans la pratique.

Au 1er juillet 1931 on comptait en France seulement 354.000 enfants vaccinés.

Etude de la mortalité comparée des enfants vaccinés au B. C. G. et des non vaccinés dans 182 familles. — M. B. Weill-Hallé s'est préoccupé d'étudier les résultats de la vaccination en opposant des enfants vaccinés et des non vaccinés, élevés dans des conditions sensiblement égales.

Le choix des familles envisagées (familles nombreuses d'un milieu social médiocre) n'a été guidé que par une considération : trouver dans ces familles des enfants non vaccinés et vaccinés, et pouvoir fixer avec précision l'âge des décès dans ces deux catégories.

Dans le milieu sain, 136 enfants non vaccinés donnent au cours de la première année une mortalité de 27 p. 100 ; 55 vaccinés ne donnent que 10 p. 100.

En milieu tuberculeux, les chiffres respectifs sont de 29 p. 100 sur 175 non vaccinés et de 8,9 p. 100 sur 67 vaccinés.

En milieu douteux (qui comporte un grand nombre de tuberculeux), la mortalité infantile est de 37 p. 100 sur 215 non vaccinés et de 16 p. 100 pour 68 vaccinés.

On n'a noté de décès par tuberculose certaine ou probable dans aucun cas des groupes de vaccinés.

Par contre, 16 tuberculoses certaines et 41 douteuses sont relevées parmi les témoins.

Enfin, les chiffres montrent que les différences favorables aux vaccinés subsistent encore très manifestes au cours des deuxième et troisième années.

L'auteur conclut à l'efficacité préventive du B. C. G. et préconise une large extension de la vaccination antituberculeuse.

Terrains magnésiens et cancer. — M. le professeur Delbet présente un travail de M. Robinet, de Moret-sur-Loing, sur les terrains magnésiens en Angleterre et Pays de Galles et la répartition du cancer dans ces mêmes régions.

C'est la suite d'une série d'études faites pour la France et l'Alsace-Lorraine suivant la même méthode : comparaison géologique et statistique.

D'après les statistiques officielles, les minima de cancers (coefficients de 10 à 30) pour l'Angleterre et le Pays de Galles suivent exactement cette ligne de terrains magnésiens. Au contraire, les maxima de décès par cancer (40 à 54) se trouvent dans les comtés dépourvus de calcaires magnésiens.

L'auteur conclut, comme pour ses études précédentes, que la composition magnésienne du sol a une influence certaine sur la répartition du cancer.

Typhus exanthématique. — M. Roux présente un travail de MM. Plazy, Marcandier, Germain et Pirot qui apportent une nouvelle contribution à l'étude des rapports du typhus exanthématique et de la fièvre exanthématique. Ils ont fait à ce sujet d'intéressantes recherches cliniques et expérimentales.

M. Netter ajoute quelques mots et montre l'importance de cette question.

Ulcus géant du duodénum. Ce que deviennent les ulcères perforés aigus suturés et guéris. — Victor Pauchet et G. Luquet. Les chirurgiens citent souvent des cas de perforations aiguës du duodénum qu'ils ont traités par la suture, simple ou suivie de gastro-entérostomie.

Ce qu'il est intéressant de savoir, c'est ce que deviennent ces ulcères guéris.

Il est incontestable que ceux qui ont subi, en même temps que la suture, une gastro-entérostomie complémentaire, gué-

rissent d'une façon plus durable que les autres. Mais, néanmoins, l'expérience démontre aussi que l'ulcus duodénal suturé et gastro-entérostomisé, continue à évoluer parfois et qu'il devrait alors être réopéré (gastrectomie secondaire).

Que faut-il faire chez les sujets qui ont subi l'opération d'urgence ? Faut-il attendre qu'ils reviennent eux-mêmes au chirurgien, ou doivent-ils rester sous la surveillance médicale ?

Il est entendu que tout individu opéré d'ulcus, quel qu'il soit, doit s'astreindre à un certain régime, car l'ulcus est une échéance et non un accident ; les causes prédisposant à l'ulcus persistent ; il faut les combattre. Mais, de plus, après une perforation, quel que soit le traitement fait d'urgence, le malade doit être surveillé, car il a les plus grandes chances (30 à 40 p. 100) pour qu'une opération secondaire soit nécessaire.

Victor Pauchet rapporte un exemple intéressant d'ulcus qui a subi la perforation aiguë, a été suturé, et a fait, secondairement, un ulcus géant, térébrant à la fois dans le pancréas et dans le foie. Le traitement a consisté en la fermeture du duodénum et une résection gastrique.

Seule, la gastrectomie large arrête le processus ulcéreux.

Le tourisme et l'organisation d'un service de prompts secours dans les Alpes-Maritimes. — M. Barbary, directeur des Services d'hygiène des Alpes-Maritimes, fait connaître cette très intéressante organisation qui se compose : 1° d'un service de chirurgie d'urgence mobile ; 2e d'un réseau départemental de postes de secours.

Le service de chirurgie mobile d'urgence fonctionne par roulement au moyen d'équipes constituées essentiellement par des chirurgiens de carrière, par des aide-assistants et par deux infirmières majors, de la Société de secours aux blessés. Il possède un matériel important qui lui permet de répondre à tous les cas d'urgence. Il peut être alerté de jour et de nuit sur appel téléphonique du maire ou du médecin cantonal. A l'hôpital Saint-Roch, à Nice, poste central du service, un tableau indique pour chaque jour le personnel de garde et les suppléants. Une voiture ambulance automobile transporte immédiatement le personnel et le matériel à l'endroit indiqué.

M. Barbary a complété cette organisation par la création de seize postes de secours.

Les Alpes-Maritimes possèdent une organisation spéciale d'assistance médicale avec un corps de médecins cantonaux, le fonctionnement de ces postes est assuré méthodiquement par appels téléphoniques au médecin cantonal du secteur siège d'un poste de secours.

Ces centres permettent d'assurer, dans les meilleures conditions possibles, les premiers secours et de donner les premiers soins à un blessé gravement atteint avant l'arrivée du service de chirurgie mobile alerté, qui interviendra, sur place, ou décidera le transport sur un service hospitalier.

Sur les routes principales des communes, sièges d'un poste de secours, sont placés des poteaux de signalisation offerts par le Touring-Club, reproduisant l'insigne de la Croix de Genève et la mention « Poste de secours », commune de...

Méthodes d'autodésinfection de surfaces solides. —MM. A. Thiroux et J. Risler communiquent le résultat de leurs travaux relatifs à une méthode d'autodésinfection des surfaces solides. Cette méthode repose sur l'emploi du charbon auquel on fait absorber soit par imprégnation, soit sous le vide aux basses températures, des mélanges d'antiseptiques. Les charbons ainsi traités, soit à l'aide d'huiles essentielles antiseptiques, telles que l'essence de thym, ou de mélanges tels que thymol-camphre, détruisent en moins de cinq minutes les cultures de bactérium-coli, de staphylocoques, etc., que l'on a ensemencées à leur surface. Des résultats identiques sont obtenus à l'aide de différents corps poreux ou terres réfractaires que l'on traite par imprégnation.

Le résultat le plus important acquis par MM. A. Thiroux et J. Risler réside dans le fait que ce pouvoir autodésinfectant s'exerce pendant une longue durée ; des charbons ainsi traités conservent encore une activité bactéricide après un mois d'expérimentation, cette action ne paraissant nullement être atténuée.

MM. Thiroux et Risler signalent l'intérêt que présente ce procédé pour assurer la stérilisation rapide et certaine d'appareils d'usage courant, et le bénéfice qu'on peut en retirer pour résoudre certains problèmes d'hygiène publique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 JUIN 1931)

Fractures de Bennett. — M. Kuss rapporte ce travail de M. Masini (de Marseille) sur cinq cas de fractures du premier métacarpien. L'une concerne une vraie fracture de Bennett, fracture de l'apophyse basilaire, palmaire. M. Kuss projette une série de radiographies montrant différentes sortes de fractures du premier métacarpien.

M. Mauclaire et M. Basset relatent des cas analogues.

Traitement des arthrites par le bactériophage. — Ce travail de M. Mirallié est rapporté par M. Cunéo. Il s'agit d'une double arthrite blennorrhagique avec épanchements des genoux, qui fut traitée par injections locales de bactériophage antistaphylococcique. Les douleurs disparaissaient à chaque injection. La guérison fut obtenue.

Appendicite aiguë. — M. Chevrier, dans les appendicites à chaud observées dans son service, trouve une mortalité de 5,97 p. 100. Le pourcentage des cas drainés est assez considérable. Il passe en revue les différentes formes d'appendicite.

M. Métivet considère que l'erreur de diagnostic de crise appendiculaire profite souvent au malade, car il est atteint en général alors d'une autre affection chirurgicale. Il draine par mèches barrées très facilement. Si on n'a pu enlever l'appendice après une crise, il faut attendre trois mois.

M. de Fourmestraux (de Chartres), sur 1.030 appendicites à chaud, a une mortalité de 3,2 p. 100 dans les quarante-huit premières heures, et après quarante-huit heures elle atteint 14 p. 100. Il ne draine à peu près jamais dans les trente-six premières heures. Il enlève toujours l'appendice. Dans les cas graves, il est partisan du Mickulicz.

Echinococcose du poumon. — M. Botreau-Rousselle rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-cinq ans longtemps soigné pour tuberculose et qui présentait huit kystes hydratiques du poumon gauche et un du côté droit. M. Botreau-Rousselle a enlevé en un temps trois kystes à gauche, en deux temps le kyste du côté droit. L'intérêt de cette observation est la pathogénie de ces kystes : l'auteur estime avec M. Dévé qu'il ne s'agit pas de kystes primitifs, mais de kystes secondaires à la suite souvent d'un kyste cardiaque qui s'ouvre dans les voies circulatoires. La rupture d'un kyste du poumon a dû, dans le cas présent, déterminer la série des « kystes bronchogènes » constatés.

Présentation de malades :

Traitement d'une fracture de l'extrémité inférieure du fémur par la broche de Kirchner. — M. Dujarier a traité cette fracture en T vingt jours après l'accident : très bon résultat.

Paralysie des muscles paravertébraux. — M. Mathieu présente un très beau résultat de greffes vertébrales pratiquées en trois temps chez une malade qui ne pouvait plus supporter les appareils.

Présentation de pièces :

M. Lenormant présente une pièce d'anévrisme artério-veineux avec sac artériel vrai coexistant avec la fistule artério-veineuse. Il existait des caillots même dans la communication artério-veineuse.

M. Dujarier a également vu des caillots dans l'anévrisme artério-veineux.

M. Grégoire estime que l'anévrisme dit enkysté artériel est un anévrisme artériel surajouté.

Présentation d'instruments :

M. Chevassu présente une pince urologique extrêmement puissante qui lui a permis de broyer un calcul de l'uretère par voie cystoscopique, et dans un certain cas, il a enlevé le calcul avec la pince introduite par incision de l'uretère.

(SÉANCE DU 17 JUIN 1931)

Traitement du bec-de-lièvre. — M. Moure a pu améliorer certains résultats défectueux du bec-de-lièvre en abaissant un lambeau du cuir chevelu destiné à « étoffer » la lèvre supérieure et à fournir chez l'homme une moustache.

Péritonites à pneumocoques. — M. Bréchot juge que l'on doit opérer chez l'enfant toute péritonite aiguë. Etant donné le nombre élevé de péritonites appendiculaires, l'abstention systématique serait beaucoup plus grave que l'intervention d'urgence dans tous les cas douteux.

Résection précoce dans l'ostéomyélite aiguë. — M. Leveuf rapporte un travail de M. Carajannopoulos (Athènes) sur huit observations relatives à des résections précoces chez des adolescents atteints d'ostéomyélite aiguë. C'est sur le caractère de précocité avant le quatrième mois que l'auteur insiste. La guérison locale rapide, l'amélioration immédiate de l'état général sont les grands avantages de la méthode. L'os se reconstitue toujours si la résection a été faite à chaud et si la résection passe en tissu sain du côté diaphysaire, au contact du cartilage du côté épiphysaire, à condition de n'employer aucun antiseptique. Mais il ne faut pratiquer la résection primitive qu'en cas d'ostéomyélite grave avec atteinte sérieuse de l'état général.

Discussion sur le bactériophage (*fin*). — M. Wiart, pour conclure, passe en revue les objections qui ont été faites au traitement des arthrites purulentes par les injections intra-articulaires de bactériophage. Il discute ensuite la question de l'existence du bactériophage et celle de sa spécificité, sur laquelle d'Hérelle s'est déjà expliqué en montrant la diversité de ces agents.

Traitement de l'appendicite aiguë (*fin*). — M. Pierre Duval a voulu insister sur la nécessité impérieuse d'intervention systématique précoce dans l'appendicite aiguë dans les vingt-quatre premières heures de la crise; mais ce dogme chirurgical n'est pas admis par tous les médecins, puisque un tiers des cas apportés au cours de la discussion seulement a été opéré dans les vingt-quatre heures. Il insiste sur la belle statistique de Pouliquen (de Brest) de 95 p. 100 d'opérations d'appendicite aiguë dans les vingt-quatre premières heures, avec une mortalité de 0 pour la ville de Brest et, en contraste, 49 p. 100 d'opérations à la campagne avec une mortalité de 10 p. 100.

Traitement du cancer du col de l'utérus. — M. Dujarier estime que le drainage joue un rôle important dans l'évolution post-opératoire des opérations pour cancer du col. Sur 29 cas opérés par lui-même avec 4 morts, 13,7 p. 100 (1 embolie, 1 anurie, 1 par éviscération, 1 par infection latente), il y a eu 16 Mickulicz. L'opération est toujours faite sous anesthésie rachidienne avec sondes unilatérales en place.

M. Proust estime qu'il est paradoxal de n'enlever qu'un ganglion et s'élève contre l'absence de drainage en raison des dangers de la cellulite pelvienne.

Présentation :

M. Alglave Fracture des deux os de l'avant-bras.

M. P. Duval. Epithéliome récidivé de la parotide opéré avec conservation du facial.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 MAI 1931)

Présentations. — M. Dethes. L'alésage automatique. Sa transposition sur le phare dentaire. Fraise à guide directeur mobile (spéciale au forage automatique des racines).

Quelques troubles réflexes d'origine dentaire. — M. Landais.

Ostéites corticales des maxillaires. — M. Dechaume.

Guérison rapide d'une ostéomyélite grave par la phagothérapie — M. Sassier.

Paralysie faciale périphérique gauche d'origine dentaire possible. Auto-observation. — M. Chatelier.

LIVRES NOUVEAUX

Centrothérapie et asuérothérapie (1),
par Mme E. Pierre Bonnier.

On savait depuis longtemps (Malherbe, Fliess), que la cautérisation de la muqueuse nasale peut améliorer certains troubles génitaux, mais, jusqu'en 190;, aucune explication scientifique de ces succès n'avait pu être donnée. C'est à ce moment que Pierre Bonnier eut l'ingénieuse idée de mettre en cause le bulbe, et d'édifier, à l'aide d'arguments solides et convaincants une théorie qui rattache à un déséquilibre des centres bulbaires, dite *épistasie*, la plupart des troubles fonctionnels chroniques. Rien de plus simple, dès lors, de comprendre comment agit la cautérisation de certaines zônes de la muqueuse nasale. Elle provoque un réflexe trigéminal qui rétablit l'equilibre des centres bulbaires. Elle constitue une véritable centrothérapie.

Pourquoi cette théorie si séduisante, et qui ne compte plus ses succès, est-elle ignorée de tous? C'est que P. Bonnier était un polémiste, ne cachant pas son mépris pour ceux qui ne s'intéressent qu'aux doctrines, et qui ne veulent pas voir les faits. Parce que son style était trop fleuri, et considéré par beaucoup comme peu scientifique. Parce qu'il a eu des disciples qui, s'inspirant de ses méthodes, ont « oublié » de le citer et à l'épistasie ont préféré l'apostasie. Fidèle à la mémoire de son mari, Mme Bonnier critique sans tendresse leurs conceptions. Elle montre que, dans l' « asuérothérapie », la cautérisation de la muqueuse nasale n'est employée que comme agent de suggestion. Psychothérapie? Peut-être. Centrothérapie? Sûrement non. L. BABONNEIX.

(1) Un petit in-18 de 60 p. — Paris, 1931, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17 RUE C[illegible]


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent
Fraeger

N° 60. — MERCREDI 29 JUILLET 1931. 104e ANNEE. MERCREDI 29 JUILLET 1931. — N° 60.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Résultats éloignés des opérations sur les voies biliaires, par M. le professeur HARTMANN.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Etudiants roumains et mauriciens.
NOTES POUR L'INTERNAT
Nerf phrénique droit.

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Par décret en date du 2 juillet 1931, M. le professeur Courmont est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique et de prophylaxie de la tuberculose (chaire nouvelle).

— MONTPELLIER. — La chaire de clinique gynécologique de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bach et Bidot (de Paris), Bonniot (de Grenoble), Chalier (de Lyon), Courtois (de Paris), Florence (de Lyon), Géry (de Strasbourg), Giraud (de Montpellier), Gurcel (de Nice), Lelièvre (de Paris), Paturet (de Clermont-Ferrand), Plazy (de Toulon), Rhenter (de Lyon).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bernheim (de Lyon), Boeckel et Bohn (de Strasbourg), Courrier (d'Alger), Delas (de Toulouse), Delorme (de Clermont-Ferrand), Desqueyroux (de Bordeaux), Drouet (de Nancy), Dubecq (de Bordeaux), Eparvier et Guilleminet (de Lyon), Hédon (de Montpellier), Huguenin et Jame (de Paris), Kuhn (de Dijon), Lefebvre (de Toulouse), Leuret (de Bordeaux), Limousin (de Clermont-Ferrand), Mégnin (de la Flèche), Mercier (d'Alger), Meyer (de Strasbourg), Moggi (d'Alger), Morénas (de Lyon), Pagès (de Montpellier), Piquet (de Lille), Pollosson (de Lyon), Rougier (de Clermont-Ferrand), Timbal (de Toulouse), Vasselle (d'Amiens), Vermelin (de Nancy), Wertheimer (de Lyon).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — Des médailles d'honneur des épidémies ont été décernées aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Garnier (d'Arcueil), Moraï (de Beyrouth).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Boyer (de Meximieux), Kaplan, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris; Warnier (de Crécy-en-Ponthieu), Batier (de Montfaucon), Poinso (de Marseille), Cheynet (de Paris).

MM. les internes en médecine Thomson (de Dijon), Fenadou (de Bordeaux), Crozat (d'Orléans), Boyer (de Lyon), Alibert (de Paris).

MM. les externes en médecine Streusand et Bataille (de Paris), Beaucaire et Faye (de Marseille).

XIIe SALON DES MÉDECINS. — Le docteur P. Rabier, secrétaire organisateur, prie instamment ses confrères, ainsi que les membres de leur famille désirant y exposer, de lui envoyer le plus tôt possible leur adhésion, leur cotisation et la liste de leurs œuvres, soit avant le 1er août, soit enfin avant le 1er septembre, dernière limite. Ceci dans la crainte que les vacances ne leur fassent oublier ces dates.

DIRECTION MÉDICALE D'UN SANATORIUM POUR TUBERCULEUX PULMONAIRES ET OSSEUX DE MALADES DU SEXE FÉMININ. — La place de médecin-chef du sanatorium de Salem, à Aubure-Fréland, sera mise au concours à partir du 15 août 1931 (concours sur titres).

Les candidats à ce poste devront adresser, au plus tard, avant le 1er septembre 1931, leur demande au Comité de direction de la Caisse d'assurance des employés, 90, rue de Genève, à Strasbourg. A la demande doivent être jointes une copie certifiée conforme des diplômes obtenus et des titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances médicales, scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Prière d'ajouter en même temps un exemplaire des publications et le curriculum vitae.

Le candidat doit connaître à fond les deux langues.

Une commission technique, nommée par le Comité de direction de la Caisse d'assurance des employés, est chargée d'examiner les titres des candidats. La nomination sera faite par le Comité de direction.

Ve VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL CÉVENNES-PYRÉNÉES. — Parmi les voyages annuels créés par la Société médicale, thermale et climatique pyrénéenne, le Cévennes-Pyrénées mérite une place à part. La région qu'il parcourt réunit et synthétise, en effet, les attraits climatiques, thermaux, historiques et touristiques, des vastes territoires représentés par les deux grandes Fédérations méridionales : Littoral méditerranéen et Pyrénées.

Le voyage est placé sous le patronage de la Faculté de Montpellier. Il commence dans cette ville le dimanche 30 août par la visite de la vénérable faculté (qui compte dix siècles d'existence). Après la réception du professeur Euzières, doyen, et la conférence inaugurale du professeur Giraud sur la géographie climatique et hydrominérale de la région, le voyage, sous la direction du professeur Paul Delmas (dont l'érudition est aussi sûre dans le domaine de l'histoire que dans le domaine de la médecine), consacrera ses premiers jours à l'étude des monuments grandioses dont cette région est si richement parée : les cités médiévales de Maguelone, Aigues-Mortes, Carcassonne, les Arènes de Nîmes, la Maison carrée, les bains de Diane, le pont du Gard, rediront leur glorieux passé, par la voix des archéologues qui accompagneront le voyage à cet effet.

Puis, l'on visitera les merveilles naturelles des Cévennes : le Mont-Aigoual, l'Abîme de Bramabiau, l'Aven Armand, les Gorges du Tarn, la cité industrielle de Mazamet et la Montagne Noire, la station climatique de Lacaune, enfin La Malou, capitale cévenole hydrominérale et climatique.

La deuxième partie du voyage, moins riche en documents historiques et géologiques, sera, par contre, plus fournie en ressources médicales : l'on visitera, en effet, les stations climatiques de Font-Romeu et de Super-Bagnères, le sanatorium des Escaldes et les stations thermales d'Usson, d'Ax-les-Thermes et de Luchon; tout cela au long de la splendide route des Pyrénées, avec les arrêts classiques en Cerdagne, au col de Puymaurens et du Tourmalet (2.122 m.), à l'hostellerie des Frontignes, aux abbayes de Saint-Lizier et de Saint-Bertrand-de-Comminges.

Le voyage se terminera à Luchon, le 10 septembre, mais une excursion facultative le suivra (10-12 septembre), qui permettra de voir les plus beaux sites des Pyrénées : le Pic du Midi et le Cirque de Gavarnie, ainsi que la très intéressante station de Lourdes, où l'on assistera à un Pèlerinage et à l'examen des malades.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction des voyages Cévennes-Pyrénées, à La Malou (Hérault).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE — DE BESANÇON A NICE, OU VICE VERSA, DANS LES AUTOCARS P.-L.-M. DE LA ROUTE DES ALPES ET DU JURA. — De juillet à septembre, les autocars P.-L.-M. de la route des Alpes et du Jura parcourent, de Besançon à Nice ou de Nice à Besançon par Evian et Chamonix, 900 kilomètres de route à travers les paysages si différents du Jura, du Dauphiné, du Briançonnais et du Queyras.

Les touristes ont le choix entre plusieurs itinéraires; suivant le temps dont ils disposent et les régions qu'ils désirent visiter, ils peuvent effectuer le parcours en 7, 6, 5, 4 jours.

La route des Alpes et du Jura constitue un véritable « Train de Tourisme »; elle en a la régularité, les itinéraires et les horaires fixés à l'avance. On peut s'y engager dans l'un ou l'autre sens, pour tout ou partie de ses sept étapes; il est possible de faire celles-ci d'affilée ou de les espacer et de s'arrêter, aussi longtemps qu'on le désire, dans un gîte d'étape pour visiter les environs.

Des billets à prix réduit, délivrés en toutes classes, permettent de faire des excursions, partie en chemin de fer et partie dans les autocars de la route des Alpes ou dans ceux de la route du Jura.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ÉTUDIANTS ROUMAINS ET MAURICIENS

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts à MM. les recteurs d'Académie :

Paris, le 22 juillet 1931.

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint ampliation de deux arrêtés en date l'un du 21 juillet 1931 et l'autre du 22 juillet 1931.

Le premier porte modification de l'article 1er de l'arrêté du 16 novembre 1915 relatif aux demandes d'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire en vue des études universitaires faites par des étrangers ayant accompli leurs études secondaires à l'étranger. Il supprime les prescriptions du paragraphe 2 de cet article 1er qui avaient maintenu un régime spécial en vertu duquel les Roumains et les Mauriciens pourvus, les uns de titres secondaires roumains, les autres de titres secondaires britanniques, pouvaient être admis à postuler les diplômes d'Etat de pharmacien, de chirurgien-dentiste et, après obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou de son équivalence, de docteur en médecine.

L'arrêté du 21 juillet 1931 modifie immédiatement cette situation. Les Roumains et les Mauriciens ne pourront, dès la première rentrée scolaire, prendre inscription pour ces trois diplômes d'Etat que s'ils justifient des titres initiaux français requis par les règlements.

Il va de soi que ceux d'entre eux qui, en vertu de décisions antérieures à l'arrêté d'abrogation, sont actuellement pourvus d'inscriptions non périmées afférentes à l'un de ces trois diplômes, conservent le droit de continuer leurs études en vue exclusivement du diplôme d'Etat pour lequel ils sont inscrits.

Les Roumains et les Mauriciens qui justifient de titres délivrés à l'étranger pourront obtenir l'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire, concédée soit par arrêté rectoral, soit par décision ministérielle. Cette équivalence ne sera valable pour la médecine, la pharmacie et la chirurgie dentaire qu'en vue du diplôme universitaire.

Toutefois, le second arrêté en date du 22 juillet 1931 permet d'accorder chaque année à des Roumains et Mauriciens, au nombre de dix au maximum, inscrits au titre de docteur de l'Université « mention médecine », l'autorisation de soutenir leur thèse en vue du diplôme d'Etat correspondant.

Dans le cas où des demandes vous seraient adressées à ce titre, vous constituerez un dossier comprenant l'extrait de naissance, le titre roumain ou britannique, le certificat d'études P. C. N. ou son équivalence, le certificat détaillé de la scolarité médicale avec indication des notes obtenues à toutes les épreuves des examens de fin d'année et des examens de clinique et, s'il y a lieu, les succès aux concours d'externat, d'internat, bref toutes les indications utiles sur la valeur du postulant.

Les dossiers me seront adressés avec votre avis et celui de la Faculté. Ils seront soumis à une Commission centrale qui dressera une liste unique après examen des candidatures produites par toutes les facultés.

Je vous serais obligé de bien vouloir donner connaissance de ces arrêtés et instructions à MM. les doyens et directeurs intéressés de votre ressort et de veiller à leur stricte application.

MARIO ROUSTAN.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES OPÉRATIONS

SUR LES

VOIES BILIAIRES

Par le Professeur Henri HARTMANN,
Membre de l'Académie de médecine.

Les résultats immédiats des opérations sur les voies biliaires sont connus; les nombreuses statistiques publiées permettent de se faire une opinion sur les risques opératoires immédiats que courent les malades. Il n'en est pas de même pour les résultats éloignés sur lesquels on est moins documenté. La question est cependant importante. Les malades opératoirement guéris sont-ils réellement guéris? Obtient-on de simples succès opératoires ou des guérisons complètes et définitives? Peu de travaux ont été publiés sur cette question.

On trouve des publications de faits isolés, mais comme, par suite d'une tendance naturelle, on publie plus volontiers les bons que les mauvais résultats, on ne peut se fonder sur ces observations isolées pour avoir une idée juste de la moyenne des résultats obtenus. Quelques chirurgiens ont publié des séries importantes par le nombre des cas réunis. Mais ils ne donnent guère de détails, se contentent de classer les cas en guéris, améliorés, non modifiés. Parfois même ils mélangent toutes les opérations, cholécystotomies, cholécystectomies, cholédochotomies, et se bornent à dire que les interventions sur les voies biliaires, prises en bloc donnent X pour cent de guérisons, d'améliorations et d'insuccès. Il est cependant d'un grand intérêt de savoir ce que donne telle ou telle opération, c'est le seul moyen d'arriver à faire un choix entre les opérations.

Aussi, dans cette conférence, chercherons-nous à analyser les résultats que nous avons obtenus, résumant devant vous ce que nous a donné chacune des opérations pratiquées.

Cholécystotomie. — Nous avons suivi 47 de nos cholécystotomisés, 46 pour cholécystites, 1 pour cirrhose hypertrophique. Cette dernière n'a donné aucun résultat, ce qui était à prévoir, les lésions, en pareil cas, s'étendant aux fins canaux biliaires.

Des 46 cholécystotomisés pour cholécystite, 21 n'ont jamais présenté le moindre trouble hépatique, malades revus, 2 après un an, 1 après deux, 1 après quatre, 2 après cinq, 3 après six, 1 après sept, 1 après huit, 2 après neuf, 1 après dix, 1 après douze, 1 après quinze, 2 après seize, 1 après vingt ans écoulés.

Trois ont eu une ou plusieurs petites crises accompagnées d'ictère, correspondant à la migration d'un calcul qu'on a dans 1 cas retrouvé dans les matières fécales, puis n'ont plus présenté aucun trouble pendant un, quatre et dix-huit ans.

Vingt-deux ont conservé une fistule soit biliaire, soit le plus souvent purement muqueuse. Chez 1 de ces malades, la fistule s'est fermée spontanément au bout de six mois, chez 9 elle a été fermée chirurgicalement par avivement et suture au bout de quelques mois. De ces 10 malades, 6 ont été revus n'ayant jamais présenté le moindre trouble après dix-huit mois, deux, quatre, cinq, sept, huit, neuf et dix-sept ans; dans 1 la malade chez laquelle nous avions enlevé 167 calculs et qui avait continué à en éliminer pendant une quinzaine de jours, a été bien pendant vingt ans, puis a été prise de douleurs et a vu apparaître une tuméfaction au niveau de la cicatrice; la guérison est survenue à la suite d'une incision qui a ouvert une collection bilio-muqueuse et évacué un petit calcul à facettes.

Deux opérés qui n'avaient conservé qu'un petit suintement muqueux et ne s'en trouvaient guère incommodés ont refusé une intervention secondaire; l'un allait toujours bien au bout de deux ans; l'autre, au bout de trois ans, a vu apparaître à la suite de l'oblitération spontanée de sa fistule des accidents infectieux avec frissons et est mort en quelques jours. 7 ont guéri après une cholécystectomie secondaire qui a montré cinq fois la persistance de concrétion dans le bassinet, 3 ont subi secondairement une cholédochotomie pour calcul du cholédoque.

Chez un malade le résultat de la cholécystotomie a été nul et la mort est survenue trois ans après l'opération.

Enfin, 3 malades ont succombé en six mois, huit mois et dix-sept mois après la cholécystotomie, des suites de l'évolution d'un cancer qui, dans deux cas, avait été méconnu au moment de l'opération. Nous pouvons rapprocher de ces trois cas une malade qu'avait cholécystotomisée, en 1895, mon maître Terrier, chez laquelle nous avons pratiqué en avril 1903 une cholédochotomie pour enlever des calculs, cause de la persistance de la fistule biliaire et que nous avons dû réopérer pour la troisième fois en 1911 pour un cancer de la vésicule ayant envahi la paroi abdominale. La malade guérit de cette intervention comme des deux précédentes, mais succomba aux suites d'un cancer généralisé en 1912.

D'après nos constatations, la conservation de la vésicule, les dégénérescences cancéreuses mises à part, n'est pas une cause de la persistance des accidents. Il est même curieux de voir à quel point les lésions de la paroi vésiculaire rétrocèdent à la suite de la cholécystotomie. Lorsqu'on pratique secondairement la cholécystectomie on est frappé des modifications considérables qui se sont produites dans cette paroi. Très altérée, très épaissie au moment de la première intervention, elle apparaît quelquefois amincie, souple, presque normale lors de la deuxième. Dans un cas où nous avions prélevé, au cours de la cholécystotomie, un fragment de vésicule, l'examen histologique montra l'existence d'une cholécystite très intense, avec nécrose de la muqueuse et infiltration considérable de la paroi qui avait une épaisseur de 1 centimètre; cinq mois plus tard, au moment de la cholécystectomie, l'infiltration pariétale avait presque complètement disparu, la muqueuse était extrêmement villeuse, les prolongements de Luschka très abondants, *l'épithélium régénéré était partout très beau.* Il en a été de même dans un deuxième où nous avions, comme dans le premier, prélevé pour biopsie un fragment de la paroi vésiculaire; il existait à ce moment des lésions de cholécystite évidente avec grosse infiltation pariétale surtout sous-séreuse. Six mois après, au moment de la fermeture de la fis-

tule, il n'y avait plus que des lésions inflammatoires peu marquées.

Si les résultats éloignés de la cholécystotomie laissent aussi souvent à désirer, ce n'est pas parce qu'il persiste des lésions de la paroi, c'est parce qu'il reste dans des recoins de la vésicule, parfois plus ou moins enchâssées dans des plis de la muqueuse ou enclavées dans l'origine du cystique, des concrétions calculeuses. La fréquence avec laquelle on note cette persistance de calculs, est un des inconvénients de la cholécystotomie.

Cholécystectomie. — Nous avons, avec notre élève Petit-Dutaillis, revu 100 de nos cholécystectomisés après un temps qui a varié de un à vingt-deux ans. Dans 80 cas il s'agissait de cholécystites calculeuses, dans 20, de cholécystite sans calcul; neuf fois on avait pratiqué, en même temps que la cholécystectomie, une autre opération (6 appendicectomies, 1 ablation de tumeur du foie, 1 kyste hydatique, 1 kyste de l'ovaire). Les lésions, de date généralement ancienne, remontaient dans 86 cas à plus d'un an, le temps écoulé depuis les premiers accidents allait de un à vingt ans. Aussi les lésions étaient-elles, en général, très marquées et la cholécystite s'accompagnait d'une manière presque constante de péricholécystite.

Trente-quatre opérés, suivis pendant un à vingt ans, ont joui pendant tout ce temps d'une santé parfaite; 8 ont succombé de dix-huit mois à onze ans et demi après, sans avoir jamais souffert du foie jusqu'à leur mort, survenue à la suite d'affections diverses (2 cancers de l'estomac, 1 cancer de l'intestin, 1 embolie, 1 tuberculose, 1 broncho-pneumonie, 1 paralysie générale, 1 hémiplégie). 12 ont présenté secondairement quelques accidents mais sans rapport avec les voies biliaires (2 fibromes, 2 rétroflexions dont 1 avec appendicite, 1 annexite, 1 pyélo-néphrite avec pyurie, 1 cystite, 1 troubles dyspeptiques en rapport avec des ptoses abdominales ayant cessé à la suite du port d'une ceinture, 1 chéloïde douloureuse guérie par une application de radium).

Au total *54 fois sur 100, le résultat de la cholécystectomie a été immédiatement parfait* et le bon résultat obtenu s'est maintenu (52,5 p. 100 dans les cystites calculeuses, 60 p. 100 dans les cholécystites non calculeuses).

Dans tous ces cas, non seulement les crises douloureuses ont cessé, mais les petits signes de lithiase (crampes, brûlures d'estomac, lenteur des digestions, ballonnement post-prandial, sensibilité intermittente dans l'hypochondre droit, etc.) ont complètement disparu. Ajoutons qu'à la constipation, avec ou sans entérite glaireuse, existant chez un certain nombre de nos malades, ont succédé après l'opération des garde-robes régulières.

34 opérés, tout en se trouvant bien et étant très satisfaits du résultat de l'opération, ont présenté quelques petits troubles, qui le plus souvent n'ont été que temporaires. Ces troubles ont été tantôt des troubles douloureux, tantôt des troubles digestifs, les deux pouvant se trouver associés.

Les troubles digestifs sont soit des troubles intestinaux, soit des troubles gastriques. Nous avons signalé la cessation de la constipation à la suite de la cholécystectomie. Chez quelques malades, il y a non seulement cessation de la constipation mais diarrhée. Celle-ci tantôt jaune, tantôt brun-noirâtre, mousseuse, laisse quelquefois après la défécation une sensation d'irritation, de cuisson anale; elle revêt, chez un certain nombre d'opérés le caractère de diarrhée prandiale. Chez un seul de nos opérés, elle a été alarmante, a résisté à la thérapeutique médicale habituelle et n'a été calmée que par une potion gommeuse additionnée de sous-nitrate de bismuth et de laudanum, sans cependant cesser complètement, le malade continuant à avoir trois selles diarrhéiques par jour.

Chez plusieurs de nos opérés, la diarrhée a été intermittente, survenant à l'occasion d'écarts de régime ou de l'absorption de certains aliments.

Un de nos malades avait de la diarrhée dès qu'il absorbait une nourriture contenant de l'huile; depuis qu'il a supprimé complètement l'huile de son alimentation, les fonctions intestinales sont régulières.

Quelques-uns de nos malades ont continué à avoir de légers troubles gastriques, ballonnement épigastrique, céphalée après les repas, lenteur des digestions, éructations, quelquefois pesanteur dans la région hépatique. Exceptionnellement, nous avons noté, venant à de longs intervalles, des vomissements jaunâtres ou verdâtres.

En général, tous ces troubles, tant intestinaux que gastriques, ont tendance à s'atténuer et même à disparaître avec le temps.

Troubles douloureux. — Quelquefois il s'agit simplement d'une sensation désagréable plutôt que pénible, s'exagérant dans la station debout, par la marche, par les changements de temps. Plus souvent les douleurs sont intermittentes. Ce peut être une simple pesanteur locale; d'autres fois, c'est une véritable douleur qui s'irradie dans le dos et l'épaule droite.

Ces petites douleurs, qui débutent habituellement plusieurs heures après les repas, peuvent apparaître à l'occasion d'une contrariété, de l'approche des règles; le plus souvent, elles surviennent à la suite d'un écart de régime et s'accompagnent de troubles intestinaux, d'un masque un peu jaune sans que cependant il y ait de jaunisse ni même de véritable subictère.

Neuf fois seulement, nous avons vu de véritables crises douloureuses avec vomissements. Ces crises, rappelant celles antérieures à la cholécystectomie, en diffèrent cependant; elles ne s'accompagnent pas d'ictère, sont moins intenses, très courtes, ne durent qu'un quart d'heure à une heure généralement. Quelques malades n'ont souffert qu'une fois; d'autres ont eu de petites crises pendant un an ou deux, puis se sont très bien portés à la suite de quelques soins médicaux. Ces troubles douloureux ne semblent pas en rapport avec des adhérences; leur cessation à la suite d'un traitement médical, le fait que, dans de pareils cas, nous n'avons jamais constaté quoi que ce soit d'anormal à l'examen radiologique ni dans la forme, ni dans la mobilité de l'estomac ou du duodénum, suffisent à écarter cette idée. Il est

probable qu'ils sont déterminés par la persistance d'un certain degré d'inflammation des voies biliaires.

Chez quelques opérés, nous avons noté des douleurs en barre du côté gauche. S'agissait-il de douleurs en rapport avec une lésion pancréatique? Nous nous sommes posé la question; les analyses que nous avons faites des produits de la digestion intestinale n'ont pas confirmé cette idée.

Une fois les douleurs nous ont paru tenir à une cause n'ayant aucun rapport avec les voies biliaires, une double lésion aortique avec dilatation de ce vaisseau.

Troubles sérieux. — Dans 3 cas seulement, nous avons vu, après la cholécystectomie, de véritables crises de colique hépatique. Un opéré de cholécystite suppurée non calculeuse a eu, en 1914 et 1915, au cours de la guerre, des crises douloureuses à la suite d'une alimentation défectueuse; puis en 1919, une petite crise après une anesthésie chloroformique nécessitée pour l'ablation d'un kyste poplité. Depuis cette époque, soit pendant onze ans, il n'a éprouvé aucun trouble hépatique.

Un autre de nos malades, opéré de cholécystite calculeuse suppurée il y a sept ans, continue à avoir, plusieurs fois par an, de petites crises avec fièvre sans que cependant il soit jamais arrêté dans son métier de médecin.

Dans un troisième cas, femme opérée de cholécystite calculeuse, nous avons dû réintervenir pour enlever, après cholédochotomie, un calcul de la voie principale, qui n'avait manifesté sa présence que quinze mois après la cholécystectomie.

Quatre fois, nous nous sommes trouvé en présence de troubles causés par des adhérences entre le duodénum ou l'angle droit du côlon et la face inférieure du foie. Les troubles avaient débuté un, six, douze mois et quatre ans après l'opération. Trois fois, il s'agissait de troubles gastriques caractérisés par de la lenteur des digestions, des douleurs gastriques tardives, une douleur dans la station debout et le décubitus latéral, disparaissant dans le décubitus dorsal. Dans un cas, la malade se plaignait de ballonnement intermittent dans le côté droit du ventre avec crise de coliques, le tout se terminant par une selle diarrhéique ou une émission de gaz par l'anus.

Au palper, on constatait, sous la cicatrice opératoire, la présence d'une masse indurée, se prolongeant sous le rebord costal, sensible à la pression. L'examen radiologique pratiqué par le docteur Lagarenne, fit constater, chez les trois malades présentant des troubles gastriques, une fixité anormale de l'angle supérieur du duodénum, en même temps qu'une déformation de cet angle, qui, en examen oblique, paraissait rétréci au moment du passage du bol baryté; il y avait de plus un retard appréciable dans l'évacuation du contenu gastrique.

Chez la malade se plaignant de troubles intestinaux, il constata une fixité de l'angle droit du côlon transverse, collé à la face inférieure du foie et une ectasie cœco-colique, contrastant avec le petit calibre du transverse; enfin, il y avait un retard très marqué du passage de la baryte dans la partie gauche du gros intestin.

Dans deux de ces cas seulement, les troubles nous ont paru suffisants pour motiver une deuxième intervention. Craignant de déchirer l'intestin au cours de la libération des adhérences si serrées qu'il semblait y avoir une véritable fusion des organes au contact, pensant de plus que la libération des adhérences serait suivie de leur reproduction, nous avons, dans un cas, fait une gastro-entérostomie; dans l'autre, une colo-colostomie latérale; dans les deux cas, le résultat a été satisfaisant.

Deux malades, toutes deux lithiasiques, ont continué à souffrir après la cholécystectomie et ont succombé à des cancers de la région opérée, après huit mois et après quatre ans et demi. Il est certain que, dans le premier cas tout au moins, le cancer existait déjà au moment de l'intervention et avait été méconnu.

Rapports entre les troubles post-opératoires et les lésions constatées au moment de l'opération. — Nous avons recherché s'il existait un rapport entre les troubles observés et les lésions constatées au moment de l'opération. D'une manière générale, nous n'avons guère noté de différences, que l'opération eût été faite pour une cholécystite chronique ou pour une cholécystite aiguë suppurée.

Quelques particularités peuvent cependant être notées : Les rares malades, qui, secondairement à l'opération, ont souffert de véritables crises de coliques hépatiques, étaient, à part le calcul du cholédoque, des malades opérés de cholécystite suppurée, calculeuse ou non, si bien que l'on est en droit de se demander si le retour des crises douloureuses n'est pas en rapport avec le réveil d'une infection latente des voies biliaires. De même les quelques malades, qui se sont plaints, au bout d'un temps variable, de troubles en rapport avec des adhérences, avaient tous présenté, au moment de la cholécystectomie, des adhérences périvésiculaires, ce qui permet de supposer qu'il s'est agi de la reformation d'adhérences pré-existantes.

Les petits troubles ont été observés surtout dans les cas où la vésicule contenait des calculs multiples et de la boue biliaire (47,5 p. 100 de ces cas); ils ont été plus rares lorsque la vésicule ne contenait qu'un ou plusieurs gros calculs (27,5 p. 100 des cas) ou lorsqu'il s'agissait d'une cholécystite sans calcul (25 p. 100 des cas); ils ont été particulièrement rares dans les hydropisies de la vésicule (20 p. 100 des cas).

Altérations humorales. — Nous avons recherché si les réactions humorales étaient normales chez nos anciens opérés, particulièrement chez ceux qui avaient des calculs.

Cinq fois sur 18 opérés, nous avons constaté de l'urobiline dans les urines; ces 5 malades avaient tous de petits troubles.

Dix-huit fois nous avons mesuré la cholurie saline, en utilisant la stalagmométrie suivant la technique de Gouget et de Lyon Caen. Dans les 18 cas il y avait abaissement de la tension superficielle des urines. Cet abaissement, le plus souvent minime (entre 900 et 1.000), n'est descendu au-dessous de 900 que dans

5 cas (3 entre 850 et 900, 1 à 821, 1 à 720). Si nous tenons compte de ce fait que les chiffres inférieurs à 900 permettent seuls d'attribuer cet abaissement de tension à la présence de sels biliaires en excès dans les urines, nous ne devons retenir que les 5 derniers cas. Ces 5 cas ne correspondaient pas à ceux où existait l'urobilinurie, mais comme ceux-ci ils se trouvaient dans le groupe des malades ayant de petits troubles. Deux de ces malades se plaignaient de prurit, accompagné chez un de poussées d'urticaire, symptômes qui s'observent précisément dans les cas où il y a rétention de sels biliaires dans l'organisme.

Vingt-quatre fois, nous avons prélevé du sang pour la recherche de la cholestérinémie. Chez 6, en état de santé parfaite, nous n'avons trouvé qu'une seule fois une cholestérinémie élevée (2g50), soit dans 16,6 p. 100 des cas. Au contraire, chez 18 malades présentant encore de petits troubles, nous avons trouvé 15 fois, soit dans 83,3 p. 100 des cas, une hypercholestérinémie nette, le taux variant de 2 grammes à 2g70.

Que l'on envisage l'urobilinurie, la cholurie saline ou la cholestérinémie, on arrive toujours à la même conclusion : Les troubles humoraux se rencontrent d'une manière habituelle chez les malades incomplètement guéris par l'opération ; ils manquent presque toujours chez ceux qui sont complètement guéris; le fait est particulièrement évident pour cholestérinémie. L'hypercholestérinémie, contrairement à une opinion actuellement encore courante, ne serait donc pas la cause de la lithiase, mais la manifestation d'un trouble dans le fonctionnement hépatique. Elle disparaît quand, à la suite de l'opération, l'état hépatique redevient normal; elle persiste lorsque, malgré l'opération, le fonctionnement hépatique reste altéré.

Ces lésions hépatiques, accompagnant la lithiase en dehors de toute rétention biliaire, commencent seulement à attirer l'attention en France. Notre élève Caroli, dans sa thèse récente, les décrit à la suite d'examens histologiques de fragments de tissu hépatique prélevés pour biopsie à distance de la vésicule, quelquefois même sur le lobe gauche du foie. Elles avaient déjà été décrites, à l'étranger par Graham, Mac Carthy et Jackson, Tickze et Wuikler, Flint, etc... Elles nous montrent qu'après l'ablation de la vésicule tout n'est pas dit, mais qu'il y a lieu d'instituer un régime et un traitement médical du foie.

Cholédochotomie. — Nous avons suivi, avec mon élève Ulrich, 63 cholédochotomisés. 36 malades, suivis pendant un à vingt-quatre ans, n'ont présenté, à aucun moment, le moindre trouble; 4 sont morts sans jamais avoir souffert du foie, de deux à quatorze ans après la cholédochotomie (1 artériosclérose, 1 maladie de cœur, 1 broncho-pneumonie grippale, 1 occlusion intestinale).

Au total, chez 40 opérés sur 63 (63 p. 100), le résultat a été immédiatement bon et s'est maintenu fixe. Si 10 de ces malades n'ont été suivis qu'un an, 21 ont été suivis pendant cinq à vingt-quatre ans (3, cinq ans ; 1, neuf ans ; 5, dix ans ; 1, onze ans ; 5, douze ans ; 1, quatorze ans ; 1, vingt-quatre ans). Nous pouvons donc parler de guérisons durables. Deux femmes ont même eu, l'une deux, l'autre une grossesse à terme sans qu'il y ait eu récidive de la lithiase. Comme chez les cholécystectomisés, nous avons vu la constipation antérieure cesser et les garde-robes se régulariser. 1 seul opéré a de la diarrhée d'une manière habituelle.

Un point à noter, qui ne se présentait pas avec la même importance chez les cholécystectomisés, c'est l'augmentation de poids qui suit l'opération. Les malades, atteints de lithiase cholédocienne, sont souvent amaigris; ils reprennent du poids après l'opération jusqu'à 15, 20, 23, 25 et même dans un cas 44 kilogs; il s'agissait d'une malade qui ne pesait que 56 kilogs au moment de l'opération et qui a vu, après elle, son poids atteindre 95 kilogs.

Petits troubles. — Six opérés ont présenté, après l'opération, de petites crises douloureuses avec un léger ictère. Ces petites crises, qui se sont répétées à plusieurs reprises au cours de la première année, et même pour certains, de la deuxième année, ont finalement cessé et les malades, à partir de ce moment, ont été complètement débarrassés de tous les accidents dont ils souffraient. Si nous ajoutons ces 6 malades aux 40 immédiatement guéris d'une manière complète, nous arrivons à un total de 46 guérisons (73 p. 100).

Cinq se considèrent comme guéris, ils ne souffrent pas, ne suivent aucun régime mais ont conservé un léger subictère qui, chez 1, existait encore 12 ans après la cholédochotomie.

Deux conservent un certain endolorissement de l'hypochondre droit; 1 a toujours du subictère et a eu à trois reprises, 1 hématémèse; 1 a eu des coliques néphrétiques à gauche.

Accidents graves. — Un malade a succombé six ans après la cholédochotomie avec de l'ascite ; nous avions noté, au moment de l'opération, que le foie était déjà dur et cirrhotique.

Deux sont morts de cancer; chez 1 la mort est survenue six mois après l'opération; il existait dès ce moment des lésions cancéreuses de la vésicule enlevée lors de la cholédochotomie. Chez l'autre la mort a été plus tardive ; la vésicule n'avait pas été enlevée lors de la cholédochotomie. Huit ans plus tard nous avons revu la malade avec un cancer de la vésicule ayant envahi la paroi abdominale. Nous avons réséqué la paroi envahie et enlevé la vésicule. L'opération a été suivie de guérison, mais la malade a succombé plus tard à une récidive.

Deux malades, qui avaient eu antérieurement à l'opération des accidents bilio-septiques graves et qui semblaient guéris après la cholédochotomie, ont succombé six mois et trois ans plus tard à des accidents d'ictère grave survenus après des excès alimentaires; ce qui correspond certainement à une poussée aiguë de l'hépatite qui accompagnait la lithiase cholédocienne.

Cinq opérés ont présenté secondairement des accidents de rétention biliaire. Dans un cas, opéré par mon assistant, M. Lecène, le cholédoque avait été coupé transversalement au moment de la cholécystectomie complémentaire. La suture bout à bout

sembla donner tout d'abord un résultat parfait; mais trois mois plus tard la malade commençait à jaunir de nouveau et succombait avec de l'ictère un an après l'opération.

Chez un de mes opérés, voyant persister une fistule biliaire après la cholédochotomie, je suis réintervenu trois mois plus tard, ai pratiqué une duodénotomie et trouvé une ampoule de Vater complètement fermée, sans calcul. La bile s'écoula immédiatement après l'excision de la cicatrice terminale de l'ampoule et la malade fut considérée comme guérie. Nous avons appris que quatre ans plus tard elle avait été reprise d'accidents et avait consulté un autre chirurgien; l'opération pratiquée par ce dernier eut malheureusement une issue fatale.

Une autre opérée présenta des accidents de rétention biliaire un an après la cholédochotomie. Je pratiquai une nouvelle cholédochotomie, rétro-duodénale cette fois. Il n'y avait pas de calcul, mais la tête du pancréas était indurée; un fragment, prélevé à son niveau pour biopsie, montra qu'il existait une pancréatite chronique. Le drainage de l'hépatique, continué pendant plusieurs semaines, fut suivi d'une guérison, maintenue après douze ans.

Deux fois il survint des accidents causés par la présence de calculs et nécessitant une deuxième cholédochotomie.

ALTÉRATIONS HUMORALES. — Comme après les cholécystectomies nous avons constaté que chez les opérés jouissant d'une santé parfaite, il n'y avait ni pigments biliaires, ni urobiline dans les urines et que la cholestérinémie, à part 1 cas sur 14, présentait dans le sang un taux normal; au contraire, chez ceux qui présentaient du subictère, de l'endolorissement de l'hypochondre, le taux de la cholestérinémie dans le sang était généralement augmenté (1g9; 2 grammes; 2g1; 2g250, etc. Ces modifications dans la cholestérinémie nous semblent, comme chez les opérés de cholécystectomie, en rapport avec des lésions du parenchyme hépatique.

Les *conclusions* à tirer de l'examen de ces résultats éloignés sont :

1° Qu'il est nécessaire, en présence d'une lithiase biliaire, de faire une opération complète, examinant toute l'étendue des voies biliaires et ne laissant en place aucune concrétion;

2° Qu'étant donnée la fréquence, généralement un peu méconnue, des altérations du parenchyme hépatique dans les cas de lithiase, il faut, après l'opération, instituer un traitement médical.

Le Secret professionnel et la médecine de demain, par les docteurs G. BOYÉ et M. DURAND. Un volume in-16 double couronne. — Prix : 15 fr.; 50 ex. sur pur fil, 35 fr. — Editions N. R. F.

Le Lait envisagé comme aliment complet et biologiquement équilibré, par Raoul LECOQ, pharmacien-chef de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — Prix : une brochure, 5 fr. — Paris, Vigot frères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 JUIN 1931)

L'épreuve du rouge Congo dans la maladie amyloïde. — MM. Marcel LABBÉ, R. BOULIN, JUSTIN-BESANÇON et ZAMFIR. La technique la meilleure consiste à injecter par voie intraveineuse 0cm³08 par kilogramme d'une solution à 1 p. 100 de rouge Congo. Au bout d'une heure, le sérum ou le plasma est nettement coloré en rose chez les sujets normaux. En cas d'amylose, le sérum redevient incolore dès la première demi-heure qui suit l'injection.

Les auteurs reconnaissent à cette épreuve une valeur diagnostique certaine. Mais ils montrent que son interprétation est plus complexe qu'on ne l'avait initialement pensé. L'état fonctionnel du système réticulo-endothélial, notamment, peut influer profondément sur la courbe de disparition du colorant introduit dans la circulation.

Sur les encéphalites de la rougeole. — M. Maurice RENAUD s'étonne que dans leur récente communication, M. Léchelle et ses collaborateurs ne se soient pas inquiétés de savoir si les lésions cérébrales qu'ils observaient, avant de les attribuer à une hypothétique action spécifique du virus, n'étaient pas tout simplement en rapport avec une suppuration de l'oreille et du rocher. Il a en effet montré dans un mémoire à la Société, en avril 1922, que dans une épidémie où furent traités 148 rougeoleux, avec 10 cas mortels, la mort avait été causée dans 4 cas par d'énormes lésions d'encéphalite hémorragique compliquant des suppurations étendues et massives de l'oreille et des rochers qui avaient été cliniquement méconnues.

Métastases osseuses multiples au cours d'un cancer du sein. — MM. Marcel LABBÉ, R. BOULIN, L. JUSTIN-BESANÇON et M. PETRESCO rapportent l'étude clinique, radiologique et anatomique d'un squirrhe du sein généralisé à l'ensemble du squelette, sans aucune métastase viscérale.

La généralisation néoplasique a intéressé uniquement les zones de tissu spongieux des os, respectant le tissu compact, et s'accompagnant de modifications intéressantes de la formule sanguine.

Maladie rhumatismale à précession rénale. Guérison de la néphrite par le traitement salicylé. — M. Etienne BERNARD. Observation d'un jeune homme de dix-neuf ans atteint d'une néphrite aiguë évoluant depuis trois semaines sans tendance vers la guérison lorsque apparut une polyarthrite aiguë présentant tous les caractères de la maladie de Bouillain. Le traitement salicylé eut rapidement raison de la poussée articulaire.

Sur l'intérêt et la technique des prémunissions antimicrobiennes, au cours des cardiopathies rhumatismales. — — MM. Charles LAUBRY et A. JAUBERT. Deux séries de recherches ont été tentées dans le service du docteur Laubry. Les unes de Routier et Thiroloix, qui consistent à vacciner les sujets rhumatisants contre des poussées évolutives de rhumatisme, à l'aide d'une anatoxine streptococcique. Elles semblent avoir fait leurs preuves contre les récidives rhumatismales, et éventuellement contre une complication streptococcique secondaire.

Les autres, dont Laubry et Jaubert parlent plus spécialement, consistent à immuniser le malade atteint d'une lésion valvulaire, à l'aide d'un vaccin polyvalent à germes hétérogènes, auquel on ajoute des filtrats de culture formolée (culture en bouillon âgé et formolé).

Sur un cas d'angine nécrotique avec hypogranulocytose. (*A propos du procès-verbal.*) — MM. Claude Gauthier et René Fauvert.

Concrétions calcaires sous-cutanées des doigts associées à un syndrome de Raynaud avec scléro-dactylie. Télangiectasies disséminées. — MM. R. Garcin, I. Bertrand, M. Laudat et Ch. Cachin.

Un cas d'anurie anaphylactique. — MM. Tzanck et Weiller rapportent un cas d'anurie anaphylactique chez un sujet qui, pour une hémorragie duodénale grave, avait reçu une injection d'anthéma.

Les néphrites anaphylactiques. — M. A. Tzanck.

Une nouvelle technique de la recherche de la vitesse de sédimentation. — M. Edhem (de Constantinople).

Un nouvel anthelminthique : le tétrachloréthylène. — MM. Ch. Garin, J. Rousset et B. Gonthier (de Lyon).

Un cas d'angine de poitrine grave traitée par la méthode de la suppression du réflexe presseur. — M. Danielopolu (de Bucarest).

Diabète tubérien avec polyurie, œdème et rétention chlorurée. — MM. Et. May, J. Lhermitte et M. Kaplan.

(SÉANCE DU 12 JUIN 1931)

Paralysie générale à évolution aiguë. — MM. L. Marchand et A. Courtois. Les auteurs rapportent 4 cas de paralysie générale avec examen anatomo-pathologique dont la durée depuis la date d'apparition des premiers troubles cliniques observés dans le milieu familial jusqu'à l'issue fatale n'a été que de quelques semaines. Les lésions relevées par les auteurs ont cette particularité que les cellules nerveuses revêtent une allure nécrotique intense. Il s'agit de sujets chez lesquels la paralysie générale en évolution lente depuis un certain temps a pris brusquement une marche aiguë sous l'influence d'une toxine sur la nature de laqnelle on ne peut faire que des suppositions.

Zona pharyngo-laryngé. — MM. Baldenweck et J. Bécourt.

Essai de traitement de la paralysie générale par les injections intramusculaires du soufre liposoluble. — MM. C. Levaditi, M. Pinard et R. Even.

Rhumatisme aigu cérébral. Considérations anatomo-pathologiques. — MM. E. Toulouse, L. Marchand et A. Courtois. Chez une jeune fille de vingt ans, au trente-septième jour d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, des troubles mentaux sous forme de délire onirique surviennent en même temps que les symptômes articulaires disparaissent. La malade meurt treize jours après le début des troubles psychiques. Les lésions que l'on note dans l'encéphale portent surtout sur les cellules nerveuses en voie d'atrophie aiguë. Les réactions vasculaires inflammatoires sont plus discrètes.

Cette forme de rhumatisme cérébral rentre dans le groupe des « encéphalites psychosiques ».

Fièvre prolongée d'allure typhoïde chez un nourrisson après vaccination au B. C. G. — MM. Jean Hutinel et Pierre Cantuéjoul rapportent l'observation d'une enfant, née à sept mois et demi, de mère saine et de père tuberculeux, qui, après l'ingestion de trois doses de B. C. G., a présenté une fièvre durant un mois avec conservation de l'état général et courbe de poids normale. Les auteurs, après avoir éliminé une infection banale ou tuberculeuse, interprètent ces faits comme une typhobacillose à B. C. G.

Cancer nodulaire du poumon secondaire à un cancer du sein droit développé sur une ancienne plaie de guerre. — MM. Plazy, Gourion et Germain (Toulon).

Deux observations de potomanes. — MM. Marcel Labbé, Raoul Boulin, Krebs, L. Justin-Besançon et Uhry rapportent d'abord l'observation d'une jeune fille de quatorze ans, qui présentait une polyurie permanente de 4 litres, simulant un diabète insipide et d'origine purement mentale. La simple restriction des boissons ramena la diurèse à des chiffres normaux.

M. Marcel Labbé présenta cette malade, en même temps qu'une obèse pylophage, pour établir les traits communs de la potomanie et de la phagomanie.

Dès le surlendemain de cette présentation commune, la diurèse de l'obèse, grosse mangeuse, passa de 0l750 à 1 litre 1/2, puis les jours suivants s'accrut régulièrement pour atteindre 8 litres par jour dans la quinzaine. En même temps, la phagomanie de la malade s'atténuait pour faire place à la nouvelle perversion de la soif.

Poussée aiguë déclanchée par une grippe, au cours d'une maladie de Basedow. — MM. Plazy et Germain (Toulon).

Recherches expérimentales sur l'intoxication par le tabac et par la nicotine. — MM. Léon Binet et C. Tomfir.

Action de l'antimoine sur les adénopathies chroniques, en particulier sur celles de la maladie de Hodgkin. — M. Paul Chevallier.

Inefficacité des arsénobenzènes et du bismuth dans le traitement préventif tardif de la neuro-syphilis. — M. A. Sézary. Les médications actives aux premières périodes de la syphilis se montrent inefficaces à une période tardive. Le seul traitement possible consiste dans l'emploi des méthodes actives contre la paralysie générale confirmée, c'est-à-dire l'arsenic pentavalent sous la forme de stovarsol ou la malaria.

Ces faits montrent l'intérêt qu'il y a à utiliser l'arsenic pentavalent dans le traitement tardif de la syphilis, à la condition de ne le faire qu'avec des préparations et des doses inoffensives pour le nerf optique.

Hyperthermie, épigastralgie, névralgies phréniques et hoquet dus à un rhumatisme extra-articulaire aigu. — MM. Jean Hutinel et René Martin.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 JUIN 1931)

Une nouvelle méthode cholémimétrique : la diazo-réaction limite pratiquée directement par le sérum sanguin. — MM. E. Chabrol, R. Charonnat et A. Busson proposent de doser les pigments biliaires du sang en pratiquant directement sur le sérum la réaction diazoïque d'Ehrlich, suivant le principe de l'anneau limite. Leur technique consiste à disposer dans une série de tubes à hémolyse 1 centimètre cube de sérum dilué par une solution aqueuse de sulfate de magnésie pur à 15 p. 100 et à verser ensuite prudemment, au moyen d'une pipette effilée, quelques gouttes de diazo-réactif en évitant la diffusion. En moins d'un quart d'heure, on voit apparaître un anneau violet à la jonction des deux liquides. La limite de sensibilité de cette méthode étant de 2 milligrammes de bilirubine par litre, on a le résultat final en multipliant par 2 milligrammes le taux de dilution du tube où l'anneau violet tend à disparaître.

Cette technique est d'une exécution plus rapide et d'une sensibilité bien plus grande que la réaction limite oxydante obtenue avec l'acide nitreux. Elle évite la grande déperdition de bilirubine qu'entraîne l'emploi de l'alcool dans la réaction

indirecte d'Hymans van den Bergh. Elle met à l'abri des causes d'erreur inhérentes à la présence du sérochrome lorsqu'on fait appel au procédé colorimétrique de l'index biliaire.

M. N. Fiessinger. La méthode nous apporte un dosage précis de la bilirubine, mais on peut se demander si, quand il s'agit de doses faibles, elle n'expose pas à plus de causes d'erreur que celle apportée par Hymans van den Bergh; elle est d'ailleurs beaucoup plus compliquée.

Sur la valeur séméiologique de la réaction d'Hymans van den Bergh. — MM. E. Chabrol, R. Charonnat et A. Busson. La réaction diazoïque d'Ehrlich ne permet pas d'établir une opposition entre les ictères par hépatite ou par hémolyse. Toutes les diazo-réactions sont positives en moins d'un quart d'heure, lorsqu'on prend soin de déposer prudemment le réactif à la surface du sérum sanguin en évitant la diffusion. Cette technique met en évidence la « bilirubine dissimulée », aussi bien dans les processus hémolytiques que dans les ictères légers.

Avec le nitrite de soude à 5 p. 100, on obtient une réaction oxydante qui se traduit dans les sérums très riches en pigments par un bel anneau vert émeraude. Le nitrite de soude à 5 p. 1.000 donne simplement l'anneau violet pourpre de la réaction au diazonium.

Les auteurs soulignent, d'autre part, la grande cause d'erreur qu'entraîne le dosage des pigments biliaires par la méthode indirecte d'Hymans van den Bergh. L'alcool est un très mauvais extracteur de pigments. On peut s'en convaincre en regardant le culot de centrifugation d'un sérum ictérique, qui a été traité suivant les principes de la réaction indirecte. Il offre une coloration de jaune brun; repris par l'alcool chlorhydrique à 5 p. 100, il permet d'obtenir une magnifique réaction de Grimbert. On s'explique par là le paradoxe de la méthode d'Hymans van den Bergh; pratiquée sous le contrôle d'une bilirubine étalon, cette réaction extrêmement sensible donne des chiffres beaucoup plus faibles que les méthodes oxydantes de Fouchet et de Gilbert et Herscher.

Action expérimentale de la spartéine sur la moelle rachi-anesthésie spartéinique. — M. Fernand Mercier. L'injection intra-rachidienne de solution concentrée de sels de spartéine exerce une action paralysante sur les voies sensitives lombaires. La rachi-anesthésie spartéinique ainsi obtenue peut durer de une à deux heures suivant la dose injectée.

Sensibilisation du lapin par les extraits protéiniques. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, Mme A. Hugo et M. P. Giroud ont préparé des lapins avec des extraits protéiniques qui donnent des réactions par cuti-réaction ou injection intradermique chez des hommes sensibilisés à ces protéines. Chaque lapin recevait un des extraits suivants : extrait de squames de cheval, extrait de poils de chat, extrait de dactyle aggloméré, extrait de farine de blé. Après un temps d'incubation de trois semaines, l'injection déchaînante était pratiquée avec l'extrait correspondant. L'extrait de squames de cheval a sensibilisé le lapin dans 6 cas sur 8. Les autres extraits n'ont pas sensibilisé.

Cette possibilité de sensibiliser l'animal avec les extraits protéiniques comme on le fait avec les protéines anaphylactogènes telles que le sérum, le lactalbumine ou l'ovalbumine, est un nouvel argument pour identifier l'anaphylaxie humaine avec l'anaphylaxie expérimentale.

Un nouveau test d'anaphylaxie chez l'homme : le sérum d'un homme sensibilisé, injecté à un lapin préparé avec la protéine sensibilisante, peut déclencher un choc. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, Mme A. Hugo et M. P. Giroud ont préparé des lapins avec divers extraits protéiniques. Après un certain temps d'incubation, ils ont injecté chacun de ces lapins avec le sérum d'un homme sensibilisé à l'extrait correspondant. Sur 16 expériences, 6 résultats positifs ont été obtenus : les lapins faisaient dans ces cas positifs une chute de tension artérielle très accentuée ayant la modalité de celle observée dans le choc anaphylactique.

Cette épreuve démontre la possibilité de réaliser un choc anaphylactique en injectant le sérum d'un homme sensibilisé, qui contient l'anticorps spécifique, à un lapin qui a reçu auparavant l'antigène sensibilisant. Elle a donc une intérêt théorique. Mais, comme test d'anaphylaxie chez l'homme, elle est peu applicable dans la pratique courante.

Action des substances ciro-graisseuses du bacille de Koch sur la multiplication « in vivo » chez le cobaye des bacilles paratuberculeux et des bacilles tuberculeux aviaires. — MM. L. Nègre et J. Valtis ont traité par des injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch des cobayes inoculés sous la peau avec 20 milligrammes de bacilles de la fléole ou 15 milligrammes de bacilles tuberculeux aviaires. Ils ont observé, sous l'influence de ce traitement, une activation des lésions locales déterminées par ces bacilles : abcès plus précoces et plus volumineux avec engorgement des ganglions inguinaux et sous-lombaires beaucoup plus marqué et surtout pullulation intense, dans les lésions des cobayes traités, de bacilles qui sont restés beaucoup plus rares chez les non traités.

Insuline et oxalémie. — MM. Lœper, P. Soulié et J. Tonnet étudient l'origine de l'acide oxalique dans la biologie animale, la biologie végétale, au cours de l'autolyse des tissus du ténia et concluent, après des expériences sur l'oxalémique et le diabétique, à l'origine hydrocarbonée de l'acide oxalique. Celui-ci résulte de la transformation des glucides au ralenti. L'insuline peut être considérée comme une thérapeutique de l'oxalémie, car elle abaisse le taux de l'acide opalique en même temps que celui du glucose sanguin.

Modifications de la pression rachidienne dans l'alcalose expérimentale. — Mlle M. Lebert montre que l'alcalinisation du milieu humoral d'un chien s'accompagne d'une hypertension rachidienne notable, progressive et durable; cette hypertension n'est que corrigée par l'injection d'acide chlorhydrique, qui pourtant ramène la réserve alcaline à son taux normal.

Action trypanocide du stibiothiopropanol sulfonate de sodium. — M. P. Lépine a étudié l'action thérapeutique du stibiothiopropanol sulfonate de sodium. Ce corps, qui jouit d'une activité trypanocide manifeste dans l'infection expérimentale du lapin et de la souris à *Trypanosoma gambiense*, *brucei* et *evansi*, paraît pouvoir être utilisé en thérapeutique.

Influence de la constitution chimique sur les propriétés cryptotoxiques des acides-phénols. — M. L. Velluz. Des recherches récentes de H. Vincent et L. Velluz ont établi que le diiodosalicylate de sodium possède des propriétés cryptotoxiques intenses : un demi-milligramme de ce corps suffit en effet pour neutraliser *in vitro* 500 doses mortelles de toxine tétanique.

L'auteur a recherché s'il est possible de rattacher les propriétés cryptotoxiques à une fonction chimique déterminée. D'après ses résultats, l'activité de la molécule salicylique ne doit être liée qu'à la présence et à la position de la fonction acide, un facteur physique essentiel intervient, d'ailleurs, dans la plupart des phénomènes cryptotoxiques, c'est l'insolubilité marquée, dans l'eau, de l'acide organique dont on utilise un sel soluble comme agent cryptotoxique.

Culture « in vitro » de l'ultravirus tuberculeux. — MM. G. Sanarelli et A. Alessandrini (de Rome), laissant quelque temps, dans la cavité péritonéale de lapins, des sacs doubles de collodion, ont réussi à voir et à capter, *in vitro*, les formes primordiales et élémentaires de l'ultravirus tuberculeux. Les colonies obtenues par ensemencement de ces

formes élémentaires sont repiquables en série. Les formes primordiales de l'ultravirus tuberculeux ne sont pas acido-résistantes. Elles acquièrent l'acido-résistance seulement après leur passage, *in vivo*, à travers les sacs de collodion ou après un long développement *in vitro* et dans l'étuve, sur des milieux favorables.

Influence de la castration sur les variations saisonnières des combustions respiratoires chez le chien. — MM. F. Maignon et J. Guilhon ont opéré la castration sur des chiens mâles adultes, aux différentes époques de l'année et ont constaté que la chute des combustions est forte et peut dépasser 50 p. 100 à l'époque des maxima de la courbe, tandis qu'elle est faible à l'époque des minima, hiver et été. Ils montrent aussi, qu'au bout de quelques semaines, un phénomène de suppléance se produit, peut-être sous la dépendance de l'hypophyse. Les combustions, après s'être abaissées, se relèvent et à partir de ce moment le sujet castré redevient sensible aux variations saisonnières.

Etude des effets cardio-vasculaires de l'embolie cérébrale expérimentale après la surrénalectomie. — MM. M. Villaret, L. Justin-Besançon et S. de Sèze se sont proposé d'approfondir le mécanisme de l'hypertension immédiate et passagère que détermine encore chez le chien décapsulé l'embolie cérébrale expérimentale (Roger).

Ils remarquent les faits suivants :

1° L'embolie cérébrale détermine encore une poussée hypertensive chez l'animal décapsulé, lorsqu'on a pratiqué, avant l'injection embolisante, une injection de chlorhydrate d'yohimbine.

2° Elle détermine encore une poussée hypertensive chez l'animal décapsulé, lorsqu'on a pratiqué avant l'embolie la section des vagues au cou ou l'injection d'une dose suffisante d'atropine.

3° Elle ne détermine plus aucune poussée hypertensive chez l'animal décapsulé, lorsqu'on a réalisé à la fois la section des vagues au cou (ou l'injection d'atropine) et l'injection de chlorhydrate d'yohimbine.

L'hypertension paroxystique déclanchée par l'embolie cérébrale représente donc la conséquence commune de la mise en jeu des trois facteurs hypertensifs : 1° adrénaliniques, 2° cardiaques, 3° vaso-moteurs d'origine réflexe.

Action expérimentale de certains éther-sels de la choline sur les effets cardio-vasculaires de l'embolie cérébrale expérimentale. — MM. M. Villaret, L. Justin-Besançon et S. de Sèze ont étudié l'action de l'acétylcholine et de l'améthylacétylcholine, injectées par voie sous-cutanée, sur les effets cardio-vasculaires de l'embolie cérébrale expérimentale.

L'injection d'acétylcholine, à la dose de 0gr05 par kilog., exerce une action modératrice sur l'hypertension paroxystique consécutive à l'embolie cérébrale. Elle exagère, au contraire, la bradycardie et l'augmentation d'amplitude des oscillations cystolo-diastoliques.

Les auteurs insistent sur le fait suivant : chez l'animal préparé par une injection sous-cutanée d'acétylcholine, l'embolie cérébrale ne détermine, contrairement à ce que l'on observe d'habitude, aucune vaso-constriction de l'artère rétinienne.

Les éléments filtrables des bacilles tuberculeux aviaires et des bacilles paratuberculeux. — M. C. Ninni. Les cultures de bacilles paratuberculeux pathogènes ou non pathogènes, les types intermédiaires, les bacilles paratuberculeux des animaux à sang froid et les bacilles tuberculeux aviaires contiennent des éléments filtrables comme les bacilles tuberculeux des mammifères.

Ces éléments filtrables peuvent être mis en évidence par l'inoculation directe dans les ganglions cervicaux du cobaye, où ils donnent naissance à des bacilles visibles acido-résistants.

Essai de culture des éléments filtrables des bacilles paratuberculeux, — M. C. Ninni. L'ensemencement dans le milieu de Sauton, des ganglions lymphatiques inoculés avec les filtrats de diverses souches de bacilles acido-résistants et traités par l'acide sulfurique à 3 p. 100, est suivi d'une multiplication de bacilles acido-résistants typiques qui apparaissent du sixième au dixième jour.

Les bacilles développés ne forment pas de colonies macroscopiques et ne sont pas repiquables.

Ils sont d'autant plus nombreux que les débris du ganglion ensemencés avec eux sont plus abondants et que le ganglion a été prélevé plus tardivement.

Il n'existe pas de parallélisme entre la recherche microscopique des bacilles acido-résistants dans les frottis du ganglion inoculé avec les filtrats, et la recherche microscopique de ces bacilles dans le milieu de Sauton, car on peut obtenir une culture à partir de ganglions inoculés pour lesquels l'examen direct avait été apparemment négatif.

Il semble donc que les éléments filtrables des bacilles acido-résistants donnent naissance à des éléments bacillaires typiques bien plus fréquemment que l'observation directe ne permet de le constater.

M. Bonnefon étudie l'**action combinée des solutions hypertoniques et de la dionine sur la circulation des liquides intra-oculaires.**

Il résulte de ces recherches que les injections sous-conjonctivales de NaCl et de dionine à hautes doses déclanchent par osmose et dialyse un véritable drainage du corps vitré.

Contribution à l'étude de l'allergie. — M. P. BORDET. L'injection intraveineuse d'une suspension assez dense de B. coli détermine chez les cobayes tuberculeux, qu'elle tue en quelques heures, des lésions de congestion abdominale aiguë et d'hyperémie des foyers d'infection spécifique identiques à celles qui caractérisent l'intoxication tuberculinique. Comme celle-ci, l'intoxication par le B. coli s'accompagne de la reviviscence des cicatrices laissées par les intradermo-réactions à la tuberculine antérieurement pratiquées. On observe le même tableau d'intoxication après injection intraveineuse de B. coli tué chez les cobayes préalablement inoculés de B. C. G. dans le péritoine.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF PHRÉNIQUE DROIT

Le nerf phrénique est un *nerf mixte* assurant l'innervation motrice du diaphragme, dont il est le nerf principal ; et l'innervation sensitive des séreuses (plèvre, péritoine) voisines.

C'est une branche du *plexus cervical*.

EMBRYOLOGIE

Le septum transversum, ébauche diaphragmatique, apparaît dans la région cervicale ; le phrénique court et horizontal, en regard du dernier arc branchial, l'innerve.

La *déflexion* de l'extrémité céphalique explique que secondairement le diaphragme est thoracique ; le phrénique devient descendant et s'allonge en même temps que cette descente s'effectue.

GÉNÉRALITÉS

1. **Origine**. — Par *une racine principale* : C^4 (qui peut être isolée, 1/3 des cas).

Trois racines accessoires : — C^3 ; — C^5 ; parfois de C^6 anormalement.

Une de ces racines peut constituer un tronc indépendant et ne rejoindre le nerf que dans le thorax (*phrénique accessoire*).

2. **Trajet**. — Le nerf se constitue au *bord supérieur du cartilage, thyroïde* (C^4).

Le *phrénique droit* va cheminer :

a. *Au cou* : sur le scalène antérieur ; oblique en bas, en dedans.

b. *Dans le médiastin antérieur*. — Satellite de la plèvre en dehors, du cœur veineux en dedans.

Presque vertical (alors que G. plus antérieur et plus externe est plus oblique).

3. **Terminaison**. — Peu au-dessus de la coupole diaphragmatique, en dehors de la veine cave inférieure, le nerf se bifurque en ses branches terminales.

Il en résulte que le *phrénique droit* est plus court que le gauche, celui-ci gagnant la région de la pointe du cœur, et la coupole diaphragmatique droite étant plus haute que la gauche.

RAPPORTS

Sont à envisager ;

— *Au cou*.

— Au niveau de l'*orifice supérieur du thorax*.

— Dans le *médiastin antérieur*.

1° **Région cervicale**. — *a*. **Région des scalènes**. — C'est la *région chirurgicale* du nerf.

Par *voie d'abord*, on trouve :

En avant : un double plan musculo-aponévrotique :

1° Plan de l'*aponévrose cervicale superficielle* engainant le *sterno-cleido-mastoïdien* ; limite antérieure du triangle sus-claviculaire.

2° Plan de l'*aponévrose cervicale moyenne* : elle est sous-tendue par le muscle *omo-tyroïdien*, oblique en bas, en arrière.

Au-dessus de lui mince, peu résistante ; au-dessous plus épaisse, perforée par la jugulaire externe.

Le *nerf phrénique droit* répond exactement au *tendon intermédiaire*, nacré, de l'omo-hyoïdien, repère très important.

On le trouve, après incision de l'aponévrose, *dans la gaine du scalène antérieur* à laquelle il adhère (peut être récliné avec une des lèvres aponévrotiques).

En arrière : le nerf repose sur la face antérieure du *scalène*, qu'il croise de dehors en dedans :

— Le muscle se dirigeant de C^4, C^5, C^6 en bas, en dehors, vers le tubercule de Lisfranc.

Par son intermédiaire :

— *Plexus brachial* plus haut dans le triangle interscalénique.

En dedans : 1° Les branches du *tronc thyro-bicervico-scapulaire* :

— *Thyroïdienne inférieure* reste très interne, sans rapports, surtout :

— *Cervicale ascendante* : monte en dedans du phrénique.

— *Cervicale transverse superficielle* : se dirige en dehors, croise la face antérieure du nerf, petit danger de la phrénicectomie.

— *Scapulaire supérieure* : croise également, mais très bas, la face antérieure du nerf.

2° A distance : le *paquet vasculo-nerveux carotidien* : surtout jugulaire interne, anse du XII.

En dehors : superficiellement *triangle sus-claviculaire* (voie d'abord).

— Profondément et sur le même plan :

Le *nerf du sous-clavier* : parallèle au phrénique, au bord externe du scalène ; tendant à s'éloigner du nerf en bas. Il lui apportera les racines de C^5 et constitue un « phrénique accessoire ».

b. **Région sous-clavière**. — Le phrénique est le plus externe des nerfs passant entre l'artère et la veine sous-clavière.

En arrière : tronc de la *sous-clavière*, qui a donné déjà la vertébrale, le tronc thyro-bicervico-scapulaire.

A droite, l'artère est *horizontale* sur le versant antérieur du dôme pleural.

Le phrénique la croise *à angle droit*.

En avant : *Confluent de Pirogoff*. — Le *phrénique* répond surtout à la veine sous-clavière qui reçoit à ce niveau le confluent jugulaire postérieur et vertébral, et la grande veine lympathique lorsqu'elle existe.

Plus en avant *sterno-mastoïdien*, le phrénique se projette entre les deux chefs sternal et claviculaire (point douloureux des névralgies).

En dedans : deux anses nerveuses :

De dehors en dedans, *anse de Vieussens* du sympathique aboutissant au ganglion de Neubauer dans la fossette sus-rétro-pleurale, et aussi de façon constante un filet du phrénique.

Le X et l'origine du récurrent droit qui sous-croise la sous-clavière en dedans de la vertébrale.

Donc *trois anses nerveuses* à droite (alors qu'à gauche il n'y en a pas).

(*A suivre*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le test d'Aldrich et Mac Clure, par MM. P.-L. Violle et Gilbert-Dreyfus.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société médicale des hôpitaux.
Société de médecine de Paris.
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Service de santé. — Les articles 139 et 179 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 139. — Le service de la garde est réglé dans les hôpitaux par les soins des directeurs, les élèves internes entendus.

La liste de roulement est faite en double : elle est affichée à la fois dans la salle de garde et dans le bureau des entrées.

Aucune modification, même temporaire, ne peut être apportée au tableau qu'avec l'autorisation du directeur de l'établissement (arrêté du 5-11 février 1898).

Toutefois, en cas d'urgence, ce dernier pourra procéder d'office à la désignation d'un interne pour assurer le service de la garde.

Tout interne qui aura refusé de prendre le service de garde pour lequel il aura été désigné ou qui, étant de garde, aura abandonné son service ou se sera fait remplacer sans l'autorisation expresse du directeur de l'établissement, sera passible de l'une des peines prévues à l'article 179 du présent règlement.

Art. 179. — Les fautes commises par les élèves sont punies, savoir : en ce qui concerne les internes en médecine et en pharmacie :

1° Par l'avertissement ;
2° Par le blâme notifié par le directeur de l'établissement ;
3° Par le blâme notifié directement par le directeur général de l'administration ;
4° Sans changement;
5° Sans changement;
6° Par la suspension de fonctions. La suspension comprend, avec la suppression de toute indemnité, l'interdiction d'accès, soit dans le service, soit dans l'hôpital, soit dans l'ensemble des établissements hospitaliers ;
7° Sans changement ;
8° Sans changement ;
9° Sans changement.

Les internes en médecine et en pharmacie qui auront été, par application des dispositions insérées au § 6 ci-dessus, frappés de la peine de la suspension pourront être autorisés sur leur demande par le directeur général de l'administration, après avis du Conseil de surveillance, à être maintenus en fonctions, à l'expiration de leur quatrième année d'exercice, pendant un laps de temps équivalent à la durée de l'interruption de leur service.

Ils resteront maintenus, en surnombre, sans rétribution ni allocations accessoires (logement et nourriture) dans le service auquel ils se trouvent affectés.

(Le reste sans changement.)

— L'article 48 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 48 (§ 31). — L'examen des titres universitaires, hospitaliers et scientifiques des candidats sera soumis à une Commission spéciale comprenant cinq membres : un médecin et un chirurgien tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens chefs de service en exercice et parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination ;

Trois électro-radiologistes, titulaires ou adjoints tirés au sort parmi les électro-radiologistes titulaires ou parmi les électro-radiologistes adjoints exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination; l'un de ces juges, toutefois, devant être tiré au sort parmi les électro-radiologistes titulaires spécialisés en électrologie.

L'épreuve pratique sera jugée par le jury de la Commission spéciale chargée de l'examen des titres des candidats ; elle

aura donc lieu, pour les candidats ayant accompli les deux années de stage prévues par le présent règlement, immédiatement après la clôture des opérations de la Commission spéciale de classement concernant l'examen des titres des candidats ayant terminé leur première année de stage.

Cette épreuve de manipulation comportera deux parties : l'une afférente à la radiologie et l'autre à l'électrologie.

Pour chacune de ces parties de l'épreuve, les candidats disposeront de quinze minutes qu'ils utiliseront à leur gré tant pour la manipulation que pour la présentation et l'exposé oral de la question.

Le nombre maximum des points attribués pour cette épreuve est fixé à 20 pour la radiologie et à 20 pour l'électrologie.

Cette épreuve sera faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous au cours de la même séance. Les questions, au nombre de trois pour chacune des deux parties de l'épreuve, sont rédigées et arrêtées par le jury, chaque jour d'épreuve, immédiatement avant la séance. Les questions à traiter sont désignées par le sort.

(Le reste sans changement).

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

JUSTICE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Léon Tixier, médecin des hôpitaux de Paris.

SUBSTANCES VÉNÉNEUSES. — Le *Journal officiel* du 28 juillet 1931 publie l'arrêté suivant :

ARTICLE PREMIER. — Ne sont pas applicables aux préparations médicamenteuses pour l'usage de la médecine humaine, qui renferment des substances inscrites aux tableaux annexés au décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930, en quantité et à des concentrations égales ou inférieures aux quantités et aux concentrations indiquées aux tableaux annexés au présent arrêté :

1° Les dispositions des articles 18 et 21 à 27 du titre Ier du décret du 14 septembre 1916, modifié par le décret du 20 mars 1930;

2° Les dispositions des articles 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38 et 39 du titre II du décret précité, mais seulement en ce qui concerne la détention, l'offre, la distribution, le courtage, l'achat, la vente, l'importation et l'exportation desdites préparations.

ART. 2. — Conformément à l'article 29 du décret du 14 septembre 1916, cet arrêté, ainsi que les tableaux qui y sont annexés, seront insérés au Codex.

Le nouveau tableau est publié dans le même numéro, p. 8.258 à 8.262.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Professeur : M. NOBÉCOURT.) — CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. (Professeur : M. Léon BERNARD.) — *Enseignement complémentaire.* — *Cours de vacances sur la tuberculose infantile.* — Le docteur P.-F. Armand Delille fera, du 1er au 15 septembre 1931, dans son service d'enfants de l'hôpital Hérold, avec le concours du docteur Deliencourt, assistant de radiologie, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapeutique, ainsi qne sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccinaiion de Calmette.

Leçon chaque matin à 10 heures et demie, à l'hôpital Hérold (place du Danube, Paris XIXe), suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire.

Prix de l'inscription : 250 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Une visite aux foyers de placement et au centre d'élevage de l'Œuvre Grancher sera organisée pour les élèves qui le désireront.

LIVRES NOUVEAUX

Roentgénologie : Les limites de l'image normale et les débuts de l'image pathologique (1), par le docteur Alban KOHLER.

Cet important ouvrage est la traduction française, par le docteur G. Meyer, de la cinquième édition d'un livre répandu depuis plus de vingt ans en Allemagne, où il a connu, dès ses débuts, un succès sans cesse accru.

Impatiemment attendu en France, il permettra désormais à tous ceux qui s'intéressent de près ou de loin à la radiologie, de se familiariser avec ces aspects d'interprétation toujours délicate, qui sont à la limite du normal et du pathologique ; la difficulté, en diagnostic radiologique, n'est pas de reconnaître une image incontestablement normale ou une grosse lésion évidente, mais bien de savoir découvrir le petit signe d'alarme ou l'anomalie de début qui permettront un diagnostic précoce et décideront une thérapeutique efficace.

C'est à l'étude de ces cas d'interprétation difficile que le professeur Alban Kohler a consacré une grande partie de ses recherches et de ses travaux. Destiné, surtout au début, au diagnostic des affections ou des malformations osseuses, son livre s'est, au cours de ses éditions successives, enrichi d'acquisitions nouvelles, tout particulièrement dans le domaine du tube digestif.

Il constitue donc actuellement un ouvrage original et très complet, auquel on aura toujours utilement recours chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un cas embarrassant.

Présenté aux médecins radiologistes de langue française par le docteur A. Beclère, cet ouvrage mérite de trouver rapidement auprès d'eux la faveur qu'il connaît depuis longtemps en Allemagne.

Richement illustré et clairement rédigé, il fait grandement honneur à la fois à son auteur, à son traducteur et à ses éditeurs. T. R.

(1) Un volume in-4 avec 324 radios et dessins et 580 pages de texte. — Prix : 275 francs. — Paris, Delachaud et Niestlé, éditeurs, 26, rue Saint-Dominique.

REVUE GÉNÉRALE

LE TEST D'ALDRICH ET MAC CLURE

PAR MM.

P.-L. VIOLLE (de Vittel), Chef de laboratoire à l'Institut d'hydrologie.

et

GILBERT-DREYFUS, Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons été amenés depuis cinq ans à pratiquer sur une très grande échelle — dans le service du professeur Marcel Labbé et avec la collaboration de J. Heitz et de E. Azérad — le test d'Aldrich et Mac Clure au cours des états pathologiques les plus divers.

L'heure nous paraît venue de tenter une « mise au point » de la question, en nous appuyant tout à la fois sur les nombreuses publications qu'elle a suscitées et sur les résultats de notre expérience personnelle.

***

En ce qui concerne **la technique** de l'épreuve, il est à peine besoin d'en rappeler les règles fondamentales. Piquer en peau sèche, c'est-à-dire après évaporation totale de l'alcool ou de l'éther préalablement appliqué. Employer une aiguille fine à biseau court pour éviter l'issue du liquide par l'orifice d'injection. Exiger, pour que l'épreuve soit valable, la formation d'une élevure locale où apparaissent nettement les pores de la peau (peau d'orange) — preuve que l'injection a bien été poussée dans le derme. Apprécier le temps de résorption (T. R.), comparativement en différents points de l'organisme (jambe et avant-bras de préférence), par le palper digital léger associé à la vue, — afin de différencier de la boule d'œdème la petite surélévation traumatique occasionnée par l'aiguille.

Peu importent, au contraire, et la quantité exacte du liquide injecté (théoriquement 1/5 de centimètre cube; en pratique : quelques dixièmes de centimètre cube) et même la nature de ce liquide : Azérad a obtenu des T. R. à peu près identiques en employant une solution saline hyperconcentrée (4 à 20 p. 100 : Chevallier et Stieffel), du plasma de sujet sain ou œdématié, des liquides de pH différents (pH. 5 à 8), du liquide sérofibrineux provenant d'une pleurésie (Fiessinger, Sandor et Olivier), ou, plus simplement, du *sérum physiologique à 8,5 p. 1.000* — dont l'injection a l'avantage d'être strictement indolore, et dont on peut se procurer immédiatement une ampoule dans n'importe quel service hospitalier.

Mais beaucoup de médecins paraissent ignorer que l'épreuve d'Aldrich est d'appréciation souvent difficile. Même pour les observateurs les plus familiarisés avec elle, il est des cas pratiquement à peu près illisibles. Il convient donc de se méfier de certains résultats pour le moins inattendus, et de ne tenir compte que des modifications nettes et indubitables du T. R. Celui-ci varie à l'état normal entre *50 et 90 minutes*; il ne devient pathologique qu'au-dessous de 35 ou même de 30 minutes.

Pour remédier à cette difficulté, nous avions essayé, ainsi que d'autres auteurs, de remplacer le sérum ordinaire par du sérum coloré (au bleu de méthylène, par exemple) ; mais, comme l'ont dit très justement Louvel et Mlle Tisserand, le T. R. apparent varie avec le coefficient de diffusibilité de la substance tinctoriale employée ; il y a donc là une nouvelle source d'erreur qui condamne l'usage de solutions colorées.

***

Facteurs généraux susceptibles de modifier le T. R.

Affections rénales : œdèmes des néphrites et des néphroses. — Aldrich et Mac Clure, les premiers, ont noté, au cours de certaines néphropathies, une résorption presque instantanée de la boule intradermique dans les régions œdématiées, et un T. R. notablement raccourci dans les régions exemptes d'œdème. Ils ont montré en outre que leur test aide à dépister les états de préœdème et à prévoir l'accentuation de l'œdème, ou, au contraire, sa disparition. Le T. R. diminue avant l'apparition clinique de l'hydropisie et augmente avant sa décroissance : c'est dire que, précédant celles de l'état du malade, ses modifications permettent jusqu'à un certain point de fixer à l'avance l'évolution de l'affection. Ultérieurement, ils ont observé que la rapidité de résorption varie parallèlement à l'importance de l'hydropisie, non à la gravité des cas, et qu'en particulier il n'y a aucune relation entre le T. R. et le taux de l'albuminurie. Ces conclusions ont été confirmées par P. Chevallier et Stieffel, qui ont fait connaître le test d'Aldrich en France (L'extrême diminution du T. R. annonce l'apparition de l'œdème, s'il n'existe pas encore, écrivaient-ils en novembre 1925, ou signifie qu'il augmente s'il existait déjà), et par M. Labbé, Violle et Azérad, chez nombre de sujets atteints de néphrite hydropigène ou de néphrose.

Au contraire, dans la néphrite chronique albuminurique simple ou hyperazotémique, sans rétention hydrochlorurée, le T. R. se montre absolument normal (Kunde).

Cardiopathies : œdèmes asystoliques. — Les œdèmes cardiaques, vis-à-vis du test d'Aldrich, se comportent exactement comme les œdèmes rénaux. Des recherches de C. Lian, Puech et Viau, il découle que :

1° Lorsque les œdèmes sont considérables, la résorption est très rapide et se maintient ainsi dans les cas où le traitement échoue ; 2° plus le malade s'améliore, plus la résorption prend de temps à se faire; 3° la digitaline et l'ouabaïne ont une action nettement favorable sur le temps de résorption ; 4° si, chez un cardiaque décompensé, on fait l'injection saline à un endroit où il n'y a pas d'œdème, le temps de résorption est plus allongé qu'à l'endroit œdématié, mais de durée moindre que celui d'un sujet normal ; 5° le test peut être très voisin de la normale dans les cas même très graves d'insuffisance cardiaque sans œdème.

Déjà, en 1926, Guggenheimer et Hirsch constataient que chez les cardiaques non œdématiés, présentant par exemple une insuffisance cardiaque à type pulmonaire ou hépatique, le T. R. n'est jamais raccourci comme chez les cardiaques avec stase périphérique.

Insuffisance hépatique : œdèmes des cirrhotiques. — E. Azérad (thèse de 1927), chez trois cirrhotiques œdématiés, observe un T. R. inférieur à 30^m. En 1928, J. Heitz et Gilbert-Dreyfus pratiquent le test d'Aldrich chez une vingtaine d'hépatiques et le trouvent quinze fois positif (T. R. variant de 35 à 5^m), tant aux avant-bras qu'à la jambe, même chez ceux qui ne présentaient aucun œdème des membres supérieurs (10 cas de cirrhose avec ascite et œdèmes malléolaires ; 1 cas de cirrhose sans ascite ni œdème ; 1 cas de cancer du foie avec ascite, mais sans œdème périphérique ; 3 cas d'hépatomégalie avec insuffisance hépatique, sans ascite, ni œdème). Au contraire, le T. R. était normal ou subnormal dans un cas d'ictère catarrhal, dans un cas de péritonite syphilitique sans insuffisance hépatique biologiquement appréciable, et chez une cirrhotique soumise à la médication chlorurée-calcique, dont l'ascite était en voie de rétrocession. Nous insistions, pour conclure, sur l'existence d'une hydrophilie tissulaire d'origine hépatique, dont témoigne la positivité du test en zone non œdematiée et même en l'absence de tout œdème, et préconisions l'emploi de l'intradermo-réaction au sérum comme mode d'exploration accessoire des fonctions du foie. C'est aux mêmes déductions que Cordier, Croizat et Perolini — notant une accélération du T. R. chez des cirrhotiques sans œdème et chez huit sujets atteints de petite insuffisance hépatique — devaient aboutir deux années plus tard (décembre 1930).

État gravidique : œdèmes des femmes enceintes. — Les femmes présentent très communément des œdèmes au cours de la grossesse, en particulier pendant les trois derniers mois. Parfois c'est une affection cardiaque qui en paraît responsable, des varices, ou bien la compression exercée par un utérus anormalement développé ; ailleurs on invoque l'intoxication gravidique par insuffisance hépato-rénale ; en fait, la pathogénie de tels œdèmes demeure très souvent inexpliquée. En dehors même des œdèmes véritables, la femme enceinte voit presque toujours ses tissus s'empâter, se gonfler : son poids augmente beaucoup plus que ne le ferait supposer le développement du fœtus. Aussi, Levant et R. Martin se sont-ils demandé s'il n'y aurait pas, dans toute gestation, une avidité particulière de l'organisme pour l'eau : l'application du test d'Aldrich leur a confirmé le bien-fondé de cette hypothèse. Chez 50 femmes à terme (dont 18 seulement présentaient des œdèmes de causes diverses), le T. R. s'est montré diminué 48 fois et ne dépassait 35^m que dans 5 cas. Il en va de même durant les 8e, 7e, 6e et 5e mois de la grossesse, aussi bien chez les parturiantes non œdématiées que chez celles à téguments infiltrés. Et R. Martin d'affirmer l'existence d'une hydrophilie tissulaire gravidique qui commence à se manifester vers le 5e mois.

Anémies graves. Hémorragies. Saignées. — Les grandes hémorragies sont susceptibles d'entraîner une diminution du T. R. (Aldrich et Mc Clure ; Chevallier et Stieffel). De même certaines anémies pernicieuses dont est bien connue la tendance œdématiante ; chez une leucémique avec anémie à 1.600.000, nous avons vu le T. R. s'abaisser au-dessous de 40^m. Par contre, Gilbert-Dreyfus et Robert Worms, pratiquant des intradermo-réactions d'heure en heure chez toute une série de sujets venant de subir une saignée de 100 à 350 grammes, n'ont observé aucune modification appréciable du T. R.

	I	II	III	IV	V
Test avant la saignée	65^m	65^m	45^m	60^m	60^m
Saignée de	350^g	280^g	100^g	300^g	300^g
Test pendant la saignée	70^m				
Test 1 heure après	70^m	65^m	55^m	65^m	60^m
Test 2 heures après	60^m				
Test 3 heures après	60^m	65^m	55^m	55^m	65^m

Chez une autre de nos malades, vingt-quatre heures après une saignée de 300 grammes, le T. R. était de 70^m. Il était également normal trois jours après un melæna abondant chez un dysentérique qui, par ailleurs, ne présentait qu'un très léger fléchissement du taux des globules rouges (4 millions 1/2).

Déshydratation par grandes spoliations liquides : choléra infantile. — Les vomissements abondants, les diarrhées profuses, abaissent le T. R. (Chevallier et Stieffel). Dans les cas de déshydratation intense (gastro-entérite, choléra infantile), la résorption est presque immédiate. Dans l'athrepsie au contraire, il y a persistance de la boule d'œdème intradermique : chez les athrepsiques, en effet, la teneur en eau de l'organisme est augmentée ; plus la résorption est retardée et plus le pronostic est grave. (Ribadeau-Dumas et Mlle Tisserand.)

Maladies infectieuses. Fièvre. Choc protéinique. Accidents sériques. — Chez 70 enfants gravement infectés, presque tous atteints de scarlatine ou de diphtérie, Baker note un raccourcissement important du T. R. ; « l'activité hydrophilique des tissus est augmentée par les toxi-infections sans que les reins soient touchés » : dans un important travail (juillet 1926), Merklen, Wolff et Mlle Schneider confirment l'influence des affections fébriles sur le test d'Aldrich. De leur côté Ricaldoni et Pla observent une diminution du T. R. pendant l'incubation des accès thermiques provoqués par la pyréthérapie et pendant toute ou une partie de la période fébrile consécutive : ils pensent que le test d'Aldrich pourrait éventuellement présenter un intérêt prophylactique durant les épidémies des maladies infectieuses. De ces faits il convient peut-être de rapprocher les résultats (test d'Aldrich positif) enregistrés par Claude et ses collaborateurs chez des sujets atteints de psychoses toxi-infectieuses, états confusionnels, manie aiguë, paralysie générale (à la période cachectique et au cours de la malariathérapie)...

Pendant le choc protéinique, le T. R. serait égale-

ment raccourci (Ricaldoni et Pla). Au contraire, Gilbert-Dreyfus et Tomesco n'ont pas obtenu de modifications bien nettes du test chez un certain nombre d'enfants hospitalisés dans le pavillon de la diphtérie du docteur Lesné à l'hôpital Trousseau, soumis à la sérothérapie curative et présentant des accidents sériques tardifs (5e au 12e jour). Chez 5 d'entre eux le T. R. est resté exactement le même (45 à 50 minutes) avant et pendant la maladie sérique. Chez 4 autres le T. R. s'est paradoxalement élevé de 10 à 15 minutes pendant la période d'accidents. Enfin chez les 12 derniers il y a eu diminution du T. R., mais les modifications sont restées généralement minimes, et cinq fois seulement, au total, la maladie sérique paraît avoir positivé le test d'Aldrich, faisant respectivement baisser le T. R. de 15 (2 cas), 20, 25 et 30 minutes. Ajoutons qu'aucun des petits malades ne présentait le moindre œdème spontané. Erythème simple ou ortié, rarement albuminurie et arthralgies légères, parfois clocher thermique à 38 degrés (sans qu'il y ait jamais eu parallélisme entre l'intensité de la fièvre et le T. R. de l'intradermo-réaction), telles ont été chez eux les seules manifestations de la maladie sérique... De résultats aussi discordants, on ne saurait tirer de conclusions valables concernant l'influence des accidents sériques tardifs sur le test d'Aldrich et Mc Clure.

Endocrinopathies. — Il était séduisant d'explorer le T. R. de la boule d'œdème intradermique au cours des affections endocriniennes; c'est à quoi s'est attaché Sendrail. Si l'on met à part l'insuffisance hépatique et l'état gravidique — dont nous nous sommes entretenu plus haut, — si l'on excepte les œdèmes ou le proœdème des diabétiques soumis soit au traitement bicarbonaté sodique, soit à la cure insulinique, et chez lesquels M. Labbé, Violle et Azérad ont vu le test d'Aldrich devenir positif, on peut dire que l'influence des glandes endocrines sur le T. R. reste tout à fait de second plan.

Dans l'ensemble, le basedowisme, à l'inverse du myxœdème, paraît avoir tendance à prolonger le T. R., mais il est de nombreuses exceptions à cette règle; l'antagonisme entre hyper et hypothyroïdie n'est manifeste que dans les cas extrêmes; dans la majorité des observations les chiffres enregistrés sont normaux et nullement proportionnés à ceux du métabolisme basal.

Les dysfonctionnements surrénaux ne modifient pas, semble-t-il, le test d'Aldrich.

Dans le diabète insipide, Sendrail relève, chez 5 polyuriques, 3 fois un T. R. normal et 2 fois un T. R. légèrement accéléré. Barrat, pour sa part, aurait trouvé dans un cas, un T. R. supérieur à 1 h. 40. Adlersberg, au contraire, en privant ses diabétiques de liquides, voit la papule provoquée se résorber presque immédiatement, alors qu'en période d'hydratation normale sa disparition demanderait 35 minutes environ, et que, chez le sujet sain, l'injection de pituitrine donnerait lieu à une accélération de la résorption. Personnellement, avec J. Heitz, nous avons toujours enregistré, au cours du diabète insipide, des T. R. normaux, — que le malade soit soumis ou non à la médication hypophysaire.

Facteurs locaux.

Artérites oblitérantes. — Cohen, Applebaum et Hainswolth, Stern et Colen ont montré que le T. R. était très notablement raccourci au niveau des membres atteints d'artérite oblitérante. Heitz et Violle, vérifiant les travaux américains, trouvent le test d'Aldrich positif chez 8 diabétiques et 7 athéromateux atteints d'artérite sténosante, ainsi que chez une femme atteinte de thrombo-angéite. Ces auteurs ont montré que l'existence d'un œdème surajouté, quelle qu'en soit l'origine, faussait les résultats de l'épreuve. Chez un diabétique présentant un œdème des deux membres inférieurs, le test était positif des deux côtés, alors que l'oscillométrie montrait une absence absolue d'artérite de la jambe droite. Mais mise à part cette source d'erreur, le test d'Aldrich possède un intérêt diagnostique indéniable : un blessé ayant subi l'écrasement d'un membre où le T. R. était resté normal, Stern et Colen concluent à l'intégrité artérielle, que leur confirme l'examen anatomique; inversement, dans un syndrome de Volkmann, le T. R. étant très raccourci à la main, ils y voient la preuve d'une lésion de l'artère humérale. Cependant, la valeur diagnostique du test d'Aldrich reste inférieure à celle de l'oscillométrie, les deux méthodes fournissant en général d'ailleurs des résultats à peu près identiques. Au point de vue pronostique, le test ne permet pas (Heitz et Violle) — quoi qu'en aient pu dire quelques auteurs — de prévoir l'imminence de la gangrène; mais certaines améliorations fonctionnelles accusées par le malade peuvent être objectivées par l'intradermo-réaction mieux que par l'oscillométrie : c'est ainsi qu'on voit parfois une cure citratée, une sympathectomie périartérielle élever le T. R. de 20 à 40 ou de 5 à 15 minutes.

Syndromes de Raynaud par artériolite. — Dans un cas d'artériolite des membres inférieurs avec syndrome de Raynaud, Heitz et Violle ont trouvé un T. R. très raccourci au niveau de la naissance des orteils, des deux côtés, alors que les oscillations étaient normales aux jambes. Dans un autre cas intéressant les doigts, indice oscillométrique et test d'Aldrich étaient normaux aux avant-bras, mais le T. R. était extrêmement raccourci au dos des deux mains.

Phlegmatia Alba Dolens. — Louvel et Mlle Tisserand notent qu'à la phase préœdémateuse, le T. R. est normal; qu'à la période d'état, le test d'Aldrich aide à prévoir et à suivre les poussées œdémateuses; qu'à la phase résolutive — alors que devant la persistance d'une légère infiltration du membre, il est si difficile d'affirmer la guérison — le test permet de distinguer deux types d'œdème résiduel : l'un passif, anhydrophile, postphlébitique (test normal), qui commande la mise en œuvre immédiate de la physiothérapie; l'autre actif, hydrophile, paraphlébitique (test positif) qui contre-indique toute tentative de mobilisation. Le test d'Aldrich ferait donc figure, au cours des phlébites, à la fois de test de surveillance et de test de guérison.

Acrocyanose. Troubles sympathiques périphériques. — Le T. R. n'était pas modifié chez deux malades de Heitz et Violle, atteints d'acrocyanose, ce qui leur permit d'éliminer l'éventualité d'une lésion vasculaire organique.

Azérad, chez plusieurs hémiplégiques spasmodiques à peau sèche et refroidie par vaso-constriction capillaire, trouve un T. R. normal, égal à celui du côté sain. Sendrail, au cours de l'hémiplégie organique avec syndrome de paralysie sympathique (hyperthermie, vaso-dilatation, infiltration succulente des extrémités) note au contraire un léger raccourcissement du T. R. (45 au lieu de 55, 35 au lieu de 60 minutes) : le test devient même franchement positif lorsque la lésion sympathique engendre un œdème véritable : œdème des hémiplégiques (A. Thomas) à rapprocher des œdèmes traumatiques de Tinel et Moncany, des œdèmes de guerre de J. A. Sicard, sans qu'on puisse dire s'ils sont la conséquence d'une altération sympathique directe, ou si l'altération nerveuse se borne à favoriser l'extériorisation d'œdèmes cardiaques ou rénaux (P. Marie, Loeper et O. Crouzon; Miraillié).

Enfin, par *trituration cutanée* (Guggenheimer et Hirsch), par *irradiation ultraviolette* préalable de la peau (Azérad), on peut abaisser le T. R. de la boule de sérum au-dessous des limites physiologiques.

* * *

Signification de l'épreuve.

La signification physiologique du test d'Aldrich et le mécanisme de résorption de la boule d'œdème provoqué ont fait l'objet de multiples controverses.

Labbé, Violle et Azérad, accordant aux tissus eux-mêmes le rôle de vedette, considèrent que le test témoigne d'un excès de puissance hydrophilique tissulaire active, au même titre que l'épreuve d'imbibition du muscle de grenouille.

Au contraire, Fiessinger, Sandor et Olivier, s'appuyant sur les résultats identiques fournis par le test d'Aldrich et leur test de transsudation, expliquent de façon purement mécanique la résorption du sérum ; ils incriminent un passage anormalement rapide à travers les capillaires, à la faveur d'une insuffisance de résistance de l'endothélium vasculaire.

De même, Gowaerts et Bernard, à la suite d'essais comparatifs avec une solution saline et de l'huile de paraffine injectées dans le derme, constatent que, pour les deux substances, le T. R. est le même, ce qui, selon eux, ne cadre pas avec l'hypothèse d'une hyperhydrophilie tissulaire, mais s'explique avant tout par des conditions mécaniques favorisant la pénétration de liquide dans le tissu conjonctif.

Contre le dogme de l'hydrophilie tissulaire, Merklen, Wolff et Mlle Schneider invoquent la différence possible des T. R. entre plusieurs points injectés, le fait que la position déclive (Guggenheimer) favorise la rapidité de résorption ; ils en concluent que le test contrôle plus le jeu des capillaires cutanés que celui des colloïdes. Ils s'étonnent, en particulier, de le trouver positif en dehors de tout œdème, dans les maladies infectieuses et les états de déshydratation. En ce qui concerne les maladies infectieuses, on peut leur répondre qu'elles s'accompagnent indubitablement d'une rétention aqueuse tissulaire, ainsi qu'en témoignent l'oligurie et l'abaissement du coefficient de diurèse (Labbé et Bith). Or, dire qu'il y a mise en réserve d'une certaine quantité d'eau dans les tissus, n'est-ce pas admettre par là même une augmentation de l'affinité des tissus pour l'eau (Azérad), une sorte de pré ou mieux de para-œdème ? Quant aux enfants déshydratés, il est hors de conteste qu'il se produit chez eux une soif d'eau de l'organisme entier, tout comme à la suite des grandes hémorragies ou des saignées abondantes.

Pour essayer de trancher le débat, certains auteurs n'ont point manqué de faire appel à l'expérimentation. Toute une série d'expériences très intéressantes chez le lapin ont conduit Schulmann et Marek à conclure que :

L'injection d'*adrénaline* par voie intraveineuse allonge le T. R. qui passe de 5 à 6m (T. R. normal d'après Schulmann) à 11m en moyenne.

Le *nitrite d'amyle*, appliqué en compresse, amène au contraire un raccourcissement du T. R, qui s'abaisse à 2m, fait confirmé depuis lors par Adlesberg. Ces expériences qui interrogent le tonus du système vaso-moteur dans les deux sens de la constriction et de la dilatation semblent éloquentes : elles affirment l'action des capillaires périphériques sur la constitution et l'organisation de certains œdèmes.

Cependant, utilisant, dans une autre série de recherches, non plus les modifications du système neuro-végétatif, mais des substances néphrotoxiques (nitrate d'urane, chromate de K., sublimé), les mêmes auteurs obtiennent toujours une diminution du T. R. qui passe invariablement de 6 à 2 minutes, quels que soient les symptômes de l'intoxication (constipation opiniâtre ou diarrhée profuse; existence ou absence d'hydropisie) (1).

Et Schulmann de conclure fort judicieusement que chaque théorie émise peut trouver des arguments valables, mais qu'aucune ne saurait satisfaire à toutes les objections posées.

De son côté, Sendrail a étudié le test d'Aldrich chez le lapin, et considère que le T. R. normal y est de 30 à 60 minutes. Il a vu la thyroïdectomie (au moins chez l'animal jeune et quand des signes cliniques nets d'hypothyroïdie succèdent à l'opération) accélérer le T. R. de façon notable, — ce qui

(1) Schulmann et Marek ont également montré : *a.* que l'emploi d'une solution salée hypertonique à 10 p. 100 entraîne une vaso-dilatation locale et une énorme augmentation du T. R.; *b.* que l'action de la température locale (réchauffement ou refroidissement artificiel de l'oreille injectée) est nulle sur le T. R ; *c.* que le T. R. diminue quand le lapin est suspendu la tête en bas ; *d.* que l'état d'inanition augmente sensiblement le T. R.; *e.* que chez l'animal jeune (six semaines) le T. R. est trois fois plus long environ que chez l'animal adulte ; *f.* que dans les minutes qui suivent l'injection intraveineuse de sérum iso ou hypertonique, le T. R. s'abaisse de 6 à 3 minutes en moyenne (de même, écrivaient récemment Adlersberg et Perutz, la résorption se fait plus rapidement chez l'animal saturé de NaCl, tout comme s'il était en état de préœdème).

expliquerait peut-être les bons effets de l'opothérapie thyroïdienne dans certains cas de néphrose. Il a également observé un abaissement indubitable du T. R. après des interventions extrêmement variées sur le sympathique cervical, aussi bien quand l'intervention engendrait une vaso-constriction qu'une vaso-dilatation locale. Ce n'est donc pas le facteur vasculaire, mais bien le facteur sympathique, qui paraît entrer en ligne de compte. Enfin Sendrail note que, contrairement à l'adrénaline, le tartrate d'ergotamine réduit le T. R. au-dessous de 15 minutes. Mais si le rôle du sympathique est indéniable, ce n'est pas, semble-t-il, un rôle mécanique, et Sendrail — s'appuyant sur les travaux de Fontaine et Jung — pense que le système nerveux influence le T. R. vraisemblablement par l'intermédiaire d'une modification du pH. En fait, même dans les troubles circulatoires les plus banals en apparence, il faut compter avec la possibilité d'un élément humoral surajouté. Dantrebande, Davies et Meakins n'ont-ils pas montré que la stase sanguine (chez les cardiaques décompensés; au niveau d'un membre à la racine duquel on a placé un garrot) déterminait une acidose veineuse? Dans un ordre d'idées assez voisin, Cohen et Applebaum attribuent les modifications du T. R., chez les sujets atteints d'artérite sténosante, et bien qu'il n'existe là en général aucune stase, à l'anoxémie tissulaire. Cependant, dans le sang de trois artéritiques, prélevé comparativement dans la région malade et au membre supérieur correspondant, la réserve alcaline a été trouvée normale par Heitz, Violle et Nepveux, — encore que chez un de ces trois malades le test d'imbibition du muscle gastrocnémien de grenouille se soit montré franchement positif.

*
* *

En présence de données aussi contradictoires, il est impossible de conclure, en ce qui concerne le test d'Aldrich, à l'existence d'un mécanisme univoque.

Le problème physiologique qu'il soulève s'apparente de très près à celui des œdèmes. Dans un récent article, notre maître Marcel Labbé insistait à nouveau sur la complexité du mécanisme de l'hydratation : « Il n'y a pas une, mais des pathogénies des œdèmes, écrivait-il... Aucun œdème, même le plus simple en apparence, comme l'œdème de compression, ne relève d'une cause unique. Chacun, au contraire, offre une cause prépondérante associée à des causes adjuvantes ». Les causes mécaniques locales (phlébites) ou générales (asystolie), ne vont pas sans s'intriquer intimement avec des causes humorales, — elles-mêmes localisées ou généralisées, et que les progrès de la biochimie mettent chaque jour davantage en lumière. Quant aux œdèmes d'origine humorale la plus incontestable, ne sont-ils pas également influencés par des facteurs mécaniques (pesanteur, constriction) qui expliquent leur topographie?

En ce qui concerne le test d'Aldrich, son domaine est plus vaste encore que celui des œdèmes, puisqu'il peut être positif là ou les téguments ne semblent nullement infiltrés; mais le fait qu'il soit positif indique — et ceci quel que soit le mécanisme physiologique invoqué — une appétence exagérée des tissus pour l'eau. C'est pourquoi, sans nier le rôle de la diffusion mécanique et des actions sympathiques et vaso-motrices, nous continuons à employer le nom de *test d'hydrophilie* — mais en prenant ce terme dans son sens le plus large, et en reconnaissant, avec Sendrail, qu'il désigne plutôt qu'il n'explique.

*
* *

Conclusions pratiques.

1° Partout où il y a œdème, le test d'Aldrich est positif, qu'il s'agisse d'œdème néphrétique, néphrosique, cardiaque, hépatique, ou d'œdème de cause locale (compression, phlébite, œdème sympathique). Il n'apporte aucun éclaircissement au problème pathogénique si complexe de l'hydratation de l'organisme, mais possède une certaine valeur indicatrice concernant l'évolution ultérieure de l'hydropisie.

2° En l'absence d'œdème, le test permet :

Chez les néphrétiques : de déceler le préœdème, c'est-à-dire d'interroger indirectement la fonction d'élimination des chlorures.

Chez les hépatiques : il constitue un des modes d'exploration des fonctions du foie, au même titre que l'établissement du rapport sérine-globuline (Abrami et R. Wallich).

3° Chez les sujets porteurs d'œdèmes uniquement cantonnés aux membres inférieurs, un test positif au niveau des avant-bras fait rejeter le diagnostic d'œdème de cause locale et met en évidence une hydrophilie tissulaire généralisée.

4° Au déclin d'une phlegmatia alba dolens, il pourrait faire figure de test de surveillance et de guérison.

5° Chez les sujets atteints de troubles vaso-moteurs des membres, et à condition qu'il n'y ait pas trace d'œdème, il permet de différencier une acrocyanose simple d'une artérolite organique; en cas d'artérite sténosante, de vérifier les données de l'oscillométrie, et d'apprécier objectivement certaines améliorations fonctionnelles.

6° Mais il ne faut pas oublier que le test d'Aldrich fournit des résultats d'appréciation souvent délicate, et valables seulement s'ils ont été consignés par un observateur familiarisé avec la méthode.

BIBLIOGRAPHIE

ADLERSBERG et PERUTZ. *Wiener Klin. Woch.*, 10 juillet 1930.
ALDRICH et MC CLURE. *Journ. amer. med. Assoc.*, 28 juillet 1923 et 3 mai 1924.
AZERAD. *Th. de Paris*, 1927.
BAKER. *Journ. amer. med. Assoc.*, 15 nov. 1924.
CHEVALLIER et STIEFFEL. *Soc. de biol.*, 14 nov. 1925.
COHEN, APPLEBAUM et HAMSWOLTH. *Journ. amer. med. Assoc.*, 29 mai 1926.
COLEN et STERN. *Journ. amer. med. Assoc.*, 23 oct. 1926.
CORDIER, CROIZAT et PEROLINI. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 2 déc. 1930.
DAUTREBANDE, DAVIES et MEAKINS. *Heart*, avril 1923.

FIESSINGER, SANDOR et OLIVIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 juillet 1926.
GILBERT-DREYFUS. *L'Hôpital*, déc. 1928.
GOVAERTS et BERNARD. *Soc. belge biol.*, 28 mai 1927.
GUGGENHEIMER et HIRSCH. *Klin. Woch.*, 1926, p. 704.
HEITZ et VIOLLE. *Soc. de biol.*, 14 mai 1927, et *Arch. des mal. du cœur*, sept. 1928.
HEITZ et GILBERT-DREYFUS. *Paris méd.*, 22 sept. 1928.
KUNDE. *Arch. of int. med.*, 15 juillet 1926.
LIAN, PUECH et VIAU. *Journ. méd. franç*, déc. 1927.
LABBÉ, VIOLLE et AZÉRAD. *Presse méd.*, 22 mai 1926.
LABBÉ (M.). L'équilibre hydrique de l'organisme. *Annales de méd.*, juillet 1930.
LOUVEL et Mlle TISSERAND. *Presse méd.*, 22 fév. 1930.
MARTIN (R.). *Th. de Paris*, 1927.
MERKLEN, WOLFF et Mlle SCHNEIDER. *Soc. de biol.*, 22 juille 1926.
RIBADEAU-DUMAS et Mlle TISSERAND. *Soc. méd. des hôpit.*, déc. 1925, n° 39.
RICALDONI et PLA. *Soc. méd. des hôpit.*, 4 juin 1926.
SENDRAIL. *Paris méd.*, 26 oct. 1929.
SCHULMANN et MAREK. *Annales de méd.*, déc. 1929.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1931)

Recherches histochimiques sur les lésions initiales de la silicose pulmonaire expérimentale (plaques à silice). — M. POLICARD.

Sur le synergisme de l'hormone hypophysaire et de l'hormone thymique. — M. ALONCLE.

Sur la répartition du potassium dans le muscle sain ou pathologique. — MM. A. LEULIER, B. POMMÉ et R. DELAYE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1931)

Mal de Caderas bovin et rage. — MM. REMLINGER et BAILLY font l'exposé des importantes recherches expérimentales qu'ils ont faites à propos du mal de Caderas, maladie des bovidés du Paraguay, voisine de la rage paralytique. Ils concluent à l'identité du mal de Caderas et de la rage.

L'étiologie des méniscites. — M. F. DOMINGUEZ admet deux types, l'un chirurgical, l'autre chronique. Dans l'étiologie de la méniscite chronique, il admet que très fréquemment une faiblesse permet au pied de se tourner en dehors, et comme conséquence l'usage de la partie postéro-externe du talon qui, dès ce moment, devient une cause permanente peut changer l'axe de stabilisation du tibia qui, au lieu d'être vertical, est incliné en haut, en dedans et en avant, et par conséquent le ménisque est continuellement traumatisé, ce qui explique la localisation antérieure de la lésion, la plus grande fréquence du ménisque interne et la continuité du traumatisme, même modéré; enfin, la plus grande fréquence à droite, étant donné que presque tout le monde est droitier et que, par conséquent, la jambe droite supporte davantage le poids du corps pendant la marche.

Ce type de méniscite chronique qu'il appelle de « porte-à-faux », est susceptible, principalement, et à part les massages d'un traitement orthopédique par l'addition d'une talonnette intérieure plus élevée sur son bord externe.

Dans ces conditions, et étant donné la fréquence du défaut physiologique indiqué, la méniscite spontanée doit disparaître.

Le moustique cavernicole ou l'adaptation de Culex pipiens à l'urbanisme moderne. — M. LEGENDRE attire l'attention sur un nouveau danger qui se montre en même temps que l'urbanisme se développe dans notre pays. Dans une grande ville de l'Ouest, il a constaté qu'un moustique, le *Culex pipiens*, s'adapte admirablement dans les nappes d'eau souterraines provenant du tout-à-l'égout, comme dans l'eau des fosses septiques ou dans l'eau des citernes. Les moustiques y pullulent et s'échappent ensuite par les tuyaux d'aération.

Il est à craindre qu'aux colonies, le *Stegomia fasciata*, moustique domestique, auteur de la fièvre jaune, qui y habite déjà les égouts, adopte aussi les fosses d'aisances quand l'urbanisme fera des progrès dans nos colonies. Il est prudent d'envisager ce grand danger pour le prévenir.

Etude sur le lait de grand ramassage dans ses rapports avec l'alimentation infantile. — M. FOUASSIER. Pour l'alimentation des tout-petits, le lait de grand ramassage peut être employé comme aliment de remplacement sans danger, lorsque les soins nécessaires ont été pris dans ce but. Il y aura toujours des cas d'intolérance individuelle dont la solution relève du puériculteur et aussi des mères insouciantes ou insuffisamment éduquées entre les mains desquelles le lait le plus sain se transformera en un bouillon de culture mortel pour leur enfant.

La surveillance dont le lait est l'objet de la part de la Préfecture de police et des services spécialisés d'Etat n'est pas étrangère aux améliorations constatées dans l'ensemble du traitement du lait.

De la nécessité d'adopter une unité antirachitique internationale pour le dosage de la vitamine D. — M. GÉO TIXIER attire l'attention sur la multiplicité des unités antirachitiques employées et sur les inconvénients qui peuvent résulter de la confusion de ces diverses unités.

M. Tixier demande que l'Académie de médecine définisse avec précision l'unité antirachitique en précisant notamment le poids des animaux employés, les tests de rachitisation et de guérison, la durée de l'expérience, etc., de manière que le dosage biologique puisse approcher l'exactitude d'un dosage chimique, les fabricants de spécialités pharmaceutiques devant être obligés d'annoncer la composition de leurs produits en unités antirachitiques.

Procédé pratique de dosage en unités antirachitiques de la vitamine D. — M. TIXIER montre toutes les difficultés inhérentes aux essais biologiques et les causes d'erreur qui peuvent fausser les résultats. Il donne des détails sur la façon dont ces dosages sont réalisés pratiquement dans ses laboratoires suivant une méthode éliminant soigneusement toutes les causes d'erreur ou d'insuccès.

Les eaux minérales de la source Juvo. — M. DESGREZ présente, au nom de M. P. BLUM et Mlle G. ACHARD, une communication relative à des « Recherches physico-chimiques sur les eaux minérales de la source Juvo (Altkirch). » Cette source, récemment captée, analysée par le docteur Dauvergne, donne une eau sulfureuse calcique froide peu minéralisée. L'examen physicochimique, qui fait l'objet de cette note, montre que cette eau est fortement hypotonique par rapport au sérum sanguin $\Delta = 0{,}06$; assez fortement dissociée en ions $\alpha = 73$ p. 100 ; légèrement acide pH 6,8 ; peu radioactive. Source à ranger parmi les eaux anticatarrhales. L'eau de la source Juvo est la première de ce type décrite en Alsace.

Septicémie à streptocoques traitée et guérie par le sérum antistreptococcique de Vincent. — M. L. COURTY communique l'observation d'un malade de quarante-deux ans, atteint de septicémie à streptocoques à la suite d'infection locale. Légère suppuration locale, puis violent frisson, abattement très prononcé, fièvre élevée, phlegmon du médius du côté opposé et des tissus au niveau du pli du coude où avait été faite une prise de sang.

M. L. Courty incise et débride. Streptocoque dans les deux plaies.

L'état général restant grave et la fièvre persistante, on fait l'hémoculture qui donne le streptocoque hémolytique.

Alors on pratique pendant huit jours des injections de sérum antistreptococcique de Vincent, en partie sous la peau, en partie dans la veine, le sérum étant dilué dans 300 centimètres cubes de sérum physiologique. Injections faites lentement.

Amélioration de l'infection locale, puis de l'infection générale.

Cette septicémie à streptocoques, d'allure grave, a guéri sous l'influence des injections intraveineuses du sérum de Vincent.

Note sur une épizootie de rage observée à Kindia (Guinée française. — M. DELORME.

— L'Académie entre en vacances pour deux mois.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 JUIN 1931)

Au sujet du début des lésions d'hépatite et de cholécystite au cours d'une infection générale. — MM. G. ALBOT, F. THIÉBAUT et M. DA COSTA rapportent l'observation d'une malade dont l'histoire se déroula en trois phases successives: première phase, d'entérocolite; seconde phase, d'infection générale avec éléments éruptifs d'allure cyclique; troisième phase, d'hépato-cholécystite. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que le hasard des circonstances a permis de surprendre la phase de début de l'hépato-cholécystite au cours d'une infection générale à point de départ intestinal.

Quand pratiquer la splénectomie au cours des purpuras hémorragiques récidivants? — MM. ABRAMI, DARRÉ, Mme BERTRAND-FONTAINE, MM. LICHTWITZ et FOUQUET.

Hépatonéphrite aiguë grave. Urée, chlore, réserve alcaline. Guérison. — MM. Merklen, Bécart et Adnot.

Hémothorax traumatique enkysté dans l'interlobe. — M. A. GENDRON (de Nantes).

Le rôle antitoxique illusoire de la saignée. — MM. A. TZANCK et J. CHARRIER.

Syndrome infectieux à poussées graves chez un prématuré. Heureuse influence du savon d'acridine. — M. Maurice RENAUD commente l'observation d'un nourrisson, prématuré né à sept mois d'une mère tuberculeuse cachectique.

Cette observation, d'après M. Renaud, illustre de façon singulière quelques-uns des principes qu'il tient pour fondamentaux de la pathologie du nourrisson.

A savoir : 1° rôle primordial de l'infection; 2° importance des otites occultes et suppuration du rocher; 3° excellence des régimes mixtes précocement donnés.

Elle donne enfin une preuve remarquable de l'innocuité et de l'efficacité du savon d'acridine dans les états infectieux dont on doit attendre beaucoup, même dans la première enfance, où l'on était jusqu'à maintenant complètement désarmé.

Ostéomalacie traitée par l'ergostérol irradié. — MM. P. HARVIER et A. LAFITTE présentent une malade atteinte d'ostéomalacie se manifestant par des douleurs osseuses, un tassement du thorax dans le bassin, des fractures spontanées multiples, une raréfaction osseuse radiologique.

Cette malade fut soumise au traitement par l'ergostérol irradié, d'abord à la dose d'un centigramme par jour, puis à la dose quotidienne de 4 centigrammes. Or, dix jours après l'ingestion de cette dernière dose, l'amélioration devint surprenante : la malade put marcher seule, monter et descendre les escaliers et mobiliser tous ses membres sans efforts et sans douleur. Parallèlement, on constata un relèvement du taux du calcium et du phosphore dans le sang et la radiographie montra un début de recalcification des os et une consolidation osseuse des fractures.

Hémiplégie pleurale. — MM. M.-P. PRUVOST, André MEYER et Stanislas DE SÈZE rapportent un cas d'hémiplégie dite « pleurale » survenue, chez une jeune fille de dix-sept ans, à l'occasion d'une tentative de pneumothorax artificiel (deuxième insufflation). Il s'agissait d'un pneumothorax difficile, en plèvre cloisonnée.

Les auteurs insistent :

1° Sur la symptomatologie de ces accidents nerveux, où l'on trouve, en plus d'une hémiplégie, des phénomènes de contracture, des phénomènes convulsifs et des signes d'irritation pyramidale des deux côtés. Symptomatologie traduisant une irritation corticale diffuse à prédominance unilatérale;

2° Sur le fait que la blessure du poumon fut, dans ce cas, certaine, attestée par l'apparition immédiate de quelques crachats sanglants.

(SÉANCE DU 26 JUIN 1931)

Etude d'un cas de tétanie parathyréoprive. — MM. M. LABBÉ, R. BOULIN et A. ESCALIER.

Arthropathies tabétiques. — M. ALAJOUANINE présente trois malades atteints d'arthropathie tabétique du pied. Il montre que le pied cubique est dû à des lésions localisées à l'articulation médio-tarsienne.

Pied trophique pseudo-syringomyélique. (*Présentation de malade.*) — M. ALAJOUANINE.

Nanisme rénal. — MM. APERT et BAILLET relatent deux nouveaux cas d'arrêt total de la croissance avec déformations osseuses de type rachitique en relation avec des altérations de sclérose atrophique des reins se traduisant cliniquement par une forte azotémie, survenue dans l'enfance.

Maladie osseuse de Reckhlinghausen après symphyséotomie et infection puerpérale grave. — MM. CARNOT, DELAFONTAINE et P. VÉRAN (de Nantes).

Typhobacillose provoquée par l'injection massive intraveineuse de B. C. G. Guérison. — MM. J. TROISIER, Y. BOQUIEN et S. DE MONALDI.

Perfectionnements apportés à la méthode d'immunisation active de la diphtérie par l'anatoxine diphtérique. — MM. Robert DEBRÉ, G. RAMON, M. et G. MOZER et Mlle J. PRIEUR concluent de leurs recherches qu'il y a lieu de préconiser dans la vaccination de la diphtérie une augmentation des doses d'anatoxine injectées; l'on peut espérer par ce moyen porter de 96 p. 100 à 100 p. 100 le nombre des sujets immunisés par la méthode classique des trois injections d'anatoxine faites à trois semaines d'intervalle.

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1931)

Amylose, néphroses et néphrites. — M. ABRAMI, Mme BERTRAND-FONTAINE, MM. LICHTWITZ et LAUDAT.

Modifications de l'équilibre protéido-lipique du sérum au cours de l'amylose rénale. — M. ABRAMI, Mme BERTRAND-FONTAINE, MM. LICHTWITZ et LAUDAT.

Formes cliniques et évolutives de l'amylose rénale. — M. ABRAMI, Mme BERTRAND-FONTAINE, MM. LICHTWITZ et LAUDAT.

Angiomatose hémorragique familiale. — MM. Ch. AUBERTIN et Robert LÉVY.

Communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire par rupture d'anévrisme. Longue survie. — MM. A. CLERC, M. BASCOURET et FROYEZ.

Splénomégalie hémolytique latente. — MM. H. CHABROL, M. MAXIMIN et A. BUSSON.

Tétanie et myxœdème postopératoire. — MM. FAURE-BEAULIEU et BOURGUIGNON.

Adénopathies suppurées dans un cas de lymphogranulomatose maligne. — M. WEISSMANN-NETTER.

Deux cas nouveaux de concrétions calcaires sous-cutanées sans sclérodermie. — MM. WEIL et WEISSMANN-NETTER.

Néphrite hypertensive suivie depuis trois ans. — M. DEGENNES. Première phase : paroxysmes hypertensifs à insuffisance rénale transitoire.

Deuxième phase : hypertension permanente à insuffisance rénale chronique.

Causalgie avec syndrome de Raynaud et érythromélalgie posttraumatique. — MM. Ch. FLANDIN, POUMEAU-DELILLE et A. VAN BOGAERT.

Traitement des migraines par le tartrate d'ergot. — M. TZANCK.

Poly-arthrite chronique améliorée par les sels, la vaccination et l'opothérapie thyroïdienne. — M. F. COSTE.

Polynévrite suraiguë à forme bulbaire consécutive à une rougeole. — MM. DARLÉGUY et BAIXE.

Kala-azar méditerranéen chez l'adulte observé à Toulon. — MM. PLAZY, MERCANDIER et GERMAIN.

Diabète rénal et déséquilibre neuro-végétatif. — M. DULISCONE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 MAI 1931)

Injections interstitielles de glycérine phéniquée au 1/30. — M. LE LORIER rapporte quatre observations de malades atteints d'infections septiques diffuses du derme et de l'hypoderme, et traités par des injections interstitielles de glycérine phéniquée au 1/30. Dans trois de ces cas, ce traitement amena la guérison.

A propos d'une tumeur bénigne de l'estomac à allure de tumeur maligne. — MM. LEGAC, BÉCART, HIRCHBERG rapportent un cas de tumeur gastrique chez une femme de trente ans, ayant cliniquement l'allure d'un cancer; radiographiquement, c'est le type des tumeurs bénignes. Malgré le mauvais état général et l'anémie, on fait une gastrectomie large, seul traitement logique des estomacs qui saignent. C'était un

fibrome juxtapylorique. Guérison opératoire troublée par une phlébite.

De l'évaluation de la résistance du malade avant une opération chirurgicale. — M. Marcel LABBÉ envisage les procédés d'examen à employer chez les sujets qui vont subir une intervention chirurgicale. Ces procédés sont destinés à faire connaître la valeur fonctionnelle des principaux viscères : foie, reins, cœur et vaisseaux. Ils sont plus complexes lorsque le malade est atteint de maladie de la nutrition telle que le diabète ou d'une maladie endocrinienne telle que le goitre exophtalmique.

Pour l'exploration du foie, des reins, du sang, des urines, les biologistes ont aujourd'hui déterminé d'une façon assez précise la marche à suivre, excluant certains tests maintenant désuets et utilisant des techniques perfectionnées et surtout directes et précises.

Un cas d'éventration diaphragmatique gauche d'origine congénitale. (Syndrome pseudo-pleurétique avec dextrocardie). — MM. André TARDIEU et Ch. GUILBERT communiquent l'observation d'une jeune fille de vingt-trois ans, se plaignant, à l'occasion d'une rhino-bronchite subaiguë, avec toux quinteuse, d'un point douloureux thoracique gauche et d'une légère dyspnée d'effort.

L'examen radioscopique met en évidence l'éventration du diaphragme gauche (diaphragme surélevé d'un travers de main par rapport à diaphragme droit; angle splénique du côlon occupant la presque totalité de l'espace compris sous la coupole diaphragmatique immobilisée dans sa portion médiane). L'éventration diaphragmatique congénitale qui n'est pas incompatible avec le développement de lésions pulmonaires tuberculeuses évolutives (G. Caussade et Fatou) est à bien distinguer de l'éventration acquise par phrénite (inhibition ou paralysie) survenant au cours de certaines lobites tuberculeuses (E. Sergent).

(SÉANCE DU 23 MAI 1931)

Traitement de l'ulcère gastrique. — M. PAUCHET signale que nombreux sont les faux ulcères que les chirurgiens non avertis traitent par une gastro-entérostomie, alors qu'il y avait une simple appendicite. L'opération gastrique a été nuisible, il faut la défaire et enlever l'appendice. Tout opéré pour ulcère qui ne va pas mieux doit être réopéré de suite, s'il y a une lésion constatée aux rayons ou au cours de l'opération.

A propos de la pathogénie du cancer. — M. Georges ROSENTHAL pense que le globule blanc leucémique est, comme le reste de la pathologie, une cellule de défense anti-infectieuse.

Technique et indication du Vernes-résorcine. — M. BÉCART fait un rapport sur un travail du docteur Chauchard sur le Vernes-résorcine qui expose la technique et les résultats qu'on peut en attendre. Cette réaction est basée sur la floculation que donnent avec la résorcine les sérums des tuberculeux. Le résultat est donné en densité optique calculée à l'échelle photométrique qui va de 0 à 150 du photomètre Vernes, Bricq et Yvon, de 0 à 15 sérum normal; de 15 à 30, zone d'incertitude. Tout chiffre supérieur à 30 doit être interprété comme prouvant l'existence d'une tuberculose en activité.

Le radio-diagnostic de la tuberculose vu à la lumière de la séro-floculation (résorcine) de Vernes. — M. LEULLIER. Les radiologues, comme les phtisiologues, sont d'accord sur les difficultés du diagnostic de la tuberculose pulmonaire avec la syphilis et même le cancer du poumon. L'auteur a voulu montrer l'importance de la réaction de Vernes (résorcine) dans la discrimination à faire entre ces diverses catégories d'affections. Des radiographies mises en parallèle avec les courbes sériques permettent de suivre et même de prévoir l'évolution ou la régression d'une tuberculose alors que les signes cliniques ou radiologiques seuls seraient sinon muets du moins insuffisants. La séro-floculation de Vernes doit entrer non seulement dans le domaine clinique, mais aussi dans le domaine radiologique pour permettre une interprétation plus exacte de la symptomatologie et des images observées.

Intérêt de la séro-floculation à la résorcine des sérums tuberculeux. — M. TILMANT apporte des observations de malades qui présentaient des symptômes ayant fait porter des diagnostics divers, mais non celui de tuberculose. Chez eux, la séro-floculation de Vernes à la résorcine a permis d'orienter le diagnostic. Sous l'influence du traitement, l'indice floculométrique s'est abaissé progressivement avec l'amélioration de l'état local et général; le retour à l'indice normal a permis d'autoriser les malades à reprendre leurs occupations qu'ils ont pu continuer sous le contrôle sérologique. Le relèvement de l'indice a été le signe ou d'une reprise de l'évolution ou d'une affection intercurrente qui agit probablement comme sensibilisatrice de la tuberculose latente non évolutive.

Des contre-indications du traitement radiothérapique de l'hypertrophie prostatique. — M. Ch. GUILBERT montre par une série d'observations que la radiothérapie active par rayons pénétrants de l'hypertrophie prostatique est formellement contre-indiquée dans tous les cas d'infection locale. Si ces contre-indications n'ont pas été notées jusqu'à présent, c'est que les doses utilisées dans la méthode palliative de Nogier, par exemple, ne sont point suffisantes pour exaspérer l'infection. Mais du moment où l'intervention entre dans le domaine de la radiothérapie profonde, c'est-à-dire dans le cas où l'accumulation de la dose *in situ* est appréciable, il est formellement contre-indiqué d'avoir recours à cette intervention dans tous les cas d'infection locale. Du reste, la radiothérapie pénétrante ne peut être considérée comme curative que dans le début de l'hypertrophie.

Constance de l'élément « catarrhe » en pathologie stomacale. Les catarrhes gastriques. — M. PRON, reprenant des idées émises il y a près de vingt ans, apporte aujourd'hui le résultat de près de 2.000 analyses de contenu gastrique de jeune après constatation de bruit de clapotage dans la plupart des cas. Il montre que, tout au moins dans la clientèle de ville, le clapotage le matin à jeun ou loin des repas, n'est presque jamais dû à la rétention alimentaire. Il est dû à la présence de liquide catarrhal de nature variable, tout estomac, malade depuis longtemps, étant pour lui, atteint de sécrétion ou d'exosmose continue.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Rhumatisme chronique déformant chez une petite fille de 4 ans (avec 7 fig.), par M. L. Babonneix et Mlle F.-B. Lévy.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de chirurgie.
Société des chirurgiens de Paris.
Société de thérapeutique.
NÉCROLOGIE
Charles Dujarier, par M. M. Lance.
NOTES POUR L'INTERNAT
Nerf phrénique droit (fin).

INFORMATIONS

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Le 15 décembre 1931 s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à occuper à partir du 1er janvier 1932, à la Maison départementale de Nanterre, et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, à partir de la même date, à des places d'interne provisoire.

Les candidats ayant à accomplir le service militaire devront en faire la déclaration au moment de leur inscription.

Les internes titulaires reçoivent un traitement annuel de 9.200 fr., y compris l'indemnité de logement.

Une indemnité spéciale de 4 fr. 80 est allouée aux internes en fonctions pour le repas de midi; la même indemnité est allouée aux deux internes de garde pour le repas du soir.

Le prix de la carte d'abonnement au chemin de fer entre Paris-Saint-Lazare et La Garenne-Bezons est remboursé aux internes.

Les internes ont droit, en outre, pour une période de 12 mois à un congé de 30 jours sans retenue de traitement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (sous-direction du personnel). Il sera clos le 12 novembre 1931, à midi.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Médaille d'or.* (*Chirurgie.*) — Le concours vient de se terminer par la nomination de M. Philip.

— Un concours pour une place de médecin résidant à l'hôpital Saint-André sera ouvert le jeudi 22 octobre 1931. — Inscriptions reçues jusqu'au 7 octobre au secrétariat de l'administration des hospices, cours d'Albret, 91.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Fiessinger, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de pathologie expérimentale et comparée à ladite faculté, en remplacement de M. Rathery, transféré dans la chaire de clinique thérapeutique médicale. (*J. O.*, 2 août 1931.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Un concours s'ouvrira le 15 octobre devant l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours pour la nomination d'un chef de clinique obstétricale.

— M. Rollet du Coudray est délégué dans les fonctions de chef de clinique obstétricale, jusqu'à l'issue du prochain concours.

— Par arrêté ministériel en date du 8 juillet 1931, M. le docteur Guillaume-Louis est renouvelé dans ses fonctions de directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour une nouvelle période de trois ans, à compter du 1er octobre 1931.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère du travail. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Grabois (de Paris).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Binet (de Châteaurenault).

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Beaudouin (de Neuilly-sur-Marne), Trenel (de Paris), Guillermain (de Ris-Orangis).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Aubouin (de Laval), de Alberti (de Nice).

Médaille de bronze. — M. le docteur Luneau (de Saint-Sébastien-sur-Loire).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. (Armée active.) — Par décision du 26 juillet 1931, est nommé professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (chaire de radiologie, électrologie, physiothérapie et radiumthérapie) :

M. le médecin commandant Chaumet, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

MARINE. — Sont nommés après concours professeurs agrégés des écoles de médecine navale :

Médecine : M. Damany.

Anatomie chirurgicale : M. Rolland.

Bactériologie, hygiène : M. Le Chulton.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE ET DES COMMUNES LIMITROPHES. — REMPLACEMENTS MÉDICAUX. — A l'occasion des vacances et des remplacements, l'Office de répression de l'exercice illégal (Syndicat des médecins de la Seine) croit utile de rappeler l'art. 6 de la loi de 1892, dont l'inobservation expose à des poursuites pour exercice illégal et complicité.

« ART. 6 (modifié). — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de seize inscriptions, et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et étant dès lors munis de vingt inscriptions, peuvent être autorisés à exercer la médecine, pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois; elle est renouvelable dans les mêmes conditions ».

Il est stupéfiant de lire dans un journal médical des annonces telles que la suivante : « Etudiant 12 inscriptions, ayant fait plusieurs remplacements, cherche emploi médical ou para médical. »

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALES. — Cette Fédération internationale, constituée sous la présidence de M. le professeur Achard, membre de l'Institut, avec le concours de personnalités de la médecine tropicale et exotique, groupe les Sociétés adhérentes d'une vingtaine de pays qui ont approuvé les statuts et collaborent à son programme.

Sur l'invitation du Comité de rédaction de la *Revue des maladies des Pays chauds*, des échanges de vues ont eu lieu en 1930 et 1931 avec diverses Sociétés, dont les adhésions contribuèrent à la constitution légale de cette Fédération internationale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Baroncelli (de Lyon), décédé accidentellement au mont Blanc; Doit-Lambron, décédé à Luchon; Jean Camail, médecin général des troupes coloniales, du cadre de réserve, décédé à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. (Hôpital Laennec et dispensaire Léon-Bourgeois. Professeur : M. Léon BERNARD.) — *Cours de perfectionnement sur les actualités phtisiologiques*, du 21 septembre au 3 octobre. — Ce cours, d'une durée de quinze jours, comprend des leçons, des exercices cliniques à l'hôpital et au dispensaire, des démonstrations radiologiques, des séances pratiques d'application des méthodes de collapsothérapie.

Les travaux pratiques auront lieu à la Clinique, de 10 h. à midi.

Les leçons auront lieu, à la salle des conférences de la Clinique, chaque jour, à 17 h.

Le cours commencera le 21 septembre, à la Clinique, à 10 h.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Droits d'inscription : 200 fr.

Charles DUJARIER

(*1870-1931*)

Avec Charles Dujarier, la chirurgie française vient de faire, brusquement, une grande perte.

Sa carrière a été brillante et rapide. Né le 25 août 1870, il était interne des hôpitaux en 1895. Ses maîtres d'internat ont été Jalaguier, Tuffier, Nélaton. Aide d'anatomie en 1867, prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux en 1899, chef de clinique de Terrier en 1903, chirurgien des hôpitaux en 1905.

Deux de ses maîtres eurent sur son avenir une grande influence : Farabeuf et Nélaton. Farabeuf, le père de toute une génération de chirurgiens français, sut lui inculquer le goût de l'anatomie et de la dissection. De là est né ce bel ouvrage original, l'anatomie des membres, fruit de ses années de prosectorat de Clamart. Cette anatomie topographique avec 58 planches reproduisant les pièces disséquées par l'auteur représente un travail considérable et reste le livre de chevet de tous ceux qui veulent réellement faire de la dissection. Aussi, lorsque le professeur Sebileau quitta en 1925 la place de directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, cette place revint-elle tout naturellement à Dujarier.

Chez Nélaton, dont Dujarier devint l'assistant dans cet hôpital Boucicaut où lui-même devait terminer sa carrière, Dujarier apprit à aimer cette chirurgie osseuse, alors naissante, et à laquelle il consacra la majeure partie de son activité scientifique. En effet, bien qu'il ait publié à peu près sur toutes les branches de la chirurgie (kystes hydatiques du foie, chirurgie des voies biliaires, traitement des plaies des nerfs, cure radicale des hernies crurales par voie inguinale, traitement du prolapsus utérin, etc.), ce qui constitue la partie essentielle de son œuvre, c'est la chirurgie osseuse. Depuis sa thèse de Doctorat en 1900 sur le traitement sanglant des fractures de jambes, Dujarier n'a cessé de s'y intéresser. Avec Jacoel, il imagine la suture osseuse par agrafes métalliques, restée classique. Il se passionne ensuite pour l'étude du traitement sanglant des fractures du col du fémur, mettant au point une technique de vissage sous radioscopie après réduction dans une table spéciale; puis il montre les échecs du vissage dans les pseudarthroses du col et les avantages de l'enchevillement par greffe (Rapport au Congrès de chirurgie de 1924, avec Léon Imbert); à différentes reprises, il publie sur le traitement des pseudarthroses par blessures de guerre, ou encore celui des pseudarthroses congénitales. (Rapport au Congrès d'orthopédie de 1927.)

Il était incontestablement devenu un maître dans cette chirurgie des fractures si complexe, si difficile et avait pris part à toutes les discussions qu'elle suscita depuis 30 ans. Dujarier était un combatif. La parole ardente, sachant se faire écouter, disant nettement, avec une franchise et une sincérité qui désarmaient ses adversaires, sa pensée entière, Dujarier avait su acquérir l'estime, la considération de tous. Sa disparition prématurée est une perte irréparable pour ses élèves, ses amis qui étaient nombreux et sauront rester fidèles à sa mémoire.

M. LANCE.

RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT
CHEZ UNE PETITE FILLE DE 4 ANS

Par L. BABONNEIX et Mlle Fr.-B. LÉVY.

OBSERVATION. — N... Marie-Thérèse, âgée de trois ans et demi, amenée pour rhumatisme chronique déformant.

Antécédents héréditaires et personnels. — Les parents, bien portants, non consanguins, ne présentent aucun signe de tuberculose ou de syphilis. La réaction de Bordet-Wassermann est négative pour eux. Le grand-père paternel est mort à cinquante ans d'hémorragie cérébrale. La grand'mère maternelle est actuellement soignée pour une tumeur blanche du coude.

La mère n'a jamais fait de fausse couche. Elle a eu successivement : 1° une petite fille de cinq ans, qui jouit d'une bonne santé ; 2° la petite malade.

Celle-ci est née à terme à la suite d'une grossesse normale. L'accouchement s'est fait par le siège, mais sans incident. A la naissance, le poids était de 3kg250, la taille de 0m50. Nourrie au lait Nestlé, la petite N... a eu ses premières dents « assez tôt », a parlé de bonne heure. Malgré les soins dont elle était entourée, elle restait chétive, s'enrhumait facilement, et aurait été atteinte, vers la première année, de rachitisme, pour lequel on a recouru à l'héliothérapie.

Histoire de la maladie. — Comme, à seize mois, elle ne marchait pas et qu'il existait une légère raideur et une grosse atrophie des membres inférieurs, on appelle un médecin d'enfants distingué qui, prenant en considération les antécédents obstétricaux et constatant un signe de Babinski bilatéral, pense, avec réserve, à une maladie de Little. En fait, autant qu'on puisse dire, ces troubles semblent avoir succédé à une poussée articulaire, précédée elle-même d'entérite, accompagnée de fièvre et s'étant étendue à la plupart des jointures : poignets, chevilles, genoux et, probablement aussi, colonne vertébrale. Une radiographie, pratiquée par M. Maingot, montre l'intégrité de celle-ci, mais décèle de grosses arborisations hilaires, surtout à gauche. On fait analyser les urines : ni sucre, ni albumine, ni pus, ni coli-bacilles, ni bacille de Koch. Le médecin traitant essaye, sans succès, le traitement spécifique, sous forme de frictions mercurielles.

Comme la fièvre, loin de cesser, prenait le type hectique, et que l'état général s'aggravait, la jeune Marie-Thérèse est conduite à l'un de nos collègues les plus estimés qui, ayant trouvé une raideur manifeste de la colonne vertébrale et une sorte de paraplégie, se demande s'il ne se trouve pas en présence d'un mal de Pott sous-occipital. Il élimine l'hypothèse de « Little », en se fondant sur l'absence d'hyperréflectivité tendineuse et de raideur des membres inférieurs, mais il note qu'il s'agit plutôt, pour ceux-ci, d'une impotence douloureuse que d'une paralysie proprement dite : aussi propose-t-il une consultation avec un chirurgien d'enfants.

C'est quelque temps après, en décembre 1929, qu'un de nous est appelé à voir la jeune Marie-Thérèse. Il fait alors les constatations suivantes : apparence générale précaire, poids et taille très inférieurs à la moyenne ; cachexie ; fièvre à grandes oscillations ; sueurs profuses ; stigmates de rachitisme avec grosses bosses frontales, thorax évasé, chapelet costal, gros ventre flasque ; atrophie musculaire généralisée ; impotence douloureuse des membres inférieurs ; tuméfaction du coude gauche ; présence, aux index, de tuméfactions oblongues, recouvertes d'une peau violacée, ressemblant à du spina ventosa ; saillie médiane et angulaire de la Xe dorsale. douloureuse à la pression, raideur de la colonne vertébrale. Il conclut, lui aussi, à la tuberculose.

L'été suivant, l'enfant part pour Berck : là, le docteur Galland, après examen clinique et radiographique, affirme aux parents qu'il ne s'agit nullement de mal de Pott et leur conseille la montagne. Elle passe donc l'été en Savoie, où son état s'améliore un peu. Mais, dès son retour, la fièvre reprend, les sueurs reparaissent, des troubles digestifs s'installent. Aussi est-elle ramenée à l'un de nous le 3 juin dernier. Pour mieux l'examiner, nous la faisons entrer à l'hôpital Saint-Louis, annexe Grancher, où elle a passé une quinzaine de jours, et où nous avons pu procéder à tous les examens complémentaires utiles.

Etat actuel. — L'enfant est dans un état cachectique accentué. Très pâle, le corps couvert de sueurs, elle ne pèse que 8kg300, alors qu'elle devrait en peser 13. Fait encore plus notable, elle est à peu près immobilisée au lit, et ne peut effectuer que des mouvements très limités de quelques petites jointures (fig. 1).



FIG. 1.

Le *crâne* est volumineux, élargi dans le sens transversal, les bosses frontales saillantes, l'occipital vertical ; sous la peau de la région occipitale, se perçoivent de petits nodules fermes, durs, douloureux à la pression, roulant sous le doigt, et qui sont identiques à ce qu'il est classique d'appeler les nodules de Meynet.

La *face* est à peu près normale. Signalons toutefois deux particularités :

1° Une voûte palatine très ogivale ;

2° Une carie dentaire intense et généralisée.

La *colonne vertébrale* est rectiligne, plane, relativement souple. A l'inspection et à la palpation, on trouve pourtant une petite saillie de l'apophyse épineuse de D1e.



FIG. 2.

Le *thorax* présente tous les caractères du thorax rachitique : aplatissement dans le sens antéro-postérieur, déformation en coup de hache, élargissement de son segment inférieur, présence d'un chapelet ; le sternum est en entonnoir.

Sur le milieu de la ligne axillaire, à droite, un petit nodule fibreux sous-cutané.

Membres. Le *supérieur* est immobilisé en demi-flexion : dès qu'on essaie de l'étendre avec douceur, on arrache des cris à l'enfant. De même, les mouvements de l'épaule sont très limités. Le coude est augmenté de volume dans sa totalité, et il existe, en plus, une exostose sur l'olécrane droit. Le poignet est déformé, épaissi, douloureux à la pression, les métacarpiens, inclinés sur le bord cubital, entre les articulations métacarpo-phalangiennes, tuméfiées, et l'articulation du poignet, le dos de la main semble comme excavé. La main est en pronation forcée ; les articulations interphalangiennes sont toutes augmentées de volume, les ongles normaux, abstraction faite de l'absence de lunule (fig. 2).

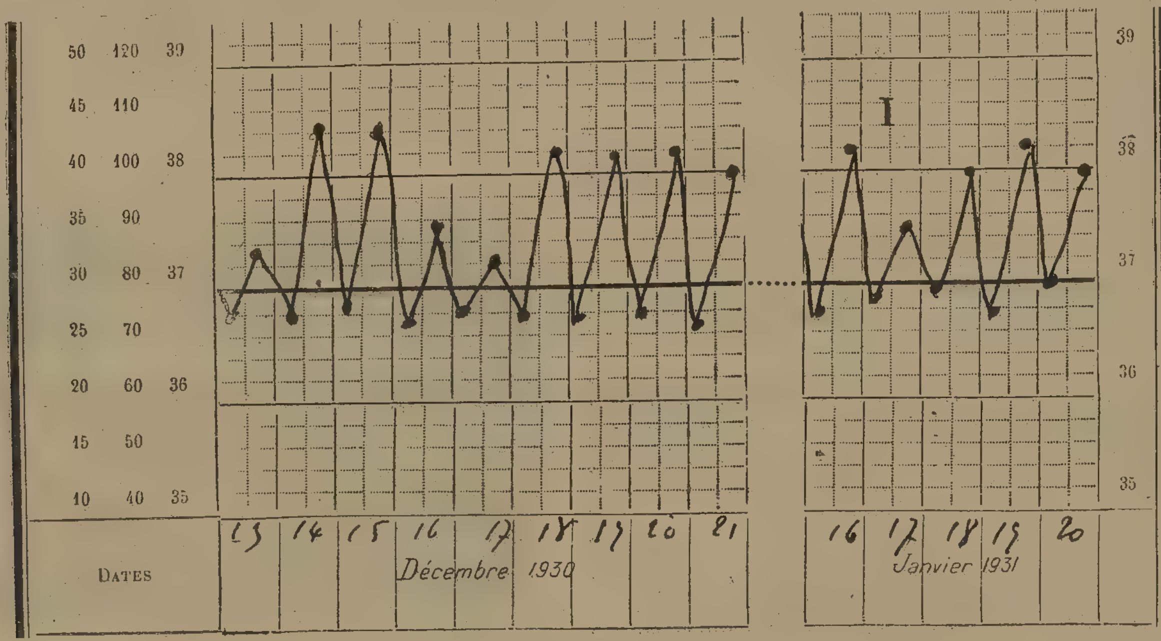


FIG. 3. — *Fragments de la courbe thermique.*

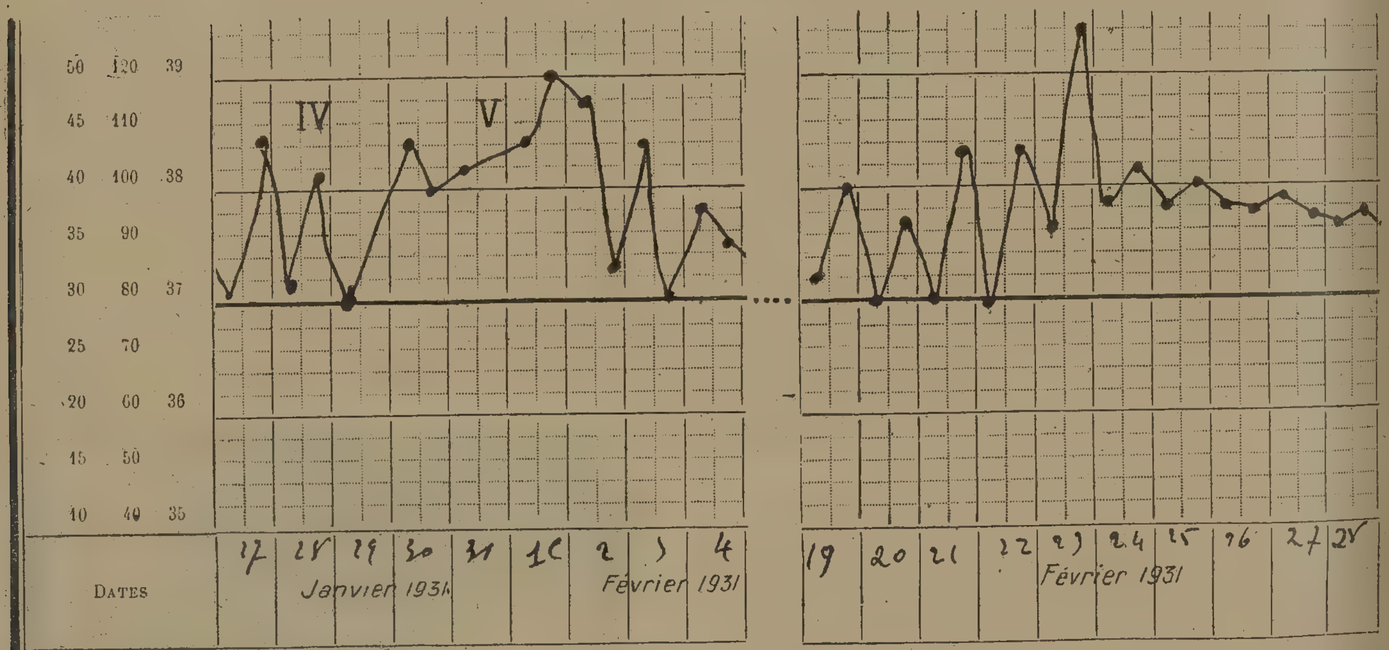


FIG. 4. — *Fragments de la courbe thermique.*

Ces diverses déformations que nous venons de décrire sont rendues encore plus nettes par l'amyotrophie considérable de tous les muscles et la rétraction des tendons fléchisseurs qui font saillie sous les téguments.

L'*inférieur* est, lui aussi, immobilisé en demi-flexion : impossible d'étendre la cuisse sur le bassin, la jambe sur la cuisse. La rotule droite est le siège d'une exostose. Le pied est plat, épaissi. L'atrophie musculaire est encore plus marquée qu'aux membres supérieurs.

Phénomènes nerveux. — L'intelligence est intacte, plutôt vive. Il n'existe aucun trouble moteur autre que l'impotence douloureuse; aucun trouble sensoriel : le fond des yeux, en particulier, est normal (Dupuy-Dutemps); le signe de Babinski fait défaut, mais on est frappé par :

L'abolition des réflexes tendineux, peut-être due, d'ailleurs, aux rétractions fibro-tendineuses;

Les sueurs abondantes et généralisées, provoquant de nombreux sudamina;

L'intensité de l'amyotrophie.

A la ponction lombaire, liquide clair, sous tension normale, renfermant 0,7 éléments à la cellule de Nageotte, 10 centigrammes d'albumine, et où la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Appareil digestif. — L'appétit est irrégulier, les fonctions intestinales, souvent troublées, la diarrhée étant presque la règle.

Le ventre est gros et flasque.

Fait important à signaler : foie et rate ne sont nullement hypertrophiés.



Fig. 5. — *Radiographie de face du membre inférieur droit.*

Appareil respiratoire. — L'examen clinique des poumons reste négatif. Il n'y a non plus ni toux ni dyspnée.

Appareil circulatoire. — L'auscultation du cœur reste négative, la calcémie est normale (0,110), mais il y a lieu de mentionner :

1° Les résultats de l'examen du sang :

Hémoglobine	70 p. 100
Gobules rouges	4.380.000
Globules blancs	8.800

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	70 p. 100
Lymphocytes	6
Mononucléaires	20
Eosinophiles	2
Myélocytes	1 1/2
Myélocytes basophiles	1 1/2

2° La présence de petits ganglions cervicaux et inguinaux;

3° Des poussées fébriles irrégulières jusqu'à 39° ou 40°, depuis dix-huit mois (fig. 3 et 4);

4° Une réaction de Wassermann négative.

La *cuti-réaction*, pratiquée à plusieurs reprises, a toujours été négative.

Les *glandes vasculaires sanguines* fonctionnent normalement, autant qu'on puisse l'affirmer à un examen sommaire.



Fig. 6. — *Radiographie de la partie inférieure du membre supérieur droit.*

A la *radiographie*, la colonne vertébrale, vue de face, est intacte, et il n'y a aucun signe de mal de Pott.

Les os longs (fig. 5, 6 et 7) sont incurvés, amincis et décalcifiés, ces modifications étant plus accusées sur les épreuves les plus récentes, comme si les lésions continuaient à évoluer. La diaphyse est normale, l'épiphyse, augmentée de volume, décalcifiée, avec irrégularité du contour articulaire. Les articulations paraissent englobées dans une épaisse coque fibreuse. Les os du carpe sont déjà presque tous visibles.

Le cœur est un peu globuleux, l'estomac, dilaté, la plage pulmonaire gauche occupée par des marbrures étendues et cohérentes.

* * *

En somme, arthropathies généralisées, douloureuses, avec nodules de Meynet, survenues de bonne heure chez une petite fille, et s'accompagnant de cachexie, de fièvre et d'arrêt de développement. Ces arthropathies, à quelle cause les attribuer ?

Au *rhumatisme articulaire aigu* ? A cette hypothèse, deux objections.

a. Cette affection est très rare dans le jeune âge ;

b. Dans notre cas, pas d'évolution par poussées successives, pas de « délitescence subite », pas de

« transports intégraux » d'une jointure à l'autre, mais une suite ininterrompue d'arthropathies, les jointures prises ne s'étant jamais dégagées.

A l'*hérédo-syphilis*? Cette opinion a été soutenue par MM. Chompret et Milian. De ces deux auteurs, le premier se fonde sur la localisation épiphysaire des ostéopathies, sur l'importance des lésions rachitiques, sur la saillie des bosses frontales; le second, sur les stigmates dentaires et sur l'existence d'une voûte ogivale. Idée assurément très plausible *a priori*, malgré les caractères négatifs des réactions sérologiques. Mais pourquoi cette fièvre continue, bien rare dans la syphilis héréditaire ?



Fig. 7. — *Coude droit* (vu de profil).

A la *tuberculose* ? Comment ne pas y penser en présence d'une enfant cachectique, fébricitante, qui a une grosse opacité dans le champ pulmonaire gauche et dans les antécédents de laquelle on trouve deux spina ventosa. Mais pourquoi, s'il en est ainsi, la cutiréaction est-elle obstinément négative? A cause de la cachexie et de son action anergisante ? En tout cas, avouons que cette tuberculose serait bien étrange, et qu'il n'est pas habituel de voir les spina ventosa guéris sans fistulation.

A la maladie de *Chauffard-Still* ? Bien qu'il y ait d'évidentes analogies entre notre cas et ceux qui ont été décrits par MM. Chauffard et Ramond, ce diagnostic ne nous semble pas pouvoir être retenu, et ce, pour les raisons suivantes :

1. La maladie de Chauffard-Still est propre à la seconde enfance;

2. Elle se caractérise, non seulement par des arthropathies et des sueurs, mais encore et surtout par une hépato-splénomégalie et des adénopathies qui font complètement défaut ici. Aussi, bien que l'on ait décrit (Chevallier) des formes frustes de maladie de Chauffard-Still, ne nous arrêtons pas à cette idée.

Ce rhumatisme, qui n'est ni tuberculeux, ni hérédo-syphilitique, ne serait-il pas la manifestation d'une *septicémie à streptococcus veridans*, selon l'ingénieuse hypothèse émise par M. Debré ? En effet :

a. Dans certains nodules de Meynet, on a trouvé les nodules d'Aschoff, caractéristiques, comme on sait, des endocardites lentes type Osler-Jaccoud;

b) Dans notre cas, le cœur est gros: or, le même M. Debré n'a-t-il pas publié, dans les *Archives de médecine des enfants* (1930, p. 212), un travail sur la forme endocarditique de la maladie de Chauffard-Still ?

Nous avons donc accepté la proposition que nous faisait M. Debré d'exciser un nodule de Meynet et de procéder à un examen bactériologique soigné, avec ensemencements, inoculation, etc. Si le résultat de ces recherches est positif, nous pourrons, sans nous illusionner beaucoup sur les résultats, recourir soit aux vaccins, soit aux immuno-transfusions. En attendant, nous conseillerons au médecin traitant d'essayer le traitement spécifique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1931)

Modification des réflexes vago-sympathiques sous l'influence de l'hydrothérapie. — MM. Laignel-Lavastine et J. Rolland.

Néphrose lipoïdique. Lipoïdémie dans les néphrites. — M. Achard.

La réaction de Wassermann. Anomalie isolée du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. — MM. Sézary, Barbé et G. Lévy.

Un cas de méningo-paratyphus. — M. L. Rinet et Mlle R. Gautheron.

Coma insulinique et grossesse. — MM. Rathéry, Sigwald et Dérot.

Immunité antimorbilleuse naturellement acquise et anergie grippale. — M. Le Bourdellès relate l'histoire d'une épidémie récente de rougeole, chez des adultes, où la proportion des récidives a atteint 40,8 p. 100. Dans une épidémie satellite d'oreillons, cette même proportion atteignait 14 p. 100. Ces épidémies évoluaient en fonction d'une récurrence de grippe, et l'auteur estime que le fléchissement de l'immunité naturellement acquise doit être interprété comme

une conséquence épidémiologique de l'anergie grippale. Les renseignements recueillis sont en faveur d'un mode d'action indirect de l'anergie grippale, facteur épidémiologique d'hypervirulence microbienne, plutôt que de modification du terrain.

Abcès froid d'origine typhique séro-diagnostic négatif. — MM. Rist et Ravina.

Erythème herpétiforme préalable à une méningite cérébro-spinale. — MM. Monnier, Vinart et Bonnet.

Influence des saignées quotidiennes sur le taux de l'urée sanguine du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo rapportent qu'au cours de recherches sur l'influence des saignées quotidiennes chez le lapin, ils ont observé que le taux de l'urée sanguine peut atteindre, au bout de quelques jours, un taux parfois très élevé.

De l'existence d'un double bruit par la percussion abdominale dans l'ascite (importance du double bruit ascitique et du signe de la matité horizontale dans la station debout pour le diagnostic des ascites de minime abondance). — MM. G. Lian et J. Odinet ont constaté que la percussion combinée à l'auscultation fait entendre un seul bruit dans un abdomen normal, et un double bruit dans un ventre ascitique; c'est ce phénomène qu'ils décrivent sous le nom de *signe du bruit de flot ascitique ou du double bruit ascitique*.

Le double bruit ascitique augmente beaucoup d'intensité dans la station debout.

Par conséquent, l'examen dans la station debout est susceptible de rendre de grands services dans le diagnostic des ascites peu abondantes, grâce à la recherche du signe du bruit de flot ascitique et du signe de la matité horizontale.

La prépondérance ventriculaire droite électrocardiographique. (Ses caractères et sa grande valeur séméiologique). — MM. C. Lian et V. Golblin. Il y a lieu de limiter l'appellation de prépondérance ventricuiaire droite aux cas où l'accident initial du complexe ventrlculaire se résume à peu près exclusivement en un grand S en DI et un grand R en DIII.

Dans 66 p. 100 des cas, la prépondérance ventriculaire droite se rencontre dans le rétrécissement mitral pur ou associé à une autre cardiopathie valvulaire. Dans 20 p. 100 des cas, elle s'observe dans les maladies de l'orifice pulmonaire, les artérites pulmonaires, et les diverses cardiopathies congénitales.

Traitement des troubles quiniques de nature idiosyncrasique. — M. E. Manoussakis apporte une série d'observations démontrant que l'idiosyncrasie quinique n'est pas un obstacle à l'emploi du traitement quinique chez les paludéens. Pour faire tolérer la quinine, il suffit de l'administrer avant que la dose déjà absorbée et qui déclanche les accidents soit éliminée.

Hémoglobinurie quinique et bilieuse hémoglobinurique. — M. E. Manoussakis montre que l'hémoglobinurie, liée à une idiosyncrasie quinique est nettement distincte de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. Elle s'accompagne d'une chute de la tension artérielle, de leucopénie, d'une diminution de la résistance globulaire. L'hémoglobinurie d'origine quinique peut être traitée par la quinine à la condition que le traitement soit continu et non intermittent.

Maladie de Heine-Médin. Paralysie unilatérale du facial et du vago-spinal avec signe de Babinski alterne. — MM. de Lavergne, Abel, Kissel et Lepoire rapportent l'observation d'une jeune fille de quinze ans qui présentait une paralysie des muscles de la face, du pharynx, de l'hémi-voile, de la corde vocale, du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien gauches, d'origine poliomyélitique.

L'atteinte des VIIe, IXe, Xe et XIe nerfs craniens du côté gauche s'accompagnait d'un signe de Babinski à droite.

Les auteurs rappellent les discussions qui ont eu lieu sur le mécanisme, périphérique ou médullaire, du signe de Babinski observé au cours de la poliomyélite, et font remarquer que, dans leur observation, il s'agissait d'un signe de Babinski vrai, d'origine pyramidale haute, puisque chez leur malade, l'intégrité de la moelle était certaine.

Le facteur constitutionnel dans la réceptivité à la diphtérie. Les familles à diphtérie. — M. Chr. Zœller étudie l'existence du facteur constitutionnel dans l'éclosion de la diphtérie. Ce facteur est défini par les récidives de diphtérie chez un même sujet et surtout chez des sujets vaccinés par la persistance d'une réaction de Schick positive ou par une atteinte de diphtérie. L'auteur cite des exemples de familles à diphtérie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 JUIN 1931)

Fracture des deux os de l'avant-bras. — M. Cadenat est d'avis que la suture des deux os est toujours nécessaire, à cause des déplacements secondaires qui sont à craindre ; il faut, d'autre part, commencer la synthèse par le cubitus.

Artériectomie après embolectomie. — M. Mathieu rapporte une observation de M. R. Bernard. Cet auteur avait fait une embolectomie de la fémorale superficielle, six heures après le début des accidents. Quatre mois après, il existait une rétraction ischémique du triceps sural avec des douleurs vives. M. R. B. réintervint et extirpa les vaisseaux fémoraux qui étaient noyés dans une gangue de tissu scléreux. Ténotomie du tendron d'Achille. Excellent résultat sur les douleurs et même sur les troubles cardiaques.

M. Grégoire dit que la suture de l'artère est peut-être plus grave en elle-même que l'extirpation du caillot.

M. Moure insiste sur la difficulté d'une bonne artériotomie et cependant sur sa nécessité.

Prurit vulvaire. — M. Wiart relate une observation de M. R. Bernard. Au cours d'une hystérectomie pour fibrome chez une malade atteinte depuis de nombreuses années de prurit vulvaire, on constate une infiltration du tissu cellulaire du petit bassin. Péritonisation difficile. Le prurit cessa le jour de l'opération et la plaie suppura quelques jours. L'étiologie inflammatoire de cette infiltration ne paraît pas douteuse.

M. Moulonguet a observé un cas analogue où une extirpation de salpingite entraîna la guérison du prurit vulvaire.

M. Labey fit une résection du plexus présacré, mais la récidive se produisit un an après.

M. Mauclaire observa une malade où le prurit ne guérit que par l'ablation de l'ovaire correspondant.

E. Brocq a vu une radiodermite importante à la suite d'un traitement radiothérapique.

M. Proust proteste en disant qu'il suffit de faire la radiothérapie avec beaucoup de prudence pour éviter la radiodermite.

Traitement du cancer du col utérin. — M. Robert Monod n'admet pas les conclusions de M. Leveuf, en particulier sur l'importance du ganglion principal voisin du nerf obturatenr. Avec la technique que celui-ci a préconisée, la mortalité est

trop élevée ; il a en effet accumulé les causes de gravité : pas de drainage, pas de curiethérapie préopératoire, curage ganglionnaire trop important. M. R. Monod a eu d'excellents résultats en utilisant la curiethérapie préopératoire qui désinfecte l'utérus et les paramètres.

Anévrisme cirsoïde du cuir chevelu. — M. Rocher (de Bordeaux) a opéré, en deux temps, un enfant de trois semaines : ligature de la carotide externe, puis extirpation de la tumeur. Guérison.

M. Martin pense que l'opération en un temps est possible, en incisant en dedans d'une rangée de ligatures à la soie.

Sympathectomie par méthode chimique. — M. Desplas a utilisé, à la suite des auteurs autrichiens, la sympathectomie par phénolisation. Les résultats paraissent plus réguliers et plus intenses qu'avec la méthode chirurgicale.

M. Leriche n'a jamais employé la méthode chimique.

M. Rocher a phénolisé les artères spermatiques d'un impuissant sans aucun résultat.

Pancréatite œdémateuse. — M. Okinczyc en a observé un cas typique, sans cytostéatonécrose.

M. Gimbellot a vu un cas analogue.

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1931)

Œdème aigu du pancréas. — M. Chifoliau apporte à la Société une observation où un drainage du pancréas fut suivi de guérison.

Tumeur pileuse de l'estomac. — M. Métivet montre des radiographies qui lui ont permis de faire le diagnostic avant l'intervention.

Appendicite aiguë. — M. Mocquot analyse la statistique de M. Matry (de Fontainebleau) qui se compose de 486 cas avec une mortalité globale de 7,6 p. 100. Du quatrième au huitième jour, la mortalité fut plus importante. Aussi l'auteur insiste-t-il sur la nécessité de l'opération précoce, dans les quarante-huit premières heures.

Luxations traumatiques irréductibles de la hanche. — M. Mathieu relate deux observations de M. Charrier. Il s'agit dans les deux cas, d'une luxation irrégulière avec fragments osseux détachés de l'os iliaque. L'auteur fut amené à intervenir dans les deux cas à cause de l'irréductibilité. L'articulation fut abordée par une longue incision antéro-externe.

Dans le premier cas, il extirpa un fragment d'os iliaque et une partie du bourrelet ; la réduction fut alors facile ; le résultat fonctionnel fut excellent.

Dans le deuxième cas, il a libéré la cavité cotyloïde du tissu fibreux qui le comblait, puis fait une butée osseuse pour maintenir la réduction ; très bon résultat.

M. Cunéo croit que l'incision en tabatière agrandie serait peut-être préférable, surtout si la tête est fixée très en arrière.

Traitement du cancer du col utérin. — M. Lenormant a opéré 86 cas, avec 31 p. 100 de mortalité globale ; celle-ci a d'ailleurs baissé peu à peu, et depuis 1925 s'est abaissée à 9 p. 100. Au point de vue ganglionnaire, M. L. croit que dans la pratique, le gros danger est bien plus dans le paramètre que dans les ganglions. Le drainage lui paraît nécessaire dans tous les cas ; il faut, en particulier, drainer le tissu cellulaire pelvien plus que le péritoine.

M. J.-L. Faure est d'accord avec M. Leveuf sur l'importance du ganglion du nerf obturateur. Mais il s'élève contre l'extirpation systématique des ganglions qui élève fortement la mortalité. De plus, il insiste sur l'emploi du drainage à la Mikulicz, qui diminue considérablement les risques de l'intervention.

Maladie de Stieda. — M. Fredet montre de fort belles radiographies et conclut qu'il s'agit du développement d'un ostéome.

Cardiospasme. — M. Delbet présente une malade qu'il a opérée par voie abdominale avec un excellent résultat.

Tuberculoses osseuses. — M. Delbet présente cinq malades traités par la méthode de Finikoff et guéris.

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1931)

A propos du traitement de M. Finikoff des tuberculoses chirurgicales. — M. Delbet rappelle que M. Finikoff n'a pas fait lui-même la totalité des traitements à l'hôpital maritaire de Berck. Il insiste de plus sur le fait que de nombreuses publications ont annoncé des succès.

M. Basset verse au débat une observation où cette thérapeutique amena une guérison qui se maintient depuis plusieurs années.

Contusion rénale. — M. Proust relate une observation de M. Y. Bourde (de Marseille), Le fait intéressant est qu'il existait un gros hématome rétropéritonéal avec une contracture intense de la paroi.

M. Alglave a vu une malade qui, à la suite d'une plaie médullaire, avait une contracture abdominale.

M. Duval rappelle que ce symptôme dans les plaies de la moelle est bien connu.

M. Cunéo a observé une malade qui avait un ventre de bois sans aucune lésion.

M. Hartmann rappelle qu'il a publié des observations d'hématomes derrière les muscles droits avec une contracture des plus nettes.

Infarctus segmentaire de l'intestin grêle. — Cette observation, analysée par M. Gosset, appartient à M. Petit-Dutaillis : la résection du segment atteint amena la guérison.

Coxite gonococcique grave. — Cette observation de M. Fruchaud (d'Angers) est rapportée par M. Mondor. Une résection fut faite six semaines après le début des accidents et la guérison survint en deux mois et demi.

Cancer du col utérin. — M. Gernez traite ses malades en trois temps : électro-coagulation du col, puis curiethérapie intravaginale, puis télécuriethérapie sur le pelvis.

M. Hartmann n'est pas partisan de l'emploi systématique de Mikulicz. Quant à la question du ganglion principal décrit par M. Leveuf, M. H. ne croit pas à son importance ; d'ailleurs, on a renoncé généralement aux grandes exérèses pelviennes. De plus, M. H. est d'avis que la curiethérapie, sans hystérectomie secondaire, donne un pourcentage de guérisons éloignées aussi bon qu'après l'opération de Wertheim.

M. Cunéo montre que la description de M. Leveuf de son ganglion principal ne permet de rattacher celui-ci à aucune nomenclature ancienne. Il est probable que l'envahissement ganglionnaire est très tardif et a beaucoup moins d'importance que celui du paramètre.

Correction des thorax en entonnoir. — M. Ombrédanne montre qu'il est des cas où la déformation est très accentuée, entraînant des troubles fonctionnels graves. Il a opéré trois malades par la technique suivante : sternotomie médiane ;

éversion de chaque moitié du sternum et fixation de celles-ci par des anses métalliques fixées sur un bâti métallique.

M. LENORMANT insiste sur la gravité des troubles respiratoires cardiaques chez les gibbeux.

Ulcères peptiques post-opératoires — M. Robert MONOD a opéré quatre cas : ceux où il a supprimé la gastro-entérostomie eurent des accidents graves (perforation).

Ostéotomie cunéiforme du fémur pour une fracture du col vicieusement consolidée. — M. ALGLAVE.

Résection des deux premières côtes pour apicolyse. — MM. PROUST et MAURER.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 15 MAI 1931)

Sur la technique de la gastrectomie. — M. PEUGNIEZ a fait sa première gastrectomie en 1893 et ses quatre premiers opérés ont guéri. La technique alors employée était la suture par points séparés à la soie plate, fine, avec l'aiguille de Reverdin ; l'estomac était suturé au duodénum. Actuellement, l'auteur fait des résections étendues avec suture du duodénum d'une part, de l'estomac d'autre part, et gastro-entérostomie.

Un cas d'associations dysmorphiques. — MM. DUFOURMENTEL et MASSART font un rapport sur un travail de M. HENRI-FISCHER (de Bordeaux). L'enfant, dont l'observation est complètement étudiée, présente des malformations de la face, du cou, du rachis et des membres avec une intelligence normale pour ses quatorze ans. Les auteurs montrent l'importance de la syphilis héréditaire dans la pathogénie des malformations et signalent sa présence presque constante si l'on interroge avec soin non seulement le passé du père et de la mère, mais aussi des grands-parents.

Hémophilie et muscle d'oiseau. — M. MILLET fait un rapport sur un travail de M. F. CLÉMENT (de Briey). A la suite d'une avulsion dentaire, un enfant de neuf ans, hémophile, fit une hémorragie qui ne fut arrêtée que par l'application d'un fragment de muscle de coq. Cette méthode, courante en neuro-chirurgie, a permis à l'auteur de juguler une hémorragie grave alors que les procédés classiques d'hémostase avaient échoué. Ce procédé semble être applicable à de nombreux cas de chirurgie courante.

De l'association de la chirurgie et de la protéinothérapie spécifique des cancers. — M. RUBENS-DUVAL. La protéinothérapie spécifique des cancers, fondée sur les réactions de l'organisme, utilise des globines extraites de tumeurs malignes. Bien mieux que les traitements par le radium ou par les rayons X, elle est le complément des interventions chirurgicales. La chirurgie et la radiothérapie sont des traitements locaux, destructeurs rapides, non spécifiques. La protéinothérapie est un traitement général, régulateur, de très longue durée et très exactement spécifique. Elle ne gêne point l'action chirurgicale ; mais, au contraire, elle la prépare et l'achève, ainsi que le prouvent les observations rapportées.

Tumeur carcinoïde de l'appendice. — M. LUQUET communique un cas de cette lésion rare qu'il a observé chez une femme de trente-sept ans, opérée pour une autre maladie et qui n'avait jamais présenté aucun signe pouvant attirer l'attention du côté de l'appendice. Ce fut purement une trouvaille opératoire.

Luxation ancienne du coude en arrière compliquée de fracture du condyle externe. — M. JUDET a opéré un enfant de neuf ans présentant depuis deux mois une luxation du coude en arrière ; le coude était ankylosé en extension et la radiographie montrait une fracture du condyle. Par la voie transolécranienne, l'auteur a pu remettre les os en place, y compris le condyle. Le coude fut immobilisé à 90° dans un appareil plâtré. Au bout de six mois, le coude a retrouvé de la mobilité.

Appendicite herniaire aiguë. — M. BRESSOT (de Constantine) communique l'observation suivante : symptomatologie identique à celle d'une hernie inguinale étranglée banale ; à l'opération, on trouve dans le sac herniaire du pus, un calcul stercoral et un volumineux appendice très altéré ; plaie laissée ouverte. Apparition au neuvième jour d'une fistule cæcale, fermée spontanément en un mois. Guérison.

Double hernie inguinale. Torsion de l'épiploon à droite. Opération. Guérison. — M. JUVARA (de Bucarest) communique l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans opéré par lui d'une hernie inguinale droite, étranglée depuis quatre jours. Observation rare pour deux raisons : 1° tumeur volumineuse, de dimension d'un gros œuf d'autruche, présentant une consistance d'ouate, volume et mollesse dus à une très abondante infiltration œdémateuse des tissus périsacculaires ; 2° le sac contenait seulement une longue frange épiploïque, tordue au niveau d'un mince pédicule et en état de momification, noire et dure comme du bois.

L'ouverture large du genou dans le traitement des lésions synoviales, capsulaires, ligamenteuses et méniscales. — M. Raphaël MASSART présente trois opérés qui marchent facilement et ont un genou solide et mobile. L'arthrotomie faite selon la technique de Putti a permis la mobilisation précoce. L'auteur insiste sur l'importance des soins post-opératoires au point de vue du résultat final et conseille de faire des arthrotomies larges si l'on veut traiter complètement les lésions articulaires.

Cancer primitif du vagin. — M. THÉVENARD présente la pièce opératoire d'un cancer primitif du vagin ayant envahi circulairement tout l'organe en avant du col utérin qni était resté indemne. Cette pièce comprend l'utérus et les annexes qui ont été enlevés par voie périnéo-abdominale. La tumeur est du type papillaire et présente une grande malignité : le pronostic éloigné doit donc être très réservé.

Corps étranger articulaire. — M. JUDET présente un corps étranger du genou extrait sous anesthésie locale par arthrotomie au niveau du cul-de-sac externe de la synoviale. Cette « souris articulaire » apparaissait par intermittences. La pièce purement cartilagineuse a 1 centimètre carré de surface, 4 millimètres d'épaisseur. Son origine paraît être en rapport avec une entorse violente subie six mois auparavant.

Chariot pour le transport des malades couchés dans leur lit. Fauteuil pour le transport des malades. — M. JUVARA (de Bucarest) présente ces instruments et montre leur utilité pour le transport des malades.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 JUIN 1931)

Sur un cas de méningite ascaridienne. — M. A. CHALLAMEL rapporte un cas de méningite ascaridienne confirmée par l'examen cyto-chimique du liquide céphalo-rachidien.

Les signes cliniques : fièvre, Kernig, parésie faciale et crise de névrite douloureuse des membres inférieurs pouvaient, associés à la formule cytologique, faire penser à un début de poliomyélite.

L'auteur attribue les symptômes à des troubles d'ordre toxique et insiste sur le fait que dans les cas graves d'helminthiase qu'il a observés, les vers étaient expulsés morts et macérés.

Il émet aussi l'hypothèse que l'infestation vermineuse pourrait imprimer aux symptômes observés un caractère de spécificité simulée due à la flore microbienne exaltée occasionnellement.

Enfin, il donne la préférence aux antihelmintiques qui permettent l'expulsion des parasites en vie.

L'extrait parathyroïdien en thérapeutique gastrique. — MM. Gaston Durand et Zana rapportent les résultats satisfaisants qu'ils ont obtenus avec les injections sous-cutanées d'extrait parathyroïdien (à l'exclusion de toute autre médication) dans le traitement de certains cas de dyspepsie de longue date, non ulcéreuse, où dominent les sensations quotidiennes de brûlure épigastrique ou gastro-œsophagienne. Rappelant les travaux déjà parus sur le traitement de l'ulcère par les injections d'extrait parathyroïdien et les rapprochant des cas particuliers qu'ils rapportent, les auteurs se gardent d'accorder une valeur absolue à la méthode encore à l'étude. Ils opposent seulement pour la série des malades traités par eux, la suppression assez rapide des troubles dyspeptiques par l'extrait parathyroïdien à l'inefficacité de tous les traitements employés antérieurement chez les mêmes malades.

Un nouveau sédatif cardio-vasculaire. Le valérianate de spartéine. — MM. Fernand Mercier et Léon J. Mercier, poursuivant leurs recherches sur les dérivés de la spartéine, présentent un nouveau sel préparé par eux : l'isovalérianate de spartéine, chez lequel les propriétés neuro-sédatives de la spartéine sont notablement augmentées par l'introduction de la molécule isovalérianique.

Ils publient un certain nombre d'observations montrant très nettement l'action favorable du valérianate de spartéine dans le traitement de toutes les algies cardiaques, pseudo-angors, angors, palpitations douloureuses, dans les troubles fonctionnels des affections cardiaques et cardio-vasculaires : tachycardie, arythmie extrasystolique ainsi que dans plusieurs cas d'hypertension spasmodique compliqués de réactions douloureuses et d'insomnie.

Les goitres exophtalmiques avec adénopathies cervicales. Leur traitement par la radiothérapie pénétrante. — M. Juster.

Les accidents de sensibilisation au cours du traitement insulinier, leur pathogénie. Déductions pratiques. — MM. A. Cade, Ph. Barral et J. Roux (de Lyon). Il peut exister des accidents anaphylactiques dus à l'insuline, et ce sont les insulines les moins purifiées qui donnent ces accidents. Toutefois, même les insulines très pures peuvent les provoquer.

Aussi, pratiquement, en cas de traitements prolongés sera-t-il nécessaire d'utiliser les insulines les mieux purifiées.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Dolichocolon. Clinique. Radiologie. Thérapeutique, par M. Chiray, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux ; A. Lomon, électro-radiologiste des hôpitaux ; R. Wahl, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique de la Faculté. Un vol. de 210 pages avec 26 radiographie hors texte. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF PHRÉNIQUE DROIT [1]

2° **Orifice supérieur du thorax.** — Le nerf passe dans un défilé entre :

— En arrière, versant antérieur du dôme pleural.

— En avant, veine sous-clavière, séparant de l'extrémité interne de la clavicule.

Il va recevoir l'anastomose du *nerf du sous-clavier* (importance chirurgicale).

Il est croisé à ce niveau par :

— L'*artère mammaire interne* naît de la sous-clavière le plus souvent en dedans du nerf, croise le nerf par en arrière, puis par en avant, étant successivement interne, postérieure, externe, puis antérieure à lui pour redevenir interne.

Naît parfois en dehors : elle croise alors seulement sa face antérieure.

Au moment du croisement elle donne l'*artère diaphragmatique supérieure*, satellite du nerf.

— La *veine mammaire interne* peut croiser également le nerf pour gagner la veine sous-clavière; elle reste le plus souvent en dedans et se jette dans le tronc innominé.

3° **Dans le médiastin antérieur.** — Le phrénique droit répond :

En dehors : à la plèvre médiastine dont il est satellite (méso du phrénique).

En avant : au plastron sterno-costal avec à sa face profonde :

— Tout en haut, vestiges thymiques.

— Cul-de-sac médiastino-costal antérieur, oblique en bas, en dedans jusqu'à la deuxième côte, vertical de deuxième à quatrième, de nouveau oblique de quatrième à sixième.

— Veines mammaires internes à 10-15 millimètres du sternum (points douloureux phréniques à l'extrémité interne des espaces).

En arrière : le phrénique croise le *pédicule pulmonaire droit* :

— Au-dessus du pédicule il répond aux ganglions prétrachéo-bronchiques droits.

— Au niveau du pédicule il répond surtout aux éléments antérieurs :

— Artère pulmonaire droite à la face antérieure de la bronche presque verticale.

— Veine pulmonaire supérieure accessoirement, elle est pré-bronchique et sous-artérielle.

— Au-dessous : le ligament triangulaire droit.

En dedans : le phrénique droit est satellite du cœur veineux. Il répond :

— A la face externe du tronc veineux brachio-céphalique, puis à la face antéro-externe de la *veine cave supérieure*.

— A la face externe de l'*oreillette droite*, dont il est séparé par les feuillets pleuraux.

— A la *veine cave inférieure* ayant en dehors d'elle le fort ligament phréno-péricardique droit.

Dans ce trajet il a croisé *le X droit* dans l'espace : le X, gagnant la face postérieure du pédicule pulmonaire après avoir croisé en dedans la crosse de l'azygos, lui devient postérieur alors qu'au cou il était sur un plan antérieur.

TERMINAISON

Le phrénique droit atteint le centre phrénique peu en dehors du trou quadrilatère et se divise à quelques millimètres du diaphragme en deux branches terminales.

Branches collatérales. — Plus importantes à droite qu'à gauche :

— Rameaux thymiques.

— Rameaux péricardiques (face antérieure du péricarde).

— Rameaux pleuraux. — Quelques-uns pour la face antérieure du dôme pleural.

— Nombreux rameaux médiastinaux.

— Plexus sous-pleural pour plèvre diaphragmatique (point xyphoïdien de la névralgie phrénique).

Branches terminales. — 1° **Branche antérieure** donne : *a.* rameaux diaphragmatiques (faisceaux costaux antérieurs et xyphoïdiens);

b. Rameau anastomotique pré-péricardique avec phrénique opposé;

c. Rameaux perforants : sortent du thorax entre les faisceaux costaux et xyphoïdiens du diaphragme avec la branche abdominale de la mammaire interne; innervent le péritoine sous-diaphragmatique et le péritoine pariétal antérieur jusqu'à l'ombilic, le ligament suspenseur.

2° **Branche postérieure.** — Le plus souvent satellite de la veine cave inférieure : elle donne :

— *a.* Rameau pour la veine cave (récurrent).

— *b.* Deux terminales :

1° **Branche postérieure** pour le pilier droit.

2° **Branche antérieure** s'anastomose avec sympathique, nerfs intercostaux : XII, XI, X, constituant le *plexus sous-diaphragmatique : un ganglion* constant à droite, au voisinage de la veine cave.

Ce plexus donne des filets :

— Au péritoine sous-diaphragmatique postérieur (piliers);

— A la surrénale droite;

— Au ganglion semi-lunaire droit, l'abordant par sa concavité.

Anastomoses. — Au cou : très rares (X ou anse du XII).

2° Dans le thorax : *a.* avec *nerf du sous-clavier* : constante, au voisinage du croisement des vaisseaux mammaires, d'où manœuvre de l'arrachement du phrénique dans la phrénicectomie pour éviter la suppléance;

b. Avec le phrénique gauche : anastomose pré-péricardique.

3° Des branches : avec le sympathique abdominal,

— Avec les intercostaux des derniers espaces.

Origines réelles. — Segment médullaire de C^3 à C^6 pour les fibres motrices, ganglions rachidiens C^3 à C^6 pour les fibres sensitives.

Déductions chirurgicales. — La *phrénicectomie*, indiquée surtout dans les lésions de la base, si fréquentes au poumon droit, comportera donc :

1. **Incision.** — Transversale, sus-claviculaire, mordant sur le bord postérieur du sterno.

2. **Repères.** — Le tendon de l'*omo-hyoïdien*, puis le *scalène antérieur*, dont on n'incisera la gaine qu'après avoir vu le nerf par transparence, de peur de le récliner avec l'aponévrose.

3. **Section.** — Elle ne sera efficace que si on lui ajoute l'*arrachement-enroulement*, étant donné la constance de l'anastomose du nerf du sous-clavier et la possibilité de phréniques accessoires.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 60, p. 1162.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 63. — SAMEDI 8 AOUT 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 8 AOUT 1931. — N° 63.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Idées anciennes et idées modernes sur la constitution des tuberculeux (avec 4 fig.), par M. Louis Corman.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de biologie.
Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Spécialités et médecine générale, par M. Foveau de Courmelles.
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — Bordeaux. — M. Leuret, professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur d'hygiène à ladite Faculté, en remplacement de M. Auché, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Lyon. — M. Manceau, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de matière médicale et botanique à ladite Faculté, en remplacement de M. Bretin, décédé.

Union internationale contre la tuberculose. — La réunion annuelle du Conseil de direction de l'Union internationale contre la tuberculose, dont le président actuel est le professeur Frölich (Norvège), a eu lieu à Paris, le jeudi 9 juillet; dix-sept pays s'étaient fait représenter. A 10 heures du matin, une séance administrative réunissait les membres du Conseil au siège de l'Union, 2, avenue Vélasquez, Paris. La date de la prochaine conférence de l'Union internationale, qui doit avoir lieu à La Haye, a été fixée du 6 au 9 septembre 1932, et les trois questions suivantes, choisies sur une liste de sujets proposés par les divers pays membres de l'Union, ont été inscrites à l'ordre du jour :

Question biologique : *Relations entre l'allergie et l'immunité*, le rapporteur sera désigné ultérieurement.

Question clinique : *La chrysothérapie*, rapporteur : professeur Sayé (Barcelone).

Question sociale : *L'assistance post-sanatoriale*, rapporteur : docteur B.-H. Vos (Hellendoorn).

Suivant le précédent adopté à la Conférence d'Oslo, on désignera pour chaque question, à côté du rapporteur principal, dix corapporteurs choisis dans différents pays.

La séance scientifique a eu lieu dans les nouveaux laboratoires de la tuberculose, à l'Institut Pasteur, que les membres du Conseil ont visités sous la conduite du professeur Calmette. La séance a été consacrée au rapport du docteur Soper (Etats-Unis) sur : *Un plan standard de lutte antituberculeuse* : en l'absence du docteur Soper, ce rapport a été présenté par le professeur Opie (Etats-Unis). Ensuite, le professeur Valtis (Grèce) a exposé les étapes de la lutte antituberculeuse dans son pays. Ces deux rapports ont été suivis d'une discussion à laquelle ont pris part le professeur Léon Bernard, secrétaire général de l'Union, le professeur Knud Faber (Danemark), le colonel Rudzki (Pologne), etc.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Clinique obstétricale Baudelocque. (Professeur : M. A. Couvelaire.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale.* — Cours d'une durée de deux semaines, du lundi 31 août au samedi 12 septembre, sous la direction de M. Lacomme, accoucheur des hôpitaux, et de M. Digonnet, chef de clinique, avec la collaboration de M. Ravina, accoucheur des hôpitaux, de MM. Powilewicz, Seguy, Sureau, anciens chefs de clinique; Mme Anchel-Bach, chef de clinique; François, chef de clinique adjoint; M. Laennec, aide de clinique à la Maternité; MM. Merger, Mayer, internes des hôpitaux.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers, il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 14 h. 1/2. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de Clinique, à la Clinique Baudelocque.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SPÉCIALITÉS ET MÉDECINE GÉNÉRALE

J'ai déjà parlé dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1929, de la question des spécialistes et des praticiens, comme s'il devait y avoir entre eux quelque différence — même dans l'opinion générale. Voici que le *Journal de radiologie et d'électrologie* (juin 1931) rappelle la question posée par l'Assemblée générale annuelle du 23 novembre 1930, du Syndicat général des médecins français électrologistes : « Un spécialiste a-t-il le droit de faire de la médecine générale, même accidentellement? »

Je suis très à l'aise pour en parler, puisque depuis plus de quarante ans je suis localisé et strictement à l'électricité, et je ne suis membre d'aucun syndicat spécialisé, car je trouve là une division de nos forces médicales qui devraient être concentrées en un syndicat médical unique. Qu'on ne dise pas cela impossible, la Confédération des travailleurs intellectuels, C. T. I., n'a-t-elle pas réalisé ce tour de force d'unir toutes les carrières libérales, de faire étudier problèmes et litiges par les sections, de les écouter et de les défendre? Présidée par le professeur Sainte-Lagüe, assisté de Dumanois et Dablincourt, la C. T. I. a souvent entendu les docteurs X. Colanéri, Séjournet, Friteau, moi-même, sur nos intérêts appuyés ensuite par ses 200.000 membres. Il serait donc plus facile de réunir praticiens et spécialistes médicaux en un groupement unique et plus fort.

Revenons à la question posée par quelques membres du Syndicat des électro-radiologistes et aux difficultés qu'à mon sens il soulève. Comment limiter le domaine du spécialiste? N'a-t-on pas, et n'y veut-on revenir, divisé notre art « en médecine et en chirurgie », faire deux doctorats, rénovation d'un proche passé, j'en ai connu de ces bi-docteurs; on passait les deux doctorats, on ferait de même à nouveau.

Le public se raille de ces subtilités. Et Coquelin Cadet, en 1900, disait que les patients devaient faire leur diagnostic pour savoir s'ils devaient consulter le spécialiste du poumon droit ou gauche, de l'œil ou de la jambe de tel côté. Pour exagérées qu'étaient ces affirmations il y avait du vrai. Y veut-on revenir? L'électro-radiologiste qui se respecte doit bien faire tout d'abord son diagnostic, *rester médecin*. Seuls, ses moyens de traitement diffèrent; doit-il ignorer, à part ses radiations et courants multiples, tout médicament, toute méthode, autres?

Ne peut-il adjoindre à ses procédés d'autres efficaces et non électriques, pour guérir plus vite son patient? Doit-il refuser ses soins à ses malades de la première heure quand il ne s'était pas encore spécialisé et qui lui ont gardé leur confiance. Se spécialiser un peu tard, n'est-ce pas garder ses connaissances médicales si nécessaires? Tout cela a été dit par quelques radiologues et non des moindres, au Syndicat des électro-radiologistes. Tout cela doit être répété, car il est trop de... divisions — dans tous les ordres d'idées — chez les médecins qui tous ou presque se veulent spécialiser et dès leur début.

La question se pose légalement, il est vrai, les tribunaux voulant faire varier les honoraires pour de mêmes examens ou traitements selon qu'ils sont faits par des spécialistes ou des praticiens. En électro-radiologie, sorte d'industrialisation médicale avec aides, infirmières, secrétaires (1), certes, le problème importe, car que de matériel, de capitaux, de loyers et de patente, d'attente des clients, a le *vrai spécialiste*, alors que tout praticien avec un appareil simple de rayons X peut attirer la clientèle facilement (certains prospectus de constructeurs le prouvent et l'illustrent), l'imposer à ses clients de médecine générale, prêter à des abus. Et cependant, qu'est la radiologie sans la clinique?...

On voit que le problème est complexe, difficile à résoudre, à délimiter. Peut-on être universel? En certains pays, loin de centres, le praticien peut-il, doit-il, cumuler?

Avant la guerre, la question ne s'étant pas posée, les médecins ayant une meilleure presse qu'à l'heure présente, certains juges avaient qualifié actes de spécialistes certaines applications spécialisées même faites par des praticiens outillés en conséquence. Dans mon *Année Electrique* de 1901 à 1914, j'en ai cité des jugements.

Les lois nouvelles, accidents du travail, les assurances sociales, posent des questions de tarifs.

Le spécialiste devra sans doute forcément être affilié aux Syndicats *ad hoc*. Certes, ceux-ci ne manquent pas. Par ces temps de cotisations chères, celui qui préfère les intérêts généraux (qui en somme comprennent les siens) ne sera donc pas considéré comme spécialiste, parce que n'ayant pas voulu cumuler les cotisations, et surtout en réalité, je le répète, aider à l'émiettement des forces médicales.

Mais le problème reste pendant. Un mouvement de stricte limitation se dessine! « Un praticien ne doit pas empiéter sur la spécialité ». Tout spécialiste doit appartenir à la chapelle, pardon, au Syndicat *ad hoc*. » Je ne résous pas les questions. A mon âge, en ma quarante-quatrième année de pratique, dont plus de quarante en une spécialité, bien mal vue à mes débuts, où je puis dire « avoir essuyé bien des plâtres », je me borne à soulever des problèmes plutôt qu'à les résoudre. Peut-être ne semblerai-je pas, allant plus loin, « être à la page », et cela c'est un brevet de nullité, ou de mort?... par anticipation!

On parle « phlétore médicale », mes articles fréquents du *Journal des Praticiens* m'ont valu maintes lettres où beaucoup de nos confrères ne croient qu'à notre mauvaise répartition, en spécialités ou en villes tentaculaires.

Le praticien fut longtemps l'ami de ses clients, il l'est souvent encore, alors que le spécialiste les voit peu et par hasard — celui-ci est privé des joies morales — je me souviens de mes débuts... lointains — des satisfactions intimes à recevoir l'accueil de patients, de leurs familles, où tous les visages s'éclairent à son arrivée, voient en lui le sauveur... Rien ne remplace cela!... FOVEAU DE COURMELLES.

(1) Ceci pose même la question, passionnante pour le grand public plus qu'on ne le croit, du secret médical. En leur récent livre, *Le Secret professionnel et la médecine de demain*, les docteurs Georges Boyé et Marcel Durand y songent. Existe-t-il un secret pour les aides?

Chirurgie du rectum, par Henri HARTMANN, professeur de clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Un volume de 400 pages avec 161 figures. — Prix : 75 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

IDÉES ANCIENNES ET IDÉES MODERNES SUR LA CONSTITUTION DES TUBERCULEUX

Par M. Louis CORMAN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Préambule. — Le problème des « facteurs de terrain dans l'infection tuberculeuse » qui fit récemment encore l'objet d'un rapport du professeur Sergent (1) n'a jamais reçu de solution définitive, — et, sur l'importance qu'il faut attribuer à ces facteurs dans l'étiologie de la tuberculose, les médecins restent divisés.

Pour les uns, le bacille de Koch est l'unique responsable : son introduction dans les voies aériennes ou digestives provoque la maladie, et la gravité de celle-ci est fonction de la virulence et du nombre des germes inhalés ou ingérés. Tous les hommes sont, à l'origine, d'une égale réceptivité, et la résistance de certains dépend uniquement de l'immunité que *détermine en eux* une infection pauci-bacillaire. La prétendue prédisposition héréditaire n'est qu'une prédisposition familiale liée à la contagion. Et, si la prophylaxie antimicrobienne était bien conduite, on verrait disparaître la maladie.

Pour les autres, le bacille étant répandu à peu près partout, la non-résistance du terrain à ses attaques est le seul facteur important de la maladie. Comme l'ont montré les enquêtes biologiques (cuti-réaction), tous les hommes sont contaminés, mais un petit nombre d'entre eux seulement sont malades. L'immunité à la tuberculose est essentiellement une immunité *active* qui dépend beaucoup moins des qualités de l'agent pathogène que de la résistance native du sujet. La prédisposition familiale est due à l'hérédité de terrain. Et la lutte contre le microbe est impuissante si on ne parvient pas à rendre la constitution réfractaire à la maladie.

L'une et l'autre doctrine s'appuient sur un nombre important de faits. Cependant la plupart des auteurs acceptent aujourd'hui une doctrine mixte, qui tient compte de la résistance du terrain d'une part, de la virulence et du nombre des bacilles d'autre part. Et l'on admet, avec le professeur Sergent dans le rapport précité, que le rôle du terrain se marque par la diversité des atteintes morbides, depuis celles qui créent entre l'homme et le bacille cette sorte de symbiose d'où résulte l'immunité, jusqu'à celles qui réalisent, par la multiplication et la diffusion des germes, des lésions ulcéro-caséeuses ou granuliques rapidement mortelles.

Selon les auteurs de cette doctrine mixte, si l'on veut étudier avec fruit la constitution des tuberculeux pulmonaires et établir l'existence de terrains prédisposés ou réfractaires, il faut s'attacher à sérier les cas que l'on examine, au lieu de les prendre en bloc, — et diriger son attention, d'une part, sur les cas graves de la maladie, d'autre part sur les cas où la tuberculisation se réduit à cette symbiose immunisante dont nous venons de parler. L'on obtient ainsi deux groupes de cas, les uns hautement prédisposés, les autres pratiquement réfractaires. Puis on passe à l'étude plus difficile des cas intermédiaires.

C'est ainsi que nous allons procéder dans cette revue des opinions anciennes et des opinions modernes sur la constitution des tuberculeux. Prenant pour base et point de départ les opinions anciennes, nous allons montrer comment la typologie moderne les a remises à l'ordre du jour de ses études.

Les facteurs de terrain sont de deux ordres :

Les uns sont des facteurs permanents; ils se résument dans la constitution que l'individu apporte en naissant et qu'il tient de sa lignée héréditaire.

Les autres sont des facteurs occasionnels, accidentels, qui n'agissent que pendant une courte période de la vie de l'individu.

C'est sur ces derniers que l'on insiste le plus habituellement lorsqu'on met en évidence le rôle des carences alimentaires, des locaux insalubres, des maladies anergisantes, des étapes de la vie génitale chez la femme, etc.

C'est au contraire le facteur constitutionnel que nous voulons étudier ici, facteur que les divers incidents de la vie ne modifient que dans une faible mesure [1].

Il est diverses manières d'étudier ce facteur constitutionnel. Les uns se sont attachés à l'étude du chimisme sanguin et ont mis en évidence les troubles de la calcémie, de la cholestérinémie, etc.

Les autres ont montré l'importance des méiopragies viscérales, en particulier celle du foie.

Mais ces recherches partielles, pour estimables que soient leurs résultats, sont cependant incapables de donner de la constitution une idée d'ensemble.

Nous croyons, par contre, que la *clinique morphologique* qui fonde son diagnostic sur l'aspect extérieur, peut donner d'un type humain une vue synthétique et complète.

Aussi notre exposé sera-t-il dirigé dans ce sens.

Trois parties à cette étude :

I. Les faits.
II. Leur interprétation.
III. Leur importance.

I. **Les faits.** — Une remarque est nécessaire avant tout exposé des faits. Elle concerne le sens exact qu'il faut donner au mot *phtisicus* employé par les anciens et par les modernes.

Les connaissances antiques sur le type de constitution fréquemment rencontré chez les tuberculeux pulmonaires ont été en effet condensées dans la notion de l'*habitus phtisicus*. Cette dénomination fut créée à une époque où le mot phtisie n'avait pas

---

(1) Il ne faut pas croire cependant que la constitution native soit fixe et immuable : d'une part elle se modifie spontanément au cours de la croissance, d'autre part, les actions de l'ambiance la font varier aussi. Mais elle est cependant un élément stable en comparaison des facteurs occasionnels du terrain. L'importance de cette notion sera bien vue lorsque nous essaierons d'interpréter les faits exposés.

le sens qu'on lui donne aujourd'hui. Pour Hippocrate et les médecins de son temps, φθισις signifie « consomption », et « phtisie pulmonaire » désigne toutes les affections pulmonaires consomptives accompagnées de fièvre et de suppuration. Il y a donc une phtisie tuberculeuse, qui ne forme qu'une partie de la tuberculose pulmonaire d'aujourd'hui : les formes ulcéro-caséeuses évolutives, — et une phtisie non tuberculeuse, comprenant les abcès du poumon, la dilatation des bronches, etc.

L'habitus phtisicus décrit par les anciens ne correspond donc qu'à une partie de *nos* phtisiques, et, d'autre part, il caractérise aussi d'autres malades du poumon; ces derniers sont évidemment en petit nombre en comparaison des premiers. Il n'en était pas moins utile de rappeler cette confusion d'états morbides différents sous le même terme car il en résulte que la connaissance de l'habitus phtisicus ne peut servir au diagnostic différentiel de ces états.

Nous allons exposer les caractères de l'habitus phtisicus en renouvelant les descriptions anciennes selon la méthode de l'Ecole de Sigaud [voir Thooris (2)].

C'est-à-dire que nous irons en premier lieu chercher dans la *construction* de l'individu, dans le plan architectural de sa charpente osseuse les caractères morphologiques les plus stables, ceux qui, à l'achèvement de la croissance, se fixent d'une manière durable, sinon définitive. En second lieu, nous envisagerons le *modelé* des revêtements, qui constitue un caractère plus variable que les précédents. En troisième lieu, nous examinerons la *peau* et les phanères, notamment le *système pileux*.

Procédant de l'ensemble aux parties, nous étudierons d'abord le corps humain dans son entier A, puis dans ses détails B.

L'HABITUS PHTISICUS — A. *Les caractères généraux.* — *a.* Ce type morphologique est *construit* en longueur; il est en effet de haute taille relativement à sa largeur. Sa charpente osseuse est grêle. Son tronc est aplati d'avant en arrière; sa tête et ses membres sont aplatis latéralement.

Sa corpulence et son poids sont faibles (1). L'indice de Pignet (taille-poids-tour de poitrine) indique une faible robusticité.

Ce type de constitution produit en effet une impression de fragilité. Il ne se tient pas droit, mais se « laisse aller », avec une nonchalance qui n'est pas toujours dépourvue de grâce.

Tous les auteurs sont d'accord sur ces caractères.

— Selon Hippocrate et Aretée (3), il est long, mince et de cou grêle. De même Landouzy (4).

— Les homœopathes le décrivent tel dans leur type oxygénoïde (Grauvogl) et surtout dans leur type phosphorique [Léon Vannier (5)].

— Giovanni (6), morphologiste italien, en donne un portrait analogue dans sa première combinaison morphologique.

— Viola (7), élève du précédent, qualifie ce type de longitype microsplanchnique.

— En Allemagne, Stiller donne les mêmes caractères à son « habitus asthénique ». Les études de Bauer (8) mettent en évidence la fréquence de la

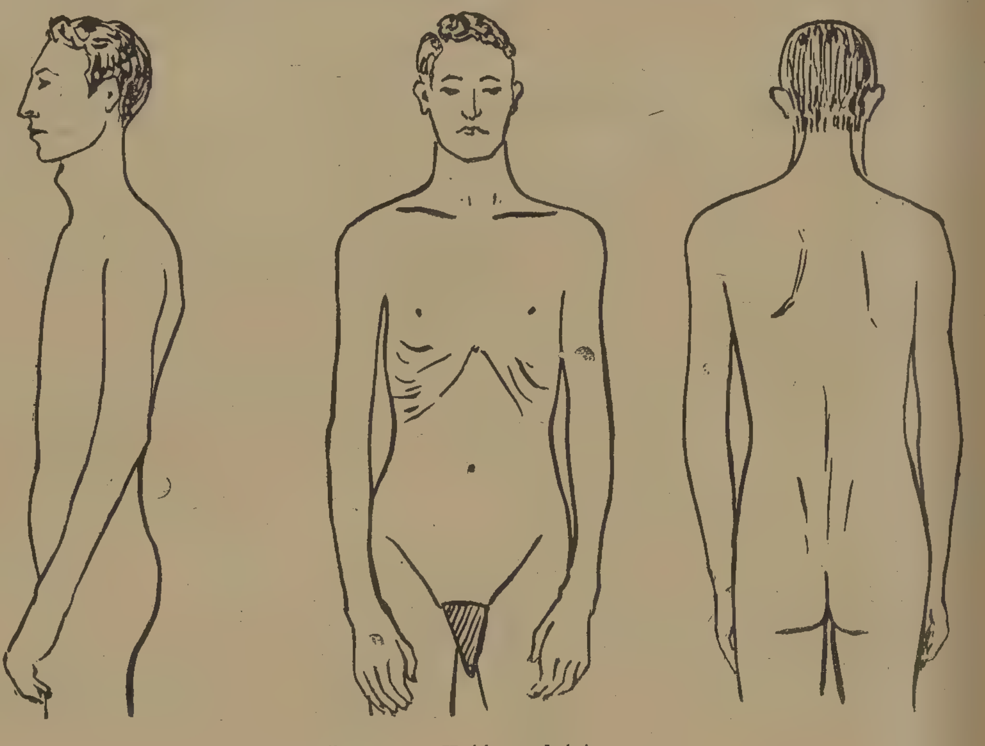


FIG. 1. — *Habitus phtisicus.*

tuberculose chez ce type asthénique, et après lui Henckel (9), tandis que le psychiâtre Kretschmer (10) établit les rapports de cette constitution avec la schizophrénie (1). Ce dernier auteur propose la dénomination de *leptosome*, qui consacre les traits structuraux de ce type (λεπτος = long; σωμα = corps).

— Bounak (11) de Moscou, le qualifie de dolichomorphe.

— A. Jacquelin (12), dans une étude récente de la question, fait siennes les idées des auteurs précédents.

b. Les parties molles soulignent ce type de construction. Leur *modelé* est *plat*, l'aplatissement de la forme étant surtout accentué au niveau du thorax.

L'embonpoint est médiocre : la graisse d'enveloppe n'est cependant pas absente. Aussi n'observe-t-on pas chez ce type le relief « nerveux » des muscles, la « sécheresse » des chairs que l'on voit

(1) Poids mesuré, bien entendu, avant la maladie ou tout au début de celle-ci. Tous les autres indices doivent être également évalués dans ces conditions, afin d'éliminer les facteurs particuliers dus à l'état cachectique.

(1) L'on connaît d'autre part les très intimes rapports entre la tuberculose pulmonaire et la démence précoce (schizophrénie).

chez d'autres « plats », du type neuro-arthritique maigre, aptes aux scléroses.

c. On lit dans Hippocrate cette phrase remarquable :

« Celui qui veut guérir de la phtisie a tout avantage à ne pas présenter de maigreur. Sa poitrine doit être carrée et *velue*; le cartilage xiphoïde doit être recouvert d'une *peau épaisse*. Qui présente ces caractères a les plus grandes chances d'en revenir. Qui, au contraire, n'a aucun de ces indices meurt rapidement. »

Dans cette citation, il est fait allusion aux particularités de la peau et des phanères. Celles-ci ont une grande importance.

Le type phtisicus a, en effet, une peau fine et délicate, de couleur pâle, qui laisse transparaître les lacis veineux sous-jacents

L'appareil pileux primaire (cheveux, cils, sourcils) est bien développé, de texture douce et soyeuse. Quant à l'appareil pileux secondaire, qui se développe normalement — en parallélisme avec les fonctions sexuelles — pendant la dernière étape de la croissance (de douze à vingt-cinq ans), il est chez ce type, fort insuffisant. Cette insuffisance est surtout manifeste chez l'homme du type phtisicus dont la peau est glabre, particulièrement à la face antérieure du tronc là où nous trouvons, au contraire, chez d'autres types (cf. plus loin) des poils très abondants.

Selon certains auteurs [Hippocrate, Landouzy, Delpeuch (13)], il faudrait accorder une grande importance à la couleur rousse ou rouge de tout ou partie des poils (érythrisme généralisé ou partiel).

Par sa gracilité et son développement pileux insuffisant, ce type de constitution semble bien entaché d'infantilisme.

Lorain considérait, pour sa part, que les « infantiles » décrits par lui étaient souvent voués à la phtisie.

Mais, s'ils sont de développement insuffisant, les sujets de ce type ne présentent cependant que rarement des difformités. Le docteur Aubertin (14) est revenu sur ce point dans une vaste enquête sur les rapports de la tuberculose avec les malformations congénitales et les dystrophies acquises, enquête dont il conclut que la tuberculose ne touche qu'exceptionnellement les organes dystrophiés.

B. *Les caractères particuliers.* — Dans le détail, la structure de ce type offre des particularités intéressantes.

Comparativement aux membres, le tronc semble souvent peu développé (microsplanchnique de Viola), mais surtout il y a, entre la moitié supérieure et la moitié inférieure du corps, une dissociation bien vue par Giovanni : le thorax est, en effet, de plus grande surface que le ventre et porte des membres supérieurs longs, de muscles grêles; au contraire, le bassin est souvent plus massif et les membres inférieurs, qui s'y attachent, ont une musculature meilleure que leurs homologues.

Les particularités les plus importantes s'observent au *thorax* (a) et au *visage* (b).

a. Le *thorax* de l'habitus phtisicus est long, étroit par rapport à sa longueur, et aplati d'avant en arrière,

Laennec avait signalé ce rétrécissement général de la poitrine et il se demandait si c'était un effet ou une cause de la phtisie. Woillez, par la cystométrie, le met en évidence. Truc (15) décrit deux formes de thorax, dont la plus habituelle est le type conoïde aplati à base supérieure. Cette forme est celle qui caractérise le type respiratoire plat de Claude Sigaud (16). Mais il est rare que le tuberculeux réalise les formes harmonieuses des types respiratoires heureusement évolués; le plus souvent le dos est légèrement voûté, tandis que la poitrine se creuse en avant (attitude « asthénique » de Bauer et de Kretschmer). Enfin, comme dans tous les thorax de sujets longitypes, les dernières côtes sont fortement obliques et l'angle de Charpy est aigu, inférieur à 60 degrés selon Charpy et selon Truc.



Fig. 2. — *H. phtisicus* (diagramme).

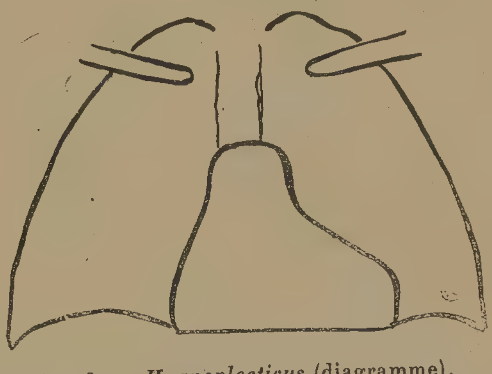


Fig. 3. — *H. apoplecticus* (diagramme).

Tous ces caractères se constatent par le seul examen morphologique. Quelques-uns d'entre eux sont rendus plus objectifs par l'examen aux rayons X. Rien n'est plus net — nous le montrerons par un schéma (fig. 2 et 3) — que l'opposition de cette forme de thorax avec celle courte et ramassée du type de constitution opposé : l'habitus apoplecticus (voir plus loin) dont « la poitrine est carrée... »

D'autres caractères, à la fois morphologiques et physiologiques, sont importants à noter. Ce sont ceux que l'on tire de l'examen anatomique et fonctionnel du cœur. La plupart des auteurs ont signalé le trop faible développement du cœur comparé à celui du corps et des membres (Rokitansky, Benecke, Brehmer, Giovanni, etc.). Cette insuffisance est corrélative d'un état hyposphyxique constitutionnel avec microsphygmie et hypotension artérielle. Marfan a signalé le premier l'importance de cette dernière et

il pense qu'elle préexiste à la maladie puisqu'on la constate dès le début de celle-ci. Sur les radiogrammes, le cœur est allongé « en goutte ».

b. Le *visage* offre un ensemble de caractères dérivés des précédents. Il est allongé; ses lignes sont gracieuses et douces (facies amabilis d'Hippocrate); pas de ces lignes carrées et vigoureuses des visages terriens; aucune dysharmonie; aucune asymétrie. La peau est fine et délicate, d'une blancheur rosée.

Chez l'homme, la barbe est peu développée.

Les cheveux sont abondants et doux, la calvitie exceptionnelle.

Les cils sont longs et soyeux, comme chez l'enfant.

Le nez est souvent long, étroit et saillant sur le plan du visage (nez du type respiratoire plat de Sigaud, du type asthénique des Allemands).

Cet habitus phtisicus se rencontre surtout chez l'adolescent et chez l'adulte jeune, soit de dix-huit à trente-cinq ans dans les deux sexes. C'est, on le sait depuis Hippocrate, l'âge le plus dangereux pour la phtisie. Et il est très important de signaler, avec la rareté de l'habitus phtisicus après trente-cinq ans, l'évolution fréquente de la phtisie vers la sclérose à cet âge.

L'HABITUS APOPLECTICUS. — Voilà un premier groupe de faits que nous pouvons résumer en disant que « la tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse d'évolution rapide se rencontre avec une fréquence particulière chez le type de constitution décrit ».

Par contre, elle se montre très rare chez un autre type de constitution que l'on a, à toutes les époques,

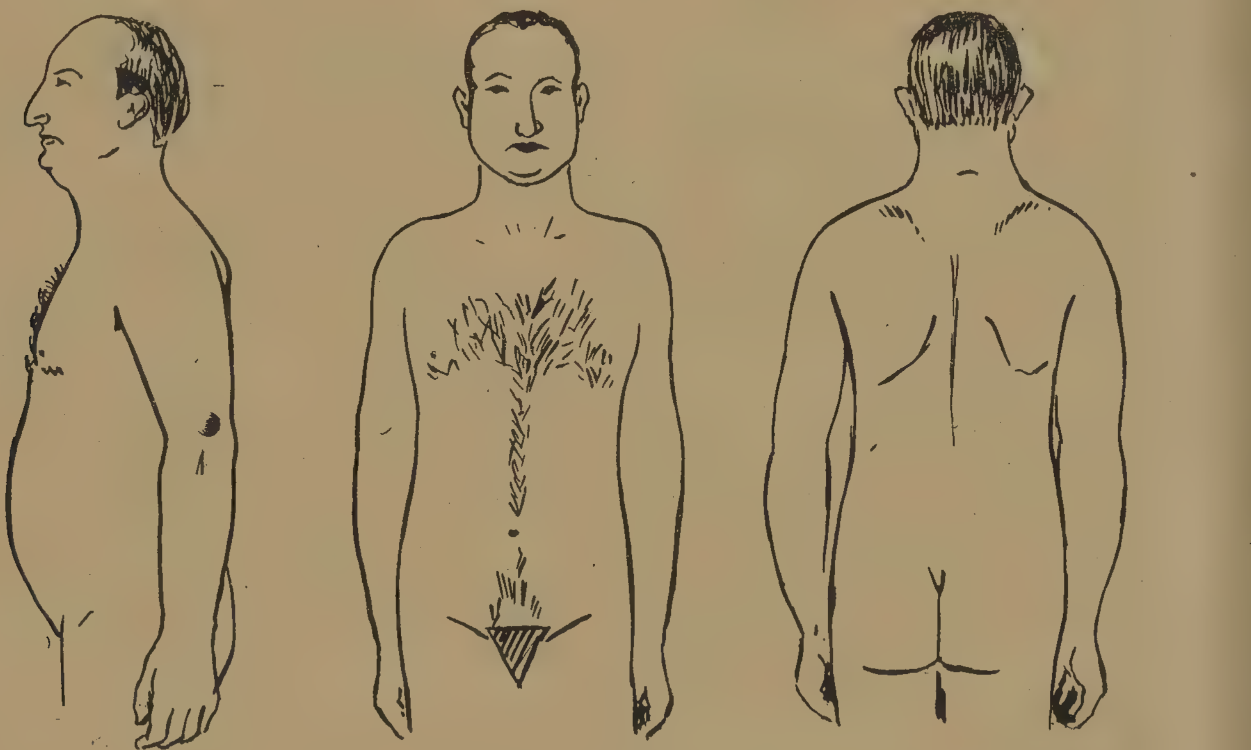


FIG. 4. — *Habitus apoplecticus.*

opposé au précédent. C'est l'habitus apoplecticus ou tempérament sanguin des anciens, décrit à nouveau par les modernes sous des noms divers.

Nous allons dire rapidement ses principaux traits constitutifs dont l'opposition avec ceux du phtisicus fera mieux ressortir le type de ce dernier.

Le type sanguin est massif, épais, de carrure large et de taille moyenne ou légèrement au-dessus. Son tronc est volumineux (brévitype mégalosplanchnique de Viola), ses membres un peu courts, mais musclés et robustes. La corpulence est forte (picknicus de Kretschmer, fort de Sigaud) et l'indice de Pignet est chez lui voisin de o.

La peau est épaisse, de teinte rougeâtre, doublée au tronc d'une graisse abondante.

La distribution des poils est très différente de ce qu'elle est chez le phtisicus, particulièrement chez l'homme où ce type sanguin est fréquent. La calvitie est habituelle, c'est une calvitie régulière, débutant par le sommet du front. Par contre, la barbe est abondante, et l'appareil pileux secondaire apparaît précocement, couvrant en particulier la poitrine d'une toison abondante.

Le thorax est « carré » (Hippocrate), du type bréviligne; l'angle de Charpy est ouvert.

Le cœur est puissant, la circulation très active et la tension artérielle s'élève habituellement au-dessus de la normale.

Sur les radios, le cœur, très développé dans ses cavités gauches, apparaît sous la forme d'un « sabot ».

La tête est forte et arrondie, portée par une nuque puissante. Le visage est plein, « bien en chair »; le nez est gros et « lourd ».

Particulièrement prédisposé à certaines affections diathésiques du groupe de l'arthritisme gras (goutte, obésité, gravelle...), ce type de constitution est exposé aussi aux accidents cardio-artériels de la cinquantaine (insuffisance ventriculaire gauche, hémorragie cérébrale).

Comme nous l'avons vu, il s'oppose trait pour trait à l'habitus phtisicus.

Autres types de constitution. — Il s'en faut cependant de beaucoup que le problème de la constitution des tuberculeux ait cette simplicité schématique.

Laennec, qui avait observé quelques-uns des traits constitutifs exposés ci-dessus, signalait déjà que les sujets porteurs de ces caractères ne sont qu'une partie des phtisiques.

Villemin remarquait, de son côté, que la tuberculose était fréquente chez les « beaux hommes de l'armée ».

Plus près de nous, certains phtisiologues observent parmi les tuberculeux un tel polymorphisme de constitution qu'ils se refusent à admettre qu'aucun tempérament soit prédisposé ou réfractaire à la maladie.

On peut leur objecter qu'il est difficile de trancher la question sans une étude systématique. A notre connaissance, aucune documentation importante n'a jusqu'ici été recueillie où l'on ait groupé les cas observés en une série de types de gravité variable, en mettant en parallèle leurs traits constitutifs, évalués par la mesure, la photographie, le dessin et la description des caractères morpho-physiologiques.

Une telle documentation apporterait sans doute une solution au problème qui nous occupe.

Le professeur italien Pende, surtout connu pour ses travaux de biotypologie fondée sur l'endocrinologie, a tenté un essai de ce genre (17).

Prenant pour point de départ le caractère architectural essentiel qui oppose les types humains extrêmes : ceux de structure longitypique et ceux de structure brévitypique, il remarque tout d'abord que l'habitus phtisicus appartient au groupe des longitypes, et l'habitus apoplecticus à celui des brévitypes. Sur ces deux types, pas de discussion.

Mais, ajoute cet auteur, d'une part, tous les longitypes ne sont pas, comme le phtisicus, également prédisposés à la tuberculose pulmonaire ; et d'autre part, tous les brévitypes ne s'y montrent pas réfractaires à l'égal de l'apoplecticus.

Cette remarque faite, il cherche à différencier, dans le groupe nombreux des longitypes ceux qui sont fréquemment atteints de tuberculose, et ceux qui semblent réfractaires à la maladie. Malheureusement, il est difficile de le suivre dans son exposé, car il utilise pour ses descriptions le langage endocrinologique, lequel manque de clarté. Quoi qu'il en soit, Pende reconnaît trois longitypes non prédisposés :

Le type hyperthyroïdien pur ;
Le type hyperthyroïdo-hypoparathyroïdien ;
Le type eunuchoïde.

Il établit la correspondance du second nommé de ces trois types avec l'arthritique maigre, réplique moderne du tempérament nerveux ou atrabilaire des anciens, lequel a passé en effet de tous temps pour réfractaire à la tuberculose.

De même, dans le groupe des brévitypes, Pende note l'existence, à côté du type sanguin, qu'il dénomme brévitype sthénique hypersurrénalien, d'un type à chairs pâles et molles (brévitype asthénique hyposurrénalien) qui lui paraît hautement prédisposé.

II. **Interprétation de ces faits.** — Tels sont les faits. Ils sont passibles de plusieurs interprétations. Si l'observation clinique, en effet, montre les corrélations de la constitution et de la maladie, elle renseigne plus difficilement sur le mécanisme de ces corrélations.

Deux interprétations sont en présence :

Selon la première, l'habitus phtisicus préexiste à toute lésion tuberculeuse et il y prédispose. Cette interprétation se passe de commentaire : sous l'action d'influences encore inconnues se formerait ce type de constitution, qui offrirait des conditions à ce point favorables à la germination du bacille qu'une contamination même minime serait capable de faire apparaître une tuberculose évolutive.

Selon la deuxième interprétation, l'habitus phtisicus, loin d'être la cause ou l'une des causes de la maladie, en est un effet. Il n'est que le résultat des influences morphogénétiques morbides du bacille de Koch.

La première idée qui vient, en effet, à l'esprit lorsqu'on observe l'état de maigreur extrême des phtisiques avancés, c'est que la maladie est responsable de cet aspect morphologique. Mais cette idée procède d'une vue superficielle, car, nous l'avons vu dans notre exposé, les modifications de l'embonpoint cèdent le pas en importance devant les altérations de la structure, élément relativement fixe de la constitution.

Aussi peut-on donner de cette interprétation une formule beaucoup plus proche des faits en remarquant que — selon les opinions reçues — la tuberculose débute dans l'enfance, et que rien ne s'oppose, par conséquent, à ce qu'elle ait exercé, dès cet âge, l'influence morphogénétique dont nous parlions.

On est d'ailleurs tenté d'aller plus loin dans cette voie. Comme l'a bien montré Claude Sigaud, il est plein d'arbitraire de séparer l'individu de la lignée qui le précède et de la lignée qui le suit, car il n'est qu'un chaînon de la chaîne familiale. Si donc l'on admet que la tuberculose puisse modifier assez profondément la vie fonctionnelle d'un organisme pour altérer sa structure apparente, l'on peut se demander si cette influence n'est pas capable de dépasser l'individu et d'atteindre sa descendance (hérédité de terrain). C'est là l'opinion soutenue par les hémoeopathes qui ont décrit un type de constitution appelé par eux oxygénoïde (Grauvogl) ou phosphorique (Léon Vannier), proche parent du phtisicus et qui serait un hérédo-tuberculeux, lui-même fortement prédisposé à la maladie.

La question, en réalité, n'est pas si simple qu'elle puisse être entièrement tranchée de cette manière. Nombre d'auteurs ont en effet soutenu que l'hérédité tuberculeuse, loin d'être dans tous les cas prédisposante, était au contraire parfois immunisante.

Faute d'études typologiques suffisantes, on ne peut donc accepter sans réserve ni l'une ni l'autre des interprétations proposées.

III. **Importance de ces faits.** — L'étude de la constitution des tuberculeux a un intérêt double, théorique et pratique.

Son *intérêt théorique* n'apparaît pas d'emblée à ceux qui tiennent la forme et la fonction d'un organisme pour radicalement distinctes. Mais les études modernes de la constitution ont remis au premier plan cette idée chère aux anciens que la forme de l'être *objective* ses fonctions et les révèle. De l'œuvre importante de Cl. Sigaud en particulier (13) se dégage une loi morpho-physiologique fondamentale qui lie le rythme fonctionnel d'un organisme à sa forme apparente : aux formes de modelé plat correspondent des rythmes fonctionnels rapides (tempéraments de dépense); — aux formes de modelé rond des rythmes lents (tempéraments d'épargne). Ainsi serait expliqué l'hypermétabolisme des tuberculeux.

Les homoeopathes avaient pressenti cette relation, et, avec le langage un peu obscur dont ils sont coutumiers, ils l'ont symbolisée dans les termes « oxygénoïde » et « phosphorique ». De leur côté, les endocrinologistes, — particulièrement Pende — se sont attachés à l'étude des fonctions endocriniennes chez ces mêmes malades.

L'*intérêt pratique* de ces études est multiple. En premier lieu, la connaissance d'un ou de plusieurs types de constitution prédisposés à la phtisie peut être utile au diagnostic de cette maladie. Il est bien évident que ce n'est pas chez un tuberculeux confirmé que cette connaissance est précieuse, puisque dans ce cas l'examen du poumon et des crachats affirme la maladie. Mais, en milieu contaminé, lorsqu'on se propose de dépister la maladie à son début chez des sujets d'une nombreuse collectivité, l'examen typologique, qui est rapide, peut attirer l'attention sur tel ou tel individu particulièrement réceptif.

En second lieu, cette même connaissance est précieuse pour le pronostic. Si les études que nous avons exposées étaient confirmés, on pourrait, par le seul examen morphologique, prévoir l'évolution de la tuberculose pulmonaire dans la plupart des cas.

En troisième lieu, si l'on accepte la notion de constitutions prédisposées, l'on adoptera vis-à-vis de chaque individu une conduite différente selon son type. La prophylaxie d'une maladie dépend en effet essentiellement de l'opinion que l'on professe sur ses causes; nous retrouvons ici l'opposition des deux doctrines exo- et endogéniques. Selon les unes, il faut détruire les microbes et isoler les sujets contagieux. Selon les autres, il faut renforcer la résistance du terrain. Ici, comme ailleurs, il existe un juste milieu, qui associe les deux méthodes. Mais, dans tous les cas, les mesures préventives d'hygiène et de repos s'imposent d'autant plus impérieusement que le sujet observé montre une plus grande prédisposition.

BIBLIOGRAPHIE

(1) SERGENT et TURPIN.. Les facteurs de terrain dans l'infection tuberculeuse. Rapport au *VIe Congrès national de la tuberculose*, avril 1927.

(2) THOORIS. *La vie par le stade*, p. 111 à 171.

(3) HIPPOCRATE. *Aphorismes*; *Epidémies*, livre III. — ARETÉE. *Œuvres*.

(4) LANDOUZY. Prédisposition à la tuberculose, *Revue de méd.*, 10 juin 1899.

(5) Léon VANNIER. *La typologie*, p. 35 à 44.

(6) GIOVANNI. *Commentarii di clinica medica desunti della morphologia del corpo umano*, p. 3. — Sur la prédisposition à la phtisie pulmonaire, *Bull. méd.* 1887, p. 788.

(7) VIOLA. L'habitus phtisicus et l'habitus apoplecticus comme conséquence d'une loi qui déforme normalement le type moyen de la race en deux types antithétiques. Traduit *Bull. de la Société d'études des formes humaines*, 1927, p. 97.

(8) J. BAUER. *Die konstitutionnelle Disposition zu inneren Krankheiten*, 1917.

(9) K. O. HENCKEL. La corrélation entre l'habitus et la maladie, traduit de *Klin. Wochens.*, troisième année, n° 37, dans *Bull. de la Société d'études des formes humaines*, 1926, p. 229.

(10) KRETSCHMER. *La structure du corps et le caractère*, traduction française chez Payot, 1930.

(11) BOUNAK. La constitution tuberculeuse. *Journ. russe d'anthropologie*, 1924, p. 13,

(12) A. JACQUELIN. La morphologie des tuberculeux. Conférence faite à la *Société d'études des formes humaines* en 1929; — Sur le type morphologique de résistance à la tuberculose pulmonaire, *Presse méd.* du 24 sept 1930.

(13) DELPEUCH. De l'habitus tuberculeux et en particulier de la prédisposition des roux à la phtisie, selon Hippocrate, *Presse méd.*, 19 juill. 1899.

(14) AUBERTIN. Discussion du rapport du professeur Sergent au *VIe Congrès nat. de la tuberculose*.

(15) TRUC. Études sur le thorax de l'homme tuberculeux, *Lyon méd.*, 1885.

(16) Claude SIGAUD. *Traité clinique de la digestion*, t. II, (1908); — *La Forme humaine* (1914).

(17) PENDE. L'analyse moderne des constitutions prédisposées à la tuberculose, traduit de la *Sigura medica*, 1926, dans le *Bull. de la Société d'études des formes humaines*, 1927, p. 104.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 JUIN 1931)

Etude comparative des différentes méthodes cholémimétriques. — MM. E. CHABROL, R. CHARONNAT et A. BUSSON. Pour suivre l'évolution d'un ictère catarrhal, on peut se contenter de la colorimétrie (Chabrol et Bénard) ou de la méthode oxydante de Fouchet. Pour l'étude des cholémies légères et des hypocholémies, il est indispensable de faire appel aux diazo-réactions. La méthode indirectrice d'Hymans van den Bergh est extrêmement sensible; toutefois, l'addition d'alcool au sérum sanguin entraîne de telles variations dans la déperdition de la bilirubine que l'on ne peut faire de cette méthode un procédé de dosage. C'est pour remédier à cet inconvénient que les auteurs ont proposé la diazo-réaction limite directement pratiquée sur le sérum sanguin. Leur méthode permet de déceler et de graduer les hypocholémies usqu'au taux de 2 milligrammes de bilirubine par litre. Elle complète ainsi les renseignements de la réaction oxydante de Gilbert et Herscher qui est rigoureusement exacte, mais dont la sensibilité ne dépasse pas le chiffre de 2 centigrammes de bilirubine pour 1.000 centimètres cubes.

Sur les propriétés des hydrates d'aluminium vis-à-vis de la toxine tétanique. — M. L. VELLUZ. On sait que les gels aluminiques décrits par Wilstätter sous le nom de gels β ont

une haute capacité d'adsorption pour la toxine tétanique, alors que cette propriété est peu accusée pour les gels α.

D'après les résultats de nouvelles recherches poursuivies sur ces gels, M. L. Velluz a observé que la forme β peut atténuer la toxine tétanique, et même en neutraliser 20 doses mortelles. Ce phénomène disparaît si on utilise l'alumine α.

Magnésium et rachitisme expérimental. — MM. G. Mouriquand, A. Leulier et Mme Roche. L'adjonction au régime 85 de carbonate de Mg aggrave considérablement le rachitisme expérimental en exagérant les pertes phosphorées et calciques.

Ce « rachitisme du magnésium », bien que voisin du « rachitisme du strontium » en diffère par quelques côtés, en particulier par la fréquence des paralysies et par des signes radiographiques spéciaux.

Pouvoir antigène du sang fœtal. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Richard. Le sang des fœtus possède un pouvoir antigène à l'égard de l'organisme des animaux adultes de même espèce. On peut déceler les propriétés du sang fœtal en préparant des cobayes adultes par des injections répétées de sang de fœtus de cobaye, on obtient ainsi un sérum qui, mis en présence d'un sérum fœtal, dévie le complément. Les femelles pleines ne sont pas préparées à l'égard du sang de leurs fœtus, fait qui semble démontrer que le placenta ne se laisse traverser par l'antigène fœtal.

Une protéine injectée à un lapin préparé avec le sérum d'un homme sensibilisé à la protéine correspondante ne déclenche pas de choc anaphylactique. — Dans une note précédente, MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, Mme A. Hugo et M. P. Giroud ont montré que l'on peut obtenir parfois un choc anaphylactique en injectant du sérum d'homme sensibilisé à des lapins préparés par un extrait protéinique correspondant. Les auteurs se sont demandé si, à l'inverse, le sérum d'homme sensibilisé à une protéine ne fait pas apparaître chez le lapin des anticorps capables de donner un choc anaphylactique lors de l'injection seconde de la protéine correspondante. Ils ont préparé des lapins avec des sérums d'hommes sensibilisés à différentes protéines et leur ont injecté, au bout de vingt jours, la protéine sensibilisante. Ils n'ont jamais observé de chute de tension artérielle ayant l'allure de celle du choc anaphylactique. Une protéine injectée à un lapin préparé avec le sérum d'un homme sensibilisé à la protéine correspondante ne déclenche donc pas de choc anaphylactique.

Chez le lapin, un premier choc peut ne pas préserver d'un second choc. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, Mme A. Hugo et M. P. Giroud. Il est de notion courante qu'un choc préserve, pendant plusieurs heures, d'un autre choc. Cette action préservatrice peut faire défaut. En effet : 1° des injections successives et assez rapprochées d'extrait protéinique chez un même lapin neuf peuvent déterminer des chutes de tension artérielle successives, témoins d'un choc protéique; 2° après l'injection seconde, chez des lapins sensibilisés, une chute de tension artérielle, caractéristique d'un choc protéique, peut être suivie d'une chute de tension artérielle du type anaphylactique; 3° une chute de tension artérielle du type anaphylactique peut ne pas empêcher l'apparition d'une nouvelle chute de tension artérielle du type protéique après réinjection chez le même animal d'une nouvelle protéine.

Contamination causée par des acares et simulant une augmentation de virulence du B. C. G. — M. Puntoni (de Rome). A l'occasion d'une infestation acarienne dans une collection bactériologique, les arthropodes, en se transportant d'un tube de culture à l'autre, et émigrant ainsi d'une souche tuberculeuse virulente (bovine Vallée) à une souche tuberculeuse avirulente (B. C. G.), ont occasionné une contamination de cette dernière. Ayant inoculé au cobaye la culture de B. C. G. contaminée de la sorte, on a déterminé le développement d'une tuberculose.

Le potassium dans le plasma et le sérum à l'état normal. — Mlles J. Lévy et M. Pacu ont étudié le potassium du plasma et du sérum par la technique de Blanchetière et Pierlot, soit après destruction nitroperchlorique, soit après désalbumination par l'acide trichloracétique qui paraît préférable.

Le taux moyen du potassium dans le plasma normal est de 0g220 chez l'homme et 0g233 chez le chien. Il est égal à celui du sérum si l'on évite toute hémolyse.

Le potassium dans le sang et les liquides pleurétiques. — M. Ch. Achard, Mlles J. Lévy et M. Pacu. Dans le liquide des pleurésies tuberculeuses, les taux du potassium, du sodium et du calcium sont inférieurs à ceux du plasma sanguin, qui eux-mêmes diffèrent peu de l'état normal.

Note sur l'hypoglycémie provoquée chez les diabétiques. — MM. M. Labbé, R. Boulin, A. Escalier et Uhry. L'injection intraveineuse de douze unités d'endopancrine nous a permis de montrer que l'abaissement de glucose pour cent et par minute est plus faible que chez les sujets normaux, et offre une relation avec la gravité du diabète.

Présentation. — M. Roussy présente un livre de M. Craciun (de Bucarest) sur les *Cultures des tissus.*

Les albumines sériques dans le diabète consomptif. — M. F. Rathéry et Mlle Levina ont recherché systématiquement chez un certain nombre de diabétiques l'état des albumines sériques; ils ont étudié les rapports pouvant exister entre ces albumines et le trouble du métabolisme glucidique.

Chez les diabétiques consomptifs non traités par l'insuline le taux global des albumines sériques est sensiblement normal, souvent peu élevé, mais la sérine est ordinairement abaissée et cet abaissement correspond à des formes graves, la globuline est ordinairement augmentée. Le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ est abaissé.

Chez les diabétiques consomptifs traités par l'insuline, le taux des albumines globales s'abaisse, la sérine est peu modifiée; quant à la globuline, elle s'abaisse et le quotient $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ se relève.

Altérations expérimentales des portions moyenne et terminale du complexe ventriculaire électrocardiographique (injections intramyocardiques de nitrate d'argent. —MM. C. Lian et F.-P. Merklen ont repris l'étude des modifications électrocardiographiques consécutives à l'injection intramyocardique d'une solution caustique de nitrate d'argent chez le chien. Ils montrent que l'allure monophasique en demi-dôme ou demi-cupule, ou la dénivellation marquée du segment RT ou ST du complexe ventriculaire peut être provoquée par l'altération d'un point quelconque du myocarde ventriculaire, et que le sens de la dénivellation du segment RT ou ST dans les diverses dérivations n'est pas caractéristique du siège de la lésion myocardique.

Altérations expérimentales des portions moyenne et terminale du complexe ventriculaire électroradiographique (compression de l'artère pulmonaire). — MM. C. Lian et F. P. Merklen ont obtenu par compression passagère de l'artère pulmonaire chez le chien une dénivellation du segment ST du complexe ventriculaire, qui alla jusqu'à réaliser dans un cas une véritable demi-cupule. Ils attribuent cette déformation à l'ischémie myocardique qui résulte de cette interruption de la circulation pulmonaire, et rappellent que H. Fredericq a obtenu une transformation monophasique du complexe ventriculaire par compression des veines caves. Rapprochant ces diverses données expérimentales des expé-

riences récentes de Clerc et Quinquaud qui ont obtenu une transformation monophasée du complexe électrique du cœur chez le chien par traction sur l'apex ventriculaire, ils considèrent que l'apparition de la grande onde monophasique ou d'une dénivellation marquée du segment RT ou ST du complexe ventriculaire peut résulter non seulement de lésions anatomiques, mais encore d'une simple perturbation fonctionnelle d'une zone quelconque du myocarde.

La pression artérielle moyenne, l'indice oscillométrique et l'angiospasme orthostatique dans la démence précoce hébéphrénique. — MM. H. Baruk, S. Lapeyre et Albane ont étudié à ce sujet 28 cas rigoureusement sélectionnés d'hébéphrénie offrant l'aspect clinique de la « stupidité ». Dans 13 cas, ils ont trouvé une élévation de la tension artérielle moyenne recherchée suivant la technique de Vaquez et de ses collaborateurs. Cette forte proportion d'élévation de la tension moyenne a d'autant plus d'importance qu'il s'agissait en général de cas avec hypotension maxima.

Quant à l'indice oscillométrique il était diminué dans 19 cas. Enfin l'angiospasme orthostatique décrit par de Meyer et Van Bogaert et recherché suivant la technique de ces auteurs s'est montré inconstant et parfois inversé.

L'acrocyanose orthostatique. Sa valeur dans la catatonie. Mécanisme et étiologie. — MM. Claude et Baruk décrivent dans la catatonie le syndrome vasculaire suivant : couché, les membres inférieurs sont pâles, parfois exsangues ; en position verticale on voit presque instantanément apparaître une rougeur intense des membres inférieurs remontant des extrémités à la racine, et aussi, bien que moins marquée, aux membres supérieurs. Cette rougeur disparaît immédiatement en position horizontale. Ces phénomènes ne sont en rien comparables à la légère rougeur qui peut se produire à la longue en position verticale à l'état normal. L'acrocyanose orthostatique s'observe surtout dans la catatonie de Kahlbaum, avec grande raideur ; elle est au contraire rare dans la démence précoce, hébéphrénique. Elle disparaît d'une façon frappante au cours des rémissions. Les auteurs l'attribuent à une inertie vasculaire et à des atteintes centrales, en particulier des centres végétatifs cérébraux.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 1er MAI 1931)

Diagnostic des suppurations broncho-pulmonaires. — M. J. Vidal distingue :

I. Les suppurations aiguës qui comprennent outre la suppuration pneumonique diffuse de l'hépatisation grise et la gangrène pulmonaire, l'abcès aigu du poumon, qui mérite seul d'être envisagé longuement. L'auteur insiste en particulier sur les caractères distinctifs, qui permettent en présence d'une suppuration récente, de présager son évolution rapide (favorable ou fatale) ou chronique ultérieure (modes de début de la suppuration, flore mono ou poly-microbienne, nature des germes prédominants). La pneumonie disséquante doit être classée parmi les abcès aigus dont elle ne se distingue que par sa tendance rapidement extensive et nécrotique.

II. Les suppurations chroniques sont celles qui réalisent le syndrome clinique le plus complet. Il faut en premier lieu discuter le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Après cette étape essentiellement bactériologique du diagnostic, la parole est à la radiologie qui s'efforcera de distinguer une suppuration extrapulmonaire (surtout pleurésie enkystée interlobaire, évacuée par vomique) d'une suppuration siégeant à l'intérieur du poumon ou des bronches ; dans le doute, la notion de fréquence plaide, contrairement aux données naguère classiques, en faveur de ce second diagnostic. Il faut alors déterminer, après avoir envisagé certaines éventualités assez exceptionnelles, s'il s'agit d'un abcès du poumon ou d'une dilatation des bronches ; c'est encore la radiologie qui précisera ce diagnostic en montrant soit une image hydro-aérique, symptomatique d'un abcès, soit une ombre diffuse qui dissimule des cavités injectables ou non par le lipiodol ; ce dernier caractère suffit à différencier la dilatation bronchique de l'abcès pulmonaire dont le diagnostic pourra être précisé par divers autres moyens d'investigation (ponction exploratrice, bronchoscopie). Bronchectomie et abcès du poumon, qui représentent les deux principaux types de suppuration chronique, peuvent se trouver associés (abcès bron-

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Pouls alternant. Etude clinique et essai de pathogénie, par Marcel Poumailloux, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Préface du docteur Laubry. Un volume de 240 pages avec 18 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

chectosique; dilatation bronchique compliquée d'abcès pulmonaire).

L'auteur signale enfin, d'après quelques observations récentes, l'éventualité de formes aiguës de la dilatation des bronches chez l'adulte.

Traitement médical des suppurations broncho-pulmonaires. — M. Janbon. 1° Le pronostic habituel de la gangrène aiguë autorise toutes les audaces thérapeutiques.

2° Le traitement de l'abcès du poumon varie selon la phase évolutive : la période aiguë relève uniquement du traitement médical pur (émétine, vaccins, etc.), elle est arbitrairement limitée à six semaines; passé ce délai, si la guérison ne s'installe pas, l'abcès tend à la chronicité; la période comprise entre la sixième et la huitième semaine peut être considérée comme une phase intermédiaire, à laquelle s'appliquent avec le maximum de chances de succès, d'une part la méthode bronchoscopique, d'autre part le pneumothorax artificiel; une suppuration datant de plus de deux mois doit être tenue pour chronique et traitée comme telle.

3° Les suppurations chroniques, qu'elles soient pulmonaires, bronchectasiques ou mixtes, posent des indications différentes selon qu'elles sont uni ou bilatérales : aux suppurations bilatérales (cas ordinaires des dilatations bronchiques) s'appliquent les médications symptomatiques : la cure de soif, le drainage postural, les cures de désinfection bronchoscopique; les suppurations unilatérales appartiennent au chirurgien, auquel il faut avoir recours aussi précocement que possible.

Traitement chirurgical des suppurations broncho-pulmonaires. — M. A. Guibal. Les difficultés du traitement chirurgical des suppurations broncho-pulmonaires tiennent à deux causes : 1° le siège topographique de la lésion, souvent séparée de la plèvre par une couche épaisse de parenchyme; 2° les caractères anatomo-pathologiques de sa paroi : à un certain stade de leur évolution, en effet, gangrène, abcès et dilatation bronchique cessent d'être nettement différenciés, et tendent à se ressembler par la présence d'une collection, de foyers de nécrose et d'une coque rigide.

Il en résulte que la pneumotomie, traitement théoriquement idéal, n'est pas toujours applicable, du fait, soit de la profondeur du foyer, soit de l'incapacité d'affaissement de la poche; les conditions de son application seront les suivantes : foyer unique, collecté, superficiel, à paroi souple.

La collapsothérapie sera plus particulièrement indiquée dans les cas où la lésion est profonde ou juxta-hilaire. Mais elle exige : *a*. une large ouverture du foyer dans les bronches; *b*. une souplesse suffisante de la paroi pour en permettre l'affaissement. Le pneumothorax artificiel et la phrénicectomie sont souvent insuffisants pour l'obtenir. Le décollement pleuro-pariétal et la thoracoplastie extrapleurale agissent plus énergiquement, le premier sur les foyers limités, la seconde sur les foyers plus étendus; l'un et l'autre ne peuvent être employés que si la plèvre est adhérente.

Les procédés d'exérèse, qui tendent à la suppression du foyer (pneumectonie) ou du lobe malade (lobectomie) imposent des opérations graves et choquantes. Ils sont indiqués dans les abcès chroniques, à tendance branchectasiante, dans les foyers gangréneux, dans les bronchectasies abcédées. La destruction progressive, en plusieurs temps, facilitée par l'emploi du couteau électrique, paraît actuellement préférable à la résection sanglante, typique, en un seul temps. Malgré sa gravité et sa difficulté, cette méthode, encore jeune, semble devoir être pratiquement la méthode idéale, lorsque, ce qui est malheureusement le cas habituel, le chirurgien se trouve en présence d'un foyer où s'associent nécrose et sclérose.

La bronchoscopie dans les suppurations broncho-pulmonaires. — M. Terracol.

LIVRES NOUVEAUX

Ostéo-synthèse. Traitement opératoire des fractures (1), par J.-P. Dupuy de Frenelle. Analyse critique de A. Lambotte (d'Anvers).

L'ostéosynthèse est une chirurgie difficile, généralement mal connue. Beaucoup de chirurgiens, avant d'entreprendre une ostéosynthèse, aimeraient à en lire la technique. Cette lecture leur permettrait d'entreprendre leur opération avec un plan bien défini, sans s'exposer à une improvisation qui, en ostéosynthèse, n'est pas toujours couronnée de succès. La connaissance précise des difficultés que l'opérateur peut rencontrer et de la manière d'en triompher avec aisance évitera bien des tâtonnements. Elle indiquera la bonne manœuvre à faire d'emblée, elle enseignera les instruments nécessaires pour mener à bien, sans peine, l'ostéosynthèse entreprise.

Cet ouvrage est conçu et réalisé de la manière la plus moderne. Chaque phrase est un geste. Chaque geste important est illustré par une figure. Chacune de ces figures est placée bien au centre du texte dont elle exprime la pensée. Les phrases sont courtes, précises comme des commandements. Chacune d'elles est imprimée dans le caractère qui par sa forme et sa dimension lui donne sa véritable importance. Souvent le petit détail dont dépend le succès, et qui pourrait passer inaperçu ou bien le principe banal que tout le monde connaît et que beaucoup de chirurgiens négligent d'appliquer est mis en valeur par le relief du caractère d'imprimerie, par le jeu des blancs ou par la figure placée au cœur du texte avec une telle évidence qu'il ne peut passer inaperçu du lecteur le plus pressé ou le plus distrait.

L'ouvrage est complété par une analyse critique de A. Lambotte (d'Anvers) dans laquelle cet éminent chirurgien décrit, à propos de chaque chapitre, ses techniques personnelles, lorsqu'elles diffèrent de celles de Dupuy de Frenelle. Rien n'est plus instructif que la lecture de cette analyse dans laquelle le chirurgien d'Anvers, le plus expérimenté de notre époque en ostéosynthèse, expose les idées directives et les détails de technique auxquels il s'est le plus attaché après trente ans de pratique de la suture des os.

L. G.

Hypertension artérielle (2), par le docteur M. Perrin, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et le docteur Richard, médecin consultant à Royat.

Ce petit volume, faisant partie de la collection des « Actualités médicales » a pour but d'initier les étudiants et les médecins praticiens à la connaissance exacte du trouble le plus fréquent de la pression artérielle, de son mécanisme, de sa signification, des méthodes qui permettent de le mesurer dans la pratique courante; 16 figures facilitent la lecture des descriptions physiologiques ou techniques. Les auteurs exposent ensuite les symptômes et les formes cliniques de l'hypertension permanente ou transitoire, l'étiologie et la pathogénie, le diagnostic du symptôme, de la forme clinique, de la cause et des complications. De ces notions découlent le pronostic et le traitement, celui-ci étant envisagé sous les deux aspects : les médications à opposer à l'hypertension, et les applications cliniques les plus courantes. L. G.

(1) Un fort volume in-8 jésus de 335 pages, avec 260 figures de A. Moreaux. — Prix : 140 fr. — Paris, N. Maloine.

(2) Deuxième édition. Un volume in-16 de 112 pages, avec 16 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES. (Compte rendu, par M. F. L S.
CHRONIQUE
Les congressistes des Journées médicales coloniales à Vichy, par M. F. L. S.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Paralysie faciale périphérique.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Ce concours sera ouvert le mardi 27 octobre 1931, à 8 h. 30, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 28 septembre au mercredi 7 octobre 1931 inclusivement.

— CONCOURS POUR LES PRIX A DÉCERNER A MM. LES ÉLÈVES INTERNES EN MÉDECINE DE QUATRIÈME ANNÉE (année 1931). — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 7 décembre 1931, à 9 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

— *Concours de chirurgie et d'accouchements.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 3 décembre 1931, à 9 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les élèves qui désireront prendre part à ces concours seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours, de 14 à 17 h., du 1er au 15 octobre 1931 inclusivement.

Les mémoires prescrits comme épreuves de ces concours devront être déposés au bureau du Service de santé au plus tard le jeudi 15 octobre 1931, à 17 h., dernier délai.

— CONCOURS POUR LA NOMINATION AUX PLACES D'ÉLÈVE EXTERNE EN MÉDECINE, vacantes le 15 janvier 1932 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours aura lieu le mercredi 21 octobre 1931, à 9 h. 1/2, au gymnase Voltaire, 1, rue Japy (XIe).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le jeudi 10 septembre jusqu'au samedi 3 octobre 1931 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

— CHEFS DE LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE DES HÔPITAUX (année 1931). — *Réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude.* — La Commission se réunira le jeudi 5 novembre 1931, à 16 h. 1/2, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine et docteurs ès sciences, désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission, devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours, les dimanches et jours de fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du jeudi 8 octobre 1931 au samedi 17 octobre 1931 inclusivement.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — TOULOUSE. — Le concours de chirurgien accoucheur adjoint des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. Estienny.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Gallice (de Langeac).

PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Bessière et Thiers.

INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Mosse (de Saint-Etienne).

MÉRITE MARITIME. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin général de 2e classe Oudard.

Au grade de chevalier. — MM. le médecin en chef de 1re classe Lesson ; le docteur Bernard (Belge).

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle) est déclaré vacant.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin capitaine Ferrabouc est nommé professeur agrégé du Val-de-Grâce et est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon.

— Sont nommés assistants des hôpitaux militaires et sont affectés :

Section de médecine. — MM. Cingalen et Sohier, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Marot, à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section de bactériologie. — MM. Jaulmes et Crosmer, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Section de chirurgie. — MM. Mazeyrie, à l'hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles; d'Audibert, Caillé, du Bourguet, Rébérol, à l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé.

Section d'électroradiologie. — MM. Tanguy, à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon; Nahon, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. — Au cours de l'assemblée générale de l'Union internationale contre le péril vénérien, qui vient de se tenir à Londres, les diverses maquettes envoyées par les artistes pour le concours international de l'insigne antivénérien ont été examinées.

Le jury a accordé le premier prix à un artiste français : M. le docteur Gaston Lévy (de Paris).

CHRONIQUE

LES CONGRESSISTES DES JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES A VICHY

A l'issue des Journées médicales coloniales, le Président d'honneur des Journées, M. Lasnet, inspecteur général du Service de santé des Colonies, et M. le professeur Tanon, président, ont chargé le docteur F. Le Sourd et le médecin-colonel Bouët d'accompagner à Vichy, à La Bourboule et à Vittel un groupe de 80 congressistes. Dans ce groupe, on remarquait M. Bentley (du Caire), le professeur José Albert (de Manille), les professeurs Marquez et Rueda-Vargas (de Bogota), le professeur Karantasis (de Salonique), le professeur Fontoynont, directeur de l'Ecole de médecine de Tananarive, le colonel médecin José Sales Luis (de Lisbonne), le médecin-colonel Epaulard, directeur adjoint du Service de santé des troupes du Maroc; le docteur Boudin, du Concours médical, et Mlle Marvingt, l'aviatrice célèbre par ses voyages coloniaux. Grâce à l'amabilité coutumière de la Compagnie fermière de Vichy, qui avait organisé la liaison entre les trois stations, ce voyage a été la plus agréable et la plus instructive des leçons de choses.

A la gare de Vichy, une cordiale réception attendait les voyageurs. Le président de la Société des sciences médicales de Vichy, le docteur Raymond Durand-Fardel leur souhaita la bienvenue au nom des médecins de Vichy. En quittant la gare, on visita d'abord le magnifique embouteillage automatique de la Compagnie fermière. Cet embouteillage, réalisé par l'éminent directeur technique de la Compagnie, M. Brian, est certainement le plus parfait de ceux qui existent à l'heure actuelle. Les bouteilles parties automatiquement du wagon y retournent de la même manière, après avoir été lavées, remplies, bouchées, étiquetées — automatiquement toujours — de façon à éliminer toute possibilité de contamination. C'est une très belle chose.

Le grand Etablissement thermal, que dirige avec tant d'autorité le docteur Haller, retint ensuite longuement les visiteurs : bains, douches, bains carbo-gazeux, douches de Vichy, le service d'électrothérapie du docteur Aimard, la splendide installation mécanothérapique furent justement admirés. Ils sont dignes de leur réputation mondiale et des 130.000 baigneurs qui fréquentent annuellement Vichy. Mais le progrès ne s'arrête pas. Derrière le grand Etablissement s'élève déjà un nouvel établissement ultra-moderne, destiné à remplacer l'établissement actuel de 2e classe. Puis voici le beau Laboratoire de recherches biologiques que dirige depuis trois ans le docteur Lescœur. Les médecins de Vichy y trouvent la possibilité de se livrer aux plus importantes recherches expérimentales.

Comment ne pas signaler tout à côté la Maison des missionnaires réalisée, sans le concours des Pouvoirs publics, par le Père Wathé. Cette très belle œuvre permet aux grands coloniaux que sont les missionnaires de venir à Vichy retrouver la santé qui leur permettra de continuer dans nos lointaines colonies leur apostolat religieux et patriotique. On doit les saluer avec admiration et respect.

Après la visite des sources, une remarquable conférence du docteur Durand-Fardel mit en valeur les ressources infinies que les coloniaux peuvent trouver à Vichy. Après avoir étudié les sources, leur origine, leur composition, leur action, le conférencier montra combien la cure de Vichy est complexe. Il voulut bien exposer aux congressistes toutes les remarques suggérées par sa longue expérience. Aussi fut-il très longuement applaudi par l'assistance où on remarquait de très nombreux coloniaux.

Mais une visite à Vichy n'est pas seulement consacrée à l'étude, c'est aussi l'occasion de délicieuses réceptions. Les congressistes purent ainsi assister, au théâtre, à une magnifique représentation de gala. Le lendemain, ils furent aimablement reçus, sur le beau champ de courses, par M. le baron de Waldner, président de la Société des courses de Vichy. Après le grand prix de Vichy, ils furent invités à prendre le thé au Sporting-Club, véritable éden au bord de l'Allier.

Enfin, avant leur départ, un magnifique dîner les réunit au Carlton, sous la présidence de M. Charles Fère, l'éminent président de la Compagnie Fermière. Ils purent, une fois de plus, se rendre compte que Vichy n'est pas seulement un pays de régime et ils apprécièrent cet incomparable adjuvant de la cure qu'est une cuisine française assaisonnée par l'air pur de l'Allier. A l'heure des toasts, M. Fère salua très aimablement les congressistes coloniaux, les membres du IIIe Congrès international de radiologie, venus se joindre à eux, et toutes les dames présentes. Puis M. le professeur Bentley, du Caire; M. le professeur Karantasis, au nom des délégués étrangers; M. le médecin général Lecomte, au nom du corps de santé colonial ; Mlle Marvingt, au nom de l'Aviation sanitaire ; le docteur Le Sourd, au nom des Journées coloniales ; le docteur Bélot, au nom des Radiologistes, apportèrent à Vichy l'hommage de leur admiration et de leur gratitude. Le docteur Alquier, de Vichy, donna enfin la primeur d'une belle et généreuse poésie en l'honneur des coloniaux de France.

C'est avec une véritable émotion que tous vinrent, avant le départ, dire à M. Fère, à MM. Feuillade, Loiseau, Ossipoff de la Compagnie Fermière, au docteur Durand-Fardel et à nos chers confrères de Vichy, quel souvenir profond ils emportent de leur visite dans la première station thermale du monde.

F. L. S.

JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES

22 JUILLET-1er AOUT 1931 [1]

SÉANCE D'OUVERTURE

La séance d'ouverture des Journées médicales coloniales a eu lieu à l'Exposition coloniale, dans la salle des Congrès de la Cité des Informations, sous la présidence de M. le maréchal Lyautey.

On remarquait à ses côtés MM. les professeurs de Lapersonne, président de l'Académie de médecine; Balthazard, doyen de la Faculté de médecine ; Radais, doyen de la Faculté de pharmacie ; Roux et Calmette, directeur et sous-directeur de l'Institut Pasteur ; Teissier, Lasnet, inspecteur général du Service de santé des colonies ; le médecin général inspecteur Dopter, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre ; les médecins inspecteurs généraux Rigollet, Emily; M. du Vivier de Streel, commissaire général des Congrès et M. Letzgus, secrétaire général des Congrès à l'Exposition, et les représentants des gouvernements étrangers ; M. le docteur Cognacq, gouverneur des Colonies ; M. le professeur Tanon, président du Comité d'organisation ; MM. les docteurs Boyé, Gauthier, Giroux, Nass, Péchin, député, Abt, Brissac, Cibrie, Bellencontre, Dartigues, etc.

M. le maréchal Lyautey prit le premier la parole pour rendre, avec sa haute autorité, un hommage de reconnaissance au corps médical colonial. Il rappela l'aide que lui ont apportée les médecins dans son œuvre de pacification au Maroc. Il cita également les termes du télégramme qu'il expédiait à Madagascar au général Galliéni : « Si vous pouvez m'envoyer quatre médecins de plus, je vous renvoie quatre compagnies. »

Les médecins coloniaux ne pouvaient souhaiter un plus bel éloge.

Puis M. le médecin général inspecteur Lasnet, dont on sait l'œuvre coloniale si importante et qui réalisa en Afrique équatoriale les prodiges que l'on connaît, prit la parole. Il rappela que c'est pour la première fois que se tiennent à Paris des assises aussi importantes que ces Journées coloniales, et fit un magnifique exposé de l'œuvre médicale aux colonies.

Il insista surtout sur le rôle social du médecin aux colonies et aussi sur le caractère international de la coopération scientifique. S'adressant à ses confrères coloniaux étrangers, il leur dit :

« En Afrique comme en Asie, dans l'océan Indien comme dans 'Atlantique et le Pacifique, à maintes reprises nous avons uni nos efforts pour lutter contre les fléaux qui menacent l'humanité sans souci des frontières ni des accords internationaux. Permettez-moi de faire des vœux pour que cette collaboration devienne de plus en plus étroite, que dans les divers groupements géographiques des réunions internationales soient périodiquement instituées et que, dans les pays très menacés comme ceux de l'Afrique noire, des bureaux permanents pour échanges de vues et travaux en commun analogues à celui de Singapore, soient même organisés. »

Après lui, M. le professeur Tanon et M. le doyen Balthazard prononcèrent des allocutions, puis M. le maréchal Lyautey déclara ouvertes les Journées médicales coloniales.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

TRAVAUX DU CONGRÈS

Enfance indigène.

La natalité et la mortalité infantile dans les colonies françaises. — M. A. Thiroux. « Pour la bonne compréhension du rapport, il est nécessaire de rappeler qu'en termes de statistique en France et dans presque tous les pays, la natalité comprend le nombre des enfants nés vivants pendant une année rapporté à 1.000 habitants et que la mortalité infantile s'exprime par le rapport du nombre des décès de zéro à un an à 1.000 enfants nés vivants pendant la même période.

Il serait utile de rendre obligatoire dans toutes nos colonies cette notation usuelle de façon à obtenir, au moins dans les centres où cela est possible, des renseignements comparables entre eux.

Le document le plus récent et le plus complet, qui existe concernant la démographie dans nos colonies, est constitué par le rapport établi en 1930 par le médecin colonel Cazanove et présenté à l'Office international d'hygiène publique par le médecin général inspecteur Lasnet...

Les chiffres de natalité ont été certainement exagérés dans nos colonies, par suite des calculs basés sur l'interrogatoire d'un certain nombre de femmes. La natalité établie selon les usages de la statistique et dans les localités où j'ai trouvé les renseignements nécessaires paraît varier de 7 à 84 pour 1.000 habitants.

Les chiffres bas comme le chiffre 7 se rapportent en général à des contrées déshéritées au point de vue agricole. Le chiffre de 84, qui se rapporte à une province du Cameroun, paraît trop élevé, et on ne le retrouve dans aucune autre statistique coloniale française ou étrangère. Le maximum de natalité observé à Tananarive avec un état civil bien tenu est de 49 p. 1.000 et celui de la Haute-Egypte de 55.

Les natalités moyennes qu'on relève souvent dans les quelques statistiques que nous avons pu rétablir et qui vont de 30 à 40 pour 1.000 habitants, dans les contrées où les indigènes se nourrissent bien, sont très réconfortantes quand on les compare à la natalité de la métropole.

Il faudrait arriver à les généraliser sur tout le territoire de chacune de nos colonies grâce à une organisation, à laquelle on commence à penser.

J'ai retrouvé avec intérêt dans l'étude de ces statistiques le fait que j'ai signalé à Madagascar d'une natalité plus élevée dans des centres importants où la population vit dans l'aisance et se nourrit mieux que dans les campagnes; c'est ce qu'on observe à Saïgon-Cholon où la natalité est de 47 p. 1.000, alors qu'elle s'abaisse à 33 p. 1.000 dans les provinces de la Cochinchine. De même à Hanoï la natalité de 36 p. 1.000 est supérieure à la natalité générale du Tonkin.

Les causes principales de dénatalité sont le paludisme, la syphilis et la blennorragie. Cette dernière affection paraît particulièrement bénigne en Indochine où la population s'accroît, tandis qu'elle reste stationnaire dans les pays d'Afrique.

La mortalité infantile a été encore plus exagérée que la natalité. D'après les rétablissements de calculs que j'ai effectués, elle varie de 155 à 319 décès de zéro à un an pour 1.000 enfants nés vivants, chiffres extrêmes vérifiés dans des centres où l'état civil fonctionne à peu près et, dans ces limites, elle correspond à la mortalité infantile observée en

Haute-Egypte, de 1925 à 1927, qui varie de 172 à 303 décè de zéro à un an pour 1.000 enfants nés vivants.

La mortalité infantile de nos colonies ne dépasse donc pas 32 p. 100. A ce taux elle atteint déjà le double des mortalités infantiles les plus élevées observées en France, mais nous sommes bien loin des exagérations au cours desquelles le chiffre de 80 p. 100 est offert à la consternation du public.

Les causes de mortalité infantile sont :

1° Le paludisme. On peut se faire une idée de sa gravité quand on apprend que Legendre a trouvé dans les écoles de Tananarive 77 p. 100 de grosses rates paludéennes et l'on peut dire avec le grand fabuliste français : ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

2° Comme ailleurs, la syphilis vide les berceaux dans nos colonies, et Roger Dumas a pu faire baisser d'un tiers la mortalité des nourrissons de la Goutte de lait à Tananarive en recherchant chez eux les stigmates de l'hérédo-syphilis et en les traitant par le sulfarsénol.

Enfin, les affections pulmonaires sont souvent graves chez des enfants affaiblis par le paludisme et la syphilis, qui sont insuffisamment vêtus au moment des changements de la température... »

Protection de l'enfance en Indochine. — M. Lalung-Bonnaire. Diverses affections endémo-épidémiques jointes à l'ignorance des matrones et au manque absolu d'hygiène déterminaient autrefois une forte mortalité infantile indigène (plus de 62 p. 100 en 1900), dans le grand centre de Cholon.

La protection de l'enfance est assurée en Indochine depuis la conception jusqu'à l'âge adulte.

1° *Surveillance prénatale.* — Lutte contre la mortalité occasionnée par la syphilis, traitement gratuit dans les formations sanitaires. Institut prophylactique. Consultations prénatales. Conférences et films de propagande. Congés de maternité.

2° *Protection du nouveau-né et du nourrisson.* — Lutte contre la mortalité infantile. Ecoles de sages-femmes indigènes. Maternités centrales, provinciales et rurales. Création des bâ-mu au Tonkin. Accouchements à domicile. Primes à la natalité. Vaccination antivariolique et antituberculeuse. Distribution de lait, vêtements d'enfants. Conférences et films.

3° *Protection de la première enfance.* — Consultations infantiles dans les formations sanitaires et les maternités de villages. Institut de puériculture. Conférences et films.

4° *Protection de la deuxième enfance.* — Surveillance médicale des écoles :

Fiches sanitaires scolaires, dépistage de la tuberculose, soins aux trachomateux, exercices physiques.

Conférences et films de propagande sur l'hygiène.

Camps de vacances scolaires.

5° *Œuvres de bienfaisance officielles et privées.* — Crèches, orphelinats, œuvres de protection de l'enfance, de la Sainte-Enfance, écoles d'aveugles, de sourds et muets, maison correctionnelle de Ong-Yem.

Protection de l'enfance en A. O. F. — M. Crozat.

Stegomya. Fièvre jaune.

Le Stegomya. — M. Le Gac. En 1881, Finlay attirait l'attention du monde médical sur le rôle possible du Stegomyia fasciata dans la transmission de la fièvre jaune.

Depuis cette époque on ne cessa d'étudier ce moustique. Certains phénomènes biologiques comme la ponte n'ont pu être élucidés que tout récemment par Roubaud qui a montré que les œufs durables du Stegomyia représentent des éléments essentiels de réactivation et de rajeunissement susceptibles d'entraver utilement les effets défavorables d'un développement actif continu.

Les récentes épidémies de fièvre jaune ayant sévi sur la côte Occidentale d'Afrique et au Brésil ont été fertiles en enseignements. Bauer a montré qu'en sus de l'Aèdes oegypti; les Aèdes luteocéphalus et apicoanmelatus et l'Eretmopodites chrysogaster étaient capables de transmettre la fièvre jaune. Divers auteurs ont de plus montré la possibilité de la transmission de la maladie par les Stegomyia de l'Asie, des Indes néerlandaises et de la Tunisie restées indemnes jusqu'à ce jour, d'où la nécessité d'envisager le danger d'une propagation par les voies de communication rapides comme les paquebots et les avions.

Le rôle des moustiques dans la transmission de la dengue a été mis en évidence par Graham, mais ce sont les travaux de Cleland et Bradley confirmés par Siler, Hall et Hitchens qui ont démontré d'une manière irréfutable le rôle joué par le Stegomyia fasciata dans cette transmission.

Dans la prophylaxie des affections transmises par l'Aèdes oegypti on doit tenir compte de l'importance des œufs durables. La stérilisation des lieux de ponte par l'hypochlorite de soude assurant la destruction des œufs ou l'éclosion prématurée des larves devra désormais entrer dans la pratique courante de la lutte contre les Stegomyias.

Vaccination, sérothérapie et chimiothérapie de la fièvre jaune. — MM. Auguste Pettit et Georges Stefanopoulo.

I. *Vaccination.* — C'est le professeur Hindle qui, le premier, a réalisé, à Londres, en 1928, la vaccination du singe et a appliqué ce procédé à la protection de l'homme; à cet effet, ce médecin utilise deux vaccins : un vaccin formolé et un vaccin phéniqué.

Quatorze jours après, en proclamant la priorité de Hindle, Pettit et Stefanopoulo proposaient un anavirus, dont la préparation est calquée sur celle de l'anatoxine de Ramon et qui protège efficacement le singe.

Le problème de la vaccination antiamaril n'est pas encore au point en ce qui concerne l'espèce humaine; il importe, notamment, de déterminer les conditions précises dans lesquelles doit se trouver le virus pour fournir un vaccin efficace et incapable d'infecter l'homme.

II. *Sérothérapie.* — Depuis 1928, Pettit, Stefanopoulo et Frasey préparent du sérum antiamaril au moyen du singe et du cheval, qui jouit des propriétés suivantes :

a. Il n'a d'influence défavorable ni sur l'homme, ni sur le singe;

b. Il neutralise, *in vitro,* le virus amaril et permet de préparer des vaccins efficaces;

c. Il protège le macaque contre une infection ultérieure de virus;

d. Il empêche la fièvre jaune de se déclarer chez le macaque.

Faute de singes, la préparation du sérum antiamaril est arrêtée.

III. *Chimiothérapie.* — Les essais de chimiothérapie de la fièvre jaune n'ont encore fourni aucun résultat pratique.

Moustique Stegomya. — M. le professeur Francisco Dominguez (délégué de Cuba) donne une description complète du *Culex mosquito* et du *Culex cubensis,* le premier est diurne et l'autre est nocturne.

Il donne également une description de la trompe de la femelle du moustique, qui est la seule qui pique, et il nous fait savoir que le moustique peut vivre un mois et peut piquer plusieurs fois pour assurer l'évolution de ses œufs, car selon Finlay, la femelle pique non pas pour se nourrir, mais pour profiter de la chaleur du sang pour assurer l'évolution de ses œufs.

A Cuba, on a pu faire vivre des moustiques pendant quatre mois, il est donc possible que le moustique qui a piqué et qui est infecté, puisse voyager dans du linge, dans une malle ou une valise et porter au loin son infection.

Avant l'arrivée à La Havane de la Commission américaine de la fièvre jaune, Finlay avait déjà inoculé 104 individus

avec des moustiques qui avaient piqué des malades atteints de fièvre jaune, et il cherchait surtout à produire des vaccinations en provoquant des fièvres jaunes très bénignes.

La découverte de Finlay ne peut pas être discutée, elle lui appartient exclusivement, cela n'empêche pas la valeur des travaux de contrôle qu'a faits la Commission américaine qui avait été nommée pour contrôler les travaux de Finlay.

Cuba, avec un régime sanitaire parfait, inspiré par les théories de Finlay, est arrivé à un taux de mortalité de seulement 17,12 p. 100 en 1930, alors qu'en 1899 la mortalité était de 89 p. 100.

Anophèle. Paludisme.

L'Anophèle. — M. le professeur ROUBAUD. L'Anophèle, moustique vecteur attitré du paludisme qu'il transmet par piqûres après une incubation de durée variable suivant la température et le type du virus, mérite l'attention soutenue des médecins et hygiénistes tropicaux.

L'assainissement réel des régions palustres ne peut provenir que d'une lutte efficace contre ce type de moustiques.

Pour combattre efficacement les Anophèles au point de vue de l'antipaludisme, il est nécessaire tout d'abord d'être renseigné aussi exactement que possible sur les espèces régnantes, leur origine, leurs lieux de développement et la part respective qu'elles prennent dans l'endémie locale.

Toutes les espèces ne sont pas également dangereuses.

L'action devra porter au maximum sur les espèces vraiment dangereuses qui peuvent se développer parfois à plusieurs kilomètres des collectivités.

Le procédé le plus certain d'assainissement durable d'une région palustre réside dans son assèchement parfait, condition qui est rarement réalisable. L'évolution agricole, accompagnée de la pratique de la stabulation permanente, a permis dans une grande partie de l'Europe un assainissement progressif spontané, qui est lié à la protection exercée à l'égard de l'homme par les animaux domestiques (déviation animale). C'est là un idéal vers lequel on doit tendre également en toutes régions, mais il suppose une transformation complète de la pratique agricole et des conditions habituelles de l'élevage dans les régions chaudes; une telle évolution ne sera obtenue que lentement.

Dans la pratique immédiate, la lutte anti-anophélienne s'inspirera des mesures diverses de destruction (débroussements, pétrolage, etc.), en particulier des méthodes biologiques simples et rationnelles telles que celle de l'empoisonnement.

Le traitement des surfaces d'eau par les nuages de poudre larvicides, seuls ou de préférence associés à l'emploi des poissons, constituera une méthode de grande portée.

L'organisation de la lutte antimalarienne en Indochine. — M. ROBIN (de Saïgon). Par suite du développement économique de l'Indochine, d'importantes collectivités ont été constituées dans les régions boisées, très insalubres, ouvertes désormais à la colonisation. Le paludisme s'y est manifesté depuis 1919 avec une fréquence et une gravité telles qu'il menaçait de prendre les proportions d'un véritable fléau.

La seule protection thérapeutique et mécanique des individus s'étant révélée insuffisamment efficace, on a complété ces mesures prophylactiques par l'étude de la faune anophélienne, de sa biologie, et des moyens de la combattre dans chaque cas envisagé. L'application de cet ensemble de procédés nécessite l'intervention et la collaboration étroite de trois services : l'Institut Pasteur, conseiller technique, le Service de santé, assurant la protection de l'homme; le Service des travaux publics, assainissant le sol par le drainage.

D'abord localisée aux points les plus atteints, la lutte antimalarienne, entreprise en 1929, se développera progressivement suivant un ordre d'urgence et permettra la généralisation des premiers résultats si heureusement acquis dès 1930 : disparition de la mortalité, abaissement des indisponibilités pour paludisme de 30 à 3 p. 100.

Les anémies tropicales. — M. le professeur Carlos MONGIS (de Lima).

Les Anophèles du Gabon occidental. — M. GALLIARD. La région étudiée est située entre les premier et troisième parallèles Sud, entre les rivières Ogooué, Nyanga, N'gounié et la mer. Elle est traversée par la chaîne du Mayumbe et recouverte par la grande forêt. Cinq espèces d'*Anophèles* y ont été trouvées : *A. gambiae*, *A. funestus*, *A. mauritianus*, *A. pharoensis* et *A. marshalli*.

Les trois premières sont les plus communes : *A. gambiae* sur la côte, *A. funestus* à l'intérieur, dans les zones de savane toujours peu étendues; enfin *A. mauritianus*, très abondant partout et qui est peut-être la seule espèce forestière.

En saison des pluies, pendant la période d'activité, des *Anophèles* viennent peu dans les habitations européennes ou indigènes sauf pendant une forte pluie; on ne les y trouve jamais le jour.

En saison sèche la température s'abaisse (minimum observé : 11 degrés le 15 juillet) et les Anophèles adultes disparaissent complètement. La reproduction se fait au ralenti : à tout moment on trouve des larves dans les gîtes qui persistent partout durant cette période (*A. mauritianus*). Dans d'autres cas la ponte des femelles et l'évolution larvaire semblent plus étroitement liées aux variations de la température locale (*A. funestus*). Ces faits confirment ce que l'on sait sur les *Anophèles* en Afrique où une même espèce peut présenter une biologie très différente suivant la région considérée.

Traitement des anémies parasitaires coloniales. — M. RIOU.

Index splénique d'endémicité palustre. — M. Philippe DECOURT.

Lutte contre la maladie du sommeil.

La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun. — M. JAMOT. La méthode prophylactique qui est en œuvre au Cameroun a pour premier objectif de maîtriser les foyers en détruisant le réservoir de virus en circulation. Elle se propose en second lieu de guérir tous les malades curables.

La recherche des malades est l'acte fondamental de la prophylaxie. Elle est faite par des équipes de prospection qui sont toujours dirigées par des médecins.

Les malades sont ensuite soignés par l'association des substances trypanocides les plus actives : l'atoxyl, l'émétique d'aniline, le novarsénobenzol, le moranyl et la tryparsamide.

La connaissance de la réaction méningée ne paraît pas indispensable pour prescrire le premier traitement.

L'action prophylactique est contrôlée par l'examen du sang.

Sous l'influence du traitement, *les index de morbidité nouvelle et de virus en circulation* régressent plus ou moins rapidement : ce sont les deux pierres de touche de l'efficacité de l'intervention médicale.

Toutes les régions contaminées ont été visitées. Les limites des foyers ont été déterminées. Tous les malades dépistés ont été énergiquement traités.

Dans tous les foyers le fléau recule, ce qui ne veut pas dire qu'il est partout vaincu. Il existe en effet des zones de résistance où le mal se défend très vigoureusement et même quelques points où il reprend l'offensive.

La lutte n'est donc pas finie, mais nos gains sont déjà considérables.

Dans plusieurs régions naguère très infectées, le trypanosome est devenu une rareté. Les grands sommeilleux dispa-

raissent graduellement. La mortalité par trypanosomiase a diminué considérablement et son taux est souvent inférieur à celui de la mortalité générale dans les régions indemnes. La natalité augmente parallèlement et l'équilibre démographique, rompu par l'infection, se rétablit tout doucement.

La maladie du sommeil n'est donc plus au Cameroun un facteur important de mortalité, de dénatalité et de dépopulation.

Lutte contre la maladie du sommeil. Résultats obtenus en A. E. F. — M. A. Sicé. Le 25 octobre 1906, une mission d'études de la maladie du sommeil, organisée à la demande de M. Gentil, par MM. les docteurs Roux, Le Myre de Vilers, le docteur Kermorgant, inspecteur général du Service de santé des colonies, s'embarquait à destination du Congo Français. Elle était composée de MM. Gustave Martin et Lebœuf, médecins des troupes coloniales, Roubaud, agrégé des Sciences naturelles, Weiss et Muny.

Les travaux de la mission, effectués de 1906 à 1909, ont été publiés dans l'ouvrage intitulé : *Rapport de la Mission d'études de la maladie du sommeil au Congo Français*.

L'Institut Pasteur de Brazzaville fut créé, en 1910, succédant à la mission d'études, dans le but de continuer ses travaux et recherches. Collaborant avec l'inspection générale des Services sanitaires de l'A. E. F., l'Institut Pasteur participa à la formation des secteurs de prophylaxie, dirigés, chacun, par un médecin aidé d'infirmiers indigènes, d'agents sanitaires européens, d'hygiénistes.

Le but de ces secteurs était de dépister les trypanosomés, d'établir l'indice de morbidité, de stériliser la circulation sanguine de ces malades, de détruire les gîtes des agents de transmission du virus (glossines, moustiques). Il existe actuellement, 28 secteurs; tous les médecins affectés en A. E. F., collaborent à ce service; un médecin, inspecteur mobile, établit la liaison entre les secteurs. En outre, dans ces toutes dernières années, des centres de traitement, hospitalisant les trypanosomés, ont été créés dans chacun des secteurs, à la suite des résultats obtenus à Brazzaville, où la morbidité annuelle se maintient, depuis huit ans, au-dessous de l'unité, tandis que la mortalité tombait de 36 p. 100 à 12 p. 100.

Dans toute l'A. E. F., en 1929, 830.448 indigènes ont été vus; la morbidité totale atteint 3,99 p. 100, avec 1,29 p. 100 de contaminations nouvelles.

La thérapeutique repose sur l'emploi de l'atoxyl, de l'émétique, du 270 Fourneau (Orsanine), du Moranyl, pour le traitement des malades en première période; de la tryparsamide, de l'Orsanine, du tryponarsyl, dès que les centres nerveux sont lésés.

La trypanosomiase, avec ces mesures, a cessé d'être un danger pour l'avenir économique de l'A. E. F.

Résultats obtenus en A. O. F. — MM. Sorel et Robineau.

Trypanosomiase dans les colonies portugaises d'Afrique. — M. Kopke (de Lisbonne).

Sur certaines tendances des recherches consacrées à la thérapeutique chimique des trypanosomiases expérimentales. — M. L. Launoy fait une synthèse rapide des méthodes cliniques adoptées depuis le commencement du siècle, dans le traitement des trypanosomiases humaines et animales. Les insuccès du début ont abouti, dans la thérapeutique des trypanosomiases, à l'association de corps appartenant à des groupes chimiques différents. C'est la méthode « d'association médicamenteuse ». Dans cette pratique, les médicaments employés sont injectés alternativement. L'auteur qualifie ce procédé de stérilisation discontinue ou de tyndallisation. Malgré la découverte, dans ces dernières années, de produits chimiques plus actifs, les méthodes thérapeutiques n'ont pour ainsi dire pas varié depuis le commencement du siècle.

L'auteur fait remarquer que dans l'association médicamenteuse, procédé tout à fait intéressant, le terme *association* implique non pas une polythérapie « *alternante* » comme la réalise la pratique actuelle, mais une polythérapie « simultanée ». Il cite en exemple les résultats obtenus par lui et ses collaborateurs dans le traitement de l'infection à Tr. Congolense de la souris, où l'association de 309 et d'un composé antimônié, à doses inefficaces par elles-mêmes, conduit néanmoins à la stérilisation de souris infectées. De telles associations réalisent ce que l'auteur appelle des « *synergies médicamenteuses* ». Il estime que l'étude de ces dernières peut conduire à l'établissement de nouvelles techniques thérapeutiques.

M. le professeur Warrington Yorke (de Liverpool) prend part à la discussion qui suit.

Maladies cutanées (spécialement lèpre) et syphilis dans les pays chauds.

Le traitement et la prophylaxie de la lèpre aux Colonies. — M. le médecin lieutenant-colonel Stévenel. 1° *Traitement.* — Des très nombreux traitements essayés contre la lèpre ceux à base de Chaulmoogra sont les seuls à avoir donné des résultats indubitables. L'huile de Chaulmoogra a une valeur thérapeutique variable parce qu'elle provient de plusieurs espèces de Bixacées. Son action dépendrait aussi de la façon dont elle est assimilée, d'où l'emploi de mélanges, d'émulsions et de dérivés et éthers éthyliques plus assimilables. Le principe actif ne serait pas les acides gras chaulmoogriques pas plus que les éthers éthyliques de ces acides.

L'auteur cite une partie de son travail (*Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, n° 5, 1929) concluant que le principe actif provient exclusivement du tégument dur des graines et que l'huile doit être extraite après broyage des amandes avec le tégument dur. Les léprologues disposeraient alors dans l'émulsion aqueuse, d'un médicament dont l'efficacité contre la lèpre serait comparable à l'efficacité du mercure contre la syphilis.

Le traitement hygiénique et tonique de la tuberculose doit être appliqué à la lèpre; action néfaste des régimes trop acides.

2° *Prophylaxie.* — La lèpre n'est pas inoculable à l'homme dans les conditions habituelles de l'expérimentation, mais cependant contagieuse, parce qu'elle aurait besoin d'un terrain approprié sensibilisé par d'autres affections et des inoculations répétées par un insecte ubiquitaire.

L'hérédité serait exceptionnelle comme dans la tuberculose. Le lépreux est seul réservoir à virus. Un isolement rigoureux mais inhumain de tous les lépreux jusqu'à leur mort, a donné des résultats au moyen âge, mais la séquestration moderne non stricte dans des léproseries-prisons, a eu des effets peu satisfaisants. Les mesures de prophylaxie contre la lèpre ne doivent pas être plus cruelles que celles préconisées contre la tuberculose plus contagieuse et plus meurtrière et doivent être analogues : dépistage, traitement assuré, dispensaires, préventoriums, sanatoriums, visiteurs de prophylaxie, placement préventif des enfants, etc. Les léproseries-prisons doivent disparaître.

Des établissements d'hygiène et de prophylaxie pourraient assumer aux colonies la prophylaxie contre toutes les maladies transmissibles y compris la lèpre, à l'exemple du Préventorium colonial et de l'Institut d'hygiène et de prophylaxie de la Martinique dont le principe est excellent et dont l'idée mérite d'être reprise et poursuivie.

La lèpre et la Société des Nations. — M. E. Burnet (de Tunis). La lèpre est une des maladies dont s'occupe le Comité d'Hygiène de la Société des Nations, non comme une Société médicale ou une institution scientifique, mais avec les méthodes qui lui sont propres, dans le but de rapprocher les

léprologistes, de les aider à collaborer par des échanges de personnel et de matériel, de faire étudier les questions pratiques par des réunions d'experts et de recommander les conclusions aux Gouvernements et aux administrations d'hygiène publique; en un mot, dans l'esprit de l'hygiène internationale.

La Commission de la lèpre a d'abord chargé son secrétaire, le docteur Et. Burnet, de faire une enquête personnelle et directe dans la plupart des pays à lèpre du monde entier. Un rapport sur cette enquête a été publié en 1930, après avoir été approuvé par la Commission, dont il détermine le champ d'action et l'opinion sur les questions principales, entre autres la ségrégation et le traitement.

La Commission s'est réunie en conférence en décembre 1930, à Bangkok, en même temps que le VIIIe Congrès de la Société de Médecine tropicale de l'Extrême-Orient. Cette conférence a préparé la création de deux nouveaux centres internationaux d'étude de la lèpre, l'un au Brésil, l'autre au Japon, sous les auspices de la Société des Nations. Elle a rédigé son premier rapport : « Principes de la prophylaxie de la lèpre », qui a été adopté par le Comité d'hygiène et publié en octobre 1931.

Les membres de la Conférence de Bangkok ont fait partie de la Conférence de la lèpre réunie à Manille en janvier 1931 par la Fondation américaine « Leonard Wood Memorial for the Eradication of Leprosy ». Cette conférence a continué le travail commencé à Bangkok, en étudiant surtout les questions techniques. Son rapport a été publié dans le numéro d'avril 1931 du *Philippine Journal of Science*.

Le programme de la Commission de la lèpre de la Société des Nations comporte maintenant : la publication d'un répertoire-annuaire de la lèpre; l'unification des documents cliniques et statistiques employés par les léprologistes et les services d'hygiène; l'essai de standardisation des remèdes tirés du chaulmoogra; des études scientifiques dans les Centres internationaux d'études, surtout en vue du traitement et de la prophylaxie.

La Conférence de Manille a envoyé un appel aux léprologistes du monde entier pour la fondation d'une Société internationale de la lèpre qui aura pour organe une Revue internationale de la lèpre. Elle a proposé des statuts et un bureau provisoire.

Après avoir parlé comme représentant de la Société des Nations, le docteur Burnet a parlé en Français; il a exprimé sa confiance en ses compatriotes pour collaborer à l'œuvre internationale entreprise par le Comité d'hygiène pour la prophylaxie de la lèpre; il a montré la part brillante qu'ont toujours prise à ces études les médecins de notre corps colonial. Noblesse oblige : la France est obligée par sa situation de grande puissance coloniale, et la prophylaxie de la lèpre est l'une des pierres de touche les plus sensibles de l'œuvre d'une nation dans l'hygiène coloniale.

Prophylaxie de la lèpre au Brésil et en Argentine. — M. Raoul Besnard (de Bruxelles).

Lèpre dans l'Inde portugaise. — M. Froilano de Mello (de Goa).

Etude sur le bacille de Hansen. Essais de culture. — MM. Vaudremer, A. Sézary et Mlle C. Brun. — Pendant trois ans, les auteurs ont cherché à savoir si le bacille lépreux, dont on connaît les rapports étroits de forme et de colorabilité avec le bacille de Koch, se comportait comme celui-ci, s'il était soumis à l'action des cultures filtrées d'Aspergillus Fumigatus. L'un des auteurs a montré, en effet, que certaines souches de bacilles tuberculeux immergées dans des extraits filtrés d'A. F. acquéraient la propriété de pousser ensuite sur gélose comme une bactérie banale.

Les auteurs de la présente note ayant traité le bacille de Hansen de la même façon, ont vu que le sang d'Hanséniens ensemencé dans le liquide A. F. filtré donnait naissance à des formes mycéliennes ramifiées et portant sur leurs ramifications des granules acido-résistants. Ces formes repiquées trois fois de suite avec succès, n'ont pas poussé dans les ensemencements sur gélose.

Les ensemencements faits dans le même milieu, avec des lépromes de la peau, prélevés purement, ont donné des cultures tardives de germes granulaires non acido-résistants qui dans les conditions expérimentales où les auteurs se sont placés, ont acquis l'acido-résistance. Ces formes acido-résistantes ont été agglutinées par le sérum de lépreux et ne l'ont pas été par le sérum d'individus non lépreux.

Les auteurs, avec la prudence qui convient à un sujet aussi difficile, se sont abstenus d'être affirmatifs, mais ils ont fait remarquer que la technique rigoureuse suivie par eux, les contrôles qu'ils ont faits de leurs expériences et le fait de l'agglutination par les sérums de lépreux des germes qu'ils ont décrits, permettraient de penser que ces germes pourraient bien être des formes non acido-résistantes du bacille de Hansen. Ces expériences, commencées depuis trois ans, sont actuellement poursuivies.

Les formes de la syphilis indigène. — M. Lacapère. La syphilis indigène, qui se ressemble étroitement en Afrique et en Extrême-Orient, évolue d'une façon très différente de la syphilis qu'on observe chez l'Européen.

La *période primaire* présente chez l'indigène trois grands caractères : le chancre est ordinairement méconnu, il est souvent extra-génital et il fait son apparition au cours de la première ou de la seconde enfance.

La *période secondaire* nous permet de suivre la transformation sur place des lésions qui, d'abord maculeuses, deviennent papuleuses et souvent ulcéreuses. Les rémissions, si normales dans la syphilis européenne, manquent complètement dans la syphilis indigène. La transformation *in situ* des lésions nous montre une *phase secondo-tertiaire* qui s'observe régulièrement chez l'indigène, faisant la transition entre la période secondaire et la période tertiaire.

La *période tertiaire* se caractérise surtout par des lésions cutanées, muqueuses ou osseuses. Les lésions viscérales ou nerveuses sont exceptionnelles. Les syphilides cutanées prennent le plus habituellement la forme ulcéreuse ou ulcéro-croûteuse, le voile du palais est souvent perforé, parfois détruit, l'ostéite et l'ostéomyélite gommeuses sont fréquentes.

Il se produit des formes régionales mixtes à évolution tout à fait particulière : telles les gommes médio-frontales et la syphilis ulcéreuse du centre de la face dont l'auteur projette une série de photographies.

Malgré ses tendances mutilantes, la syphilis indigène demeure bénigne, car elle respecte les viscères et arrive souvent à guérir spontanément.

Il ne semble pas que le virus indigène diffère du virus européen et sa tendance dermotrope ou neurotrope est beaucoup plus le résultat du traumatisme répété atteignant les téguments, les os ou les centres nerveux, que le fait d'une différence de variété. L'évolution des syphilis contractées par les Européens à une source indigène appuie cette conception ; c'est le terrain et non la graine qui règle l'évolution de la syphilis.

Prophylaxie et traitement de la syphilis aux colonies. M. Marcel Léger. — Il n'y a pas une syphilis européenne et une syphilis exotique, il y a une seule infection due au même agent pathogène. De même, il n'y a pas une prophylaxie rationnelle et un traitement contrôlé qu'on doit toujours tendre à appliquer en s'adaptant aux mœurs et aux conditions de vie des indigènes.

Dans l'organisation de la lutte, les moyens accessoires mis en œuvre dans les pays d'Europe ne doivent certes pas être laissés de côté (instruction de la population, propagande, etc.) ; mais les résultats à en attendre sont encore plus incertains

La *prophylaxie par le traitement* demeure la poutre maîtresse de l'édifice à construire. On y parviendra :

1° En multipliant les *dispensaires*;

2° Par la création, en nombre suffisant, de *laboratoires* confiés à des techniciens avertis;

3° Par l'application de modes scientifiques de diagnostic et de traitement. Le Wassermann, bien manié, a rendu de grands services, mais il est, par essence, subordonné à des facteurs biologiques dont les variations ne peuvent être prévues, surtout aux colonies. Logiquement, il cède le pas à la *réaction de Vernes*, d'ordre purement physique, à l'abri de toute cause d'erreur et qui permet, par un résultat chiffré de 0 à 150, la mesure de l'infection.

Possédant le moyen de connaître le degré d'infection du syphilitique (sang et liquide de ponction lombaire), le médecin peut la traiter jusqu'à guérison, en observant les règles fondamentales de la *syphilimétrie :*

1° *Traitement continu*, sans arrêts. Les cures de « blanchiment » sont très dangereuses et pour l'individu et pour la société.

2° *Traitement contrôlé* sérologiquement de façon précise et serrée. Seuls, les médicaments efficaces seront administrés et pendant le temps qu'il faut (notions de résistance individuelle et d'usure des médicaments).

3° Le traitement ayant été jugé suffisant, faire toujours la preuve que l'infection est réellement éteinte (règle des huit mois de Vernes).

Syphilis et pian. — M. Toullec. Les rapports entre la syphilis et le pian ont de tout temps préoccupé l'opinion médicale. Les tréponèmes de Castellani et de Schaudinn sont morphologiquement identiques; les épreuves d'immunité croisée, récemment reprises au laboratoire de Manille, sont en faveur d'une immunité de groupe ; les réactions sérologiques dans le pian donnent des résultats parallèles à ceux obtenus dans la syphilis. D'où l'hypothèse d'une source nosologique commune. Cependant, les différences s'établissent dès la période primaire : le chancre pianique présente des caractères nettement opposés à ceux du chancre syphilitique. Les lésions secondaires du pian, par leur aspect framboesiforme, s'offrent avec un monomorphisme typique qui s'oppose au polymorphisme de la syphilis secondaire. Les lésions tertiaires du pian (gommes, ulcères, ostéites) paraissent devoir être admises ; par contre, le goundron, le gangosa, les nodosités juxta-articulaires ne sont que des syndromes communs à plusieurs maladies. Le pian quaternaire est douteux ; il n'est signalé comme possible qu'aux îles Fidji, à Samoa, à Haïti... Le pian héréditaire n'est pas démontré. Les conditions climatiques, raciales, géographiques, historiques n'apportent que des interprétations hypothétiques.

En résumé, pian et syphilis doivent, en clinique comme en épidémiologie, être considérés comme deux entités morbides nettement distinctes.

Tuberculose expérimentale atypique et curable mise en évidence par un nouveau procédé dans la lèpre humaine. — MM. C. Ninni et T. de Sanctis Monaldi.

Etudes expérimentales de la relation entre la pellagre et l'avitaminosie. — M. Harvey S. Thatcher (d'Arkansas). La pellagre a été étudiée avec beaucoup d'attention, au point de vue du régime, depuis les inondations de 1927 et la sécheresse de 1930 dans le Sud des Etats-Unis, époque où bien des cas de cette maladie se déclarèrent.

Une observation des symptômes pellagriques chez le rat albinos fut faite par nous avec le régime sans vitamine G, avec l'aide de M. le docteur Barnett-Sure et de Mlle Dorothy Walker. 64 animaux furent observés avec ce régime et 32 autres au régime normal furent également observés. 27 sur les 64 développèrent de la dermatite. De l'ophtalmie, de l'arrêt de la croissance et du poids furent aussi constatés. Des variations, suivant les saisons, furent observées avec la dermatite.

Les principaux changements pathologiques trouvés à l'œil nu ou au microscope furent l'alopécie, l'ulcération de la peau avec hyperkératose et parakératose, atrophie de la rate et du thymus, foie gras, hémorragie et congestion des intestins. Un peu plus tard, le docteur Sure observa encore 61 rats albinos avec un régime sans vitamine G et conclut que les facteurs de croissance et les vitamines appelées antipellagriques n'étaient pas identiques.

Nous croyons, d'après les expériences de notre laboratoire, que le manque de vitamine G ne nous apporte pas une conclusion évidente de l'étiologie de la pellagre.

Les expériences de MM. les docteurs Jobling et Arnold, qui trouvèrent un fongus avec propriétés photodynamiques dans les selles des pellagriques doivent être reprises.

Maladies communes à l'homme et aux animaux.

Les maladies infectieuses et parasitaires des animaux transmissibles à l'homme dans les colonies. — M. le professeur L. Panisset (Alfort). La transmission à l'homme des maladies des animaux procède plus souvent de la méconnaissance des règles de l'hygiène que des exigences de la vie pastorale. Le *charbon* est la maladie la plus répandue; sa prévention repose sur les moyens de la lutte contre l'infection des animaux, exclusivement par la vaccination des troupeaux.

La *rage* est répandue dans toutes nos colonies, même en A. O. F.; des instituts antirabiques pourvoient aux besoins; la vaccination des chiens est largement pratiquée au Maroc et en Algérie.

Les *tuberculoses* animales sont rares; sauf exception, elles ne constituent pas un danger pour l'homme.

Le *kyste hydatique*, le ténia solium, le ténia inerme, sont trop communs. Il est difficile de lutter contre l'infection animale, qui est à l'origine de la contamination, mais sa connaissance permet d'instituer des mesures préventives : destruction des viscères parasités dans les lieux d'abatage des animaux de boucherie, réduction du nombre des chiens, protection et destruction des matières excrémentielles; inspection et cuisson des viandes.

Le rapport note encore le rôle du chien dans la transmission du *kala-azar*, celui des animaux comme réservoirs du virus de la *maladie du sommeil* et signale quelques affections plus rares, capables de passer des animaux à l'homme dans les colonies.

Situation de Madagascar au point de vue de la tuberculose des animaux. — M. Krick. C'est la tuberculose bovine qui est la plus importante à Madagascar, les autres espèces animales n'y jouant encore qu'un rôle secondaire.

Causes prédisposantes. — L'élevage du bœuf est resté très primitif, le Malgache paresseux et routinier ne faisant aucun effort pour l'améliorer. L'animal est laissé en liberté presque complète dans la brousse, ou bien il est dans le Sud surtout enfermé dans des parcs pendant la nuit et une partie de la journée. Entassé, dans ces parcs mal entretenus, il s'y contamine, les matières virulentes accumulées étant sans cesse renouvelées. La vie errante des troupeaux, les transactions nombreuses favorisent aussi la contagion. L'alimentation défectueuse (pâturages médiocres des régions sub-désertiques du Sud, disette fourragère pendant la saison sèche) en diminuant la résistance organique facilite l'infection. Fort heureusement, notre zébu, très prolifique et rustique, résiste bien à la généralisation des lésions et localise le plus souvent celles-ci, aux ganglions de l'appareil respiratoire.

Historique et caractère de la tuberculose. — L'affection a débuté dans le sud de l'île, probablement importée par des bœufs d'Europe. Reconnue pour la première fois en 1901,

à Tuléar, elle a rapidement envahi presque toute la Colonie, seul le Nord est encore à peu près indemne.

La tuberculose est presque toujours du type chronique et localisée aux ganglions du poumon; elle atteint une proportion de 50 à 60 p. 100 dans le Sud; 40 p. 100 dans le Centre; 17 p. 100 dans l'Ouest. La tuberculose généralisée est rare.

LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Tous les arrêtés pris ont été inopérants, la tuberculination, non plus que la vaccination par le B. C. G, ne sont applicables maintenant. Seules des mesures d'amélioration des conditions de vie de nos bœufs et une inspection sanitaire sérieuse des viandes de boucherie sont réalisables.

Le rôle du vétérinaire colonial. — M. MONOD.

Hépatite enzootique ou Rift Valley Fever. — MM. R. DAUBNEY et G. M. FINDLAY. Une nouvelle maladie aiguë due à un virus ultramicroscopique est décrite de la colonie de Kenia de l'Afrique Orientale anglaise. Le virus produit dans l'homme une fièvre qui dure quatre jours et que caractérise une leucopénie. Le virus est pathogène pour le mouton, la chèvre, le singe et le chat et mortel pour l'agneau et pour les rongeurs tels que la souris et le rat. Il y a une hépatite nécrotique. L'infection peut être transmise à la souris à travers la peau rasée ou la conjonctive. Le sang et l'urine sont très infectieux. La maladie a des similitudes avec la fièvre jaune mais il n'y a pas d'immunité croisée entre les deux infections.

Immigration exotique. Police sanitaire maritime.

L'immigration exotique. — M. René MARTIAL a montré comment, depuis le début du XVIIe siècle, le problème de la main-d'œuvre coloniale a été compris et résolu. Engagés des vieux âges aux Antilles et en Acadie, familles normandes qui ont fondé le Canada, participation personnelle de Louis XIV à la fondation de Fort-Dauphin, à Madagascar, période esclavagiste, évolution de la politique coloniale depuis le concept de suzeraineté jusqu'à celui de collaboration qui prime de nos jours, l'auteur a tracé un vivant tableau historique. Il a montré d'une façon claire et précise les conditions à remplir pour amener et conserver une bonne main-d'œuvre dans nos diverses colonies. Il a cité les efforts couronnés de succès de nos médecins coloniaux, et montré, en particulier, comment doit s'opérer la sélection des immigrants.

Police sanitaire maritime. — M. RIBOT, directeur de la Santé à Marseille.

Police sanitaire et immigration. — MM. R. MARTIAL et J. LAQUIÈZE apportent d'intéressants renseignemeuts sur les règlements protégeant les émigrants.

Le règlement du 27 décembre 1928, pour la France et ses colonies, pays de protectorat et sous mandats, est directement inspiré de la Convention de 1926.

Les Etats-Unis vont prochainement modifier leur règlement de police sanitaire en le complétant. L'Argentine, elle aussi, a depuis longtemps un règlement très complet et son service d'immigration, notamment à la réception, à Buenos-Aires, des immigrants est un modèle. La Hollande, l'Italie et l'Australie ont mis elles aussi cette question parfaitement au point.

Le rôle important d'une police sanitaire bien conduite dans l'immigration a été démontré par les docteurs Hermant et Cilento au cours de leur enquête dans les Iles du Pacifique (arrêt de la dépopulation, accroissement de la race).

Il est à souhaiter qu'un accord international établisse une réglementation commune de façon à éviter tout conflit et à faciliter le contrôle des diverses nations sur leurs territoires respectifs.

Alimentation en eaux potables et parasitisme intestinal.

L'alimentation en eaux potables sous les tropiques. — M. PONS.

Infections d'origine hydrique aux colonies. — M. BRAU. Les eaux potables, source de vie, peuvent, si elles sont négligées quant à leur captation ou plus ou moins bien épurées, être aussi aux colonies les sources de bien des maux.

I. *a.* D'épidémies d'apparence typhique (caisses à eau des bateaux);

b. D'épidémies de dysenteries fébriles (caisses à eaux des bateaux).

II. Maladies plus franchement coloniales : *a.* Entérites à paratyphique, à paracoli, à paradysentérique, à bacille pyocyanique, etc.;

b. Choléra morbus ou choléra asiatique.

III. Affections à protozoaires : *a.* Dysenterie amibienne et abcès du foie;

b. Entérites à flagellés;

c. Entérites à Balantidium coli.

IV. Helminthiases.

V. Intoxications chimiques : *a.* Saturnisme;

b. Nitrites.

VI. Affections indirectement propagées : *a.* Larves de Stegomya;

b. Hôtes intermédiaires de la Filaine de Médine et des Dystomes;

c. Formes de transition des Bilharzies.

Le parasitisme intestinal. — M. BLANCHARD. La fermeture du circuit : un anus émetteur + de l'eau, un sol conservateur, des hôtes adaptés + une bouche ou des téguments récepteurs, crée le parasitisme intestinal. Sa rupture, en un point quelconque, arrête l'infestation. En milieu colonial indigène, ce circuit est très court; il est difficile à rompre. C'est la cause de l'*infestation parasitaire intestinale*, dont enquêtes et statistiques montrent l'importance dès les premiers mois de la vie et la généralisation à la moitié ou à la totalité des adultes, suivant les conditions atmosphériques et telluriques, les us et les coutumes des pays de nos possessions d'outre-mer. Le polyparasitisme par helminthes et protozoaires associés en complexes divers, est très fréquent. Pratiquement, tout indigène doit être considéré comme parasité et traité comme tel.

Par contre, seule une minorité d'infestés devient malade et cette *maladie parasitaire intestinale*, conditionnée, semble-t-il, par un déséquilibre entre l'action des parasites et la résistance du terrain, se déclanche par un mécanisme mal connu. De plus cette maladie n'a aucune entité propre : la description d'une ankylostomiase, d'une ascaridiose, d'une giardiose, etc., ne correspond pas à une réalité clinique. La maladie se traduit exclusivement par des syndromes anémiques, dysentériques, diarrhéiques, etc., dont l'examen coprologique et l'épreuve thérapeutique peuvent seuls établir l'étiologie parasitaire. Du point de vue de l'évolution, la maladie revêt, soit un caractère surtout social, c'est le cas de l'ankylostomiase qui, de ce fait, intéresse plutôt l'hygiéniste, soit un caractère surtout individuel, c'est le propre de toutes les autres helminthiases et protozooses qui relèvent davantage du médecin. Quant au traitement, il doit être énergiquement entrepris et longtemps poursuivi, car, si nul ne peut affirmer qu'un parasite est pathogène, nul ne peut prouver qu'il est inoffensif.

Infections d'origine hydrique aux colonies. — M. BRAU.

Le parasitisme des indigènes en France et leur déparasitation. — M. le médecin lieutenant-colonel STEVEBEL. Les indigènes coloniaux arrivent en France avec les parasites

qu'ils hébergent et présentent souvent les symptômes morbides de leurs parasitoses.

La transmission des parasites n'étant pas impossible, une circulaire du sous-secrétaire d'Etat au Service de santé prescrivait déjà, en 1916, le déparasitage des indigènes avant leur envoi dans la métropole.

Une enquête faite par l'auteur, en 1904, a établi que les proportions, en France, des parasités indigènes militaires, décelables par examen des selles, étaient de 78 p. 100 chez les Malgaches, de 63,62 p. 100 chez les Sénégalais, de 86,90 p. 100 chez les Indochinois, elles n'étaient que de 21,27 p. 100 chez les Européens.

L'auteur donne les proportions de porteurs trouvés pour chaque espèce de parasites chez les Malgaches, les Sénégalais et les Indochinois. Les indigènes sont parasités en proportions variables selon leurs races et leurs résidences habituelles.

Une nouvelle enquête lui a été confiée pour déterminer les meilleurs anthelmintiques et les moyens les plus pratiques de déparasitage.

Les résultats qu'il a obtenus au 1er juin 1931 avec le thymol, l'essence de Chénopodium, le tétrachlorure de carbone et quelques spécialités sont résumés dans un tableau comparatif. Dans les conditions de l'expérimentation, c'est-à-dire une seule cure entraînant moins de quarante-huit heures d'indisponibilité, ce serait l'essence de Chénopodium qui agirait le mieux contre les ascaris (88 à 100 p. 100 de succès) et le tétrachlorure de carbone contre les autres espèces de parasites intestinaux (84,56 de succès contre les uncinaires), même sans diète ni purgation. Une seule cure de déparasitage à l'aide de tétrachlorure de carbone peut diminuer suffisamment les parasites pour que les manifestations morbides des parasitoses deviennent exceptionnelles, mais le déparasitage méthodique avec examens de dépistage, de contrôle et traitement successifs est nécessaire pour faire la prophylaxie rationnelle des parasitoses intestinales.

Traitement de 1.500 cas de schistosomose par le Fouadin. — M. M. KHALIL (du Caire). Le Fouadin est une solution à 6,3 p. 100 d'un composé trivalent d'antimoine (antimoine III pyrocatechine di sulfonate de soude), que l'auteur a introduit avec ses collaborateurs dans la thérapeutique des schistosomoses en 1929. Il est moins toxique que l'émétique, peut s'injecter dans les muscles et ne produit aucune inflammation du tissu cellulaire sous-cutané; enfin la durée du traitement est courte (dix-neuf jours au lieu de vingt-neuf avec l'émétique).

Contribution au diagnostic de la moniliase pulmonaire. — MM. Gino GROSSI et Paul BALOQ.

Les arsiniques dans le traitement de certaines maladies tropicales. — M. LOISELET.

Thérapeutique polyvalente et prophylaxie des affections à protozoaires. — M. BETEAU.

Contribution à l'étude des indications thérapeutiques du stovarsol zinc. — M. BETEAU.

(A suivre.) F. L. S.

Pathologie du foie et du pancréas, par Marcel BRULÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Tenon. Un volume de 140 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique médicale (1). Tome II : *Aliments-médicaments*, par MM. M. Loeper, M. Labbé, Ch. Richet, R. Legendre, M. Renaud, M. Debray, A. Boutroux, J. Alquier, R. Lecoq, H. Labbé, H. Leclerc, N. Fiessinger, G. Marchal, Ed. Lesné, Mme L. Randouin.

Après avoir traité dans le précédent volume la thérapeutique des organes digestifs, le professeur Lœper consacre ce second volume aux aliments-médicaments entre lesquels il est le plus souvent impossible d'établir une ligne de démarcation. En raison des acquisitions nouvelles réalisées chaque jour par les biologistes et les chimistes et des travaux importants sur le métabolisme, les phénomènes d'anaphylaxie, les vitamines, etc., ce chapitre de la thérapeutique prend chaque jour plus d'importance. Cet ouvrage permettra au médecin de se mettre au courant des résultats acquis et lui procurera des moyens d'action considérables pour établir un traitement et préciser un régime.

Différentes personnalités, particulièrement qualifiées par leurs travaux antérieurs, ont écrit les différents chapitres de cet ouvrage; le lecteur bénéficiera de leur expérience et des conclusions inédites de leurs travaux personnels.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE

La paralysie faciale périphérique est la plus importante du point de vue de la valeur symptomatique et résulte d'une lésion nucléaire ou sous-nucléaire du VII. Fréquemment rencontrée en clinique, elle doit commander une enquête séméiologique générale et sera parfois le premier signe d'une affection jusqu'alors latente.

SYMPTOMES

A. **Type de description**. — Paralysie du trou stylo-mastoïdien.

Début : variable.

Etat : 1. *Troubles moteurs* presque exclusivement.

A. *A la simple inspection, le diagnostic est généralement facile.*

a. *Au repos, vue d'ensemble* : asymétrie faciale, les muscles de l'hémiface atteints ont perdu leur tonicité; ils sont attirés du côté sain. Du côté malade, les rides sont effacées, la joue est flasque, soulevée à chaque expiration.

On détaille : *Bouche* : déviée du côté sain avec élévation de ce même côté de la commissure labiale;

Nez : pointe du côté dévié vers le côté sain avec aile du nez rapprochée de la cloison du côté paralysé.

Œil : fente palpébrale plus ouverte du côté malade; sourcil tombant, ectropion de la paupière inférieure et larmoiement, absence de clignement.

b. *Tous ces signes s'exagèrent au moment de la mimique* : *automatique*; *volontaire*; faire siffler, souffler, plisser le front, montrer les dents, parler, parole gênée, tout au moins la prononciation des labiales.

B. Mais surtout dans les formes légères, le diagnostic sera facilité par trois manœuvres :

1° *Tirer la langue* : celle-ci, en raison de l'asymétrie faciale, semble déviée du côté malade;

2° *Fermer l'œil* : du côté malade, l'occlusion de l'œil est impossible et dans l'effort que fait le malade pour fermer cet œil, on voit le globe oculaire se porter en haut et en dehors : c'est le signe de Ch. Bell;

3° *Signe du peaucier* : *a*. le peaucier ne se contracte pas lorsqu'on demande au malade d'ouvrir la bouche de toutes ses forces.

b. On commande au malade de fléchir fortement la tête en avant, on s'oppose à ce mouvement, le peaucier du côté malade ne se contracte pas;

4° *Signe de Foix* (accentuation de la paralysie par pression sur le VII à l'émergence du trou stylo-mastoïdien).

2. En dehors de ces troubles moteurs fondamentaux :

— Le réflexe cornéen est habituellement aboli, non pas du fait de l'anesthésie cornéenne, mais de l'impossibilité dans laquelle se trouve le malade de fermer l'œil du côté atteint.

— D'autre part, on a pu décrire : quelques troubles vaso-moteurs, quelques troubles sécrétoires d'ailleurs sans grand intérêt.

B. **Formes suivant la localisation**. — L'atteinte de tel ou tel segment du facial n'apporte guère de modification à ce tableau clinique.

Atteinte du nerf : 1. *à l'une des deux branches de division*; 2. *dans un trajet intra-pétreux* : a. *en dehors de la corde du tympan*, rechercher les troubles gustatifs dans les deux tiers antérieurs de la langue du côté paralysé.

— Il est évidemment difficile de mettre en évidence la diminution de la sécrétion salivaire des glandes maxillaires et sublinguales du côté malade.

b. *Au-dessus du nerf de l'étrier* : hyperacousie douloureuse.

c. *Dans le conduit auditif interne* : en général, lésions associées du VIII.

3. *A l'émergence bulbo-protubérantielle* : en général, il s'agit du syndrome ponto-cérébelleux sur lequel nous reviendrons au diagnostic étiologique.

4. *Dans la protubérance* : on peut avoir :

Syndrome de Milliard Gübler : paralysie faciale périphérique avec paralysie des membres de l'autre côté.

Syndrome de Foville : le précédent avec une déviation des yeux vers le côté sain (atteinte du VI).

5. *Diplégie faciale*.

ÉVOLUTION

Variable suivant le degré et la cause de la paralysie faciale. Rechercher toujours l'état de la réaction de dégénérescence. Tous les intermédiaires entre la :

Forme légère. — Sans modifications des réactions électriques qui guérit en une quinzaine de jours et la

Forme grave avec *réaction de dégénérescence* incurable et qui évolue vers l'*atrophie*, l'*hémispasme facial*.

1° D'abord *crises* de contractions trémulantes se déclanchant au moindre mouvement automatique ou émotionnel;

2° Plus tard, on voit survenir une *contraction permanente*.

L'asymétrie change alors de sens, le côté paralysé se contracturant et attirant vers lui les traits de l'hémiface saine. Cette contracture augmente pendant la mimique. Au repos, on peut noter des mouvements cloniques, sous forme de blépharo-spasme, ou d'élévation rythmée de la commissure labiale.

(*A suivre.*)

(1) Un volume de 350 pages. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES (*suite*). (Compte rendu), par M. F. L. S.
NOTES DE PRATIQUE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ALGER. — M. le docteur Tiodet est nommé médecin des hôpitaux d'Alger.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Année scolaire 1931-1932.* — **Examens.** — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

1° ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 h., les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 5 octobre 1931.

La limite des consignations pour ces examens est fixée au 31 mai 1932.

2° NOUVEAU RÉGIME D'ÉTUDES. — *Session d'octobre 1931.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1930, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1931, sont informés que les épreuves pratiques et orales des premier, deuxième, troisième, quatrième et cinquième examens de fin d'année auront lieu à partir du 19 octobre 1931. (Consulter en octobre les affiches manuscrites.)

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudi 1er et vendredi 2 octobre 1931, de midi à 15 h.

Session ordinaire 1931-1932. — MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année en prenant la deuxième, la sixième, la dixième, la quatorzième ou la dix-huitième inscription en janvier 1931.

Les candidats soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 5 octobre 1931 au 31 mai 1932.

3° THÈSE. — Les consignations pour la thèse seront reçues su secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 h., les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 5 octobre 1931.

La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 21 juin 1932.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie au guichet n° 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

— MARSEILLE. — *Concours du clinicat.* — A la suite du dernier concours, M. Raymond Imbert a été reçu chef de clinique chirurgicale, et le docteur Brugeas, chef de clinique adjoint.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Philippe.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Du Bouchet (Américain).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE PHYSIQUE MÉDICALE. (M. André STROHL, professeur); INSTITUT DU RADIUM. (Mme P. CURIE et M. le docteur Cl. REGAUD, directeurs.) — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris. — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous

la direction des professeurs Regaud et Strohl, et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot, électroradiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend :

1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales;

2° Un stage de perfectionnement ultérieur donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

I. *Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.* — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité. — Il est divisé en trois parties :

Première partie : *Physique des rayons X. Technologie. Radio-activité. Radiodiagnostic.*

Deuxième partie : *Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie.*

Troisième partie : *Electrologie. Photothérapie.*

Pour chacune des trois parties de l'enseignement, une affiche ultérieure fera connaître le programme détaillé, l'horaire et le nombre des leçons, ainsi que l'organisation des stages et des travaux pratiques.

Les élèves qui auront suivi assidument une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier, pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

Le cours commencera le 3 novembre 1931, à 18 h., à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine.

Il aura lieu tous les jours, à la même heure.

Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 fr.; un droit de bibliothèque, 40 fr.; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 fr.; un droit d'examen, 250 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le nombre des places est limité.

II. *Diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.* — Durée : deux ans.

Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.

Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, passés dans certains services désignés spécialement.

A la suite de cette période de stage, les candidats pourront subir un examen comportant la présentation d'un mémoire (dactylographié en cinq exemplaires) sur un sujet de radiologie ou d'électrologie médicales, et diverses épreuves de radiologie et d'électrologie médicales.

Les candidats ayant satisfait à ces épreuves recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 h., avant le 15 octobre de chaque année.

En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages.

Les stages, d'une durée de six mois chacun, commenceront le 1er novembre.

Les droits à verser sont de : 2 droits annuels d'immatriculation à 60 fr., 120 fr.; 2 droits annuels de bibliothèque à 40 fr., 80 fr.; 1 droit d'examen, 250 fr.

NOTES DE PRATIQUE

PARASITISME ET NEURASTHÉNIE

Les troubles nerveux provoqués par les vers intestinaux ont été depuis longtemps mis en lumière. L'action irritante de ces parasites sur les muqueuses, les lésions locales qu'ils déterminent, leur enkystement fréquent dans la sous-muqueuse, retentissent fâcheusement sur le système nerveux sympathique et para-sympathique. Il est de plus établi, depuis les travaux de Verdun, Veiland, Mingazzini, que les toxines sécrétées par les parasites déterminent de véritables intoxications intéressant certains groupes de cellules nerveuses et provoquent des troubles variés, attribués parfois aux causes les plus diverses; ce sont des céphalées, des convulsions épileptiformes, des vertiges, de la fièvre, du rétrécissement pupillaire, des syncopes, des accidents sensoriels variés qui peuvent faire croire à des méningites (pseudo-méningite vermineuse fréquemment constatée, P. Marie). Quelquefois aussi ce sont des troubles plus diffus, influençant fâcheusement le caractère et provoquant une irritabilité pouvant aller dans certains cas jusqu'à la neurasthénie.

L'apparition de ces symptômes nerveux doit donc faire penser aux « vers » et il est nécessaire d'instituer immédiatement un traitement anthelminthique d'épreuve qui, en mettant en évidence le parasite, permet d'écarter toute préoccupation à l'égard d'autres maladies.

Toutefois, l'emploi d'un produit susceptible de provoquer par sa toxicité des réactions sur le malade est à proscrire. Les récents travaux de Chevalier (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1927; *C. R. de l'Acad. de méd.*, 1928) en dotant la thérapeutique d'un nouveau vermicide : les pyréthrines, ont mis à la disposition du médecin un produit anthelminthique d'une efficacité remarquable, en même temps que d'une parfaite innocuité pour le sujet traité.

Ne pas craindre donc de prescrire une ou plusieurs cures de chrysémine, pyréthrine hémisynthétique, rigoureusement dosée (méthode physiologique) et d'action toujours fidèle.

JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES[1]

[22 *juillet-1er août 1931*] (2).

Pharmacologie.

Considérations sur la production des plantes médicinales dans les colonies françaises, et, en particulier, des chaulmoogra, strophantus et quinquina. — M. le professeur Perrot.

L'exercice de la pharmacie dans les colonies françaises et les pays d'outre-mer soumis à l'influence française. — M. Bloch. En ce qui concerne la législation pharmaceutique les pays soumis à l'influence française peuvent être répartis en 3 groupes : 1° l'Algérie; 2° territoires relevant plus ou moins du ministère des Affaires étrangères, possédant un souverain nominal ou dotés d'une administration propre; 3° colonies, pays de protectorat, territoires sous mandat rattachés au ministère des Colonies.

En Algérie, la législation est celle de la métropole; dans le second groupe, l'exercice de la pharmacie est autorisé aux pharmaciens de toutes nationalités munis du diplôme délivré par l'Etat dont ils sont originaires; parfois un examen supplémentaire local est exigé (Syrie).

Dans les pays dépendant du ministère des Colonies, seuls les pharmaciens munis du diplôme de pharmacien de l'Etat français ont, *en principe*, le droit d'exercer la pharmacie.

Toutefois, il existait dans certaines de nos vieilles colonies (Antilles, Guyane, Réunion) des pharmaciens locaux, reçus sur place, et qui continuent à y pratiquer.

Enfin, en raison du nombre restreint de pharmaciens, de l'éloignement des centres, des difficultés de communication, l'on a dû, dans l'intérêt de la santé publique et des populations, autoriser l'ouverture de dépôts de médicaments tenus par des non-pharmaciens.

Rôle du pharmacien colonial aux colonies. — M. Cheyssial.

Procédés de purification des eaux d'alimentation. — M. Colin. La purification des eaux d'alimentation comprend; 1° l'épuration physique; 2° l'épuration chimique.

1° Epuration physique. — Elle est réalisée par : *a.* des filtres en porcelaine dégourdie, en charbon, en toile d'amiante, en pierre poreuse, en papier comprimé, en éponge pour les petites agglomérations ou les usages domestiques.

b. Les filtres lents ou les filtres rapides, utilisant tous deux le sable comme couche filtrante, mais se différenciant par leur mode de construction et leur débit.

c. Les filtres à charbon actif destinés à retenir non plus spécialement la matière organique, mais les colorants ou les odeurs que l'eau peut présenter, ainsi que l'excès de chlore que l'on a déversé dans l'eau pour la stériliser.

d. Les filtres chimiques destinés à retenir, avec l'aide de certains sels de la chimie minérale, les sels calcaires et magnésiens qui, par leur abondance dans certaines eaux, constituent une impureté les rendant impropres à la consommation.

2° Epuration chimique. — Elle est réalisée par : *a.* des *moyens chimiques* qui utilisent l'action oxydante du *chlore.*

1. Du chlore sous forme de chlore gazeux ou d'hypochlorites de chaux ou de soude, ou bien de chloramine, ou bien de peroxyde de chlore.

2. De l'iode soit à l'état métalloïdique sous forme de teinture et de comprimés d'iode; soit à l'état naissant sous forme de novoïde ou de comprimés tricolores Vailland et Georges.

3. Du permanganate : sous forme de poudres : Lapeyrère, Georges Lambert, Gabriel Lambert, Laurent; sous forme de comprimés : Froment-Lambert; sous forme de liquide : Octave Lecomte.

b. Des *moyens physico-chimiques* : ozonisation, rayons ultra-violets, électrolyse.

c. Des moyens *physiques* : chaleur, métaux sous forme de lames ou bien dans un grand état de division.

L'étude de la matière médicale d'Annam et de ses enseignements. — M. Sallet. En Annam, les produits qui intéressent l'art de guérir appartiennent à deux groupes selon leur provenance : les uns sont chinois, les autres sont annamites. L'étude de la matière médicale utilisée par l'Annam pour être complète doit envisager les éléments des deux provenances chinoise et annamite, cependant son but pourra envisager plus expressément ce qui est de nature locale. Cette étude devra procéder par enquêtes plus encore que par recherches bibliographiques tout en ayant le souci de ces dernières. Dans les diverses régions on prendra les noms des espèces présentées et on les atteindra par les correspondances précises de nos classements scientifiques.

Les renseignements recueillis sur les valeurs thérapeutiques pourront orienter vers les recherches de laboratoire et des contrôles les cliniques, et ceci pourrait être la source de gros intérêts scientifiques, économiques et humains. L'herbier d'Annam fournit de nombreuses espèces à la matière médicale de la Chine; il est bon que l'Annamite connaisse les richesses de son sol.

La pharmacie industrielle au service de la colonie. — M. Garat.

Protection sanitaire et démographique des populations autochtones.

La protection démographique et les grands emprunts coloniaux. — M. Lasnet. Les emprunts pour la mise en valeur des colonies devant se traduire par l'ouverture de grands chantiers qui nécessiteront un appel important de main-d'œuvre, il est indispensable que toutes les précautions soient prises pour que l'état sanitaire des travailleurs reste satisfaisant et pour que les foyers d'origine n'aient pas à souffrir dans leur développement démographique du prélèvement d'une partie des adultes.

Sur la proposition de M. Daladier, le Parlement a donc mis à son autorisation les conditions suivantes :

1° La part consacrée *par priorité* à la protection sanitaire et démographique des races indigènes doit représenter 10 p. 100 des fonds d'emprunt;

2° Aucun chantier ne doit être ouvert avant l'approbation, par le ministère des Colonies, d'un plan de protection sanitaire des travailleurs et de protection démographique des populations;

3° Il doit être organisé à l'Inspection générale du Service de santé des Colonies un contrôle sanitaire et démographique relevant du ministre.

Les crédits sanitaires représentant un total d'environ 500 millions, donneront lieu à l'application :

1° De mesures d'ordre général, intéressant l'ensemble des Colonies et dont l'application sera faite par l'administration centrale;

2° De mesures d'ordre local, appliquées sur place par les Gouverneurs.

---

(1) *Association de la Presse médicale française.*

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 64, p. 1217.

I. Les mesures d'ordre général comportant un total de 35 millions ont pour principaux objets :

La création à Marseille d'un hôpital colonial, destiné à devenir le grand centre d'enseignement pratique de la pathologie exotique où viendront s'entraîner médecins coloniaux, militaires et civils;

La création dans une ville de faculté d'une école de médecine pour les médecins de l'assistance civile;

La création à l'Institut Pasteur de Paris d'un laboratoire colonial destiné aux chercheurs coloniaux;

Des subventions à l'Institut d'hygiène de la Faculté de Paris, à l'Institut de médecine coloniale de Marseille, à l'Ecole d'application de Santé coloniale de Marseille, à l'Ecole des infirmières visiteuses de Vanves, pour développer les moyens d'enseignement colonial de ces divers établissements.

II. Les mesures d'ordre local ont pour objet :

1° Le développement de tous les services de médecine préventive ou d'hygiène;

2° Le renforcement des moyens techniques des directions, services de recherches scientifiques, établissements d'enseignement;

3° La protection sanitaire de la main-d'œuvre;

4° L'amélioration des services d'assistance médicale.

Les instituts Pasteur et le développement des populations indigènes aux colonies. — M. P.-Noël Bernard. A l'heure actuelle, si on excepte les Instituts Pasteur de Tunis, d'Alger et du Maroc, si proches de la métropole, les Instituts Pasteur coloniaux proprement dits comprennent : les Instituts Pasteur d'Indochine avec les 3 grands établissements de Saïgon, Nhatrang et Hanoï; l'Institut Pasteur de Brazzaville, en A. E. F.; les Instituts Pasteur de Dakar et de Kindia en A. O. F.; l'Institut Pasteur de Tananarive, à Madagascar. Tous sont des filiales de l'Institut Pasteur de Paris. En outre, des laboratoires et des Instituts d'hygiène existent dans les principaux autres centres de la colonie.

M. Noël Bernard expose quelles sont les maladies endémiques spéciales à chacune de nos principales colonies. En prenant pour exemple les Instituts Pasteur d'Indochine et l'Institut Pasteur de Brazzaville, il montre comment les Instituts Pasteur coloniaux interviennent dans la défense de la santé publique pour étudier les questions les plus diverses qui leur sont soumises, préparer les solutions les mieux adaptées aux conditions locales, et contrôler, sur le terrain, en liaison avec les hygiénistes de tous ordres, l'exactitude de leurs observations et l'efficacité des mesures prises sur leurs suggestions. Leur collaboration au développement des populations indigènes s'amplifiera encore au moment où va être mis à exécution un programme élargi de mise en valeur de nos colonies.

Protection sanitaire de la population indigène au Maroc. — M. Colombani décrit :

1° Le vieux Maroc et son histoire sanitaire liée à son anarchie politique (les grandes épidémies historiques : choléra, peste, typhus, paludisme), puis

2° Le Maroc à notre arrivée. Alors est établi le programme urgent de protection de la collectivité indigène et, en conséquence, de nos troupes et des premiers occupants européens.

L'auteur montre le rôle des médecins missionnaires des Affaires étrangères et celui des médecins du corps d'occupation agissant en collaboration.

Organisation de l'Assistance d'Etat :

a. *Dans les villes.* — L'auteur insiste sur le rôle du médecin directeur du bureau d'hygiène comme conseiller des Pachas et agent d'exécution en ce qui concerne toute l'hygiène urbaine et sur les commissions municipales d'hygiène.

b. *Dans les campagnes* (bled) interviennent des groupes sanitaires mobiles (Lyautey).

c. *Les soins directs*, consultations et hospitalisations, sont donnés :

Dans les infirmeries indigènes;

Dans les hôpitaux indigènes des villes, la maternité de Marrakech;

Dans les dispensaires généraux et spéciaux des villes.

M. Colombani étudie ensuite :

a. Les premières organisations de défense sanitaire dans le bled;

b. Les moyens matériels actuels (sections de prophylaxie régionales, centres de désinfection et d'épouillage des villes, lazarets maritimes et terrestres), l'action de propagande (prophylaxies du typhus, de la peste, de la variole, du paludisme);

c. La prophylaxie des maladies sociales (ville et bled) :

1° Le rôle des formations sanitaires indigènes (groupes mobiles, salles de visite, infirmeries, hôpitaux);

2° Les dispensaires d'Etat (maladies vénériennes, des yeux, de la peau);

3° La réglementation de la prostitution (le quartier réservé de Casablanca. Programme d'avenir);

4° Les œuvres privées contrôlées par la direction de la santé et de l'hygiène publiques (maternités, crèches, garderies, orphelinats, gouttes de lait, dispensaires infantiles, dispensaires antituberculeux).

Les forces morales assurent l'efficacité d'une action protectrice rationnelle et prolongée; aussi faut-il assurer la liaison toujours étroite, dans un même esprit, du médecin avec les représentants de l'autorité résidentielle.

L'étude de l'esprit du médecin, de son recrutement, de sa formation morale, termine ce remarquable exposé de M. Colombani.

Programme de protection démographique en Afrique Occidentale Française. — M. Sorel. L'auteur étudie successivement :

1° Les mesures de protection démographique individuelle et collective, particulièrement aux foyers d'origine des travailleurs (création d'un corps de sages-femmes indigènes, consultations prénatales, consultations de nourrissons et d'enfants en bas âge avec le concours d'infirmières visiteuses françaises, vaccination par le B. C. G., vaccinations antivarioleuses, antipesteuses, antityphiques, antipneumococciques, etc.), lutte contre la maladie du sommeil, la lèpre, le paludisme, l'alcoolisme et les maladies vénériennes, mesures de protection alimentaire, adductions d'eau et forages de puits;

2° Les mesures de protection démographique ayant trait aux modalités de recrutement des travailleurs;

3° Les mesures de protection démographique des travailleurs au cours de leurs exodes. Ces mesures définies avec précision dans l'instruction du Gouverneur général du 1er août 1930 devront être complétées par la création de *camps d'accoutumance* où les indigènes non habitués à un travail intensif seront progressivement entraînés, et l'institution d'un livret sanitaire individuel.

Alimentation. Hygiène du travail.

Protection sanitaire de la main-d'œuvre dans les colonies françaises. — M. Heckenroth fait un remarquable exposé de la protection sanitaire des ouvriers indigènes sur les chantiers coloniaux qui représente une face nouvelle et peu connue de notre œuvre générale d'assistance médicale outre-mer. Cette organisation répond à la redoutable crise de la main-d'œuvre dont souffrent nos colonies depuis la dernière guerre. Elle est basée sur une réglementation propre à chacune de nos possessions mais dont les éléments constitutifs

sont réunis dans deux circulaires ministérielles des 22 juillet et 4 octobre 1924.

Ces textes, actuellement en vigueur sur toute l'étendue de notre domaine tropical, ont permis sur les chantiers la réalisation d'une œuvre d'assistance déjà féconde, dont la mise au point définitive et le résultat final dépendent, non pas des seuls Pouvoirs publics, mais de la collaboration largement consentie, bien qu'incomplète encore, qu'ils attendent des colons et des industriels intéressés comme eux à la conservation du capital humain indigène.

Le régime alimentaire des populations autochtones dans les colonies françaises. Moyens pratiques de remédier à la sous-alimentation. — M. Tournier. Quand on jette un coup d'œil sur les divers régimes alimentaires des autochtones qui peuplent les colonies françaises, on constate que des pays très divers peuvent se ranger si on les envisage sous cet aspect en trois groupes :

1° Les colonies où le régime alimentaire est mal équilibré sans qu'on puisse parler à vrai dire de sous-alimentation : l'Indochine est, à cet effet, la plus représentative de ce type ;

2° Les colonies, telle l'A. E. F., où la sous-alimentation est de règle, l'équilibre étant à peu près respecté;

3° Certaines contrées de nos colonies, enfin, où les facteurs sous-alimentation et déséquilibre peuvent se retrouver.

Deux méthodes permettent de remédier au fâcheux effet de la sous-alimentation : l'une, d'ordre administratif, utilisera suivant les cas le développement rationnel des cultures et de l'élevage, le développement des pêcheries, etc. ; l'autre, biochimique, aurait surtout pour effet de corriger le déséquilibre de la ration en recommandant l'adjonction aux aliments de certains produits tels que vitamines, acides animés, pâte azotée, etc.

Etudes expérimentales de la relation entre la pellagre et l'avitaminosis. — M. Harvey S. Thatcher (d'Arkansas, U. S. A.). La pellagre a été étudiée, avec beaucoup d'attention, au point de vue du régime, depuis les inondations de 1927 et la sécheresse de 1930 dans le Sud des Etats-Unis, époque où bien des cas de cette maladie se déclarèrent.

Une observation des symptômes pellagriques chez le rat albinos fut faite par nous avec le régime sans vitamines G, avec l'aide du docteur Barnett-Bure et Mlle Dorothy Walker. 64 animaux furent observés. 27 sur les 64 développèrent de la dermatite. De l'ophtalmie, de l'arrêt de la croissance et du poids furent aussi constatés. Des variations, suivant les saisons, furent observées avec la dermatite.

Les principaux changements pathologiques trouvés à l'œil nu ou au microscope furent l'alopécie, l'ulcération de la peau avec hyperkératose et parakératose, atrophie de la rate et du thymus, foie gras, hémorragie et congestion des intestins. Un peu plus tard, le docteur Bure observa encore 61 rats albinos avec un régime sans vitamines G et conclut que les facteurs de croissance et les vitamines appelées antipellagriques n'étaient pas identiques.

Nous croyons, d'après les expériences de notre laboratoire, que le manque de vitamines G ne nous apporte pas une conclusion évidente de l'étiologie de la pellagre.

Les expériences des docteurs Jobling et Arnold, qui trouvèrent un fongus avec propriétés photodynamiques dans les selles des pellagriques, doivent être reprises.

Le béribéri cardiaque du nourrisson. — M. José Albert (Manille, Philippines), attire l'attention sur le béribéri infantile qui, aux îles Philippines, est responsable de 28 p. 100 des morts d'enfants au-dessous d'un an.

Des trois formes cliniques, la forme aphonique, pseudoméningitique et cardiaque du béribéri infantile, c'est cette dernière qui est la plus intéressante et la plus grave.

Le tableau clinique est caractérisé par une défaillance aiguë, voire suraiguë, du cœur, qui se manifeste par gémissements, dyspnée, cyanose et pâleur, survenant chez un gros enfant d'allure jusque-là normale. L'enfant pousse des cris incessants, rappelant ceux que Genaro-Sixto a décrits, dans la syphilis héréditaire. La défaillance du cœur se traduit par un bruit de galop, par l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire, par la petitesse du pouls et enfin par une ombre cardiaque extrêmement volumineuse, visible à l'écran radioscopique.

Dans la plupart des cas, le début est brusque, il n'y a pas de prodrome, sauf quelques vomissements inconstants et la mère croit que son enfant est en excellente santé; puis l'enfant commence à crier et tous les symptômes apparents s'aggravent vite, l'enfant s'affaiblit promptement, la défaillance cardiaque est rapide et l'enfant succombe en vingt-quatre à trente-six heures. Une accalmie survient dans chaque cas, puis la maladie reprend jusqu'à son issue fatale.

La maladie s'observe toujours chez l'enfant entre un et trois mois nourri par une mère atteinte de béribéri fruste ou inapparent, pour employer l'expression de Ch. Nicolle. L'enfant est généralement bien développé, souvent gros et pâteux, état favorable, on le sait, à la mort subite et inopinée.

L'enfant est toujours issu des milieux pauvres de la population, où l'alimentation est défectueuse et pauvre en substances minérales et en vitamines A et B (M. Carrison).

Il arrive souvent que la mère qui souffre d'un béribéri inapparent tombe réellement malade après la mort de son enfant, ce fait a déjà été signalé par le professeur Hirota, qui a le premier, en 1888, décrit cette maladie.

L'examen anatomique, à l'autopsie, montre comme lésions superficielles une hypertrophie avec dilatation du cœur, souvent seulement du cœur droit, une congestion viscérale diffuse, de l'anasarque et dans les cas des plus longues durées une névrite dégénérative du nerf vague.

Il faut sans doute faire jouer un rôle à des phénomènes physicochimiques comme la rétention d'eau (Wenckebach) pour comprendre que les extraits (liki-tiki) de riz contenant vitamine B puissent en quelques heures ressusciter (le mot n'est pas trop fort) un malade mourant de son cœur, alors que la digitale, le strophantus, la caféine et les autres toni-cardiaques sont impuissants. Il n'est pas de meilleure preuve de l'origine de ce syndrome : maladie par carence de vitamine B dans le lait maternel. Et il faut retenir que si l'enfant frappé par ce mal reçoit le médicament spécifique pendant douze à quinze heures, il est sauvé.

L'hygiène solaire aux colonies. — M. Fougerat de Lastours. L'hygiène solaire consiste dans l'exposition quotidienne au soleil du corps entier, intégralement nu, pendant une heure au moins.

Cette méthode a fait maintenant ses preuves et ses remarquables résultats sont parfaitement étudiés et connus.

Les bienfaits qui en découlent sont tels qu'ils posent l'indication formelle et toute spéciale de l'*héliose* comme pratique systématique de vie aux colonies à inculquer aux blancs qui y vont, à respecter ou à remettre en honneur chez l'autochtone.

L'ensoleillement permet aux Européens de mieux supporter la chaleur, de mener une vie active, de supprimer le besoin d'alcool, d'alcaloïdes, de toniques excitants artificiels, le moral se transforme, l'asthénie fait place à l'euphorie. Pour l'indigène, c'est le seul moyen d'éviter la tuberculose. Aussi l'auteur conclut-il qu'il est criminel d'imposer systématiquement le vêtement constant à des hommes nus depuis des siècles.

Importance de la qualité du terrain pour la résistance aux parasites. — M. Chauvois (de Paris). « 1° Etant donné les circonstances aggravantes que les colonies apportent sur la baisse des tonus sécrétoires digestifs et par suite sur la

pullulation intradigestive des espèces microbiennes ou parasitaires, il est de la plus grande importance de ne pas ignorer et négliger l'aide que les processus digestifs retirent d'un contenant vigoureux.

2° Il est donc capital de réfléchir qu'aux colonies, plus encore que partout ailleurs, l'attention donnée à la solidité du ventre musculaire doit s'ajouter à celle si justement donnée aux apports alimentaires.

3° Par ventre musculaire nous entendons, tout à la fois : le muscle lisse digestif et le muscle strié de la paroi abdominale, leur double tonicité représentant un double élément fondamental de bonne qualité pour les processus digestifs.

4° Au point de vue prophylactique, celui donc désireux de se rendre aux colonies et d'y tenir, aura le plus grand intérêt à se « préparer » et ensuite à « se conserver » cette double vigueur abdominale, grâce à l'emploi des moyens suivants :

a. Une *hygiène alimentaire* bien surveillée ;

b. Des *disciplines physiques* quotidiennes.

— La protection et la solidité du ventre assurées pour la journée par quelques tours de crêpe velpeau, d'une bande de flanelle ou même d'une petite sangle élastique appuyant énergiquement le bas-ventre.

— Bien entendu, enfin, la pratique (au plein air et en tenue légère) chaque fois que l'occasion s'en présentera, d'exercices et sports modérés susceptibles d'assouplir et de fortifier le corps sans l'épuiser.

Tous moyens capables de favoriser la défense organique générale et d'accroître la résistance du terrain. »

Assistance médicale aux colonies.

Fonctionnement de l'assistance médicale au Maroc. — M. Colombani. On sait que cette organisation a été créée et développée par le maréchal Lyautey (1912-1925); son évolution et son perfectionnement ont été poursuivis par MM. les résidents généraux Steeg et Saint. Son budget ordinaire de 1930 se monte à 30.524.581 francs, c'est dire l'importance de cette organisation.

L'*Hygiène publique au Maroc* est concentrée en une seule main. Le directeur est assisté d'un directeur adjoint, de plusieurs conseillers techniques.

La direction reste en liaison constante avec la direction du Service de santé militaire sur les terrains de l'Assistance indigène et de la prophylaxie des épidémies, elle dirige l'action prophylactique générale et spéciale pour la protection sanitaire des collectivités indigène et européenne (contrôlée et secondée *par l'Institut d'hygiène* (Rabat).

a. *Dans le bled, par les groupes sanitaires mobiles* (15), organes de prospection et d'action sanitaire et de pénétration pacifique (Lyautey), par les *Sections de prophylaxie régionales* (5).

b. *Dans les centres, les villes et les ports :*

— Par les *dispensaires d'Etat* (16). Antivénériens (ou prophylactiques), ophtalmologiques (trachome), dermatologiques (teigne).

— Par les *Bureaux municipaux d'hygiène* (17). Lazarets, centres de désinfection et d'épouillage, visite des filles soumises, centres d'hébergement, asiles de nuit (le médecin chef du Bureau d'hygiène est un agent d'Etat qui dépend de la direction de la S. H. P.)

Par les *Agences sanitaires maritimes* (7). Surveillance prophylactique de la navigation et des ports. (Le médecin sanitaire maritime est un agent d'Etat qui dépend de la direction de la S. H. P.)

Par les *œuvres privées d'assistance* (créées et organisées par Mme la maréchale Lyautey, suivies et augmentées par Mmes Steeg et Saint. Subventionnées par le protectorat et contrôlées au point de vue technique par la direction, ces œuvres comprennent : maternités, gouttes de lait, crèches, garderies, orphelinats, dispensaires infantiles et antituberculeux. (Elles s'adressent autant à l'autochtone qu'à l'Européen.)

L'assistance médicale hospitalière (européenne et indigène) (Lyautey) est assurée par :

a. 11 formations européennes. Salles civiles des hôpitaux militaires. Hôpitaux mixtes européens avec sections militaire et indigène. Hôpitaux civils européens avec salles militaires. Hôpital civil autonome de Casablanca. Hôpital neuropsychiatrique de Ber-Réchid.

b. 6 hôpitaux régionaux indigènes (1.506 lits) (extensibles à 2.000).

c. 27 infirmeries indigènes des grands centres (dont plusieurs comportent des chambres isolées pour Européens).

d. 21 salles de visite indigènes.

e. les formations françaises de la zone de Tanger, subventionnées par la direction (Institut Pasteur, hôpital et dispensaire).

Le recrutement du personnel médical est assuré par le système contractuel de début ou *contrat d'essai*. L'effectif du personnel technique de la S. H. P. au 31 décembre 1930 est de 838 unités, dont :

135 médecins, plus 41 médecins militaires assurant un service d'assistance médicale (fixe ou mobile en territoire militaire) ;

2 pharmaciens (dont le directeur de la Pharmacie centrale de la Santé et de l'Hygiène publiques);

10 officiers de santé maritime, agents sanitaires maritimes;

56 infirmiers spécialistes (nommés au concours), dont 7 infirmières;

221 infirmiers ordinaires, dont 36 Européens (16 femmes) et 185 indigènes (6 femmes) ;

414 auxiliaires (62 Européens) et 382 indigènes.

Personnel administratif. — Direction : 22 agents. Services extérieurs : 17 agents. Administrateurs économes des hôpitaux : 12.

La base de ravitaillement est constituée par la *Pharmacie centrale de la S. H. P.* (Casablanca). Réserve de matériel et usine de conditionnement des produits nécessaires à tous les organismes sanitaires du Protectorat, de fabrication de matériel et en particulier de fabrication de *la Quinine d'Etat* (dragées, comprimés, ampoules).

Assistance médicale indigène à Madagascar. — M. Roger Dumas. L'assistance médicale indigène a été créée pour la première fois dans les colonies françaises à Madagascar par Galliéni. Le médecin inspecteur général Lasnet, comme adjoint au Directeur du Service de Santé, fut chargé de l'étude de la question.

Jusqu'en 1927, chacune des 21 provinces (ou districts autonomes) était pourvue d'un hôpital fonctionnant sous la direction d'un médecin européen.

La nouvelle répartition administrative du territoire prévue par l'arrêté du 15 novembre 1927, comprend 5 régions divisées en 41 provinces.

Les soins aux indigènes sont assurés :

1. Dans chaque chef-lieu de région, dans un hôpital mixte, avec quartier européen et quartier indigène, dirigé par un médecin européen ;

2. Dans chaque chef-lieu de province, dans un hôpital indigène dirigé par un médecin européen ;

3. A l'intérieur des provinces, dans des postes médicaux dirigés par un médecin indigène ;

4. A Tananarive, dans un hôpital d'instruction de 600 lits inauguré en 1928 par le gouverneur général Olivier.

Pour une superficie de 627.337 kilomètres carrés et une population de 3.645.856 habitants.

Madagascar possède : 1.677 lits d'hôpitaux ; 710 lits de postes médicaux ; 563 lits de maternités ; 1.100 lits de postes d'accouchements.

1 hôpital de tuberculeux ; 1 asile d'aliénés ; 17 léproseries, abritant 2.540 lépreux ; 165 dispensatres antivénériens, dont 5 fonctionnant d'après les méthodes Vernes.

Le personnel indigène est fourni par l'école de médecine de Tananarive, il comprend actuellement 335 médecins indigènes et 367 sages-femmes.

Le budget annexe de l'A. M. I. comptait en 1929 pour 18.546.000 francs en recettes et en dépenses.

Parmi les sociétés s'occupant de la protection de l'enfance, la Croix Rouge Malgache, grâce à la volonté de réussir de la présidente, Mme Marcel Olivier, est la plus active. Elle a fondé de nombreux dispensaires. Celui de Tamatave enregistrait 22.210 consultations en 1928. A Tananarive, les consultations sont passées de 12,500 en 1922 à 150.000 en 1929.

L'Assistance médicale indigène en Afrique Occidentale Française. — M. Fulconis.

Fonctionnement de l'Assistance médicale en Indochine. — M. Lalung-Bonnaire. Le corps de l'Assistance médicale, créé en Indochine par l'arrêté du 30 juin 1905, comprenait au début des médecins des troupes coloniales démissionnaires et des médecins civils auxquels venaient s'adjoindre des médecins militaires pour les postes pourvus de garnisons et le personnel auxiliaire composé des infirmiers et sages-femmes indigènes. Pour coordonner ces éléments si divers, la Direction du nouvel organisme fut confiée au Directeur général du Service de Santé, qui devenait ainsi l'autorité unique des différents groupements concourant à la protection sanitaire du pays.

Au 31 décembre 1906, 96 médecins assuraient le service de l'Assistance, dont 38 au Tonkin, 13 en Annam, 26 en Cochinchine, 6 au Cambodge et 5 au Laos.

Au cours des années qui suivirent, et malgré le ralentissement occasionné par la Grande Guerre, l'essor de l'Assistance se manifeste par l'accroissement progressif du nombre des médecins, par l'adjonction des médecins indochinois provenant de l'école de Hanoï, par la création des écoles d'infirmiers, d'infirmières et de sages-femmes et surtout une efflorescence rapide d'établissements hospitaliers, scientifiques et de postes médicaux ruraux. C'est ainsi qu'au 31 décembre 1929, le personnel concourant aux différents services de l'Assistance comprenait :

a) Personnel européen : 169 médecins (44 militaires H. C. 22 civils contractuels ou libres, 103 médecins de l'Assistance), 8 pharmaciens, 6 sages-femmes, 19 infirmiers, 30 infirmières et 33 agents divers.

b) Personnel indigène : 214 médecins et 35 pharmaciens indochinois provenant de l'Ecole de Hanoï, 422 sages-femmes, 1.345 infirmiers, 199 infirmières et 1.506 agents divers. Enfin le chiffre des formations sanitaires de l'Assistance passait de 129 en 1906 à 600, dont 593 pour l'Indochine et 7 pour les postes consulaires.

Personnel médical.

L'Ecole de médecine de l'Afrique Occidentale Française. Formation morale et technique. — M. Couvy. L'Ecole de médecine de l'Afrique Occidentale Française, ouverte en novembre 1918, forme des médecins, des pharmaciens, des sages-femmes et des infirmières visiteuses.

Ses élèves se recrutent dans les colonies du Groupe et sont destinés à servir d'auxiliaires médicaux à tous les organes d'Assistance médicale et sociale d'A. O. F.

Le mode de formation morale et technique devait tenir compte des conditions particulières, intellectuelles, psychologiques, sociales, ethnographiques, physiologiques même, tant des élèves que du milieu dans lequel ils seront appelés à exercer.

Aussi s'est-on bien gardé à Dakar de transposer simplement les programmes et les méthodes de France ; et s'est-on attaché à donner à l'enseignement une orientation délibérément pratique, en mêlant intimement les élèves à la vie de l'Hôpital et de toutes les organisations médicales, d'hygiène et de prophylaxie sociale, dont ils sont les bons ouvriers.

La formation morale a été l'objet d'une attention toute particulière et tient une place prépondérante dans les préoccupations de la direction de l'école.

L'expérience a démontré que les efforts n'ont pas été stériles et que les élèves ainsi formés constituent de bons petits praticiens moyens, possédant un bagage solide, suffisant pour leur permettre de tenir fort convenablement un poste médical, et de rendre en outre de grands services au point de vue de l'épidémiologie et de la médecine sociale. L'empreinte morale reçue à l'école persiste et les médecins auxiliaires de l'Afrique Occidentale Française font honneur au corps médical.

Formation et rôle des sages-femmes et infirmières visiteuses indigènes. — M. Crozat, dans un intéressant exposé, montre que les sages-femmes indigènes peuvent suivre une grossesse, elles sont averties des méfaits de la syphilis et de l'albuminurie ; elles font dans de bonnes conditions et avec propreté un accouchement et une délivrance simples, savent combattre certaines hémorragies, ranimer un enfant et lui éviter le tétanos ombilical ; elles possèdent des règles élémentaires de puériculture pour conseiller et surveiller même un allaitement artificiel.

Il ne faut pas leur demander de thérapeutique ; elles ne sont capables que de prophylaxie.

Leurs possibilités sont suffisantes pour diminuer les méfaits de la mortalité (18 p. 100) et de la mortalité infantile (25 à 30 p. 100). Leur mise en service encore récente, la lutte qu'elles ont à soutenir contre les croyances, les sorciers et les matrones font que les résultats réels qu'elles obtiennent sont encore modestes.

Les infirmières visiteuses recherchent les malades, surtout les tuberculeux, donnent des soins à domicile (à Dakar, elles pratiquent également les vaccinations au B. C. G. des enfants nés en ville), essaient d'inculquer des éléments d'hygiène, renseignent sur la topographie sanitaire. C'est la liaison réalisée entre l'indigène et le dispensaire. C'est aussi la liaison entre les femmes indigènes et la sage-femme ; et ce service, qui donne d'excellents résultats, à Dakar, pour la protection de l'enfance, permet d'escompter les mêmes succès dans les postes médicaux.

La vaccination antivariolique aux colonies, son importance, son organisation, ses résultats. — M. Rigollet fait l'historique de la vaccination aux Colonies.

Les essais du début, par la méthode de bras à bras, n'ont eu d'action prophylactique que dans un rayon restreint autour des centres. Pour répandre la vaccine dans la masse de la population, de multiples problèmes se sont posés, dont la solution n'a pas été trouvée sans difficultés ni tâtonnements.

Nous avons dû d'abord assurer l'approvisionnement en quantité suffisante d'un vaccin de bonne qualité. Ce résultat n'a été obtenu que par la création d'Instituts vaccinogènes dans nos possessions. Le premier en date est celui de Saïgon organisé par Calmette, en 1891 ; Tananarive en 1899, Saint-Louis en 1902, puis toutes nos Colonies ont suivi le mouvement. A l'heure actuelle, nous comptons, outre-mer, 32 parcs vaccinogènes produisant chaque année douze millions de doses de lymphe.

Le vaccin obtenu, il a fallu lui conserver son activité jusqu'aux lieux de son emploi, pendant son transport souvent prolongé sous des conditions de température très défavorables ; il a fallu aussi former des vaccinateurs, faire accepter

la vaccine par des indigènes, lutter contre l'influence des variolisateurs...

Ces exigences ont été progressivement à peu près satisfaites et 8 à 10 millions d'inoculations sont maintenant effectuées chaque année dans nos possessions d'outre-mer. Cependant quelques péripéties épidémiques s'observent encore. Elles rappellent que les mesures ne sauraient être relâchées sans imprudence et soulignent le danger des opérations exécutées selon des méthodes insuffisantes ou incorrectes.

Les résultats n'en sont pas moins remarquables, puisque les grandes pandémies du siècle dernier ont disparu et que, dans toutes nos Colonies, le croît de la population est dû, pour une très grande part, on peut l'affirmer, à notre organisation antivariolique.

Chirurgie coloniale.

Le traitement de l'éléphantiasis. — M. Botreau-Roussel. — L'auteur réserve le traitement chirurgical, traitement symptomatique et palliatif, à la période ultime de l'affection, aux lésions fixées ou gênantes par leur volume. Se basant sur des arguments géographiques, cliniques, anatomopathologiques et bactériologiques, il rejette l'hypothèse classique de Patrick Manson, attribuant l'éléphantiasis à la filariose.

Cette affection serait due à un germe voisin du streptocoque, et la pachydermie progressive qui la caractérise se développerait après plusieurs poussées aiguës comparables à l'érysipèle. La thérapeutique doit donc s'orienter vers la recherche d'une vaccinothérapie spécifique. En l'absence de celle-ci, on attachera la plus grande importance aux soins locaux.

Le traitement chirurgical est indiqué dans l'éléphantiasis du scrotum. L'auteur accorde sa préférence au procédé de Guyamarc'h.

Indications chirurgicales au cours des maladies coloniales en France. — M. G. Léo. Les indications opératoires en France, en ce qui concerne les maladies coloniales, peuvent être considérées à deux points de vue.

1° Celui des indigènes qui viennent vivre dans notre pays, avec leurs hérédités et leur terrain biologique particulier;

2° Celui des Européens qui ont conservé leurs hérédités et leur terrain biologique différent de celui des indigènes des Colonies, mais qui au cours de leur expatriation ont contracté des maladies dont ils continuent à être atteints en France.

Les Européens sont exposés à des opérations en France, à l'occasion des complications de la dysenterie amibienne, ou à l'occasion de leur infestation par la filariose ou par la bilharziose. Les indigènes de nos Colonies peuvent être exposés aux mêmes maladies, mais, de plus, leur organisme ne leur permet pas une défense contre la tuberculose, en général, et contre la tuberculose dite chirurgicale, en particulier, égale à celle de la race blanche, d'où la nécessité d'une acclimatation progressive (médecin principal H.-L. Coureaud).

L'abcès du foie après dysenterie amibienne constitue la maladie la plus utile à connaître. En France, le parasite trouve des conditions moins favorables pour lui. La tendance à la guérison est beaucoup plus accentuée qu'elle ne l'est dans les pays où l'amibe se développe plus favorablement. L'emploi de l'émétine préconisé aux Indes, en 1911, par Rogers, constitue un progrès éclatant qui permet à la fois d'éviter l'opération et d'arrêter dans son évolution l'infection hépatique à son début.

Les conseils donnés par le regretté professeur Lecène dans son article de la *Thérapeutique chirurgicale* de P. Lecène et R. Leriche sont le meilleur guide. Incision de l'abcès en choisissant la voie d'accès la plus favorable comme pour tout abcès du foie, amibien, ou non amibien, marsupialisation, drainage, pour éviter l'écoulement du pus dans la grande cavité péritonéale. Quelques auteurs cependant ont pu, dans des circonstances favorables, refermer sans drainage une fois l'abcès évacué. Pronostic favorable quand l'abcès est unique avec une mortalité de 20 p. 100 (Stevens) ou 10 p. 100 (Ludlow). Pour les abcès multiples, la mortalité s'élève jusqu'à 80 p. 100. L'ouverture de l'abcès dans les bronches aggrave le pronostic. On intervient dans ce cas sur la poche hépatico-bronchique, on la draine. La fistule hépatique bronchique se fermera spontanément. 30 p. 100 de mortalité dans ces cas.

Le traitement de la filariose a été très amélioré par l'emploi de procédés modernes, particulièrement par la novocaïne seule, ou associée au sublimé, pour tuer le ver, long parfois de 30 centimètres. On l'extrait en une seule séance, généralement d'une seule venue, au lieu de l'extraire en une dizaine de jours, par une petite traction quotidienne, selon les procédés anciens des indigènes.

La Bilharziose s'observe surtout à Toulon et à Marseille, chez les sujets qui l'ont contractée aux Colonies. Le Schistosomum Haematobium, ou Bilharziose d'Egypte, vit dans le système veineux, émet des œufs qui s'enkystent dans la vessie surtout, plus rarement dans les organes génitaux, ou ailleurs. La cystostomie sus-pubienne est la seule opération mentionnée dans les ouvrages classiques contre la Bilharziose vésicale. Le Schistosomum Mansoni, dont la répartition géographique est plus étendue que la précédente, localise des œufs dans le rectum du sujet atteint. Le traitement chirurgical, par résection des polypes rectaux, n'est possible qu'au début de la maladie; même en ce cas, les parasites qui pondent les œufs, subsistent dans le système veineux. Le Schistosomum japonicum ne donne lieu à aucune considération d'ordre chirurgical.

Comme conclusion, on peut remarquer que les parasites, ceux des Colonies comme ceux de France, altèrent l'état général quand leurs lésions atteignent le tube digestif et ses annexes, et le respectent presque toujours lorsque leurs lésions ne sont pas viscérales.

Les myosites infectieuses en milieu colonial. — M. P. Huard. L'auteur met en évidence les points communs qui existent entre les myosites d'Europe et celles des pays chauds; il montre l'intérêt qu'il y a au point de vue pathogénique et thérapeutique à ne pas les différencier outre mesure, mais au contraire à les rapprocher conformément aux données de la pathologie générale qui est une. Au passage, il signale l'aspect « vieille chirurgie » qu'ont certaines de ces myosites septicémiques. La recherche de la fluctuation, à la façon des maîtres du XIXe siècle, a une importance clinique capitale. Le traitement qui doit toujours être adéquat aux lésions demande beaucoup de bon sens. Il s'agit d'une maladie mixte, médico-chirurgicale, qui demande à la fois un traitement médical et un traitement opératoire, dans la mise en œuvre duquel il faut savoir jouer de la ponction, du séton, de l'irrigation discontinue, de l'incision large et de la suture précoce. L'auteur souligne enfin le point faible de nos connaissances sur les myosites : l'anatomie pathologique.

Le cancer chez l'Annamite. — M. J. Bablet, directeur de l'Institut Pasteur de Hanoï.

L'Annamite, en Cochinchine, comme au Tonkin, apparaît aussi sensible au cancer que les habitants des pays tempérés.

Certaines localisations offrent en Indochine une fréquence anormale : cancers de la verge, néoplasmes cervicaux, tumeurs développées aux dépens de la muqueuse buccale : alors que les cancers des organes digestifs sont rarement observés chez l'Annamite. Au point de vue histologique, le seul point intéressant est la proportion élevée des tumeurs conjonctives par rapport aux cancers épithéliaux (1 sarcome pour 6 épithéliomas au lieu de 1 pour 20 dans les pays tempérés).

La sensibilité des deux sexes ne paraît pas très différente. L'âge du cancer est notablement abaissé chez l'Annamite.

Les complications infectieuses autogènes des suites de couches en Indochine. — M. Pierre DALMAS, ancien chef de clinique d'accouchement, médecin de l'Assistance.

Le « Goundou ». — M. GAUTRON. On désigne par ce terme d'un dialecte de la Côte d'Ivoire les tumeurs osseuses paranasales dont Maclaud, médecin de la marine française, a donné en 1895 la description d'après sept cas qu'il avait observés chez des indigènes pendant un séjour dans cette colonie.

Avant lui, des auteurs anglais, Mac-Alister et Lampery, avaient signalé cette affection observée par eux chez des indigènes de la Gold Coast britannique vers 1880.

L'affection fut constatée par différents auteurs français et étrangers dans divers pays de la zone intertropicale tant en Afrique qu'en Asie, en Amérique et en Océanie : au Togo, au Cameroun, en Afrique Orientale allemande, en Sierra-Léone, en Angola, dans la péninsule malaise, à Sumatra, dans la Chine du Sud, au Mexique, au Brésil, aux Antilles, en Nouvelle Guinée, aux Iles Samoa, etc. Le travail français le plus important sur la question est celui de Botreau-Roussel, médecin colonel des troupes coloniales, paru en 1925 et faisant suite à des communications données en 1917 à la Société de pathologie exotique.

La description varie peu suivant les auteurs et les anatomo-pathologistes qui ont eu à étudier ces tumeurs enlevées chirurgicalement ont fait des constatations superposables sur leur nature. Tumeurs de consistance osseuse, la plupart du temps symétriques, sans modifications de la peau, se développant assez lentement, sans réaction inflammatoire accusée, pouvant acquérir un volume assez considérable, une noix, une mandarine.

C'est en général aux dépens de la branche montante du maxillaire supérieur que l'hyperostose se produit ; l'os propre du nez, l'unguis peuvent participer au processus d'ostéite. Celui-ci peut même s'étendre au maxillaire supérieur tout entier, à l'os malaire, au maxillaire inférieur. Ces formations tumorales sont des hyperplasis ostéogéniques de caractère inflammatoire et non des ostéomes. Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'étiologie, la pathogénie du goundou ; les premiers auteurs ont pensé à une infection des fosses nasales par des larves de diptères, d'autres à la syphilis acquise ou héréditaire. Botreau-Roussel dans son important mémoire rattache le goundou au pian. Pour lui le goundou, la tumeur paranasale n'est qu'une localisation particulière au squelette de la face de l'infection pianique. Cette tumeur peut se présenter en même temps que d'autres manifestations hyperplasiques du squelette qu'il considère comme des ostéites pianiques. Cette opinion n'est pas admise par d'autres auteurs.

On a rapporté un certain nombre de cas de tumeurs paranasales chez les singes, tumeurs dont la nature reste indéterminée jusqu'ici. Il est d'ailleurs possible que cette affection du singe n'ait aucun rapport étiologique avec le goundou humain.

Spécialités.

Le trachome en Afrique. — M. CUENOD (Tunis). Il existe, en Afrique, trois foyers principaux de trachome. Ce sont par ordre d'importance : 1° l'*Egypte*, 2° l'*Afrique Mineure*, c'est-à-dire l'Algérie, la Tunisie et le Maroc ; 3° l'*Afrique Australe*.

De ces trois foyers, celui de l'Egypte est le plus connu à cause : 1° de son intensité (90 p. 100 de la population indigène) ; 2° de son rayonnement maléfique depuis l'antiquité jusqu'à nos jours ; 3° enfin, de l'admirable campagne antitrachomateuse inaugurée au commencement du siècle par Mac-Callan.

Le foyer Sud-Africain est peu connu, les statistiques manquent et son éloignement relatif fait qu'il n'a pour nous qu'un intérêt restreint.

Le foyer Algéro-Tunisio-Marocain, en revanche, nous intéresse au plus haut degré. On y constate un pourcentage d'environ 10 p. 100 de la population, dans les régions les plus septentrionales ; cet index atteint fréquemment 95 et même 100 p. 100 dans les Oasis et dans les agglomérations purement autochtones de l'extrême-Sud. De là, le trachome s'infiltre par le moyen des trafiquants musulmans jusqu'à nos postes de l'Afrique Equatoriale.

Partout la lutte est engagée. L'initiative privée, la Ligue contre le trachome et les Pouvoirs publics rivalisent de zèle.

Il reste encore beaucoup à faire, mais dès maintenant on a l'impression très nette que l'on gagne du terrain sur l'ennemi.

Il faut intensifier l'offensive et ne point regarder à la dépense.

Trachome en Indochine. — M. FLEURY. Le trachome est très répandu en Indochine et l'on estime que le pourcentage des trachomateux en Cochinchine est de 20 à 25 p. 100, au Tonkin et en Annam de 50 à 60 p. 100. Moins répandu au Cambodge et au Laos, il semble qu'il soit importé dans ces pays par les Chinois et les Annamites.

Pour se rendre un compte exact de la diffusion du trachome il ne faut pas se contenter de le rechercher dans les formations hospitalières, mais il faut le dépister dans la famille, dans les écoles, dans les campagnes.

La prophylaxie du trachome comprend la prophylaxie rurale, la prophylaxie dans les écoles, chez les adultes et dans l'armée. La première est difficile en raison de l'éparpillement de la population, des communications précaires entre les villes et les villages. Quelques essais ont été faits en Annam.

Stations thermales et climatiques.

Les stations thermales et climatiques de la France d'outre-mer. — M. ABBATUCCI. La classification suivie par l'auteur est celle qu'il a déjà donnée dans le *Bréviaire thermal des coloniaux* (1).

Groupe de l'Afrique du Nord : Algérie, Maroc.

Groupe de l'Atlantique : Antilles, Guyane, Afrique occidentale Française, Cameroun et Togo.

Groupe de l'Océan Indien : Madagascar, Réunion, Côte française des Somalis.

Groupe du Pacifique : Indochine, Nouvelle-Calédonie, Etablissements français de l'Océanie.

Stations thermales et climatiques utilisées par les coloniaux dans la métropole. — M. BONNIER. L'indication d'une cure hydro-minérale, plus chez un colonial que chez un métropolitain nécessite un examen complet du sujet.

A *l'indication thermale*, doit faire suite l'appréciation de *l'heure thermale*.

Les stations soignant les coloniaux doivent aussi être armées d'un personnel médical et de laboratoires aptes à relever les renseignements nécessaires à l'instauration, la direction et la surveillance de la cure.

Aux *paludéens*, *Encausse-les-Thermes* offre ainsi un outillage, des techniques et surtout des médecins spécialisés dans le traitement de la malaria.

Dyspeptiques et *hépatiques* sont, comme chacun sait, régénérés par *Vichy*, Mecque du foie dit colonial. L'hiver, Le Boulou leur sera ouvert. Les hyposthéniques pourront aller à Pougues ; les hépatiques amibiens préféreront *Châtel-Guyon*, quitte à faire une cure complémentaire à *Vichy*. Les obèses au gros foie, mais à intestin sain, se débarrasseront à *Brides* ou à *Barbazan* de leur « œuf colonial ».

(1) Editeur : Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Les *intestinaux* dûment déparasités vont à Châtel-Guyon, à moins que, spasmés ou dolents, ils ne fassent une cure qui pourrait n'être que préparatoire à *Plombières* ou à *Bagnères-de-Bigorre*.

Les *anémiques* ont plus que tous autres besoin de l'examen complet qui conduit à un traitement de la cause parasitaire plus que du syndrome anémie. Chez certains, présentant anémie et foie tropicaux, c'est souvent *Vichy* qui fera merveille. Dans les états anémiques apparemment idiopathiques, en particulier chez les enfants, les cures arsenicales (*La Bourboule*), ou ferrugineuses (*Siradan, Bussang, Orezza*), ou climatiques (altitude : Superbagnères) aideront à la régénération hématique.

L'été, *Bagnères-de-Bigorre*; l'hiver, la côte d'Azur, Arcachon ville d'hiver, Vernet, Amélie-les-Bains, referont les déprimés.

La multiplicité des atteintes organiques peut entraîner à des cures successives; certaines régions, en France, sont propices à ces cures combinées, telle l'*Auvergne*, telle aussi le *Comminges* qui groupe autour d'*Encausse*, douées de conditions climatiques favorables à ceux qui viennent des régions intertropicales, une variété de stations suffisant à toutes les indications de la médecine banale et tropicale.

Le paludisme à la Bourboule. — M. H. Jumon (de la Bourboule). Les eaux arsenicales fortes (0,007 millig. d'arsenic métalloïdique) de la Bourboule agissent de la façon suivante :

1. Par son rôle parasiticide, l'arsenic thermal achevant une stérilisation du paludisme et s'opposant aux rechutes après la cure;

2. Par son rôle hémopoiétique, l'arsenic thermal intervenant puissamment sur la régénération sanguine des anémies paludéennes;

3. Par ses effets toniques sur le métabolisme général, l'arsenic thermal agissant rapidement sur l'asthénie, l'amaigrissement et le déséquilibre organique.

Une hépatomégalie et une splénimégalie palustres ne sont pas des contre-indications.

Les coloniaux aux eaux minérales de Contrexéville. — M. Bichelonne. La cure de Contrexéville s'adresse spécialement à trois groupes de maladies : groupe des maladies des reins et des voies urinaires, groupe des maladies du foie et des voies biliaires, groupe des auto-intoxications, englobées sous le nom d'arthritisme et qui se rattachent étroitement, pour la plupart, aux insuffisances rénales et hépatiques.

Les effets physiologiques de l'eau de Contrexéville trouvent leurs preuves dans les résultats de la clinique (effets cholalogue et laxatif, effets de drainage tissulaire et de lavage humoral ; effet diurétique, baisse de l'hypertension artérielle, fléchissement de poids à la balance, etc.) et des examens de laboratoire (pour le sang : diminution de la cholestérinémie, de l'oxalémie, de l'uricémie ; pour l'urine : décharges d'urée, d'acide urique, de chlorures, etc.., relèvement de l'acidité urinaire).

Les recherches physico-chimiques contemporaines laissent entrevoir l'explication des raisons intimes qui président aux diverses actions thérapeutiques, actions soit d'ordre chimique (action des ions, Ca, Mg, Li, des ions sulfates, etc...), soit d'ordre physique (radio-activité, indice de nutrition, acidité ionique), soit d'ordre biologique (pouvoir agocytique ou son inverse, pouvoir anagotoxique, action anti-anaphylactique, etc...).

Les coloniaux, chez qui sont fréquentes les affections du foie, de l'intestin, d'origine parasitaire, les affections rénales, les arthritiques coloniaux affaiblis ou anémiés ne peuvent que bénéficier largement d'une cure à Contrexéville.

Vals, station des coloniaux. — M. Maurice Uzan. Pour la cure alcaline, Vals met à notre disposition des eaux bicarbonatées de toutes minéralisations. A l'inverse de Vichy, elle substitue « la gamme de la minéralisation à celle de la thermalisation » (Carnot), nous permettant d'utiliser, pour une thermalité quasi-constante (13-16°) des eaux contenant de 0g50 à 10 grammes de bicarbonates alcalins.

Les sources faibles, type Saint-Jean, seront prescrites aux dyspeptiques, aux colitiques, aux diarrhéiques chroniques et, en particulier, aux séquelles des dysenteries parasitaires. Elles permettent, en outre, la cure de diurèse.

Les sources fortes auront leurs indications surtout dans les affections hépato-biliaires (Précieuse) ou dans le diabète (Constantine).

Des sources intermédiaires (Béatrix, Souveraine, etc.) permettront de s'adapter aux tolérances individuelles.

Quelques-unes de ces eaux (Souveraine, Constantine, Béatrix), par leur teneur en silice et en lithine, rendent maniable la cure alcaline chez les scléreux et hypertendus.

Toutes ces eaux renferment plus ou moins de fer à l'état de bicarbonate ferreux, mais Vals possède surtout dans la source Dominique, une eau ferro-arsenicale particulièrement active, comportant environ 2 milligrammes et demi par litre d'un complexe ferro-arsenical (en arséniate ferreux : 0,00235 par litre), ce qui classe Vals comme l'une des plus importantes stations arsenicales de France. Cette eau a été démontrée comme étant fortement radioactive (Chaspoul et Jaubert de Beaujeu).

Les diabétiques, les paludéens, les amibiens, les anémiques, les convalescents, les déprimés bénéficieront de cette cure de Dominique. Les enfants surtout en retireront des avantages précieux.

Vittel considéré comme station thermale propre aux coloniaux. — M. Boigey (de Vittel). Les eaux de Vittel sont des eaux sulfatées calciques et magnésiennes. En tant qu'eaux calciques elles sont diurétiques, en tant que magnésiennes, elles sont cholagogues.

Deux sources principales fournissent l'eau de cure : la Grande Source et la Source Hépar.

L'action de la Grande Source se fait sentir sur les reins qui sont en quelque sorte lavés et déblayés des sables, graviers et calculs qui ont pu s'y former.

L'action de la Source Hépar se manifeste sur le foie et, notamment, sur les voies biliaires.

La lithiase biliaire se présente au premier plan de ses indications. L'amélioration consiste en pareil cas dans un bon drainage intestinal des voies biliaires, dans une sédation des phénomènes inflammatoires subaigus qui coexistent souvent avec la lithiase, souvent même l'évacuation des calculs obtenue avec des coliques beaucoup moins douloureuses et plus efficaces que celles des malades non traités. De plus l'eau de Vittel exerce une action nette de désinfection sur les voies biliaires ainsi que le prouvent la diminution ou la disparition des accidents fébriles qui accompagnent souvent la lithiase.

L'eau de Vittel agit encore par son action tonique.

D'une manière générale, on peut dire que les maladies des reins et du foie sont celles qui sont le plus améliorées dans cette station. La double action, désintoxicante d'une part, et tonique d'autre part, justifie l'excellence des résultats obtenus avec les eaux de Vittel dans le traitement de nombreuses maladies coloniales.

La cure de boisson est la forme fondamentale du traitement, mais elle est complétée par des moyens variés empruntés à l'hydrothérapie et à la cure d'exercice.

Communications diverses.

Un nouveau procédé de préparation des viandes. — M. A. Gauducheau. Aux procédés déjà connus, l'auteur en ajoute un nouveau dont il est l'inventeur.

On trouve habituellement aux colonies des viandes qui n'ont pas la qualité de celles que nous avons en Europe ; les animaux y sont souvent maigres et le fumet de leur chair y est parfois médiocre. M. Gauducheau a trouvé un procédé, dit des infrasauces, qui permet de remédier, dans une certaine mesure, à ces défauts ; il consiste à mettre dans les viandes, à la place du sang évacué au moment de la saignée, une graisse alimentaire convenablement assaisonnée, pour engraisser instantanément les bêtes maigres et pour améliorer la saveur de leurs viandes.

Les extraits de foie dans le traitement des anémies tropicales. — M. Riou. Les difficultés qui se présentent aux colonies pour se procurer du foie et pour le conserver frais, ont amené l'auteur à étudier, comparativement à l'efficacité de l'ingestion de foie cru, celle des extraits hépatiques purifiés dont la conservation est parfaite. Ayant précisé les modalités du traitement et ses indications particulières, il conclut que les résultats obtenus sont aussi bons avec les deux méthodes. L'emploi des extraits permet de plus l'absorption de doses élevées de foie sans provoquer d'intolérance.

(A suivre.) F. L. S.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les opérations parathyroïdiennes ont-elles une action efficace sur la calcémie et la fonction parathyroïdienne chez l'homme? par MM. A. Jung et A. Chinassi Hakki.
Influence des taches solaires sur les suicides, les crimes et les accidents, par M. Maurice Faure.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société de biologie.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Le secret médical.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Paralysie faciale périphérique (fin).

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Année scolaire 1931-1932.* — **Immatriculation. Inscriptions.** — I. Immatriculation. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles re peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 h.

II. Inscriptions. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 h.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. N.;

II. Acte de naissance sur timbre;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 3 fr. 60) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur);

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté);

V. Extrait du casier judiciaire.

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1931-1932, les inscriptions trimestrielles, consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 h., au secrétariat, guichet n° 3.

Premier trimestre : du 12 au 27 octobre 1931.
Deuxième trimestre : du 4 au 19 janvier 1932.
Troisième trimestre : du 11 au 26 avril 1932.
Quatrième trimestre : du 11 au 26 juillet 1932.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

MINISTÈRE DES FINANCES. — Le *Journal officiel* du 7 août publie un décret fixant la rémunération des médecins phtisiologues chargés de l'examen des fonctionnaires des finances.

Ce décret est suivi d'« une circulaire relative aux congés de longue durée pour tuberculose ouverte et à la rémunération des médecins phtisiologues ».

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — ÉCOLE D'APPLICATION DE MARSEILLE. — La chaire d'hygiène militaire, d'hygiène tropicale, d'hygiène sociale, de prophylaxie et de police sanitaire sera vacante à la date du 31 décembre 1931 à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire dans les conditions prévues par l'article 9 du décret du 22 août 1928 portant organisation de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

Les demandes des candidats, accompagnées de l'exposé de leurs travaux scientifiques et d'un état des services et revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) le 10 novembre 1931 au plus tard. (*J. O.*, 8 août 1931.)

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOTHÉRAPIE, D'HYPIOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE (28 septembre au 4 octobre 1931). — La Société de psychothérapie organise, à l'occasion de l'Exposition coloniale, un IIIe Congrès de psychothérapie, qui aura lieu du lundi 28 septembre au dimanche 4 octobre 1931.

Ce Congrès comprendra : 1° une séance solennelle d'ouverture au Palais des informations de l'Exposition; 2° des conférences générales (avec films et projections); 3° des séances consacrées aux rapports et communications; 4° des excursions, des réceptions, des banquets et des fêtes. Le droit d'admission est fixé à 50 fr.

Adresser les adhésions, les titres des communications et le montant des souscriptions au Congrès, au docteur Pierre Vachet, secrétaire général, 8, boulevard de Courcelles, Paris (XVIIe). Tél. Galvani 63-40.

Bureau du Congrès. — Présidents d'honneur : les professeurs Charles Richet, Pierre Janet, Paul Carnot, Hartmann, Marcel Labbé, Gustave Roussy, Laignel-Lavastine, Jean Lépine (de Lyon), Euzière (de Montpellier), Chavigny (de Strasbourg), Forgues (de Montpellier), Fribourg-Blanc, Marañon (de Madrid), Forel (de Zurich), Marinesco (de Bucarest), Gabriel Petit (d'Alfort), Moret; président : docteur Bérillon; vice-présidents : docteur Ch. Fiessinger, docteur Paul Farez, docteur Voivenel (de Toulouse), M. Henri Rollet; secrétaire général : docteur Pierre Vachet.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie infantile), en dix leçons, par M. le docteur Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 14 septembre 1931, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Ce cours sera fait en liaison avec le cours complémentaire de chirurgie infantile fait à la même époque, sous la direction de M. le professeur Ombrédanne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SECRET MÉDICAL

Le Conseil d'administration de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine rappelle une fois de plus que l'article 378 du code pénal et la jurisprudence qui le consacre imposent au médecin traitant, dans l'intérêt de la société et des malades, le respect absolu du secret médical.

En conséquence :

1° Le médecin traitant n'est autorisé à divulguer ce secret ni directement, ni indirectement, en dehors des cas où la loi lui en fait une obligation.

Lorsque le médecin traitant croit devoir, à la demande du malade, lui délivrer un certificat comportant un diagnostic, par exemple pour coups et blessures, il doit en apprécier l'opportunité et les conséquences et ne pas en dépasser le but.

2° Les tiers (patrons, administrations publiques ou privées) ne peuvent exiger que la nature de la maladie soit révélée par le certificat médical délivré par le médecin traitant pour justifier une interruption de travail, une demande de congé ou tout mode de soins.

3° La communication du diagnostic ne peut être faite par le médecin traitant au médecin contrôleur que si celui-ci est lui-même astreint au secret professionnel vis-à-vis de ses mandants. Cette communication ne devra être faite qu'avec l'autorisation du malade et dans les formes habituelles de la consultation.

4° Par ailleurs, il est souhaitable :

a) Que dans les administrations ou collectivités diverses, le service médical de contrôle des malades soit un service technique autonome et astreint au secret professionnel en ce qui concerne les malades en traitement;

b) Qu'en ce qui concerne la mise à la retraite, l'obtention d'une pension ou de dommages-intérêts, hors les cas prévus par la loi, les dossiers médicaux indispensables soient établis, contrôlés ou discutés par des médecins de confiance, dont les conclusions utiles, sans diagnostic, seront seules révélées.

Le Conseil d'administration affirme une fois de plus l'incompatibilité des fonctions de médecin traitant et de médecin contrôleur à l'égard du même malade.


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE
LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire.
SIROP: 3 cuillérées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl Sirop
ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD _ PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta_Edit.

LES OPÉRATIONS PARATHYROIDIENNES ONT-ELLES UNE ACTION EFFICACE SUR LA CALCÉMIE ET LA FONCTION PARATHYROIDIENNE CHEZ L'HOMME?

PAR MM.

ADOLPHE JUNG et A. CHINASSI HAKKI.

Travail de la Clinique chirurgicale A, Strasbourg.
Directeur : Professeur R. LERICHE.

Dans un certain nombre de cas de polyarthrite ankylosante, de sclérodermie, accompagnées d'hypercalcémie, nous avons fait avec notre maître, le professeur Leriche (1), sous anesthésie locale, une série de parathyroïdectomies ou de résections du segment terminal de l'une des artères thyroïdiennes inférieures avec l'origine de ses 3 branches glandulaires.

A l'instigation de M. Leriche, nous voulons montrer ici les effets constants qu'ont ces opérations sur la calcémie.

I. Dans trois cas de parathyroïdectomie, une glande parathyroïde inférieure a été enlevée.

a. Brom..., quarante ans. Polyarthrite ankylosante, généralisée. Calcémie (2) en octobre 1929 : 0g127 et 0g116 à deux examens successifs. Ablation de la parathyroïde inférieure droite le 30 octobre 1929 (glande d'apparence macroscopique et histologique normale). Calcémie le 31 octobre 1929 : 0g082; le 26 novembre, 0g090; en mai 1930, 0g084.

b. Col..., trente-sept ans, Polyarthrite ankylosante périphérique. Calcémie en juillet 1930, 0g11. Ablation de la parathyroïde inférieure droite le 7 octobre 1930 (glande d'apparence macroscopique et microscopique normale). Calcémie le 10 octobre 1930, 0g060; le 6 mai 1931, 0g086.

c. Ma..., cinquante-sept ans. Sclérodermie. Calcémie le 5 janvier 1931, 0g011. Le 15 janvier 1931 : ramisection cervicale inférieure gauche, et résection de l'artère thyroïdienne inférieure gauche. Calcémie le 17 janvier 1931 : 0g098. Le 23 janvier, ramisection cervicale inférieure droite, ablation du ganglion étoilé, ablation de la parathyroïde inférieure droite (histologiquement en hyperfonctionnement apparent). Calcémie le 26 janvier 1931 : 0g082.

Dans ces trois cas (en particulier dans les deux premiers), l'hypercalcémie a été ramenée à la normale par l'ablation d'une seule parathyroïde, et le résultat persiste au bout de sept mois dans le premier cas.

II. Dans les cas de résection du segment terminal de l'une des arthères thyroïdiennes inférieures avec l'origine de ses trois branches glandulaires qui entraîne l'ischémie de la parathyroïde correspondante, les résultats suivants ont été obtenus.

a. Gold... Spondylose rhizomélique. Calcémie le 19 juin 1930 : 0g11. Le 5 juillet 1930, résection artérielle droite. Calcémie le 6 juillet : 0g090. Calcémie le 1er novembre 1930 : 0g078. Le 1er mai 1931 : 0g093.

b. Bi..., trente-trois ans. Affaissement rachidien douloureux. Calcémie le 1er mai 1931 : 0g116. Résection artérielle droite le 19 mai 1931. Calcémie le 21 mai : 0g095 ; le 29 mai 1931 : 0g070.

c. Mme Fi..., soixante ans. Sclérodermie. Calcémie le 9 mars 1931 : 0g112. 27 mars, résection artérielle droite. Le 1er avril, calcémie : 0g078. Le 24 avril, calcémie : 0g094.

d. Mme Ma... (voir dans l'observation *c* du groupe I).

Dans ces quatre cas, l'hypercalcémie a été ramenée à la normale. L'effet a été durable (dix mois dans le premier cas).

***

L'abaissement de la calcémie par des opérations parathyroïdiennes (qui consistent soit dans l'ablation soit dans l'ischémie d'une glande parathyroïde) semble aller à l'encontre des constatations physiologiques habituelles, qui enseignent qu'une petite proportion d'une glande à sécrétion interne suffit à pourvoir aux nécessités physiologiques. On comprend mal que la suppression anatomique ou physiologique d'une seule glande sur quatre puisse avoir un tel effet. Mais, quand il y a hypercalcémie, il y a trouble de la fonction parathyroïdienne, et les conditions ne sont plus semblables à celles de l'état normal.

Avec notre maître le professeur Leriche, nous nous sommes donc demandé quel effet ces mêmes opérations auront chez les individus à calcémies normales. Deux autres groupes de recherches le montrent :

I. Etude de la calcémie après des lobectomies partielles ou unilatérales pour divers goitres opérés pendant les années 1927 à 1930. (Dosages faits en janvier et février 1931.)

a. Dans neuf cas de lobectomies partielles ou unilatérales faites pour goitre kystique ou parenchymateux, les calcémies suivantes ont été trouvées :

0,091 0,094 0,100 0,088 0,097 0,080
0,079 0,073 0,084

b. Dans trois cas de lobectomie pour goitre exophtalmique ou d'adénome toxique, on a trouvé :

0,090 0,096 0,093 0,082 0,080 0,072

En somme, huit calcémies normales, et sept calcémies légèrement au-dessous du taux normal. Toutes ces thyroïdectomies ont été exécutées avec les précautions que l'on prend habituellement à l'égard des parathyroïdes. Aucun des 15 malades ne présentait de symptômes ni de tétanie, ni de tétanie latente cliniquement décelable : il est certain que la calcémie est un test plus fin de la fonction parathyroïdienne que le grossier signe clinique de la tétanie et on peut admettre que dans les sept cas à calcémie légèrement diminuée, la fonction parathyroïdienne a souffert. Néanmoins il est juste de signaler qu'il s'agit de cas de goitre : divers

(1) R. LERICHE et A. JUNG, *Gazette des hôpitaux*, 13 mai 1931, p. 728-730. — *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de chir.*, t. LVII, n° 15, p. 609-617, *Lyon chirurgical*, t. XXVIII, n° 4, 1931, p. 408-437.

(2) Nous avons effectué tous nos dosages par la méthode de Hirth dans les laboratoires du professeur Ambard, que nous tenons à remercier d'avoir bien voulu nous ouvrir son laboratoire à cet effet. Les chiffres obtenus indiquent le calcium total en gramme par litre de sérum. La calcémie normale moyenne est de 0g093. Mais les chiffres allant de 0g085 à 0g100 sont encore à considérer comme normaux.

auteurs y ont trouvé des calcémies anormales et quoique les rapporteurs (1) du Congrès de Liége n'aient trouvé personnellement que des calcémies normales dans les goitres ou maladie de Basedow avant l'opération, on ne peut pas accuser d'une façon absolue l'acte opératoire de ces sept cas de très légère hypocalcémie.

II. Oppel (2) a pratiqué avec ses élèves Ssamarin, Belogorodski, Dobytschin des hémiparathyroïdectomies dans un grand nombre de cas à hypercalcémie et à calcémie normale. Leur statistique nous permet de tirer des conclusions que les auteurs semblent avoir omis d'en déduire. Voici des chiffres d'Oppel concernant la calcémie avant et après son opération :

0,102 0,108 0,108 0,104 0,098 0,090
0,110 0,104, etc.
0,120 0,108 0,126 0,116 0,116 0,100
0,114 0,106, etc.

ou quelques chiffres de Ssamarin (3) :

0,152 0,110 0,122 0,110, 0,124 0,116
0,108 0,098, etc.

On y voit que l'hémiparathyroïdectomie fait légèrement baisser la calcémie dans tous les cas : mais elle la fait surtout baisser lorsqu'il y a hypercalcémie.

*
* *

Nos chiffres montrent donc que l'ablation d'une parathyroïde ou la résection du segment terminal d'une artère thyroïdienne inférieure avec l'origine de ses trois branches glandulaires ont l'action suivante sur la calcémie chez l'homme :

1. En cas d'hypercalcémie, elles abaissent toujours le taux du calcium. En général, elles le ramènent au voisinage de son chiffre normal.
2. En cas de calcémie normale, la calcémie n'est généralement pas ou n'est que légèrement abaissée.

Après ablation ou ischémie d'une glande parathyroïde, la fonction vicariante du tissu parathyroïdien restant joue dans les cas physiologiques, c'est-à-dire à calcémie normale. Dans les cas à hypercalcémie, elle ne maintient pas la calcémie à son chiffre initial élevé : la calcémie tombe au voisinage de son chiffre normal.

(1) Weill et Guillaumin.
(2) Oppel et ses élèves utilisaient une méthode de dosage de De Waard pour laquelle on peut admettre que les limites de la calcémie normale évoluent entre 0g090 et 0g110 par litre de sérum.
(3) Ssamarin. *Arch. f. clin. Chir.*, 1928, t. CLIII, p. 359.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Consultations sur les maladies des voies digestives, par le docteur René Gaultier, ancien assistant de consultation spéciale des voies digestives à l'hôpital Saint-Antoine. Un volume in-8 de 250 pages avec 42 figures dont 1 coloriée. — Prix : 30 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

INFLUENCE DES TACHES SOLAIRES SUR LES SUICIDES, LES CRIMES ET LES ACCIDENTS (1)

Par Maurice FAURE (de Nice),
Président de la Société Médicale du Littoral Méditerranéen

Nous avons signalé, en 1922 (2), la coïncidence du passage des taches solaires au méridien, avec la recrudescence des accidents aigus au cours des maladies chroniques, et notamment avec le plus grave et le plus aigu de tous les accidents : la mort subite, en 1927 (3).

Depuis 1927, nous avons poursuivi nos observations, avec le concours de M. Mascart, directeur de l'Observatoire de Lyon, et de Mlle Bloch, attachée à cet Observatoire. Nos conclusions précédentes ont été étendues et confirmées, et les exceptions que nous avions signalées ont été expliquées (4). Ces observations nouvelles nous ont permis aussi de constater que la répétition du passage des taches à de courts intervalles, est un élément important de leur virulence. Un groupe de taches passant au méridien à quelques heures d'intervalle, est plus nocif qu'une seule tache dont la superficie serait égale à celle du groupe entier. Des séries de taches se succédant à peu de jours d'intervalle, ont des effets incomparablement plus forts que n'en auraient ces mêmes taches, séparées par des intervalles de plusieurs semaines.

Or, depuis 1926, le nombre et les dimensions des taches solaires se sont accrus dans de si grandes proportions, que des séries d'une importance extraordinaire ont pu se constituer. Les accidents causés par elles se sont précipités en périodes subintrantes, d'une telle intensité, que l'attention des observateurs les moins prévenus a été attirée. Cette intensité, s'appliquant à la fois aux accidents humains et aux accidents telluriques, explique un grand nombre de phénomènes observés depuis 1926, avec une continuité et une violence anormales (5).

Parmi ces phénomènes, il en est qui nous ont paru assez surprenants pour que nous ayons cru devoir différer leur publication. Mais les observations se sont renouvelées si souvent, elles sont si constantes dans leur forme et d'un contrôle si facile, que nous pensons pouvoir aujourd'hui en donner les résultats, quelque inattendus qu'ils puissent d'abord paraître. Il suffit, d'ailleurs, d'y réfléchir, pour découvrir

(1) Communication au LIVe Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences, Nancy, 20-26 juillet 1931.
(2) Joseph Vallot, Gaston Sardou et Maurice Faure. De l'influence des taches solaires sur les accidents aigus des maladies chroniques, *Acad. de méd.*, 11 juillet 1922.
(3) Maurice Faure. Sur la recrudescence des morts subites, *Acad. de méd.*, 1er mars 1927.
(4) Maurice Faure. Influence des taches solaires sur la maladie et sur la mort, *Congrès international de Physiothérapie*, Liége, 14-18 sept. 1930; — *Congrès international de Climatologie, de Géologie et d'Hydrologie de Lisbonne*, oct. 1930.
(5) La Société médicale de Climatologie et d'Hygiène du Littoral méditerranéen ayant communiqué ces recherches à ses correspondants, environ 150 d'entre eux, appartenant à des nations différentes, se sont livrés à des observations parallèles. Ces observations réunies sont actuellement trop nombreuses pour que nous puissions les relater ici, et elles feront l'objet d'une étude particulière.

aisément l'explication de ces phénomènes, et faire ainsi disparaître leur caractère surprenant. Aussi donnerons-nous l'explication, en même temps que nous énoncerons le fait observé.

***

Suicides. — Les suicides en série avaient, jusqu'ici, été expliqués par la contagion de l'exemple, et des faits bien connus démontrent que cette explication peut être exacte. Mais elle ne donne pas la raison de suicides survenant simultanément dans des villes éloignées et chez des sujets ne pouvant avoir connaissance d'autres suicides se produisant ailleurs. Il faut donc supposer l'action d'une cause extérieure, influant en même temps et de la même manière, sur des individus isolés. Cette cause doit produire un affaiblissement de la résistance morale et modifier les sentiments et les raisonnements, puisqu'elle fait ressentir, d'une manière intolérable, une situation jusqu'alors tolérée. Le suicide a donc ici une cause intime et permanente et une cause extérieure et momentanée : c'est cette seconde cause qui est déterminante.

Il arrive aussi que la cause intime du suicide est immédiate, mais qu'elle apparaît comme insuffisante : tel est le cas du suicide de l'enfant grondé et d'autres suicides attribués à des motifs futiles. Ici, la déterminante est dans la coïncidence du motif intime et de l'influence extérieure, qui a momentanément créé un état mental anormal.

Si donc, comme nous l'avons indiqué, les radiations issues de la tache solaire peuvent altérer les fonctions du système nerveux de la vie végétative, au point de déterminer la mort subite, ces mêmes radiations peuvent aussi amener des perturbations de la vie intellectuelle, suffisantes pour déterminer un suicide, lorsqu'il existe des motifs intimes qui, seuls, eussent été probablement inopérants.

Crimes. — L'étude des crimes rend plus vraisemblable encore l'action des radiations solaires anormales sur la zone cérébrale corticale. En effet, les crimes dont nous avons noté la recrudescence en série, portent l'empreinte d'une perturbation mentale évidente. On y remarque l'absence complète de tout contrôle et de tout calcul raisonnables. Ce sont des crimes absurdes, que nous ne pouvons comprendre sans admettre l'existence d'une cause extérieure déterminante. Ils ont, d'ailleurs, un caractère de similitude, ou du moins un air de famille, qui les apparente aux crimes commis sous l'influence de l'ivresse, c'est-à-dire d'une cause étrangère à l'organisme. Or, l'hypothèse d'une intoxication individuelle n'est pas vraisemblable, pour expliquer des faits en série, survenant au même moment, dans des lieux très différents, et ne se reproduisant qu'à de longs intervalles.

Au surplus, la lecture d'une de ces séries de faits nous paraît suffisamment démonstrative, à elle seule :

TYPE DE SÉRIE DE PHÉNOMÈNES SUBINTRANTS PROVOQUÉS PAR LE PASSAGE D'UNE SÉRIE DE TACHES

Année 1926. — *17 février.* — Trois hommes assassinent le père, la mère, la grand'mère, et les deux filles, pour voler 7 francs. — On note aussi, ce jour-là, 4 suicides, dont l'un à dix-huit ans et un autre à vingt-sept ans, et 2 morts subites.

18 février. — Une mère se pend, après avoir noyé ses deux enfants âgés de quatre et cinq ans, dans une lessiveuse *où elle a eu bien du mal à les faire entrer.* — Un homme tue un enfant de dix ans, parce qu'il l'aimait sincèrement, puis se suicide.

19 février. — On note 5 morts subites et 5 suicides, mais pas de crimes extraordinaires.

20 février. — Deux suicides seulement. — Vagues de froid.

21 février. — Des inconnus ligotent une jeune femme et, après l'avoir arrosée de pétrole, l'allument et s'enfuient, la laissant brûler vive. — Un homme tue sa maîtresse et se suicide. — Cinq morts subites, 3 suicides, dont un à vingt-quatre ans et un autre à quarante-cinq ans. — Tempêtes et inondations.

22 février. — Un homme tue son frère, puis se suicide. — Une mort subite et deux suicides. — Eruption volcanique (Krakatoa). — Coup de grisou (Etats-Unis).

23 février. — Trois suicides, dont l'un à vingt-six ans. — Série de secousses sismiques en Palestine.

24 février. — Un homme âgé de trente-cinq ans, tue sa femme, âgée de vingt-quatre ans, avec qui il était marié depuis deux ans, parce qu'elle refusait de lui faire chauffer du café.

25 février. — Deux morts subites et 5 suicides.

26 février. — Un garde forestier tue son chef, la femme et les deux filles de celui-ci et met le feu à la maison. — Tornade au Brésil provoquant l'écroulement de 200 maisons. — Secousses sismiques en Judée. — Vagues de froid. — Tourmentes de neige en Grèce et en Turquie.

27 février. — Une femme de soixante ans se tue, en se fendant la tête à coups de hache. — Un homme tue son frère au cours d'une discussion pour un motif futile. — Un ouvrier en tue un autre, sans motifs plus sérieux. — Un homme tire quatre coups de revolver dans la gare de Corte, sans aucune raison connue. Il atteint et tue un passant. — A Paris, au cours d'une discussion banale, un homme blesse trois personnes, dont son interlocuteur et deux spectateurs. Un ami intervient alors, également à coups de revolver, mais n'atteint personne. — Aux environs de Paris, un jeune homme est étranglé, brûlé, puis enfermé dans un sac, et abandonné sur une route, par un criminel inconnu. — Deux suicides. — Eruption du Vésuve. — Tempêtes et avalanches.

Ainsi donc, pendant 11 jours consécutifs, des faits étranges, qui n'existaient pas pendant les jours précédents, qui ne se sont pas reproduits les jours suivants, se sont trouvés réunis, et voici l'énumération des taches solaires passées au méridien, pendant cette même période de 11 jours :

TACHES SOLAIRES PASSÉES AU MÉRIDIEN DU 18 AU 27 FÉVRIER 1926

Année 1926. — *17 février.* — Tache d'une surface égale à 106 millionièmes de la surface solaire (la surface terrestre est égale à 84 millionièmes).

18 février.	— Tache de	82	millionièmes.
19 »	»	47	»
20 »	»	80	»
21 »	»	676	»
25 »	»	86	»
27 »	»	257	»
Surface totale		1.334	»

Sept fois donc, en onze journées, des taches couvrant une surface totale égale à 16 surfaces terrestres, sont passées au méridien, ce qui est une manifestation cosmique non moins exceptionnelle que la série des accidents et des crimes qui l'a accompagnée. Il ne semble pas que le nom de « hasard » puisse s'appliquer à une pareille coïncidence, à moins que le mot « hasard » soit le nom qui désigne l'effet des causes inconnues. D'ailleurs, les séries analogues à celle que l'on vient de lire, ne sont pas rares dans nos observations, avec la même coïncidence.

Accidents. — Il y a bien des sortes d'accidents : nous avons éliminé tous ceux dont la reproduction en série peut s'expliquer par des causes connues (1). Mais, de même qu'il existe (nous venons de le constater) des crimes types, inexplicables par le seul jeu de motifs intérieurs, il existe aussi des accidents dont la série ne peut s'expliquer que par l'action d'une cause extérieure. Lorsqu'une collision grave de trains se produit, on observe environ deux autres collisions le même jour et le jour suivant. Lorsqu'on signale un incendie spontané, d'autres se produisent dans un temps très court et dans des lieux trop différents pour que l'on puisse invoquer l'imitation. On peut, il est vrai, invoquer la sécheresse, le vent, etc..., mais cette sécheresse et ce vent persistent pendant des temps beaucoup plus longs que la série des incendies. Il faut donc qu'il y ait eu, pendant une période de vent et de sécheresse, une cause extérieure ajoutée momentanément, et déterminant l'incendie.

Il en est de même des explosions de poudres ou de gaz, et particulièrement des coups de grisou dans les mines, qui se suivent toujours pendant une même période de deux ou trois jours et dans des pays différents. Là encore, les motifs permanents de l'explosion ne permettent pas d'en expliquer la simultanéité.

Si l'on étudie ces accidents collectifs, choisis parmi les plus démonstratifs, on trouve d'ordinaire l'inattention, la nervosité, la fatigue d'un pilote, d'un mécanicien, d'un garde-voie, d'un aiguilleur, d'un surveillant, c'est-à-dire d'un homme chargé de fonctions qui exigent l'intégrité de l'état mental, et chez lequel cet état a été momentanément altéré. On trouve aussi la malfaçon, la malveillance, l'intention de nuire, qui apparentent alors l'accident collectif à la série des crimes absurdes que nous venons de signaler. Qu'y a-t-il, en effet, de plus absurde, que l'acte de l'employé congédié qui dépose un obstacle sur la voie, afin de déterminer le déraillement d'un train? Que l'acte du vagabond qui incendie une forêt?

Mais l'action des causes extérieures peut ici se manifester d'une manière plus apparente encore, du moins sur les coups de grisou et peut-être aussi sur les incendies et les explosions. Il paraît vraisemblable, en effet, que l'action d'une personnalité humaine interposée n'y est pas indispensable, et que l'action directe de radiations anormales peut provoquer la déflagration ou l'inflammation spontanée de certains gaz. Il nous paraît possible que les incendies de forêts, de meules et de granges inhabitées (où personne n'est là pour apercevoir le feu naissant et l'éteindre) puissent parfois s'expliquer de cette manière (1).

La notation des suicides, des crimes, des accidents et leur étude si complexe, ont été effectués en collaboration avec M. Deshayes, Procureur général à la Cour d'Angers, en joignant, à nos observations personnelles, les relevés journaliers des Parquets de divers ressorts de France, pris dans toutes les régions (Angers, Bordeaux, Douai, Limoges, Nice, Poitiers, Rennes). L'abondante moisson de faits qui résulte de cette notation, pendant trois années consécutives, ne peut entrer dans le cadre si restreint de la présente communication, et fera l'objet d'une publication ultérieure. Mais je tiens à exprimer, dès à présent, ma reconnaissance à M. Deshayes, dont l'esprit rigoureux et la grande expérience m'ont été précieux. Je désire aussi remercier les collaborateurs attentifs que nous avons trouvés dans les Parquets de 21 départements.

*
* *

Ainsi donc, accidents, crimes, suicides, morts subites, symptômes aigus des maladies chroniques, accompagnent, avec une régularité parfaite, le passage des taches solaires. Lorsque la tache approche du méridien, l'homme réagit le premier, et c'est alors le réveil des symptômes assoupis d'une maladie latente. L'exemple le plus typique est la crise de douleurs, qui survient parfois sans aucune cause et en pleine santé apparentes. Le malade dit souvent que ses douleurs annoncent un changement de temps. Et le changement de temps se produit, en effet, dans le délai de deux jours en moyenne, sous l'influence de la tache qui passe au Méridien, à un moment de ces deux jours. Les morts subites, les suicides, les crimes absurdes coïncident avec ce passage, et marquent à la fois le paroxysme de la souffrance humaine et le déséquilibre grave du système nerveux, pouvant aller jusqu'à la mort ou jusqu'à l'acte démentiel. Puis, la réaction humaine s'apaise, car la tache

---

(1) Nous exceptons donc les accidents d'automobile et d'aviation, où les séries peuvent s'expliquer par des causes différentes de l'activité solaire : augmentation de la circulation à certains jours, mise en service d'un matériel insuffisant ou défectueux, mauvaise qualité de l'essence, etc. D'ailleurs, le développement de ces deux moyens de locomotion, l'inexpérience et la témérité des pilotes, l'inconscience ou les mauvaises dispositions de certains d'entre eux, rendent inévitables des accidents nombreux et répétés, qui s'expliquent suffisamment par ces motifs, et que l'on ne peut mettre au compte des causes extérieures.

Nous avons également éliminé d'autres accidents, dont il est difficile ou impossible d'apprécier exactement les causes, et dont les séries ne sont pas évidentes. Nous n'avons retenu, en définitive, que les accidents se produisant effectivement en série, et dont la série ne paraît pas pouvoir être expliquée autrement que par l'influence d'une cause extérieure. C'est la coïncidence de cette série avec le passage des taches solaires, qui constitue l'intérêt de ces remarques.

(1) Nous pourrions citer encore, parmi les accidents en séries : les écroulements de maisons, les éboulements et les glissements de terrains, qui ont été particulièrement fréquents et répétés, depuis quelques années. Ces accidents sont dus aux infiltrations des eaux, qui sont elles-mêmes causées par l'abondance des pluies. Or, nous avons constaté que les pluies abondantes, les débordements, les inondations qui en résultent, se produisent précisément à la suite des séries de taches solaires, et sont le résultat des perturbations atmosphériques et terrestres issues de la tache (orages, pluies torrentielles, tremblements de terre, raz de marée, cyclones, tornades). M. l'abbé Moreux a, d'ailleurs, antérieurement signalé cette coïncidence, et a formulé, avec son grand talent habituel, une très intéressante théorie sur la relation des taches solaires avec le régime des pluies et, par conséquent, avec les récoltes, la disette et l'abondance.

est passée, mais alors surviennent les incendies, les coups de grisou, les orages, les cyclones, les tornades. L'aurore boréale s'inscrit généralement deux jours après le passage de la tache, dans le même délai environ que l'éruption volcanique ou le tremblement de terre, qui achèvent de marquer l'action formidable des radiations solaires anormales, sur l'écorce terrestre et ses habitants.

Dans leur ensemble, ces phénomènes, lorsqu'ils sont intenses, sont d'une observation facile et reviennent avec l'ordre et la régularité que nous constatons habituellement dans les phénomènes naturels.

L'homme se comporte donc comme un réactif très sensible à l'influence des radiations solaires. Il est le premier qui ressent l'approche de la tache. Il manifeste sa réaction par des symptômes divers, parfois violents, mais toujours passagers. Puis la surface terrestre participe, d'une manière plus durable, à la perturbation, qui s'achève en quelques jours dans la profondeur de l'écorce. Tout cela peut nous paraître étonnant, mais, en vérité, il serait plus étonnant encore qu'il en fût autrement, c'est-à-dire que l'Homme et la Terre ne ressentent point les perturbations du Soleil, dont ils sont issus et qui entretient leur Vie.

La tache solaire n'est, d'ailleurs, que le signe le plus apparent de l'effervescence du Soleil, et c'est aux moments où cette effervescence est d'une activité exceptionnelle, qu'il faut, en définitive, attribuer les symptômes morbides et les accidents telluriques observés.

CONCLUSIONS. — Les suicides, les crimes, les accidents, apparaissent en série, comme les morts subites et les symptômes aigus des maladies chroniques. Ces séries coïncident avec les séries de taches solaires. Cette double coïncidence paraît indiquer que le passage des taches agit à la fois sur le Système nerveux de la vie de relation (suicides, crimes, accidents) et sur le Système nerveux de la vie de nutrition (symptômes morbides aigus et mort subite). Cette réaction de l'Homme précède les effets du passage des taches, dans l'atmosphère et l'écorce terrestres.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1931) [*suite*]

Relations de la chronaxie vestibulaire avec l'émotivité, à l'état normal et dans le pseudo-mongolisme et la démence précoce. — M. Georges BOURGUIGNON.

(SÉANCE DU 27 JUILLET 1931)

Prurit et dermatites produits chez les nageurs par des cercaires de mollusques d'eau douce. — M. E. BRUMPT. La présence de certains mollusques dans l'eau des piscines ou de collections d'eau diverses peut être la cause de dermatites provoquées par la pénétration des cercaires qu'ils émettent à certaines époques de l'année.

Recherches expérimentales sur la sensibilité au virus de la fièvre exanthématique des animaux domestiques porteurs de « Rhipicephalus sanguineus ». — MM. Georges BLANC et J. CAMINOPÉTROS montrent que les animaux en contact habituel avec l'homme et porteurs normaux de *Rhipicephalus sanguineus* ne sont pas sensibles au virus de la fièvre exanthématique. Le fait que le virus de la fièvre exanthématique est transmis héréditairement par le *Rhipicephalus sanguineus* à sa descendance s'accorde avec les données précédentes et permet de concevoir, au moins dans la région méditerranéenne, la fièvre exanthématique comme une infection de la tique du chien, se conservant de tiques en tiques, sans l'intermédiaire d'un animal domestique réservoir de virus.

Recherches préliminaires sur certaines protrusions du globe oculaire, en particulier sur l'exophtalmie basedowienne. — MM. Marcel LABBÉ, Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, Mlle D. KOHLER, Mme SCHIFF-WERTHEIMER et M. P. SOULIÉ ont cherché à élucider expérimentalement le rôle de l'excitation du sympathique cervical et celui de la sécrétion thyroïdienne dans l'exophtalmie basedowienne.

L'injection successive de doses adéquates d'éphédrine, puis de pilocarpine, déterminent chez le chien une exophtalmie considérable en pleine excitation parasympathique.

L'injection d'une thyroxine synthétique, soit avant, soit après l'injection d'une dose insuffisante d'éphédrine peut déterminer l'exophtalmie. Cette exophtalmie provoquée est indépendante des phénomènes cardio-vasculaires concomitants.

Enfin l'injection intraveineuse de 1 à 2 milligrammes de chlorhydrate d'yohimbine fait rapidement régresser cette exophtalmie expérimentale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 JUIN 1931)

Anaphylaxie passive. Essais de transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme au lapin. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A. HUGO et M. P. GIROUD ont repris l'étude de la transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme au lapin. Leurs expériences ont porté sur 31 cas. Ils se sont servis de sérums d'hommes dont la sensibilisation était démontrée par les phénomènes cliniques, une cutiréaction positive et une épreuve de Prausnitz-Küstner positive. L'injection de ces sérums aux lapins était faite par voie sous-cutanée, intramusculaire, péritonéale ou intraveineuse. L'injection de la protéine à laquelle l'homme était sensibilisé était faite par voie intraveineuse vingt-quatre heures, 1/2 heure ou 1/4 d'heure après l'injection du sérum. Dans aucun de ces 31 cas, les auteurs n'ont obtenu de chute de tension artérielle caractéristique du choc anaphylactique. En se mettant à l'abri de causes d'erreur il ne semble pas possible de réaliser la transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme au lapin en injectant à l'animal le sérum d'un homme sensibilisé et quelque temps après l'antigène sensibilisant.

Anaphylaxie passive. Injections au lapin du sérum d'homme sensibilisé mélangé à la protéine sensibilisante. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A. HUGO et M. P. GIROUD, n'ayant pu transmettre les anticorps anaphylactiques de l'homme au lapin en faisant une injection de la protéine spécifique quelque temps après l'injection du sérum de l'homme sensibilisé à cette protéine, se sont demandé

si l'anaphylaxie passive était réalisable en injectant dans les veines d'un lapin neuf le sérum d'un homme sensibilisé mélangé à la protéine sensibilisante. Sérum et protéine avaient été mis en contact *in vitro* pendant un temps déterminé. 15 expériences ont été faites. Dans aucune d'elles les auteurs n'ont obtenu de chute de tension artérielle caractéristique du choc anaphylactique. L'anaphylaxie passive ne semble donc pas réalisable en injectant au lapin le sérum d'un homme sensibilisé mélangé en parties égales avec la protéine sensibilisante.

I. Sur l'infection charbonneuse du cobaye provoquée par l'inoculation intranasale; II. Sur le mécanisme de l'infection charbonneuse d'origine pulmonaire. — MM. A. Boquet et A. Saenz. L'infection charbonneuse peut être produite chez le cobaye par l'injection intranasale de bactéridies en dehors de toute lésion de la peau et des muqueuses. L'infection a pour point de départ le poumon d'où les germes sont disséminés dans l'organisme tout entier (bacillémie et septicémie) soit directement par la voie sanguine, soit indirectement par l'intermédiaire des voies lymphatiques.

Modifications des albumines du sang au cours du diabète sucré. — MM. Marcel Labbé et Boulin. Il existe approximativement dans 50 p. 100 des cas de diabète sucré (avec ou sans dénutrition) une augmentation de taux des albumines sériques. Celles-ci atteignent en moyenne le chiffre de 92 gr.

Cette hyperprotidémie est surtout une hypersérinémie, celle-ci s'observant plus communément encore dans le diabète avec dénutrition (83 p. 100 des cas) que dans le diabète sans dénutrition (68 p. 100 des cas). La sérine atteint la moyenne de 61 grammes.

Les globulines sont normales dans plus de la moitié des cas. Il en résulte une élévation du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ atteignant en moyenne 2,30, l'augmentation de ce rapport s'observant plus fréquemment encore dans le diabète avec dénutrition (74 p. 100 des cas) que dans le diabète sans dénutrition (52 p. 100 des cas).

Modifications des albumines du sang au cours du coma diabétique. — MM. Marcel Labbé et Boulin. Dans 7 cas de coma diabétique, le taux des albumines totales, de la sérine, de la globuline et du rapport $\frac{S}{G}$ s'est montré variable. Les taux moyens sont sensiblement normaux. L'installation du coma diabétique paraît donc s'accompagner d'une diminution de l'hyperprotidémie et plus particulièrement de l'hypersérinémie habituelle au diabète sucré.

Le potassium du sang et des sérosités dans les cirrhoses éthyliques et chez les cardio-rénaux. — M. Ch. Achard, Mlle Jeanne Lévy et M. Pacu ont trouvé dans le plasma un taux de potassium supérieur à la normale et dans les sérosités, un taux moindre que dans le plasma. Il y a aussi dans le plasma plus de sodium que dans les sérosités, mais moins de chlore.

Dans les ascites ponctionnées la première fois et dans les hydrothorax, le potassium est entièrement ultrafiltrable.

Le potassium du sang dans les pneumonies et pleuropneumonies. — M. Ch. Achard, Mlle Jeanne Lévy et M. Pacu. Pendant la période aiguë, le potassium du plasma est plus élevé qu'à l'état normal. Il s'abaisse au-dessous du taux normal au moment de la crise urinaire, puis reprend sa valeur normale en même temps que cessent l'hypochlorémie, l'hypocalcémie et l'hyponatrémie.

Modifications de la pression veineuse et de la pression rachidienne consécutives à l'embolie cérébrale expérimentale. — MM. M. Lœper, H Lemain et S. de Sèze ont appliqué à l'étude de l'embolie cérébrale expérimentale les méthodes d'enregistrement graphique de la pression veineuse et de la pression rachidienne.

Les tracés montrent que l'embolie cérébrale provoque, en plus de l'hypertension artérielle bien connue, une hypertension veineuse et une hypertension rachidienne qui évoluent parallèlement.

Modification de la glycémie secondaire à l'absorption de glucose chez le chien soumis à des états divers : alimentation normale hypersucrée. Inanition. Injection de phlorizine. — M. F. Rathery et Mlle Y. Laurent. A la suite d'une injection intraduodénale d'une forte dose de glucose, on constate dans les trois premières heures une montée de glycémie artérielle, mais il existe des variations individuelles considérables.

En gavant les chiens de saccharose ou de glucose pendant plusieurs jours, on modifie peu en général la glycémie, cependant on peut parfois obtenir un relèvement de son taux.

Les sujets au jeûne prolongé, soumis à l'injection intraduodénale massive de glucose, présentent des poussées hyperglycémiques plus *intenses* et plus prolongées.

Les sujets phlorizinés antérieurement ont une poussée hyperglycémique plus forte que celle des chiens normaux, moins forte que celle des inanitiés.

Les modifications de l'hyperglycémie provoquées dans les divers territoires vasculaires à la suite d'absorption de glucose chez le chien normal inanitié ou phloriziné. — M. F. Rathery et Mlle Y. Laurent. En étudiant les variations des glycémies dans les territoires porte sus-hépatique, artériel jugulaire, on note à la suite d'une injection intraduodénale de glucose que c'est au niveau de la veine porte que se fait la plus grande poussée hyperglycémique. Elle est particulièrement marquée chez les chiens au jeûne prolongé et chez les chiens phlorizinés.

Le relai tissulaire dans la traversée comparée des monosaccharides dextrogyres. — MM. Noël Fiessinger, J. Dieryck et F. Thiébaut. La traversée comparée des sucres au moyen de l'épreuve amphogyre ayant établi d'une façon indiscutable la variabilité du relais tissulaire, les auteurs se sont attachés à fixer l'importance de ce relais pour les deux monosaccharides dextrogyres, glycose et galactose, tant au point de vue normal que pathologique. Pour y arriver, ils comparent la courbe glycémique capillaire et veineuse. On sait que le sang capillaire est analogue au point de vue glycémique au sang artériel. A l'état normal, les courbes capillaires et veineuses ne sont pas superposables pour la glucose et se fondent pour la galactose. Dans les hépatites, même différence des courbes, mais retour à la normale retardé. Chez les obèses, même aspect. Chez les diabétiques l'épreuve à la glucose, après une forte hyperglycémie au départ ne donne pas de différence capillaroveineuse, le retour à la normale est plus retardé que chez les hépatiques. L'épreuve à la galactose entraîne une augmentation de sucre plus considérable dans le sang veineux et un retard à la normale plus rapide qu'avec la glucose. Les auteurs signalent aussi une différence considérable de la courbe capillaro-veineuse à la glucose dans la maladie d'Addison et dans le kyste du pancréas. Il résulte de cette étude que la pratique des courbes capillaro-veineuses permet de juger de l'importance du relais tissulaire pour la glucose, par contre de son inexistence pour la galactose,

La galactosurie provoquée. Courbes d'élimination et concentration de sortie. — MM. Fiessinger, F. Thiébaut et J. Dieryck fixant pour l'étude de la galactosurie une technique d'épreuve dérivée de la technique de Bauer : absorption à jeun, à huit heures, de 40 grammes de galactose dans 200 grammes d'eau. Le sujet doit boire dans les vingt-quatre

heures une quantité d'eau de 1.500 grammes. Les urines sont recueillies en 4 échantillons : à dix, douze heures, dix-huit heures et huit heures le lendemain matin. On mesure les volumes des urines et on dose la quantité de galactose sortie.

Les auteurs étudient tout d'adord, dans une épreuve quantitative, la qualité globale de galactose éliminée dans les vingt-quatre heures. Dans les ictères par hépatite, la galactosurie est toujours importante : 5 à 10 grammes ictères catarrhaux, 3 à 4 grammes ictères toxiques ou infectieux, syndrome ictéro-ascitique des cirrhoses, ictère passager du foie cardiaque, cirrhoses sans ictère. Normale par contre dans le cancer du foie, la compression des voies biliaires et l'hépatite scléro-congestive.

Ensuite dans une épreuve qualitative, les auteurs s'attachent à la concentration de sortie globale et fractionnée. Dans cette épreuve intervient le trouble du métabolisme de l'eau des hépatiques déjà décrit par Gilbert et Lereboullet sous le nom d'opsiurie. Dans l'ictère catarrhal, le sucre passe presque entièrement dans le premier échantillon, les condentrations ultérieures se rapprochent vite de la normale. Dans les cirrhoses par suite de l'opsiurie, les concentrations fractionnées vont en décroissant lentement (élimination en échelons). Dans les poussées dégénératives des cirrhoses, on retrouve l'élimination en échelons caractéristique des cirrhoses et la forte concentration globale caractéristique des hépatites parenchymateuses.

Virulence et neurotropisme du virus vaccinal. — MM. C. Levaditi, P. Lépine et Mlle R. Schoen ont étudié comparativement le neurovaccin, entretenu depuis dix ans par passages ininterrompus dans l'encéphale du lapin, et une souche vaccinale, cultivée sur génisse, n'ayant jamais été passée sur le lapin. Ils montrent que les passages répétés du virus vaccinal par inoculation intracérébrale pratiqués sur le lapin, confèrent à ce virus un tropisme névraxique et une adaptation hautement marqués pour cette espèce animale. Inversement, une souche de virus vaccinal n'ayant jamais subi de « lapinisation », ne paraît offrir aucune affinité pour le névraxe du lapin, et ne semble plus acquérir facilement un neurotropisme électif pour cet animal. Il est intéressant de remarquer, cependant, qu'une telle souche non lapinisée est virulente pour le singe en inoculation intracérébrale.

Les éléments filtrables du B. C. G. — M. T. de Sanctis Monaldi a injecté des filtrats de jeunes cultures de B. C. G. sur milieu de Sauton, soit dans le rachis, soit dans les ganglions cervicaux du cobaye.

Il a aussi inoculé par cette dernière voie le filtrat de pus d'abcès provoqués par le B. C. G.

De ses expériences, il ressort :

1° Qu'il existe des éléments filtrables dans les cultures de B. C. G. (12,5 p. 100 environ de cas positifs) qui, d'ailleurs, sont dépourvus de toute virulence, comme le B. C. G. lui même;

2° Que l'apparition des bacilles issus de ces éléments filtrables est très précoce, car on peut les constater dès la quinzième heure après l'inoculation intra-ganglionnaire de filtrat;

3° Que les cultures de B. C. G. sur le milieu de Sauton, âgées de sept jours, se montrent plus riches en éléments filtrables que les produits pathologiques (pus) obtenus par injection de fortes doses de B. C. G.

Sur les éléments filtrables du bacille bilie de Calmette et Guérin. — MM. L. Nègre et J. Valtis ont traité des cobayes inoculés sous la peau avec des filtrats sur bougie Chamberland L² de cultures de B. C. G., par des injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch et ont pu mettre ainsi en évidence l'existence d'un ultra-virus chez ce germe qui se distingue des bacilles tuberculeux par l'absence de tout pouvoir pathogène.

Alors que chez les cobayes inoculés avec des filtrats de bacilles virulents, ils ont observé sous l'influence des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch une reprise de la virulence des bacilles acido-résistants qui en dérivent, ils n'ont constaté aucun fait semblable chez les cobayes ayant reçu par la voie sous-cutanée du filtrat de B. C. G. et traités de la même façon, puisque les bacilles ont disparu au troisième passage.

Altérations expérimentales de la grande onde initiale du complexe ventriculaire électrocardiographique (par injection de nitrate d'argent dans la cloison interventriculaire). — MM. C. Lian et F. P. Merklen n'ont pu obtenir d'altération du grand accident initial du complexe ventriculaire électrique au cours de multiples injections caustiques effectuées dans les diverses régions du myocarde ventriculaire qu'en lésant la partie supérieure ou la partie moyenne de la cloison interventriculaire. Aussi concluent-ils de leurs recherches que l'élargissement de ce grand accident initial de l'électrocardiogramme caractérise l'atteinte de la zone du septum interventriculaire traversée par les branches terminales du faisceau de His.

Les atypies ventriculaires électrocardiographiques expérimentales et cliniques. — MM. C. Lian et F.-P. Merklen distinguent dans le vaste cadre des atypies ventriculaires deux variétés d'anomalies du complexe ventriculaire que l'expérimentation permet dès maintenant d'individualiser.

L'élargissement du grand accident initial du complexe ventriculaire caractérise une atteinte de la partie supérieure ou moyenne du septum interventriculaire et indique une perturbation anatomique ou fonctionnelle des branches terminales du faisceau de His.

L'altération isolée des parties moyenne et terminale de l'électrocardiogramme (dénivellation du segment RT ou ST et modifications de T) n'a aucune valeur localisatrice; fréquente dans les oblitérations coronariennes, elle est loin cependant d'être l'apanage des troubles coronariens et peut relever d'autres causes.

Modifications de la formule sanguine au cours de l'aurothérapie. — MM. F. Dumarest, H. Mollard et P. Pavie ont entrepris un examen systématique du sang de malades traités par les sels d'or (thiosulfate double d'or et de sodium), dont ils tirent les conclusions suivantes : 1° l'amélioration de la formule sanguine au cours de l'aurothérapie est d'un bon pronostic. Elle est parallèle à l'amélioration clinique. Inversement, quand elle est nulle, il semble que la chrysothérapie demeure inefficace; 2° la constatation d'une éosinophilie importante doit faire arrêter, au moins provisoirement, le traitement, sous peine d'accidents d'intolérance; 3° la constatation d'une hyperleucocytose progressive avec augmentation du nombre des polynucléaires neutrophiles semble indiquer que la saturation de l'organisme est atteinte et qu'on doit, sous peine d'accident de saturation, arrêter le traitement.

— Société de biologie. Réunion de Lyon du 15 juin 1931.

Sur le pouvoir thermogène des courants de haute fréquence et de haute fréquence redressés. — M. P. Ponthus. Les quantités de chaleur produites par un courant de haute fréquence traversant un électrolyte semblent ne pas obéir à la loi de Joule. Cet écart n'est qu'apparent et cette loi explique les phénomènes observés si l'on considère que le circuit cuve-électrodes-liquide se comporte comme une résistance et une capacité, et que le courant de conduction watté est seul capable de produire de la chaleur.

Les courants de haute fréquence redressés présentent de même un écart évident avec la loi de Joule, mais il est probable que cet écart est apparent bien qu'il s'agisse de courants de haute fréquence n'ayant qu'une seule série d'alternances, toutes de même sens.

Action des courants de haute fréquence redressés sur le cœur de grenouille. — MM. J. CLUZET et P. PONTHUS. L'étude cardiographique des contractions du cœur de grenouille excité par les courants de haute fréquence redressés (courants polarisés), montre que ces courants ont la même action que les courants périodiques de basse fréquence à sens constant, comme le courant faradique. On retrouve les lois de Marey, de l'excitabilité systolique périodique et de l'uniformité du travail du cœur.

L'arrêt du cœur s'obtient soit par trémulation fibrillaire du myocarde (avec des intensités liminaires), soit par tétanos de tonicité (avec des intensités fortement supra-liminaires). Nous retrouvons ici à la fois des effets analogues à ceux des courants périodiques de basse fréquence et à ceux du courant continu de forte intensité. (Laboratoire de physique médicale de la Faculté.)

LIVRES NOUVEAUX

Téléradiographie. Stéréoradiographie. Applications médico-chirurgicales (1), par L. DIOCLÈS, chef du laboratoire de radiologie de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — Préface du professeur P. CARNOT.

Aucun ouvrage de ce genre n'a été jusqu'ici publié, tant en France qu'à l'étranger. Or, ces techniques nouvelles étaient jusqu'ici assez mal connues de la majorité des médecins; les radiologistes eux-mêmes ignoraient souvent leurs possibilités.

Le docteur Dioclès qui, depuis plusieurs années, a étudié, perfectionné et étendu cette méthode, était particulièrement désigné pour écrire ce premier ouvrage.

Avec la stéréoradiographie, nous disposons d'un moyen puissant résolvant souvent d'une manière simple, et pratiquement sans danger, les problèmes les plus complexes de radiodiagnostic, avec lequel il est facile d'exécuter une véritable dissection optique. On obtient ainsi des documents objectifs de grosse valeur que l'on peut étudier, discuter et auxquels on peut se reporter.

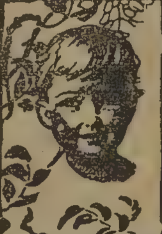
Non seulement la stéréoradiographie est applicable aux affections du squelette, des membres, du crâne, et des sinus de la face, de même qu'à la localisation des corps étrangers, mais elle s'est étendue également, et c'est ce qui lui donne cette importance de premier ordre, à l'étude des grandes cavités viscérales : poumons, médiastin, œsophage, intestin, rate, pancréas, vésicule, etc., et permet aujourd'hui des diagnostics difficiles : tuberculose, anévrisme, tumeur, lésions duodénales, calculs, etc.

La technique de la stéréoradiographie, dont l'application à la radiologie viscérale fut accueillie au début comme une audacieuse tentative, doit aujourd'hui, en raison de la puissance et de la perfection des appareillages modernes, entrer dans la pratique journalière de tous les radiologistes.

C'est afin de propager une méthode qui se généralisera très vite et constituera une des branches les plus importantes du radiodiagnostic de l'avenir que le docteur Dioclès a fait cet exposé très complet basé sur des données scientifiques certaines.

L. G.

(1) Collection « Médecine et chirurgie pratiques ». Un volume de 238 pages avec 41 fig. et 16 planches hors texte. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie du foie et du pancréas, par Marcel BRULÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Tenon. Un volume de 140 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Leçons du dimanche de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1), par les docteurs P. CARNOT, SAINTON, P. PORTIER, HARTMANN, N. FIESSINGER, M. VILLARET, LÉON BINET, RATHERY, HALBRON, LOUIS FOURNIER, TIFFENEAU.

En succédant au professeur Gilbert, à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, le professeur Carnot s'est inquiété d'organiser des conférences de documentation destinées aux praticiens qui, faute de temps, ont de grandes difficultés pour se mettre au courant des questions mouvantes de la clinique et de la thérapeutique.

Ces conférences ont été faites par des collaborateurs particulièrement compétents pour les questions traitées. Réunies en un petit volume facile à manier, elles répondent à un besoin de mise au courant et de mise au point.

Ce volume trouvera sans aucun doute le succès que ces conférences ont connu le dimanche à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE [2]

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

I. **Eliminer facilement.** — Si paralysie flasque : fluxion dentaire, hémiatrophie faciale, immobilité voulue du visage due à une névralgie faciale.

Si paralysie évoluant vers la contracture : *tics convulsifs* : à distinguer des crises du spasme facial.

Hémispasme glosso-labié : avec la déviation extrême de la langue du côté contracturé.

Ne pas se tromper de côté dans le diagnostic du côté contracturé.

II. **Faire un diagnostic d'organicité** et éliminer la *paralysie hystérique*, qui est rare. Mobilité réflexe automatique conservée. Pas de signe du peaucier, ni de signe de Ch. Bell. Réaction de dégénérescence négative. Evolution capricieuse.

III. **Paralysie d'origine centrale.** — Elle se présente dans des conditions très différentes et au lieu d'être le signe essentiel du tableau clinique, ne représente que le *symptôme facial d'une hémiplégie*. Elle s'observe donc au cours d'un tableau plus ou moins complet d'hémiplégie; elle est *incomplète*, portant essentiellement sur le facial; elle est aussi *moins accusée* que la paralysie faciale périphérique et *n'évolue pas vers la contracture*.

Chez les malades dans le coma, on la mettra en évidence par la pression bilatérale du facial au trou stylo-mastoïdien.

Le diagnostic entre ces deux variétés de paralysie faciale est donc facile. Il faut cependant savoir que la paralysie faciale périphérique peut accompagner une hémiplégie, et la distinguer alors de la paralysie faciale centrale; mais, nous l'avons vu, il s'agit, en pareil cas, de syndromes alternes.

(1) In-8 de 260 pages avec 31 figures. — Prix : 34 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 64, p. 1226.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

A. **Causes évidentes.** — **1° D'ordre général.** — Il faut retenir la relative fréquence des paralysies faciales dues aux causes suivantes :

Zona otitique avec syndrome de Ramsay-Huost, caractérisé par l'association d'une paralysie faciale périphérique à la présence des vésicules sur la conque de l'oreille et douleur cuisante.

Polynévrites généralisées, de causes diverses.

Poliomyélite aiguë à forme *ascendante*.

Méningites.

Tétanos céphalique de Rose. — La paralysie faciale accompagne alors le trismus, la raideur de la nuque et parfois une paralysie oculaire, surtout de la VIe paire, la blessure infectée par le bacille tétanique, siégeant dans la région cervico-faciale. La guérison est habituelle.

2° D'ordre local. — *Tumeur de la parotide*, dont la paralysie faciale vient montrer la malignité.

TRAUMATISME. — 1. *Obstétrical.*

2. *Accidentel* : plaies de la face, fracture du rocher,

3. *Chirurgical* : évidemment rétro-mastoïdien.

OTITE : dont la paralysie du VII vient montrer la tendance nécrosante.

B. **Causes qui se discutent.** — Devant toute paralysie faciale rechercher :

1° Deux causes essentielles. — *a.* EXAMINER L'OREILLE : penser à l'otite chronique méconnue.

b. RECHERCHER LES ANTÉCÉDENTS, LES STIGMATES DE SYPHILIS. — La paralysie du VII syphilitique est fréquente, qu'il s'agisse de paralysie précoce qui, en pleine période secondaire, est fonction d'un processus méningé ou qu'il s'agisse d'accidents de la période tertiaire, de pathogénie variable et multiple : plaque de méningite, exostose, périostite, artérite, gomme. Tous les types de paralysie faciale peuvent se trouver réalisés et certains, tels que les syndromes d'hémiplégie alterne, doivent immédiatement faire songer à la syphilis.

2° Causes plus rares. — *a.* TUMEUR DE L'ANGLE PONTO-CÉRÉBELLEUX ou névrogliome du nerf auditif.

La paralysie faciale coexiste avec d'autres paralysies des nerfs craniens :

VIIIe paire, avec surdité, bourdonnements d'oreille.

Ve paire, avec névralgie faciale très douloureuse, et parfois abolition d'un réflexe cornéen.

A ces signes s'associent un syndrome pyramidal et un syndrome cérébelleux. La paralysie faciale a une grande valeur symptomatique et contribue à étayer le diagnostic qui pourra conduire à l'intervention chirurgicale.

b. ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE.

c. SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE, où la paralysie faciale, généralement bilatérale, diplégie faciale, peut être l'un des éléments d'une paralysie latéro glosso-laryngée.

3° On ne trouve aucune cause apparente. — L'on dit alors que la paralysie faciale périphérique est une paralysie *a frigore*, survenue brusquement et qui, presque toujours, aboutit à la guérison. Mais il ne faudra s'arrêter à ce diagnostic qu'après avoir fait un examen très complet du malade et recherché les diverses étiologies sur lesquelles nous avons insisté.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 67. — SAMEDI 22 AOUT 1931. 104e ANNEE. SAMEDI 22 AOUT 1931. — N° 67.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Règles générales des traitements antisyphilitiques. La doctrine de la surveillance périodique indéfinie et la nécessité des traitements de consolidation pendant de longues années, par M. le professeur Gougerot.
JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES (*fin*). (Compte rendu), par M. F. L. S.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de biologie.
Société de pédiatrie.
Société des chirurgiens de Paris.
PRATIQUE MÉDICALE
Le traitement de la toux, par M. le docteur Valory.
REVUE DES THÈSES
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1931, à M. Mulon, agrégé pérennisé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

— *Année scolaire 1931-1932.* — **Examens de chirurgie dentaire.** — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de chirurgie dentaire ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tous cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

Session d'octobre 1931. — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 28 octobre 1931.

L'ouverture de la session est fixée au mardi 3 novembre 1931.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les lundi 5 (pour l'examen de validation de stage dentaire) et mardi 6 octobre 1931 (pour les examens de fin d'année), de midi à 15 h.

Session de juin-juillet 1932. — 1° *Examen de validation de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le lundi 23 mai 1932.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, les lundi 7 et mardi 8 mars 1932, de midi à 15 h.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 18 mai 1932.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.* — La session s'ouvrira le lundi 13 juin 1932.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, de midi à 15 h., aux dates suivantes : lundi 14 mars 1932 (étudiants à 4 inscriptions), mardi 15 mars 1932 (étudiants à 8 inscriptions), mercredi 16 mars 1932 (étudiants à 12 inscriptions).

Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen.

La mise en série des candidats à ces examens sera affichée le mercredi 8 juin 1932.

— Lille. — M. Bertin vient d'être nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— Strasbourg. — Les emplois de chefs de travaux d'histologie et de médecine légale près la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg sont transformés en emplois d'agrégés.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Sont déclarés vacants à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, à compter du 1er janvier 1932 :

Un emploi de chef de service de stomatologie.

Un emploi de chef de service d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

Les demandes formulées par les candidats à ces emplois seront appuyées des titres scientifiques, revêtues de l'avis motivé des chefs de chacun d'eux et adressées au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), pour le 15 novembre 1931 au plus tard. (*J. O.*, 13 août 1931.)

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres en vue de la nomination d'un médecin spécialisé chargé du dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales (service antituberculeux) est ouvert du 20 août au 20 septembre 1931.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est de 30.000 francs, auquel s'ajouteront diverses indemnités.

Les dossiers des candidats devront être envoyés à M. le président du Conseil d'administration du dispensaire public départemental d'hygiène sociale, 2, rue Petite-la-Monnaie, à Perpignan, avant le 20 septembre, dernier délai.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boul. Saint-Michel, Paris.

MÉDAILLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Les médailles d'honneur en or, en vermeil, en argent ou en bronze peuvent être décernées par le ministre de la Guerre aux personnes ayant apporté ou prêté leur concours au Service de santé militaire, en dehors des périodes épidémiques, et qui se sont particulièrement signalées par leurs services ou leur dévouement.

Un arrêté ministériel déterminera les mesures de détail relatives à cette distinction.

CONGRÈS MÉDICAL EN 1932 A VICHY. — Parmi les grands travaux d'extension qui doivent s'échelonner à Vichy pendant les prochaines années, un nouvel et vaste établissement thermal est en voie d'achèvement.

Pour mieux célébrer son inauguration, la Société des sciences médicales vient de prendre l'initiative d'organiser sur place, pour les derniers jours de septembre 1932, un Congrès international de la lithiase biliaire.

Cette manifestation sera la première d'une série de réunions médicales analogues qui seront périodiquement consacrées, dans cette station, aux maladies du foie et aux affections qui s'y rattachent.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Professeur : M. J.-L. FAURE.) — *Gynécologie. — Cours de vacances.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques, et M. Grinda, chef de clinique, feront ce cours à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 7 au 19 septembre 1931.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers, ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin, de 10 à 12 h., visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol; l'après-midi, de 5 à 7 h., cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

Une démonstration cinématographique aura lieu le 19 septembre 1931, à 18 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet nº 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA SALPÊTRIÈRE. (Professeur : M. A. GOSSET.) — *Consultations des maladies du foie et du tube digestif.* — Le docteur René-A. Gutmann, médecin des hôpitaux, réservera, pour l'année scolaire 1931-1932, deux places d'assistant libre à deux médecins, français ou étrangers, désirant se perfectionner en gastro-entérologie.

Ecrire au docteur Gutmann, pavillon Osiris, hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, Paris.

HÔPITAL BROUSSAIS. — MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. (Cours complémentaire. Service de M. le docteur Ch. LAUBRY.) — Objet du cours : *Les grands syndromes cardiaques.* — Ce cours, qui aura lieu du lundi 5 au samedi 17 octobre 1931, se fera sous la direction de M. le docteur Ch. Laubry, chef de service, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de MM. les docteurs Jean Walser, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin assistant de l'hôpital Broussais; Daniel Routier, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie; G. Marchal, médecin des hôpitaux; L. Deglaude, chef du laboratoire d'électrocardiographie; A. Jaubert, chef de laboratoire; A. van Bogaert et L. Matton, assistants étrangers; R. Heim de Balsac, radiologiste du service; P. Thiroloix, J. Lenègre, A. Busson, Mlle Th. Brosse, P. Bernal, internes et anciens internes du service.

Tous les jours, à 16 h., examen de malades dans les salles, sous la direction des internes du service.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 fr.

On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. — S'adresser au docteur Matton, à l'hôpital Broussais.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — BILLETS POUR VOYAGES CIRCULAIRES A ITINÉRAIRES FIXES. — Pour faciliter la visite des régions touristiques que le P.-L.-M. dessert, toutes les gares de ce réseau, sur demande faite trois jours à l'avance, délivrent en toutes classes des billets d'excursions à itinéraires fixes à prix réduits.

Ces billets sont valables 33 jours.

Certains circuits comprennent uniquement des parcours en chemin de fer; d'autres des parcours en chemin de fer et en autocar.

Le voyageur partant d'une gare située en dehors d'un itinéraire fixe peut obtenir que son billet d'excursion comporte des coupons de même classe lui permettant de rejoindre et de quitter le circuit à une gare de son choix; le parcours de retour de cette gare au point de départ peut être différent du parcours suivi à l'aller.

La réduction en chemin de fer est de 20 à 25 p. 100 suivant la classe, mais à la condition que le circuit et, le cas échéant, le parcours d'accès à ce circuit, aient lieu sur le réseau P.-L.-M.

Pour tous renseignements, s'adresser aux bureaux de renseignements et bureaux de ville du réseau P.-L.-M., aux agences de voyages, etc.

RÈGLES GÉNÉRALES DES TRAITEMENTS ANTISYPHILITIQUES [1]

La doctrine de la surveillance périodique indéfinie et la nécessité des traitements de consolidation pendant de longues années.

Par M. le professeur GOUGEROT,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Il est difficile de résumer les règles du traitement de la syphilis, parce que les modalités du traitement de la syphilis varient presque à l'infini.

Cependant, il se dégage de plus en plus des tendances générales et si l'on veut éliminer les détails, on s'aperçoit qu'il y a, à l'heure actuelle, deux grandes doctrines principales :

L'une est celle qui vous sera exposée avec son talent habituel par mon collègue d'internat, Arthur Vernes. C'est celle qui croit pouvoir établir des lois basées sur des critères qui permettent d'affirmer la guérison d'un syphilitique et, par conséquent, de raccourcir la période de surveillance et surtout le traitement.

L'autre doctrine est celle qui est issue de l'enseignement de Fournier, elle ne croit pas à l'existence de ces critères de guérison et, par conséquent, faute de critères, craignant des récidives inattendues, elle continue de surveiller les malades et de les traiter.

C'est à cette deuxième doctrine, classique, que j'appartiens avec la plupart des syphiligraphes français. C'est donc elle que je vais brièvement vous exposer.

On peut diviser le traitement de la syphilis en trois grandes périodes : première période : traitement dit d'assaut et de guérison des accidents cliniques et humoraux; deuxième période : traitement de consolidation; troisième période : traitement dont le nom varie suivant les auteurs et que nous appelons « traitement d'assurance contre la maladie ».

*
* *

PREMIÈRE PÉRIODE : TRAITEMENT D'ASSAUT OU DE GUÉRISON DES ACCIDENTS CLINIQUES ET HUMORAUX

Il n'y a pas de discussion sur le principe. Quelles sont les règles principales?

Première règle : Précocité du traitement. — Il semblerait presque inutile d'insister sur ce point, car il est logique de faire le traitement dès que le diagnostic est posé; et cependant il y a des discussions. Elles n'ont pas porté sur le traitement du syphilitique dont le chancre ne date que de quelques jours avant le quinzième jour du chancre, date capitale qui marque la généralisation pratique de la syphilis. Il faut alors que le traitement contre la syphilis soit commencé le jour même, il est aussi urgent que certaines opérations chirurgicales.

Mais il y a des divergences sur l'opportunité du traitement d'un syphilitique quand son chancre date de plus de quinze jours et je vous rappellerai à ce propos les travaux très intéressants et très curieux d'autrefois, de l'école de Vienne, repris par l'école belge et en particulier par notre collègue et ami Raoul Bernard, travaux qui tendent à prouver qu'il vaut mieux attendre l'apparition de la roséole et des accidents secondaires pour commencer le premier traitement des malades atteints de chancre avec Wassermann positif, car l'explosion des syphilides secondaires favoriserait les processus d'immunité spontanée, mais on peut craindre, pendant cette attente, des contagions!

Deuxième règle. — Il faut faire à chaque malade le *traitement maximum*, quelle que soit sa syphilis, sa période et sa forme, et nous insistons pour que l'on traite avec la même énergie une syphilis récente, une syphilis ancienne, un syphilitique ayant seulement le Wassermann positif et un syphilitique dans sa pleine activité éruptive.

Troisième règle. — Il faut donc, *dans la limite de la tolérance du malade, donner les doses maxima* : dose qu'il peut supporter à chaque injection et dose totale. A l'heure actuelle, on cherche à calculer ces doses, non pas d'après l'âge du malade, mais *d'après son poids*. C'est ainsi que pour les arsénobenzènes courants, le 914, le sulfarsénol, on peut compter, par kilo du malade, 1 centigramme et demi à chaque injection et, comme dose totale, 10 centigrammes. Je vous fais part de la tendance nouvelle de M. Milian d'augmenter encore cette dose de 1 centigramme et demi et de la porter à 2 centigrammes. Si ces faits se confirment, un adulte de 75 kilos devrait recevoir 1g50 à chaque injection. En attendant, nous pouvons rester à la dose de 1cg5 par kilo du malade.

Quatrième règle. — Il faut traiter avec la même énergie une syphilis bénigne et une syphilis maligne.

En effet rappelons-nous les travaux si intéressants de Levaditi et Auguste Marie sur les virus dermotropes et neurotropes, la syphilis neurotrope, la plus grave pour l'avenir, paraît la plus bénigne à la période secondaire, car elle n'aime pas « la peau », elle se cache dans les viscères. Si ces travaux se confirment, on pourra dire qu'il faudra traiter d'autant plus la syphilis commençante qu'elle paraît plus bénigne à la période secondaire.

Cinquième règle. — La surveillance doit être attentive et faite par le médecin si l'on veut donner le traitement maximum dans les limites de la tolérance et il est impossible de donner des règles s'appliquant à tous les malades. On ne peut traiter de la même façon un syphilitique tuberculeux ou rénal et un sujet indemne de lésions viscérales. On ne peut traiter de la même façon un jeune homme sans tare et un homme âgé dont le foie et les reins sont déjà altérés.

Sixième règle. — Il faut nous efforcer d'accumuler les médications et de réaliser le plus possible les *cures plurimédicamenteuses*, c'est-à-dire d'associer à l'arsenic le bismuth et de ne pas oublier l'ancien mercure, l'iodure, etc. Leur oubli est peut-être une raison qui explique la fréquence croissante des arséno-résistants.

Septième règle. — Les cures doivent être prolongées. Rappelez-vous l'époque du début de l'arsénothérapie : on se contentait de faire trois ou quatre piqûres à l'arsenic. Il faut prolonger le traitement jusqu'à une dose totale suffisante et répéter les cures.

Huitième règle. — Elle est capitale. J'y insiste de toutes mes forces parce que je vois encore des fautes graves être commises. C'est la nécessité, au début de la syphilis, de faire des arrêts courts. Vous vous rappelez la fréquence, autrefois, des néo-récidives, des sourds et des aveugles du 606. J'ai vu dans cet amphithéâtre des files impressionnantes de 20, 30, 40 sourds ou aveugles du 606 à la fois. C'était la faute plus du thérapeute que du médicament. On laissait la syphilis recommencer et attaquer le nerf optique ou le nerf acoustique.

Pour éviter ces récidives, il suffit de faire des arrêts courts de vingt et un à vingt-huit jours, pas davantage, dans la première année du traitement.

---

(1) Publication de la Commission générale de propagande de l'Office national d'hygiène sociale (ministère de la Santé publique).

Il existe même une tendance plus sévère: supprimer les arrêts entre les cures. N'allez pas jusque-là. J'ai vu des lésions du foie et surtout des reins dues à la suppression des arrêts entre les cures; au contraire, avec les arrêts de trois ou quatre semaines, nous avons toute sécurité; nous n'avons pas de viscéro-récidives et nous permettons au malade de continuer le traitement sans troubles des émonctoires.

Neuvième règle. — C'est de contrôler la clinique par le *laboratoire.* Il n'y a plus de discussion sur l'utilité de la *séro-réaction,* on la fera et refera tous les trois à six mois, mais vous savez les nombreuses controverses sur les techniques, je n'ai pas le temps de vous développer mes arguments, je vous dirai simplement que j'exige une triade : *Wassermann classique, Wassermann Hecht, Wassermann Desmoulière,* dont je suis un fervent partisan : faites-le systématiquement, il vous rendra les plus grands services, étant souvent seul positif, alors que les autres réactions sont souvent négatives.

L'opportunité et la date de la *ponction lombaire* sont encore discutées. Pratiquement, il serait utile de la faire comme la séro-réaction, mais ce n'est pas possible en raison de la répugnance des malades à refaire une rachicentèse. Il ne faut pas la « galvauder ». Si vous pouvez l'obtenir à la fin de la première année, cela vaut mieux, mais si le malade résiste, il vaut mieux la garder pour plus tard, c'est-à-dire pour un meilleur moment.

Dixième règle. — Recherchez les *repaires viscéraux* cachés. On est encore trop dominé par la doctrine ancienne que la syphilis secondaire est une infection cutanée et muqueuse. C'est une erreur : la syphilis secondaire est plus encore viscérale que cutanéo-muqueuse : je n'ai pas besoin de vous citer les travaux d'avant-guerre de Ravaut avec Widal et Sicard et de tant d'autres, qui ont démontré la grande fréquence, 40 à 90 p. 100, de l'atteinte méningée en période secondaire, et les statistiques de Nicolau qui ont prouvé l'atteinte précoce des méninges dès le chancre, avant la roséole.

Nous devons donc nous efforcer de n'être pas seulement des dermatologistes, mais des médecins, et de rechercher les repaires viscéraux cachés. Vous connaissez la doctrine soutenue par Nageotte, Clovis Vincent, etc., c'est dans la syphilis secondaire que commencent les localisations viscérales qui vont plus tard se transformer en syphilis tertiaires graves.

Onzième règle. — Il faut continuer le traitement d'attaque jusqu'à la disparition complète des symptômes, non pas seulement cliniques, mais humoraux. Ce peut sembler de la superfétation, mais des médecins n'ont pas compris que le Wassermann positif est un symptôme de syphilis et qu'on doit chercher à le supprimer ; certains ont même autorisé le mariage à des malades ayant un Wassermann positif.

Douzième règle. — La pyréthothérapie ou la malariathérapie doivent être employées en cas de syphilis irréductible. Des discussions très vives ont eu lieu, surtout en pays étranger, à Vienne. Quand Wagner von Jaureg nous a fait l'honneur de nous exposer sa doctrine dans cet amphithéâtre, nous avons eu la satisfaction de constater que nous étions d'accord avec lui : alors que certains, avec Kyrle, voulaient que tout syphilitique, dès son début même, n'ayant aucune lésion nerveuse, fût impaludé, Wagner von Jaureg ne fait l'impaludation qu'au cas où il y a syphilis nerveuse clinique ou latente révélée par la rachicentèse, et nous ajoutons lorsqu'il y a Bordet-Wassermann irréductible. La malariathérapie n'est donc plus une méthode générale, mais une méthode d'exception à réserver aux cas qui résistent aux autres thérapeutiques.

Telles sont les règles du traitement de la première période, période de guérison des accidents cliniques et humoraux, elle dure environ un an.

Comment l'appliquer ? Je ne vous citerai que deux schèmes pris entre beaucoup.

Le premier accumule cinq cures : première cure d'arsenic avec ou sans bismuth, deuxième cure d'arsenic avec ou sans mercure, troisième cure de bismuth, quatrième cure de bismuth et cinquième cure d'arsénobenzène.

Le deuxième schème réunit six cures : première cure d'arsenic, seconde de bismuth, troisième de mercure, et on recommence : quatrième cure d'arsenic, cinquième cure de bismuth, sixième cure de mercure.

***

DEUXIÈME PÉRIODE DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS OU TRAITEMENT DE CONSOLIDATION

Nous l'appelons traitement de consolidation parce que son but est de consolider les résultats acquis par la première thérapeutique et vous voyez tout de suite la différence qui va nous séparer de ceux qui croient pouvoir, dès maintenant, s'arrêter lorsqu'ils ont réuni certains critères.

Je ne saurais trop y insister : j'estime qu'à l'heure actuelle — et je le redirai encore dans un instant à propos de la troisième période de traitement — nous n'avons pas de critérium absolu de guérison de la syphilis.

Je vais très brièvement justifier cette nécessité du traitement de consolidation :

Le premier argument en sa faveur est qu'il n'y a pas de critérium absolu de guérison.

Le second, c'est l'observation de récidives chez les malades non « consolidés ».

Le troisième, c'est la gravité fréquente de ces récidives. En effet, nous les voyons souvent se faire sous forme de récidives méningées, de récidives oculaires.

Un quatrième argument est la résistance de ces récidives au traitement et qu'il est souvent très difficile de les réduire quand nous avons eu l'imprudence de les laisser s'installer.

Un cinquième argument, c'est au contraire l'innocuité des cures que nous demandons de faire.

Enfin, comme conclusion, c'est qu'au moins d'après notre pratique personnelle qui, malheureusement, commence déjà à s'allonger, nous n'avons jamais vu de récidives avec ces traitements de consolidation, alors que beaucoup d'entre nous en avons vu si nous cessons trop tôt le traitement, au bout d'une seule année.

Je vous demande donc de toutes mes forces d'être les propagandistes de ce traitement de consolidation.

Quelles sont ses règles?

Première règle. — Il faut de toute nécessité faire l'éducation du malade, car si vous ne lui faites pas comprendre la nécessité de ce traitement de consolidation, ce lui semblera paradoxal de vouloir le traiter alors qu'il n'a plus rien. Après l'effort persuasif du médecin, faites donc intervenir l'assistante d'hygiène sociale.

Deuxième règle. — Il faut s'assurer que le premier traitement a été suffisant et, sinon, le compléter.

Troisième règle. — Il faut faire ce traitement de consolidation, même si le Wassermann le mieux fait, avec les méthodes les plus fines (Desmoulière) est négatif, même si la ponction lombaire donne un liquide normal.

Quatrième règle — Il faut continuer ce traitement pendant plusieurs années, deux à quatre au moins : deux ans si vous avez eu la chance de commencer ce traitement d'assaut avant le quinzième jour du chancre; quatre ans si le Wassermann était déjà positif quand le traitement a commencé.

Cinquième règle. — Il faut une surveillance clinique et sérologique (Bordet-Wassermann Desmoulière) pendant ce traitement.

Comment réaliser pratiquement ces règles?

Il y a de multiples schèmes. L'un des plus faciles à appliquer est celui de la cure trimestrielle : au printemps (mars ou

avril) et en automne (septembre ou octobre) : une cure de bismuth; en hiver (janvier) et en été (juillet) : une cure de mercure. Je n'insiste pas sur les détails.

A la fin de cette cure, n'oublions pas de faire un contrôle humoral. Le Wassermann a déjà été fait tous les trois à six mois, mais je crois qu'il est utile de faire plus que le Wassermann ordinaire et, avec beaucoup de mes collègues, je suis un partisan convaincu de la réactivation de Milian : on attend cinq ou six mois sans traitement et, après avoir fait trois injections d'arsénobenzène, on refait quinze à vingt jours plus tard une nouvelle réaction de Wassermann avec le Desmoulière.

Je vous ai dit que je ne demandais pas mieux que de faire la fonction lombaire à la fin de la première période, donc à la fin de la première année, mais qu'il ne fallait pas insister si le malade ne l'acceptait pas. Au contraire, je vous demande instamment, à la fin de ce traitement de consolidation, de réclamer la ponction lombaire, parce que c'est alors que vous allez ralentir vraiment l'effort thérapeutique et il est capital de savoir s'il n'y a pas de repaire méningé caché, source de tabes et de P. G. P. futurs.

*
* *

TROISIÈME PÉRIODE : TRAITEMENT D'ASSURANCE CONTRE LA MALADIE.

Les divergences deviennent ici plus nombreuses. Certains de mes collègues ne font pas ce traitement d'assurance contre la maladie. Ils se contentent de faire le traitement de consolidation et cependant, je crois qu'il est plus prudent de faire un traitement d'assurance contre la maladie.

Pourquoi? Voici mes arguments :

1° Tout d'abord, l'éternel argument de l'absence de critérium de guérison.

2° Le deuxième argument est que l'on peut encore, malgré les traitements de deux à quatre ans de consolidation, voir des observations de récidives. Les deux dernières que j'ai faites étaient les suivantes :

Un officier que j'ai connu pendant la guerre a une syphilis, qui paraît banale, qu'il traite bien parce que c'est un phobique. Il a six ans de syphilis. Il arrête son traitement. Il fait un grand voyage et à la fin il a des troubles de la vision. Un ophtalmologiste découvre une syphilis oculaire.

Le second cas est une malade ayant fait quatre ans de traitement, elle a accumulé tous les critères, absence de symptômes cliniques : Wassermann toujours négatif, ponction lombaire négative. Cependant, elle commence une syphilis osseuse. J'espère que le traitement la réduira, mais il aurait été préférable de l'empêcher.

3° Le troisième argument, ce sont les fameuses statistiques de Fournier. Je vous rappelle simplement ce chiffre effrayant : 87 p. 100 des paralysies générales apparaissent entre la sixième et la quinzième année de la syphilis. Je trouve tout à fait illogique de suspendre notre surveillance et de ne pas faire le traitement à cette période que Fournier appelait la période dangereuse de la syphilis.

4° Le quatrième argument, c'est la gravité très fréquente de ces récidives, surtout sous forme méningée.

5° Le cinquième argument, c'est leur trop fréquente résistance au traitement et incurabilité. Nous avons eu un exemple malheureux dans notre service, celui de la malade 292. Elle avait cessé son traitement, elle a commencé à faire une syphilis méningée et malgré tous nos efforts, malgré même l'impaludation, on n'a pu l'arrêter et, actuellement, elle est en train d'en mourir.

On ne peut donc vraiment pas arrêter le traitement et dire : il sera toujours temps de voir et d'attendre. Certes, le plus souvent le traitement guérira la récidive, mais il ne l'enraye pas toujours et l'on pourra alors se reprocher d'avoir attendu et laissé apparaître la récidive.

6° Un sixième argument est l'innocuité du traitement d'assurance contre la maladie.

7° Enfin, c'est la garantie donnée par ces traitements prolongés, l'absence d'accidents, de contagion du conjoint, de procréation d'enfants hérédo-syphilitiques; vraiment, si j'avais la malchance d'être syphilitique, je ferais ce traitement d'assurance contre la maladie.

Pour le réaliser, vous pouvez continuer le schème de consolidation : les cures trimestrielles, mais on peut les alléger :

De la troisième ou cinquième année à la dixième année : au printemps et à l'automne, faites une cure de bismuth, et en janvier et en juillet 6 injections de mercure (au total, 36 piqûres par an); certains malades préfèrent absorber le mercure par la bouche ou par la voie rectale.

De la onzième à la vingtième année, faire 4 cures par an mais les 2 cures de mercure seront sans injection. De la vingt et unième à la vingt-cinquième année, 2 cures par an, injection de bismuth au printemps et une de mercure (avec ou sans injection) à l'automne.

Lorsque vous aurez cessé de traiter votre malade avec cette extrême prudence, je vous demanderai de le surveiller toute votre vie : examen clinique et sérologique annuel, et nous retomberons dans une autre doctrine, celle de la médecine préventive dont je suis de plus en plus partisan; c'est la thèse de ceux qui veulent que tous les individus bien portants — à plus forte raison les syphilitiques — aillent une fois par an voir leur médecin.

*
* *

Vous voyez qu'il reste encore de grands progrès à accomplir.

Le premier serait d'avoir de véritables critères de la guérison. En effet, le jour où nous aurons un critère absolu de guérison de la syphilis, nous ne traiterons que ceux qui auront besoin d'être traités et nous n'aurons même plus besoin de surveiller ceux qui sont réellement guéris. Mais en attendant, puisque nous n'avons pas ce critère, il faut continuer le traitement et la surveillance.

Le deuxième, serait la prévision des accidents syphilitiques : si nous avions des symptômes avertisseurs certains, on pourrait cesser le traitement et se contenter de la surveillance.

Le troisième progrès serait de posséder un traitement abortif : *la therapia sterilisans magna*, agissant en quelques jours.

Le quatrième progrès serait d'avoir des médications sans intolérance.

Le cinquième progrès serait de pouvoir dépister les futurs intolérants ou d'avoir des signes avertisseurs certains.

Le sixième progrès serait de guérir à coup sûr les accidents médicamenteux, car nous avons de temps en temps des désastres thérapeutiques, des accidents graves, surtout par les arséno-benzènes.

*
* *

Je m'excuse d'avoir été si long et en même temps si bref, si bref puisque j'ai été obligé de laisser tant de points dans l'ombre.

Comme conclusion et jusqu'à réalisation des six progrès énumérés ci-dessus et surtout jusqu'à la découverte d'un critère absolu de guérison, je reste partisan des traitements de consolidation, puis du traitement d'assurance contre la maladie et enfin de la surveillance indéfinie du malade. Je vous demande de suivre la doctrine de Fournier et de bien réfléchir avant de l'abandonner car si, plus tard, vous aviez des désastres, vous auriez à vous les reprocher.

JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES [1]

[22 *juillet-1er août 1931*] (2).

LES JOURNÉES D'AVIATION SANITAIRE COLONIALE

En même temps que les Journées médicales, et en parfait accord avec elles, se sont tenues des Journées d'aviation sanitaire coloniale. Grâce à l'entente des deux comités d'organisation et en ce qui concerne particulièrement l'aviation, grâce à l'initiative de M. A. Nemirowsky, commissaire général, et de M. le médecin commandant Mouchard, commissaire scientifique, plusieurs séances communes ont eu lieu.

Le manque de place nous force à signaler très brièvement les remarquables rapports des Journées de l'aviation sanitaire coloniale.

Ce fut d'abord **l'historique de l'aviation sanitaire** par M. Foveau de Courmelles qui rappela très heureusement le rôle joué par les précurseurs de l'aviation sanitaire, par notre regretté confrère le sénateur Emile Reymond, mort depuis pour la France, par notre confrère le sénateur Chassaing, par l'ingénieur Nemirowsky, par le docteur Tilmant.

L'utilisation de l'aviation sanitaire dans l'assistance médicale aux colonies fut exposée par le médecin commandant Quermener et le capitaine Michel, des troupes coloniales.

Après avoir rappelé les services rendus par l'aviation qui a pu faire en A. O. F. des évacuations de grands malades en parcourant plus de 2.000 kilomètres dans une journée, les rapporteurs exposent les bases de la réglementation adoptée : l'aviation militaire coloniale est chargée, sur réquisition de l'autorité civile ou militaire, d'assurer les transports sanitaires aériens demandés par le Service de santé ou les intéressés eux-mêmes, qu'ils soient fonctionnaires, auxiliaires ou simples particuliers.

L'Etat prend à sa charge la presque totalité des frais de transport.

On voit combien est généreuse et imbue d'une saine compréhension des choses coloniales cette réglementation du ministère des Colonies.

Le rôle des avions sanitaires pour le fonctionnement de l'assistance médicale aux Colonies. — M. le médecin capitaine Martinet, des troupes métropolitaines montre les grands services que l'assistance médicale par avion a pu rendre en Syrie et notamment dans le cercle du Palmyre.

L'aviation sanitaire au Maroc. — MM. le colonel Cheutin, commandant de l'aviation au Maroc, et le médecin colonel Epaulard, sous-directeur du Service de santé du Maroc, démontrent les services extraordinaires rendus par l'aviation au Maroc.

Deux chiffres : en 1921, 84 évacués ; en 1925, 987 évacués ; de 1921 à 1930, 3.306 évacués.

Les rapporteurs insistent sur la nécessité de développer l'aviation sanitaire au Maroc avec 2 types d'appareils : un petit avion pouvant atterrir en tous terrains et un avion moyen pour 2 ou 3 blessés à un grand rayon d'action. Il y a intérêt à ce que les appareils volent de façon régulière en les utilisant au besoin pour des transports non sanitaires.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 64, p. 1217, et n° 65, p. 1233.

Le fonctionnement de l'aviation sanitaire au Levant est étudié ensuite par le colonel Orthlier.

La chirurgie et l'aviation sanitaire au Maroc par le médecin-colonel Botreau-Roussel.

La chirurgie et l'aviation sanitaire en Afrique du Nord par M. le professeur agrégé Lacaze (du Val-de-Grâce).

L'aviation sanitaire en A. O. F. par le médecin-colonel Passa et le capitaine Gaillard.

L'étude d'un projet d'organisation d'un service de santé de l'air pour le Congo belge a fait ensuite l'objet d'un rapport du docteur A. Tilmant.

L'aviation sanitaire en Indochine est étudiée par le médecin-colonel Passa et le capitaine Michel.

L'avion colonial est défini par M. l'ingénieur en chef Suffrin Hebert qui démontre son utilisation possible comme avion sanitaire.

Le matériel aéronautique est étudié dans deux rapports par le capitaine Michel et par M. P.-L. Richard (de l'aéropostale).

Enfin M. Carl Petersen montre les progrès de l'aviation **sanitaire en Suède.**

Des démonstrations pratiques ont obtenu un grand succès au Bourget et à Orly. Le ministre de l'air qui avait assisté à plusieurs séances du Congrès a assisté également à ces démonstrations.

Enfin des visites d'usines ont complété utilement le programme de ces belles journées.

LES RÉCEPTIONS DES JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES

A côté des séances de travail le Comité d'organisation des Journées médicales coloniales avait prévu un certain nombre de promenades et de réceptions qui ont obtenu un très grand succès.

Le Comité des dames avait à son programme une visite détaillée de l'Exposition très admirablement organisée par le Comte Félix de Vogüé, secrétaire général du Comité d'accueil du Commissariat général. M. de Vogüé fut d'ailleurs tout le temps sur la brèche et fit l'impossible pour faciliter la tâche du Comité d'organisation.

Les dames assistèrent à un thé offert par Mme la maréchale Lyautey dans ses beaux salons de la rue Bonaparte, à une réception chez Mme la marquise de Ganay dans le magnifique château de Courance, à un thé offert par Mme la vicomtesse Benoist d'Azy, née Vogüé, dans son hôtel de la rue Fabert, enfin à de nombreuses promenades à Paris et aux environs.

Les congressistes ne furent pas oubliés et ils purent, de leur côté, prendre part aux fêtes de jour et de nuit organisées à l'Exposition coloniale, à la très belle fête militaire coloniale du vélodrome de Vincennes, à la fête de nuit du commissariat général, véritable féerie qui marqua la fin du Congrès. Le banquet de clôture, dans la magnifique salle du Musée permanent, fut une véritable apothéose. Les acclamations qui accueillirent le discours de M. le ministre des Colonies, l'ovation sans fin que les convives, debout, firent à M. le maréchal Lyautey, resteront comme un des grands souvenirs de ces assises coloniales dont M. l'inspecteur général Lasnet, le professeur Tanon, le Dr G. Boyé et ses collègues furent les prestigieux animateurs.

F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 JUIN 1931)

Présence du virus de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas et Favre) dans les organes des singes inoculés par voie intracérébrale. — MM. C. LEVADITI, P. RAVAUT, P. LÉPINE et Mlle R. SCHOEN ont recherché la virulence des organes d'un singe inoculé par voie intracérébrale avec l'ultravirus de la maladie de Nicolas et Favre et ayant succombé à cette maladie. Le virus ne reste pas confiné dans la névraxe : foie, rate, rein, moelle osseuse et ganglions lymphatiques prélevés au moment de la mort, quatorze jours après l'inoculation intracérébale, se montrent virulents pour le singe. Le sang, examiné au même moment, ne paraît pas contenir une quantité suffisante de germes pour conférer la maladie aux simiens réceptifs.

MM. R. KAUFMANN et M. GALÉA ont réalisé des **interventions sur le tube digestif de cobayes** (gastrotomies, gastrectomies partielles, opérations sur la muqueuse anale).

Ces animaux reçurent des spores ou des bacilles tétaniques dans le tuge digestif, par conséquent au contact des plaies de la muqueuse.

En général, le tétanos ne se déclare pas.

M. NETTER. Sans doute, les spores tétaniques, au contact prolongé du tube digestif, ont fini par perdre leur virulence.

L'intoxication chronique par le nitrate d'urane en injection quotidienne chez le lapin. — MM. GARNIER et MAREK. Grâce à l'accoutumance, on peut arriver à faire supporter au lapin en injection sous-cutanée des quantités quotidiennes de produit très supérieures à la dose habituellement mortelle. L'animal, qui ne paraît subir aucun dommage, maigrit néanmoins, présente de l'albuminurie et de la glycosurie sans hyperglycémie. Vers la fin de la vie, il offre quelques troubles nerveux (troubles de l'équilibre, parésie des membres) et succombe au bout de trois ou quatre mois sans hyperazotémie. La mort est due à des lésions complexes : début de sclérose rénale et hépatique, altérations du système nerveux (étudiées par M. Verne), atrophie des nerfs optiques (observée par M. Chaillous).

Neurotropisme du virus syphilitique. — MM. C. LEVADITI, A. VAISMAN et Mlle R. SCHOEN. — Les facteurs qui déterminent la localisation névraxique du virus syphilitique ne sauraient être mieux précisés que par l'expérimentation sur des animaux réceptifs : singe, lapin ou souris. Les procédés utilisés ont été : 1° l'inoculation directe de tréponèmes dans l'encéphale ou dans l'espace sous-arachnoïdien ; 2° l'étude de la virulence du névraxe d'animaux syphilisés par voie sous-sous-scrotale ou intratesticulaire.

Si le virus syphilitique se localise fréquemment sur le névraxe chez les animaux contaminés par des inoculations testiculaires ou sous-cutanées, il se montre inoffensif pour le système nerveux lorsqu'on le met tout d'abord en contact avec l'encéphale. Il disparaît, en effet, très rapidement.

Or, seule, l'évolution de ce virus dans l'organisme fournit une explication plausible de cette différence de virulence du névraxe chez les animaux infectés par voie intracérébrale et chez ceux inoculés dans le testicule ou sous la peau. Chez les premiers, le tréponème entre en contact direct avec le système nerveux, alors que chez les derniers, il n'y parvient qu'après avoir pullulé ailleurs. Pour qu'il y ait contamination névraxique, il faut que le virus ait accompli son cycle évolutif ailleurs que dans l'encéphale ou la moelle épinière. Tout porte à croire qu'il est incapable de s'adapter d'emblée au névraxe sous sa forme spirochétienne végétative. Le système nerveux ne se laisse vaincre et envahir que par la forme infravisible, celle qui précisément assure la continuité de l'état d'infection chronique inapparente, si propre à la syphilis.

Formes cachées de tuberculose dans la lèpre humaine. — MM. C. NINNI et T. DE SANCTIS MONALDI. Il convient de ne pas retenir comme lésions lépreuses expérimentales les hypertrophies ganglionnaires et les nodules locaux ou éloignés obtenus après inoculation des produits lépreux. En effet, l'inoculation par voie ganglionnaire de produits lépreux apparemment purs, peut révéler des formes atypiques de tuberculose qui paraissent très fréquentes dans la lèpre.

L'acide lactique ne rend pas le B. C. G. virulent. — M. T. DE SANCTIS MONALDI a répété les expériences de Much, pour qui l'inoculation intrapéritonéale de 5 milligrammes de B. C. G. cultivé sur milieu de Hohn et mélangé à de l'acide lactique à 1 p. 100 détermine chez certains animaux une tuberculose extrêmement grave de l'épiploon. De ses expériences, l'auteur conclut que non seulement l'acide lactique n'augmente pas la virulence du B. C. G. inoculé par voie péritonéale, mais qu'il détermine des lésions moins importantes que le B. C. G. seul.

La disparition progressive des bacilles acido-résistants au cours des quatre passages pratiqués même en ayant doublé la dose employée par Much, démontre une fois de plus que les lésions locales provoquées par le B. C. G. ne sont pas réinoculables.

Sur la perméabilité de la muqueuse digestive du cobaye adulte aux bacilles biliés de Calmette-Guérin (B. C. G.). — M. RENATO DE BLASIO. La muqueuse intestinale des cobayes adultes peut être régulièrement franchie par le B. C. G. administré per os.

A partir du cinquième jour, on trouve des bacilles acido-résistants dans tous les organes où ils peuvent rester vivants et cultivables jusqu'au troisième mois.

Le milieu de Petragnani à l'asparagine s'est démontré supérieur au milieu de Petroff pour la culture du B. C. G. à partir des organes.

Aspergillose expérimentale de la rate et splénectomie. — M. M. SENDRAIL, poursuivant ses recherches entreprises avec A. NANTA, rappelle qu'il est possible de déterminer chez le chien une splénite hypertrophique sidérogène, par inoculation directe dans la rate de diverses souches aspergillaires, dont certaines n'étaient pas jusqu'ici réputées pathogènes. Après une incubation de vingt à quarante jours, l'animal présente une dénutrition rapide avec déglobulisation intense. Des hémorragies gastro-intestinales sont observées au cours de la phase ultime et la mort se produit en pleine cachexie deux à trois mois après l'intervention. L'autopsie révèle des nodules de mycétome, disséminés dans tout le parenchyme. La sidérose se caractérise surtout par une imbibition des macrophages qui englobent les spores. La vitalité des éléments mycéliens est attestée par le succès des rétrocultures. Or, l'extirpation de la rate s'est révélée capable d'arrêter les progrès de l'anémie splénique expérimentale : elle suffit à déterminer une reprise de poids, un retour à la normale du taux globulaire et la suspension des entérorragies. Ces nouveaux faits confirment la similitude des caractères évolutifs entre la maladie provoquée et la mycose splénomégalique humaine.

Les modifications du glycogène hépatique et musculaire à la suite de l'absorption massive de glucose chez le chien normal soumis à des états divers. Alimentation mixte normale ou alimentation très riche en sucre. — M. F. RATHERY et Mlle S. GIBERT. L'injection de doses massives de

glucose dans le duodénum, comme l'ingestion de doses prolongées de saccharose ou de glucose sont loin d'amener d'une façon constante une surcharge du foie ou des muscles en glycogène. Ce fait paraît au premier abord tout à fait paradoxal.

La mise en réserve du sucre amené au foie par le sang porte peut donc se faire sous forme de glycogène, mais cette mise en réserve sous cette forme est inconstante et est insuffisante pour représenter la seule modalité du phénomène.

Les variations du glycogène musculaire à la suite d'injection intraduodénale de glucose ou d'ingestion quotidienne et prolongée de saccharose et de glucose sont indépendantes des variations du glycogène hépatique. Comme celle-ci, du reste, elle est inconstante.

Les modifications du glycogène hépatique et musculaire à la suite de l'absorption massive de glucose chez le chien en état d'inanition prolongée ou soumis à des injections de phlorizine. — M. F. Rathéry et Mlle S. Gibert. Le chien soumis au jeûne prolongé malgré la persistance d'une quantité encore importante de glycogène hépatique peut, à la suite d'une injection massive intraduodénale du glucose, emmagasiner en un très court laps de temps une quantité importante de glycogène, mais le phénomène est inconstant.

Chez le chien phloriziné dont le glycogène a en partie disparu, l'injection intraduodénale de glucose ne provoque que d'une façon inconstante et légère un accroissement du glycogène hépatique.

La veine porte apporte au foie de grandes quantités de glucose qui doit y être transformé dans une autre substance de réserve que le glycogène.

Le glycogène musculaire des chiens inanitiés ou phlorizinés subit des variations inconstantes sous l'influence de l'injection intraduodénale massive de glucose. Ses modifications sont indépendantes de celles du glycogène hépatique.

Le pouvoir excréteur du tube digestif pour quelques substances organiques. — MM. F. Rabond, Dimitresco-Popovici et Zizine étudient l'élimination chez le lapin de l'urée, de l'urate de soude, de l'acide urique, de la bile et du glucose, à travers la muqueuse du tube digestif. Comme pour les substances déjà expérimentées par les auteurs, l'urée et ses dérivées, la bile s'éliminent surtout par la muqueuse gastro-duodénale, puis par la muqueuse cæco-appendiculaire; l'élimination par la muqueuse colique est beaucoup moins marquée; elle est insignifiante pour la muqueuse de l'intestin grêle. Le glucose s'élimine surtout par l'estomac, et beaucoup moins par le cœco-appendice. La bile est excrétée en abondance par l'estomac et le cæco-appendice, cependant, l'intestin grêle paraît ici jouer un rôle appréciable.

Acidose salicylée. — MM. H. Bénard et F.-P. Merklen résument leurs recherches sur l'acidose secondaire à l'administration de salicylate de soude. Ils concluent à la réalité d'une acido-cétose salicylée pouvant aller jusqu'à un véritable coma acétonémique; mais cette acidose est relativement rare, exige une certaine prédisposition individuelle et ne semble pas devoir englober la totalité des phénomènes d'intolérance salicylé.

Aspects de l'infection bacillaire provoquée par l'ultra-virus tuberculeux inoculé en série par voie lympho-ganglionnaire. — M. C. Ninni. L'inoculation au cobaye par voie lympho-ganglionnaire de petites quantités de filtrats tuberculeux, détermine, quand on effectue des passages tous les dix jours, des formes d'infection aiguë, en général bacillaires. Quand on effectue les passages tous les mois, l'inoculation provoque des formes de tuberculose chronique atténuée.

Ces deux formes d'infection sont régulièrement obtenues avec les filtrats d'organes de cobayes morts de tuberculose en cinq à six semaines; elles s'obtiennent moins facilement avec les filtrats de produits pathologiques humains et sont incomplètement provoquées par l'inoculation de filtrats de cultures en milieu de Sauton, en particulier de filtrats de cultures de bacilles peu pathogènes.

Les bacilles de Koch que l'on isole des lésions ainsi obtenues sont du même type que les bacilles originels soumis à la filtration, mais d'une virulence très atténuée.

Hyperpnée volontaire dans la tétanie. Latente évolution dans la chronaxie. — M. Georges Bourguignon montre que l'hyperpnée volontaire déclanche la crise de tétanie avec beaucoup plus de facilité chez les sujets en état de tétanie latente, que chez les sujets normaux.

Chez les sujets en état de tétanie latente, on trouve toujours quelques muscles dont la chronaxie est augmentée même à l'état de repos; quelquefois la chronaxie est diminuée, ces variations de la chronaxie peuvent être le seul signe de tétanie latente.

Par l'étude de deux sujets en cet état, l'auteur montre que la chronaxie augmente dès les premières minutes de l'hyperpnée volontaire et peut atteindre très rapidement six à huit fois sa valeur initiale. A l'arrêt de l'hyperpnée, la crise cesse brusquement et la chronaxie retombe même au-dessous de sa valeur initiale; elle reprend sa valeur initiale après quelques oscillations.

L'évolution de la chronaxie pendant la crise déclanchée par l'hyperpnée est la même que pendant les crises de tétanie spontanée.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(Séance du 16 juin 1931)

Un cas de maladie de Chauffard-Still. — MM. E. Lesné, J. Huber, Robert Clément et Mlle D. Ronget présentent un enfant de sept ans et demi atteint depuis trois ans et demi d'un rhumatisme fibreux, déformant, des grosses articulations des membres, avec importantes adénopathies, splénomégalie, état subfébrile et cachexie, éléments constituant le syndrome de Chauffard-Still. L'absence de lésions ostéo-articulaires, la localisation strictement péri-articulaire des lésions, la longue évolution par poussées, l'intégrité du cœur et l'anémie complètent le tableau typique de l'affection. Toutes les recherches étiologiques ont été négatives, et si on a l'impression qu'il s'agit d'une infection atténuée il est impossible d'en dire la nature et la porte d'entrée.

Un cas douteux de maladie de Chauffard-Still. — M. L. Babonneix et Mlle F.-B. Lévy présentent une petite fille de trois ans et demi atteinte d'arthropathies généralisées avec adénopathies et cachexie. S'agit-il également dans ce cas d'une maladie de Chauffard-Still? A cette hypothèse on peut objecter l'absence de splénomégalie et d'hépatomégalie et le jeune âge de la malade.

Un cas d'anémie splénique. — MM. L. Babonneix et A. Miget présentent une fillette de seize mois atteinte d'anémie splénique grave, et chez laquelle la splénectomie, effectuée par M. Mouchet, a donné une amélioration équivalent à la guérison.

Volumineux chancre d'inoculation chez un nourrisson. — M. L. Babonneix et Mlle F.-B. Lévy montrent dans le poumon droit d'un nourrisson de onze mois hérédo-syphilitique une lésion importante simulant au premier abord une gomme syphilitique. En réalité, comme le montra l'examen histo-bactériologique, il s'agit d'un volumineux chancre d'inoculation tuberculeux comme dans les cas d'Engel et de Levesque.

Neuro-fibromatose infantile. — MM. L. Babonneix et A. Miget présentent un enfant de quatre ans atteint de neuro-fibromatose typique.

Inversion des viscères. — MM. L. Babonneix et A. Miget présentent un enfant chez lequel la constatation d'une matité à la base gauche, et d'un déplacement du cœur à droite, jointe à quelques phénomènes généraux, aurait pu faire penser à un épanchement pleural gauche, alors que les rayons X montrèrent qu'il s'agissait d'inversion viscérale, la matité de la base gauche étant due au foie.

A propos du traitement de la paralysie infantile. — M. P. Duhem présente une enfant atteinte depuis le mois d'octobre 1930 de paralysie infantile : elle a reçu le deuxième jour de la maladie du sérum de Pettit et a suivi depuis rigoureusement le traitement de Bordier. Aucune régression des paralysies n'est encore survenue, fait absolument anormal si on songe à la régression spontanée habituelle de ces paralysies.

Rétrécissement congénital de l'aorte. — M. Hallez présente un cas de cette affection rare chez un enfant de trois ans et demi dont le développement n'est aucunement troublé par la cardiopathie. Le diagnostic fut possible grâce à l'existence d'un souffle systolique au foyer aortique et d'une hypertrophie du ventricule gauche vérifiée radiologiquement alors que le ventricule droit était normal ; la tension artérielle était plus basse aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. L'auteur insiste sur la tolérance parfaite habituelle en pareil cas.

Syndrome neuro-musculaire et avitaminose. — MM. L. Ribadeau-Dumas, René Mathieu et Guédé rappellent que le rachitisme s'accompagne de phénomènes d'hypotonie musculaire.

Ils ont remarqué que le strabisme des petits rachitiques disparaît assez souvent, après une cure de vitamine D. Un de leurs petits malades âgés de onze mois présentait un syndrome de myatonie avec tremblement de la tête, nystagmus transversal et strabisme. Ces troubles neuro-musculaires ont guéri sous l'influence d'une alimentation variée riche en vitamines et surtout en vitamines D.

Un cas de polymyosite infectieuse. — MM. J. Hallé et Rudeaux rapportent la curieuse observation d'une enfant de cinq ans et demi entrée dans le service dans un état de contracture rappelant la maladie de Little ou le tétanos et dont le début remontait à quatre jours.

L'examen attentif de l'enfant montra l'existence au milieu des couches musculaires de petites masses oblongues de consistance dure. Il s'agissait donc d'une polymyosite infectieuse dont l'origine se trouvait dans un impetigo du cuir chevelu en voie de guérison. La plupart de ces foyers de myosite évoluèrent vers la suppuration et furent incisés chirurgicalement.

Dyspepsie chronique de la seconde enfance. — M. Rohmer (de Strasbourg) a observé en un an vingt-quatre cas de dyspepsie chronique après la première année. Il insiste dans ces cas sur les méfaits des régimes sévères à prédominance hydrocarbonée qui entretiennent ces diarrhées et croit qu'il faut alimenter normalement ces enfants sans s'occuper de l'état de leurs selles.

Broncholite aiguë grippale avec accès d'apnée chez le nouveau-né. Evolution favorable. — M. P. Rohmer et Mlle Phélizot (de Strasbourg) rapportent six cas de bronchiolite aiguë grippale survenue chez des nouveau-nés dont quatre prématurés. En dépit des symptômes très alarmants du début, consistant surtout en crises cyanotiques assez fréquentes, ces enfants ont parfaitement guéri en une quinzaine de jours.

A la période d'état, les symptômes pulmonaires consistaient en râles muqueux de sonorité semblable se produisant sur toute la hauteur des deux poumons. Le pronostic de cette forme d'infection pulmonaire est donc très bénin.

Essai de la sérothérapie dans l'infection par le bacille de la méningite cérébro-spinale septicémique. — M. Cohen (de Bruxelles).

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 5 juin 1931)

A propos de la protéinothérapie spécifique des cancers. — M. Laurence complète sur certains points les observations de trois malades de son service d'hôpital qui ont été présentées par M. Rubens-Duval à la précédente séance. Ces malades, longuement suivis, montrent que la protéinothérapie spécifique des cancers est capable de donner des résultats très remarquables et mérite de retenir, dès à présent, l'attention de tous les chirurgiens.

M. J. Lianos communique deux observations : celle d'un cancer du corps thyroïde et celle d'un kyste végétant des deux ovaires qui, la première depuis 1920, la seconde depuis 1925, sont actuellement en excellent état à la suite de la protéinothérapie.

M. R. Bonneau communique l'examen histologique des modules enlevés récemment par lui à la malade qu'il avait opérée auparavant d'un cancer du sein, réopérée cinq fois et signalée par M. Rubens-Duval dans sa récente communication. Il affirme qu'il a vu la protéinothérapie spécifique avoir une action générale remarquable sur les cancéreux et une action locale, qui, s'ajoutant à la chirurgie, peut, dans certains cas particuliers, réduire l'acte chirurgical à une moindre étendue.

Grand diverticule de la vessie avec calcul diverticulaire. Marsupialisation. Prostatectomie secondaire. Guérison. — M. Nora fait un rapport sur un travail de M. Marc Papin (de La Rochelle).

Opérations conservatrices dans le traitement des salpingites bilatérales. — M. Haller fait un rapport sur un travail de M. Jacquemaire (de Paris).

Traitement des abcès de l'anus. — M. Thévenard fait un rapport sur un travail de M. R. Jacquemaire (de Paris) concernant le traitement par la bactériophagie des abcès de la marge de l'anus.

Septicémie à staphylocoques guérie par une inoculation intraveineuse de bactériophage. — M. Hautefort fait un rapport sur un travail de M. Raiga (de Paris). Il insiste avec l'auteur sur les conditions de succès ou d'insuccès de la phagothérapie. Il souligne l'importance des antiphages qui peuvent être combattus avec succès par l'autohémothérapie. Il exprime sa confiance dans l'avenir de cette méthode.

Le traitement chirurgical précoce du pied-bot congénital après l'échec des manœuvres modelantes. — M. Massart. Le pied-bot congénital doit être soigné dès la naissance et on ne doit pas attendre que l'enfant ait des dents ou soit sevré pour entreprendre le traitement. Les cas dans lesquels le traitement est commencé tardivement donnent un important pourcentage d'échecs. L'auteur, se basant sur des observations personnelles, montre qu'une intervention précoce rend au pied sa forme et sa fonction. Il insiste sur la nécessité que

le traitement soit terminé avant que l'enfant commence à marcher, pour ne pas surajouter aux déformations congénitales les déformations causées par l'appui. L'auteur, reprenant l'étude anatomique et radiographique du pied-bot du nouveau-né, montre que le maximum des lésions est au calcanéum. Il s'agit vraisemblablement d'une ostéite fœtale du noyau retentissant sur les muscles et les ligaments insérés à l'os, aboutissant à des processus de sclérose qui amènent la rétraction des muscles et des ligaments et constituent le pied-bot congénital. Des constatations histologiques et radiographiques apportées par l'auteur viennent confirmer cette hypothèse pathogénique.

Double pied-bot congénital invétéré chez un garçon de six ans. Réduction possible après section complète des ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne. — M. Judet communique cette observation dans laquelle il a pu obtenir un bon résultat pour des pieds-bots âgés en agissant sur les ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne, tout en conservant l'astragal intact.

Deux cas d'appendicite aiguë apyrétiques. — M. Peugniez communique les observations de deux malades opérés sans fièvre avec une intégrité parfaite de l'état général et qui présentaient, au bout de quelques jours dans un cas, et de quelques heures seulement dans l'autre cas, après le début des premiers symptômes, des lésions gangréneuses de l'appendice. Guérison dans les deux cas.

Appendicites graves à symptômes bénins. — M. Victor Planson.

Sur le Congrès de chirurgie de Berlin. — M. Victor-Pauchet.

Corset pour scoliose. — M. Roederer.

Instrumentation pour l'électrolyse circulaire dans les sténoses cicatricielles graves de l'œsophage. — M. J. Guisez.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DE LA TOUX (1)

Par le docteur Valory.

S'il est des affections pulmonaires où il faut respecter la toux ou, tout au plus, se contenter de la modérer, comme dans les bronchites aiguës à la période de coction, le plus souvent il faut agir directement contre ce symptôme, qu'il s'agisse de grippe, de bronchites, de broncho-pneumonies, de coqueluche, de tuberculose pulmonaire ou même de simples rhumes saisonniers. Le thiocol atténue merveilleusement ce symptôme pénible, mais, lorsque l'on veut agir plus activement, il est préférable de s'adresser au pantopon qui, sous forme de chlorhydrates solubles, renferme la totalité des alcaloïdes de l'opium et possède tous les avantages de ce médicament sans en avoir les inconvénients. On peut donner le pantopon sous forme de comprimés, d'ampoules, de sirop, etc., mais il est absolument évident que le thiocol semble le médicament de choix de toutes les affections des voies respiratoires quelles qu'elles soient, car, s'il ne fait qu'atténuer la toux, il possède un pouvoir antiseptique et antitoxique particulièrement remarquable, surtout si l'on

(1) *Courrier méd.*, Paris 1929, n° 10, p. 129.


LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
OVAIRE
(Vache)
corps jaune
Follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY_ 48, rue Théophile Gautier_ PARIS (XVIe)



emploie le sirop « Roche » qui est à base d'essences aromatiques naturelles et de thiocol chimiquement pur. En cette période de l'année où le praticien doit soigner d'innombrables rhumes, il est utile de rappeler de quel précieux secours peut être cette préparation qui est maintenant classique, non seulement dans le traitement de toutes les affections des voies respiratoires, mais aussi dans la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire.

REVUE DES THÈSES

Le Traitement par la cure de Vichy des troubles digestifs et des phénomènes douloureux après cholécystectomie (1), par le docteur Jacques V. FRÉMONT.

1. Les malades demeurent bien souvent des hépatiques après la cholécystectomie.

2. La cure de Vichy améliore d'une façon remarquable les troubles digestifs et les phénomènes douloureux fréquents après cette opération.

3. La source de la Grande Grille est parmi les sources de Vichy la plus active et celle qui bien maniée peut donner les plus grands résultats.

4. La cure est le complément de l'intervention chirurgicale.

La splénomégalie de la syphilis au cours des périodes primaire et secondaire (2), par le docteur Marc ASSADA, interne des hôpitaux. Travail de la clinique dermatologique de la Faculté de médecine de Marseille.

1° La rate doit être considérée comme normale quand elle ne donne pas à la percussion et à la phonendoscopie une matité ou une zone de vibrations dont la plus grande dimension n'excède pas 5 à 6 centimètres.

2° La splénomégalie n'existe pas dans le chancre mou.

3° Elle est un fait constant, dans la période primaire et dans la période secondaire, de la syphilis.

4° Elle est une manifestation extérieure de la septicémie tréponémique, presque aussi précoce qu'elle.

5° Cette splénomégalie varie entre les limites extrêmes de 7 à 12 centimètres dans son grand diamètre.

6° La phonendoscopie est le procédé le plus pratique et le plus fidèle pour évaluer le volume de la rate. Elle devra toujours s'effectuer dans une position donnée : décubitus dorsal avec légère inclinaison à droite. On devra utiliser un stéthoscope à petit pavillon.

7° La splénomégalie peut exister à la période d'incubation, avant l'accident primaire, et constituer de ce fait un symptôme unique de syphilis.

8° Elle existe toujours dès l'apparition du chancre et croît progressivement jusqu'à la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann. Elle subit une poussée au moment de l'apparition des accidents secondaires.

9° Elle est un fait constant dont on ne peut tirer aucun élément de pronostic.

10° La splénomégalie permet, au contraire, un diagnostic précoce et peut faire prévoir la transformation ultérieure d'un chancre mou en chancre mixte.

11° Elle disparaît très rapidement sous l'influence du traitement spécifique et ne s'accompagne que rarement, et seulement à la période secondaire, de splénodynie.

(1) *Th. de Paris*, 1930.
(2) *Th. de Montpellier*, 1930.

LIVRES NOUVEAUX

Le Dolichocolon. Clinique. Radiologie. Thérapeutique (1), par M. CHIRAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux; A. LOMON, électroradiologiste des hôpitaux; R. WAHL, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique de la Faculté.

On trouvera dans ce volume l'étude très complète d'une affection qui n'occupe pas encore en pathologie, et surtout en médecine digestive, la place importante qui lui revient. Non seulement un problème étiologique et pathogénique fort curieux se pose à son propos, mais surtout sa symptomatologie et ses modalités cliniques offrent un grand intérêt pratique. En effet, il s'agit d'une affection très fréquente, trop souvent méconnue, et qui cause de nombreuses erreurs de diagnostic. Les auteurs, se basant sur leurs observations personnelles, donnent une description précise et complète de cette maladie qui, jusqu'à ce jour, et bien à tort, semble avoir surtout intéressé les chirurgiens.

Les différents aspects radiologiques des dolichocolons, et en particulier les anomalies de la répartition des gaz et du transit de la baryte, qui sont spéciales à ces intestins et restaient jusqu'ici peu connues, sont décrites dans un chapitre spécial. A cet exposé théorique font suite trente pages de radiographies typiques dont la reproduction marque un progrès dans ce genre d'illustrations si souvent peu lisibles. Avec la série d'observations cliniques qui suivent, on trouvera pour chaque cas rapporté le calque de la radiographie correspondante.

La partie thérapeutique est enfin traitée avec l'ampleur qu'elle mérite tant au point de vue de la médecine qu'à celui de la chirurgie.

Cette monographie ne s'adresse donc pas seulement aux spécialistes; tout médecin y trouvera un ensemble de notions pratiques qu'il aura fréquemment l'occasion d'utiliser.

L. G.

Problèmes actuels de pathologie médicale (2), (Cours complémentaire de la Faculté de médecine), par A. CLERC, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, et par Ch. AUBERTIN, H. BÉNARD, M. BRULÉ, J. CATHALA, Ed. CHABROL, P. CHEVALLIER, E. DONZELOT, GUY-LAROCHE, C. LIAN, R. MOREAU, PASTEUR VALLERY-RADOT, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, médecins des hôpitaux.

Le professeur Clerc et ses collaborateurs, tous agrégés en exercice et médecins des hôpitaux, ont pensé qu'il pouvait y avoir place à côté des Conférences destinées aux étudiants pour un enseignement capable d'intéresser les futurs médecins à la veille de terminer leurs études et les praticiens désireux de se tenir au courant des progrès de nos connaissances. C'est ainsi qu'est né le Cours complémentaire donné chaque année vers la fin du semestre d'été. Les douze leçons réunies dans le présent volume professées en juin 1930, visent les sujets les plus variés. Traitées chacune par un spécialiste reconnu, elles représentent bien l'aspect actuel des problèmes de pathologie médicale. L. G.

(1) Un volume de 210 pages avec 26 radiographies hors texte. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un volume de 332 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 68. — MERCREDI 26 AOUT 1931. 104e ANNEE. MERCREDI 26 AOUT 1931. — N° 68.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Quelques observations d'oblitération des artères des membres inférieurs. Contribution au diagnostic en hauteur de ces oblitérations. Conséquences thérapeutiques, par M. L. Langeron.
ACTUALITÉS
Pouvoir anagatoxique et phylaxie, par M. R. Levent.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Anthrax.

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Liste des prix à décerner en 1931.* — Prix Bernheim (1.000 fr.). — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiants français, russes ou polonais).

Prix Segond (4.500 fr.). — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie.

Prix Déroulède (1.000 fr.). — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer.

Prix Monthyon (1.600 fr.). — Récompense du meilleur mémoire sur les maladies prédominantes en 1930.

Prix Lannelongue (800 fr.). — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne.

Prix Lévi-Franckel (2.000 fr.). — Prix à un interne méritant de la Clinique médicale Hôtel-Dieu, interne ou externe en fonctions dans ce service.

Prix de Rothschild (2.700 fr.). — Bourses à deux étudiants, de préférence israélites.

Prix Girard (3.000 fr.). — Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins, poursuivant ses recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses.

Prix Saintour (4.300 fr.). — Prix dont le sujet sera désigné par la Faculté.

Prix Carville (2.000 fr.). — Deux bourses au profit de deux étudiants français, laborieux et peu fortunés.

Prix Demarle (500 fr.). — Prix annuel à un étudiant méritant,

Prix de Trémont (2.800 fr.). — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune.

Prix Véret (900 fr.). — Prix annuel à un étudiant méritant et saus fortune.

Prix anonyme (3.100 fr.). — Bourses à des étudiants méritants et sans fortune.

Prix Hervieux (3.900 fr.). — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune.

Prix Barbier (2.800 fr.). — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Prix Chateauvillard (2.400 fr.). — Prix au meilleur travail sur les sciences médicales.

Prix Jeunesse (1.900 fr.). — Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène.

Les demandes établies sur papier timbré à 3 fr. 60 et accompagnées, s'il y a lieu, d'un état de situation de fortune, devront parvenir à la Faculté au plus tard le 15 octobre 1931.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— Nancy. — *Prix Joseph Rohmer.* — Mme Ve Rohmer vient de fonder à la Faculté de médecine de Nancy, en souvenir du regretté professeur Rohmer, un prix dit Prix Joseph Rohmer, qui sera décerné chaque trois ans à l'étudiant français ou ancien étudiant français de ladite Faculté, auteur du meilleur travail sur un sujet d'ophtalmologie.

Ce prix est de 3.000 fr.

Le premier concours aura lieu en 1931. Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine avant le 1er octobre 1931.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en argent a été décernée à M. Gaudoin (Jean), élève en médecine, faisant fonctions d'externe à l'hôpital Saint-Louis, pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

MINISTÈRE DES COLONIES. — MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Les récompenses suivantes sont accordées aux personnes désignées ci-après, en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion des épidémies qui ont sévi aux colonies en 1929-1930 :

Médaille d'or. — M. Francière, médecin principal de l'assistance médicale du Laos.

Médaille d'argent. — M. Rabenandrasana, médecin principal de 2e classe.

Médaille de bronze. — MM. Bodros, médecin d'hygiène de Haïphong; Trân van Tâm, médecin indochinois de 3e classe; Maury et Le Rouzic, médecins capitaines des T. C.; Rajaonarison, médecin de 1re classe de l'A. M. I.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE TROPICALE. — Sous le haut patronage de son Altesse royale Prim Hendrik der Nederlanden, le Comité exécutif du IIe Congrès international de médecine tropicale se réunira à Amsterdam du 12 au 17 septembre 1932.

Les sujets à traiter aux séances plénières sont les suivants : avitaminoses, notamment béri-béri; fièvre jaune, leptospiroses; helminthes, notamment ankylostomes; paludisme, notamment fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Ces rapports seront traités aux séances plénières. En outre il y aura occasion de traiter d'autres sujets aux séances de section, qui auront lieu à d'autres heures.

Les participants au Congrès sont priés d'adresser leur adhésion au secrétariat général le plus tôt possible et jusqu'au 31 décembre 1931 exclusivement, de même qu'au secrétaire national, en mentionnant leur adresse exacte.

Les participants sont priés de verser le montant de la cotisation, à l'équivalent de livre sterling 1 ou florins hollandais 12, à l'adresse suivante : Congrès international de médecine tropicale, Nederlandsche bank, Amsterdam.

Tout membre désirant faire une communication est prié d'en faire part au secrétariat général le plus tôt possible, en mentionnant le titre exact. Les résumés qui ne comprendront pas plus d'une page imprimée, sont attendus jusqu'au 1er avril 1932 exclusivement. Le manuscrit du discours ne dépassera pas les 16 pages imprimées et sera remis le jour de la conférence au secrétaire de l'assemblée ou de la section concernante.

Toute langue est admise au Congrès. Pour des raisons purement pratiques les orateurs sont priés de se servir — si possible — de la langue française, allemande ou anglaise.

Les discours paraîtront dans les comptes rendus dans la langue dans laquelle ils ont été composés.

Le temps accordé aux rapporteurs officiels est fixé à quarante-cinq minutes, celui accordé aux orateurs de discussion officiels à quinze minutes, pour tout autre orateur prenant part à la discussion à cinq minutes.

Aux séances de section ce temps sera de vingt minutes pour chaque communication et cinq minutes pour tout orateur prenant part à la discussion.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS. (Professeur : M. GOUGEROT. — *Cours de vacances. — Notions élémentaires de dermato-syphiligraphie pour les médecins praticiens et les élèves stagiaires de la Faculté.* — Sous la direction de M. le professeur Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, MM. A. Carteaud et R. Cohen, chefs de clinique à la Faculté feront du 1er septembre 1931 au 17 octobre 1931, les lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi matin, de 9 à 10 h., à l'amphithéâtre Fournier, une série de démonstrations pratiques, comprenant l'indispensable en dermato-syphiligraphie, démonstrations suivies de présentation de malades avec diagnostic et traitement.

Cours gratuit. — S'inscrire auprès du docteur Carteaud, pavillon Bazin, hôpital Saint-Louis.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — *Cours technique de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face.* — M. le professeur Pierre Sébileau, chirurgien des hôpitaux, et M. le docteur Dufourmentel, chef de clinique à la Faculté de médecine, commenceront ce cours le mardi 15 septembre, à 14 h., et le continueront tous les jours, à la même heure. Ce cours comprendra des leçons pratiques avec répétition par les auditeurs inscrits, et sera combiné avec un enseignement théorique qui aura lieu les mêmes jours, à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine, à l'hôpital Lariboisière.

Droit d'inscription : 1.000 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Ducamp (de Montpellier); de M. le docteur Paul Gonnet, décédé au Bois d'Oingt, père du docteur Auguste Gonnet, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire pharmaceutique (1).

Le fascicule premier du *Formulaire pharmaceutique* du Service de santé de l'armée, que viennent de publier les éditeurs Charles-Lavauzelle et Cie, comprend plus de 700 pages.

Il se divise en deux parties :

La première énumère, par ordre alphabétique, les médicaments simples et composés, en donnant, pour chacun, sa composition, les caractères qui le distinguent, son emploi thérapeutique, le dosage à employer... la manière d'en vérifier la nature et la pureté et enfin, s'il y a lieu, les dangers qu'il peut présenter.

Cette première partie se complète par des feuillets bleus : notices concernant la sérothérapie et la vaccinothérapie; des feuillets roses : médicaments opothérapiques; des feuillets jaunes : matières alimentaires employées à titre médicamenteux; des feuillets oranges : médicaments spéciaux au service vétérinaire; des feuillets mauves : produits spéciaux pour l'art dentaire; et encore des feuillets jaunes : produits employés pour l'hygiène et la désinfection des services généraux.

La deuxième partie traite de toutes les questions qui intéressent l'exécution du service pharmaceutique. Dans cette partie, nous attirons particulièrement l'attention de nos lecteurs sur ce qui concerne les poisons, les contre poisons et les différentes stérilisations. Quelques tableaux intéressants terminent cette partie.

Une table alphabétique des matières permet de se renseigner rapidement sur tel ou tel produit pharmaceutique ou même simplement usuel, comme le vin, l'eau, le thé, le café, le houblon, les huiles, etc., etc...

Le *Formulaire pharmaceutique* est évidemment un livre de fond qui ne sera déplacé dans aucune bibliothèque.

(1) Prix : 30 fr. — En vente chez les éditeurs. (Chèque postal 83-49, Paris.)

QUELQUES OBSERVATIONS D'OBLITÉRATION DES ARTÈRES DES MEMBRES INFÉRIEURS

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC EN HAUTEUR DE CES OBLITÉRATIONS CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES

Par M. L. LANGERON,

Professeur de clinique médicale à la Faculté libre de Lille.

Les hasards de la clinique m'ont permis d'observer, dans un court espace de temps, une série d'observations, toutes vérifiées anatomiquement, d'oblitérations artérielles des membres inférieurs siégeant à des niveaux différents et réalisant l'obstruction artérielle, à l'extrémité du membre, au niveau de la fémorale moyenne, au niveau de l'iliaque primitive et de l'aorte abdominale ; bien que ces deux dernières éventualités ne fassent pas à proprement parler de la topographie périphérique, les conditions cliniques et séméiologiques très voisines permettent cependant de les envisager ici au point de vue du diagnostic de la localisation de cette oblitération. La confrontation de ces observations peut en effet permettre quelques remarques qu'il paraît intéressant de signaler.

Voici d'abord les observations en question.

Observation I. — *Oblitération des artères ou artérioles terminales du membre inférieur.* — H... (Marie), soixante-quatre ans (1931, F1, 13) ; pas d'antécédents particuliers, surdité à peu près complète ; mariée, deux enfants ; douleurs datant d'un an dans le membre inférieur gauche, d'abord épisodiques puis continues et nocturnes, empêchant le sommeil et résistantes aux analgésiques ; elle a eu autrefois des crampes dans les mollets, mais on ne retrouve pas d'histoire typique de claudication intermittente ; les douleurs ont, d'emblée, intéressé la partie inférieure du membre ; il ne semble pas y avoir eu de crises vasomotrices.

Depuis deux mois, des troubles trophiques importants sont apparus dans le pied gauche ; le dos du pied est tantôt plus chaud, tantôt plus froid, et ces deux phénomènes ont pu être constatés ; les orteils sont devenus progressivement bleuâtres, puis noirâtres ; l'impotence fonctionnelle est très marquée ; elle a reçu sans aucun résultat, 24 injections d'acéthylcholine ; les phénomènes vont en augmentant régulièrement, douleurs continues forçant la malade à passer ses nuits assise et comparées, d'après elle, à des élancements ou à des fourmillements et gangrène des orteils.

L'examen objectif montre les points suivants : rien aux organes, le cœur présente quelques extrasystoles, la tension est de 20/10 aux bras avec un index de 6 ; le pouls est aux environs de 100 ; il n'y a pas de température ; les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le dos du pied gauche est le siège de plaques violacées et noirâtres, sa température est variable, tantôt chaude, tantôt froide ; les deux premiers orteils et l'extrémité des autres sont noirâtres et momifiés, la sensibilité objective y est abolie ; au niveau du talon, il existe une ulcération d'allures torpides et des plaques bleuâtres sous la plante du pied. Le pied droit est normal.

Oscillométrie : partie inférieure de la cuisse, 8 à droite, 7 à gauche ; chevilles, 2 1/2 à droite ; 0 à gauche.

Lipiodol intra-artériel : l'injection, dans la fémorale gauche, montre l'absence de tout arrêt artériel, quelques collatérales sont injectées, on voit même le lipiodol suivre un trajet récurrent, remonter le long de la cuisse et disparaître dans l'abdomen.

On peut donc conclure à une oblitération limitée aux artères terminales ou même aux artérioles, puisque les grosses artères restent perméables au lipiodol. Cette injection détermine une réaction douloureuse et thermique assez vive. Toute autre thérapeutique s'étant révélée insuffisante en particulier sur les douleurs, on pratique l'amputation au tiers inférieur de jambe ; réunion par première intention, disparition des douleurs, départ de la malade en bon état.

A signaler, au point de vue seméiologique, l'absence de claudication intermittente nette, l'absence de crises vasomotrices, l'abolition de l'oscillométrie à la cheville coïncidant avec une perméabilité au lipiodol ; au point de vue thérapeutique, l'amputation, suivie de cicatrisation per primam, dans une zone dépourvue d'oscillations, mais jugée suffisamment irriguée, d'après les résultats de l'injection lipiodolée.

Obs. II. — *Oblitération de la partie moyenne de la fémorale et de la poplitée.* — V... (Charles), soixante-quatre ans (1930, H2, 185) ; pas d'antécédents particuliers, à part une blennorragie ancienne, pas de syphilis connue ; marié, sans enfants ; sans symptômes avant-coureurs, sauf peut-être une sensation de chaleur dans la jambe trois quarts d'heure environ auparavant, il a été pris brusquement deux jours avant son entrée dans le service, de douleurs et de refroidissement dans le mollet gauche, il a essayé de réagir en marchant, mais il sentit son membre inférieur gauche devenir rapidement lourd et comme insensible.

A l'entrée, la douleur spontanée est minime, mais la mobilisation est pénible ; l'état général est bon, mais le malade est dans un état d'inquiétude et d'agitation constantes, quittant son lit à tous moments. Le membre inférieur gauche est livide, avec des marbrures ecchymotiques irrégulières s'étendant sur le pied et la jambe jusqu'à environ 8 à 10 centimètres au-dessous du genou ; il existe des escarres superficielles sur le dos du pied, la région du tendon d'Achille et la face externe de la jambe ; sur trois travers de doigts au-dessus de la zone livide et cyanotique, on note une sorte de manchette érythémateuse à limites nettement tracées ; toute la partie livide est froide, insensible à tous les modes ; la mobilité a disparu au niveau du pied, mais le malade peut soulever le membre dans son ensemble.

Oscillométrie : cuisse droite, 5 ; gauche, 0 à la partie moyenne ; cheville droite, 3/4 ; gauche, 0 ; bras, 2 ; tension artérielle à 20/11.

Pas de température ; rien dans les urines ; examen viscéral négatif ; urée sanguine de 0,85.

Les jours suivants : la coloration violacée et livide va en s'accentuant, la limite supérieure, surmontée d'une zone plus rosée, reste toujours aussi nette à quelques centimètres au-dessous du genou ; le mollet devient comme tendu avec sensation de ballottement profond et vives douleurs à la pression des masses musculaires ; les douleurs spontanées sont toujours peu marquées et n'empêchent pas le sommeil ; l'anesthésie objective persiste avec les mêmes caractères et la même topographie ; on sent nettement battre la fémorale gauche dans le triangle de Scarpa et ce n'est qu'à la partie moyenne que les oscillations ne sont plus perçues ; l'agitation générale persiste ; la langue devient sèche et rôtie, les urines sont plus rares ; toujours pas de température.

L'injection de lipiodol artériel est pratiquée, suivie de radiographie ; elle montre la présence d'une image d'arrêt extrêmement nette à la partie moyenne de la cuisse.

L'amputation est pratiquée huit jours après son entrée, au tiers moyen de la cuisse ; guérison sans incidents.

L'examen de la pièce montre la présence d'un anévrisme poplité entouré d'adhérences qui rendent difficile la dissection

des artères; cet anévrisme est situé à environ 8 centimètres de la ligature pratiquée et, rempli de caillots, réalise une oblitération artérielle totale, au-dessus la fémorale est également oblitérée jusqu'au-dessous de l'origine de la fémorale profonde, au-dessous le tronc tibio-péronier, les tibiales sont aussi le siège de thrombus bouchant la lumière vasculaire.

En somme, oblitération due à un anévrisme poplité, mais débutant à la partie moyenne de la fémorale.

Obs. III. — *Oblitération de la partie moyenne de la fémorale et de la poplitée.* — P... (Jeanne) quarante-huit ans (1306) (vue avec le docteur G. Desbonnets), a été opérée cinq jours auparavant d'une tumeur des ovaires; aucun incident post-opératoire; le troisième jour après l'intervention, à 5 heures du soir, elle est prise brusquement, alors qu'elle n'a naturellement pas quitté son lit, d'une douleur dans la jambe droite, non en coup de fouet, mais plutôt avec une intensité progressivement croissante; cette douleur devient rapidement intolérable et empêche le sommeil; en même temps, la jambe devient froide au-dessous du genou et comme engourdie.

A l'examen : le membre inférieur droit, sans être paralysé, est peu mobile, il peut être levé dans son ensemble, mais le pied reste fixé en équin et ne peut être bougé isolément la palpation est très douloureuse au mollet et à la face interne de la cuisse qui est le siège d'un léger empâtement; il existe des plaques noirâtres étendues au pied, à la face interne et externe de la jambe; anesthésie presque totale en chaussette jusqu'au tiers inférieur de la jambe; la jambe est froide jusqu'à ce niveau; il n'y a pas d'infiltration du mollet; les réflexes rotuliens sont normaux, l'achilléen n'est pas recherché à cause de la douleur déterminée par la palpation.

Le cœur est rapide à 130, mais régulier; la langue rôtie, pas de température, rien ailleurs, la plaie opératoire est en excellent état; la tension est de 13,9.

Oscillométrie : bras, 3; cheville droite, 0; gauche, 2; genoux, au-dessous droite, 0; gauche, 3, au-dessus droite, 0; gauche, 3,3; cuisse à la partie moyenne droite, 2, gauche, 4.

Les fémorales sont nettement perçues des deux côtés aux plis de l'aine.

Antérieurement à cet événement, la jambe droite se fatiguait peut-être un peu plus vite, mais sans claudication nette et sans phénomènes douloureux.

L'état persiste identique; les phénomènes s'arrêtent nettement à quelques centimètres au-dessous du genou; l'oscillométrie est abolie à partir de la partie inférieure de la fémorale.

Première intervention (docteur Desbonnets); incision à la partie inférieure de la cuisse, découverte de la fémorale; elle ne bat pas et est d'une coloration violacée anormale; on la suit en haut sur 10 centimètres environ, jusqu'à ce qu'on sente les battements, sa coloration est devenue blanchâtre à peu près normale; on se trouve au niveau supérieur de l'oblitération et on résèque l'artère à partir de ce niveau jusqu'en bas de la cuisse au moment où on la perd, à l'origine du creux poplité.

L'examen de la pièce montre qu'on a atteint la limite supérieure de l'oblitération et qu'on a réséqué en tissu sain; il persiste au-dessus un caillot mou, mais l'artère est saine; en bas, au contraire, on est resté en artère oblitérée et la résection s'est faite au-dessus de la limite inférieure de l'oblitération.

Le lendemain, les douleurs disparaissent momentanément, mais les signes d'ischémie persistent identiques; la température monte à 38, le pouls est toujours rapide; des escarres font leur apparition; la limite supérieure des troubles n'a pas changé; les douleurs réapparaissent aussi intenses.

Deuxième intervention, quarante-huit heures après; amputation de la partie moyenne de la cuisse; examen de la pièce : l'oblitération se poursuit au niveau de la poplitée jusqu'au milieu de cette artère, au-dessous, avec un caillot mou récent non adhérent, les artères redeviennent perméables (1).

Obs. IV. — *Oblitération de l'artère iliaque primitive* (2). — V... (Louis) (1931), H1, 53); pas d'antécédents particuliers, deux enfants, pas d'éthylisme, fumeur modéré, pas de syphilis connue.

La veille, à midi, il a été pris brusquement de douleurs et de fourmillements dans la jambe droite, il a pu remonter chez lui, mais un quart d'heure après, il était incapable de marcher et les phénomènes constatés actuellement faisaient leur apparition.

L'examen objectif révèle les points suivants : la jambe droite est froide jusqu'au genou, les téguments sont pâles et un peu violacés, le mollet droit est plus gros que le gauche, comme tendu par une infiltration profonde, ballottant à la pression qui est très douloureuse, il existe une anesthésie à tous les modes en jambe de caleçon remontant jusqu'au tiers supérieur de la jambe; pas de troubles trophiques du pied. La motilité volontaire n'est pas abolie et le malade soulève le membre du plan du lit, mais est incapable de marcher ni de se tenir debout, le réflexe rotulien est normal, l'achilléen douteux, les orteils se mettent en flexion. Les douleurs spontanées sont intenses et empêchent le sommeil. Le membre inférieur gauche est normal; *la cuisse droite également.* Le cœur est gros et arythmique, la tension au bras est de 14/9, les pupilles sont inégales, mais réagissent, les urines renferment un peu d'albumine; il n'y a rien à signaler ailleurs.

Oscillométrie : 0 dans tout le membre inférieur droit, 1/2 du côté gauche, cuisse, mollet et chevilles.

Les jours suivants, les phénomènes augmentent, mais restent nettement *limités au-dessous du genou*; le membre est cyanosé et froid, il existe à la jambe quelques dilatations veineuses et une ébauche à la partie supérieure de coloration rosée; des plaques noirâtres font leur apparition au niveau du pied.

Le malade meurt brusquement pendant une intervention pratiquée à la partie supérieure de la fémorale; l'autopsie montre une oblitération embolique complète de l'iliaque primitive droite et l'intégrité des artères sous-jacentes.

Au point de vue séméiologique, il convient de retenir la discordance entre l'oscillométrie qui est abolie aussi haut qu'on puisse la chercher et les phénomènes vaso-moteurs douloureux et anesthésiques qui s'arrêtent au-dessous du genou; étant donné le siège de l'oblitération, la circulation de la cuisse est assurée par les artères de sa face postérieure recevant leur sang de l'hypogastrique du côté opposé, et cette circulation de suppléance ne peut aller au delà du genou, malgré l'ébauche de vaso-dilatation esquissée au-dessous de ce niveau.

Obs. V. — *Oblitération de la portion terminale de l'aorte abdominale.* — G... (Léonie), cinquante-huit ans (1931, F2, 57) : scarlatine et rhumatisme articulaire aigu de l'enfance; trois enfants vivants et sept fausses couches; mari rhumatisant; il y a deux ans, paralysie transitoire du côté gauche.

Il y a deux jours, elle a été prise subitement d'une vive douleur dans les deux jambes et n'a plus pu marcher.

On trouve à l'examen : des signes de maladie mitrale masquée en partie par une tachy-arythmie prononcée, éclat du premier bruit, souffle systolique de la pointe; les deux membres inférieurs sont froids, cyanosés et livides, il existe une hypoesthésie à tous les modes, les douleurs spontanées

(1) Cette observation sera publiée ultérieurement de façon plus complète et notamment avec des détails anatamo-pathologiques convenables; je n'en ai retenu ici que l'essentiel.

(2) Publiée dans la *Presse médicale*, 1931, p. 643.

sont intenses ; les oscillations sont abolies dans la totalité des deux membres, la tension au bras est de 14/7 avec un index de 4 ; les symptômes objectifs, cyanose livide et refroidissement atteignent des deux côtés, à peu près symétriquement, la partie moyenne des cuisses. Il n'y avait jamais eu auparavant de signes artériels, pas de claudication intermittente.

En raison du début brusque de l'existence d'une hémiplégie transitoire ancienne, de signes suffisants de lésion mitrale, on admet l'existence d'une embolie : en raison de la bilatéralité symétrique des signes, de leur extension en hauteur à la partie moyenne des cuisses, de l'absence de battements artériels aussi haut qu'on peut les explorer, on situe cette embolie dans la portion terminale de l'aorte abdominale.

Ce diagnostic fait naturellement surseoir à toute intervention et la thérapeutique demeure purement symptomatique, antinévralgique en particulier, par la morphine à hautes doses.

Les jours suivants, les symptômes s'accentuent, en conservant la même limite supérieure nette : la cyanose augmente, des plaques de sphacèle noirâtres apparaissent au niveau des pieds ; l'état général reste relativement bon ; il n'y a pas de température ; la réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang. Les symptômes persistent stationnaires pendant une vingtaine de jours, du 20 avril au 12 mai 1931, les douleurs tendent plutôt à diminuer, mais le moindre attouchement est extrêmement pénible. Les plaques de sphacèle augmentent d'intensité et d'étendue, les orteils deviennent franchement noirâtres. La malade fait brusquement une vive douleur avec refroidissement dans le membre supérieur droit, les oscillations y sont abolies, on ne sent pas les pulsations de l'axillaire, il est évident qu'elle a fait une embolie nouvelle de cette artère. Elle meurt dans la journée.

A l'autopsie : l'état des membres inférieurs interdit toute exploration de ce côté ; on trouve un caillot obstruant la lumière aortique à quelques centimètres de sa bifurcation, les artères iliaques sont libres, le caillot n'est pas adhérent, mais l'endartère sous-jacente est déjà malade, en partie détachée et infiltrée ; on trouve un caillot semblable dans l'axillaire droite ; au cœur, rétrécissement mitral très serré, coagulations intracardiaques dans toutes les cavités, adhérentes et jaunâtres ; rien à signaler aux autres organes, à part des lésions banales de stase.

En résumé, rétrécissement mitral, embolies de la partie terminale de l'aorte et de l'axillaire droite, signes sous-jacents d'ischémie et de gangrène.

On peut, à propos de ces observations, faire les remarques suivantes qui, à la vérité, ne sont peut-être pas tout à fait nouvelles, mais qui n'en restent pas moins intéressantes et utiles.

Au point de vue séméiologie fonctionnelle. — **La brusquerie du début** n'est pas un signe qui permette d'affirmer l'embolie, car on peut également la constater dans le cas d'artérite ; cette dernière peut se constituer à bas bruit, sans aucun symptôme, sans claudication en particulier, et les accidents s'installent un beau jour lorsque l'oblitération vient à être complète, en apparence brusquement. Il semble pourtant que, dans ce cas, on ne constate pas ce « coup de fouet » subit et brutal de l'embolie, mais plutôt une installation très rapide et si progressive qu'elle en paraît presque instantanée, des phénomènes fonctionnels douloureux ; il n'y a là en tout cas que des nuances qu'il n'est pas toujours possible de bien mettre en évidence.

La gangrène des orteils n'implique pas forcément, comme tendraient à le faire croire certaines règles prétendues classiques d'amputation, l'existence d'une oblitération haut située ; pour fixer le siège de cette oblitération, il est nécessaire de s'entourer d'autres éléments d'information.

Les signes d'ischémie, cyanose et lividité, refroidissement, ne dépassent pas pratiquement le genou, tant que l'oblitération siège sur la fémorale ou l'iliaque même primitive ; au contraire, s'ils dépassent le genou et à plus forte raison s'ils sont bilatéraux, on doit penser à une oblitération siégeant sur l'aorte abdominale elle-même. La raison en tient vraisemblablement à ce que la circulation peut être assurée suffisamment jusqu'au genou, par les voies collatérales de la face postérieure de la cuisse qui viennent de l'hypogastrique du même côté ou du côté opposé dans le cas d'oblitération de l'iliaque primitive.

Les troubles vaso-moteurs provoqués, méthodes de Moskowitz ou de Casaesco, sont pour la même raison sujets à caution ; et dans les mêmes conditions, ils restent limités au genou ou, au contraire, remontent au-dessus de lui.

Les troubles de la sensibilité ; les douleurs ne sont pas d'une grande utilité pour le diagnostic du siège de l'oblitération ; l'hypoesthésie satellite de l'ischémie en affecte les limites générales en restant un peu en deçà, elle paraît néanmoins remonter plus haut en cas d'oblitération iliaque que fémorale.

Une infiltration douloureuse du mollet, sorte d'œdème donnant la sensation de ballottement, semble un signe d'une oblitération siégeant sur un gros tronc artériel sus-jacent.

Au point de vue séméiologie physique. — L'oscillométrie reste une des meilleures méthodes de préciser l'existence et le siège d'une oblitération artérielle.

L'absence d'oscillations constatée en même temps que des troubles ischémiques et trophiques implique le diagnostic d'oblitération artérielle ; si les oscillations réapparaissent brusquement à un certain niveau, il est probable que ce niveau correspond à la limite supérieure de l'oblitération, mais sans qu'on puisse dire s'il s'agit d'une embolie ou d'une artérite ; on peut voir cependant avec cette constatation de la réapparition de l'oscillométrie à un certain niveau, des lésions siégeant au-dessous de ce niveau et une perméabilité artérielle suffisante dans la zone encore dépourvue d'oscillations (Obs. 1) ; enfin on sait bien que l'absence d'oscillations est parfaitement compatible avec une circulation suffisante d'un type continu différent du type discontinu normal, mais alors il n'y a pas de troubles trophiques, ces cas étant réalisés par des lésions diffuses minimes ou par un obstacle situé à l'origine même des gros troncs artériels.

La présence, par contre, d'oscillations peut coexister avec des troubles ischémiques graves, et la lésion siège alors sur les artérioles terminales.

Malgré donc sa valeur, cette méthode n'est pas d'une sûreté absolue et il est nécessaire d'en interpréter les données.

Le lipiodol intra-artériel : son injection présente l'avantage de pouvoir montrer soit une image d'arrêt nette, soit au contraire la perméabilité complète des artères, et conduire ainsi à préciser le siège comme l'absence de l'oblitération soupçonnée et dans les deux cas signalés, I (absence d'arrêt) et II (arrêt dans la cuisse moyenne), cette injection a rendu service.

Mais cette méthode peut avoir des inconvénients : la réaction douloureuse et thermique qui l'accompagne fréquemment n'est que désagréable pour le malade, mais on peut lui faire courir le risque plus sérieux de compléter une oblitération à la limite, des collatérales en particulier.

Pour cette raison, je n'estime pouvoir y avoir recours que dans les cas où l'amputation est nécessaire et où il ne s'agit que d'en préciser le niveau ; ses inconvénients n'existent plus, tandis que ses avantages persistent.

Un point douloureux précis, une zone empâtée peuvent avoir, pour indiquer le siège d'une oblitération limitée, une valeur séméiologique intéressante.

Il résulte clairement de ceci que, si le niveau supérieur d'une oblitération peut être précisé par l'oscillométrie, le lipiodol, une zone empâtée et douloureuse comparés avec les signes ischémiques, il reste impossible de préciser le niveau inférieur de cette oblitération. Ce n'est qu'au cours de l'intervention qu'on peut, par l'inspection et la palpation artérielles, par la section de l'artère montrant sa perméabilité et l'issue du sang, qu'on peut estimer avoir affaire à la zone saine sous-jacente à la lésion artérielle.

Au point de vue du diagnostic de localisation. — On peut caractériser :

L'oblitération des artérioles terminales par l'existence de troubles trophiques graves, limités aux orteils ou à la partie distale du pied, du type le plus souvent sec et momifiant, mais aussi humide et infecté (chez les diabétiques, par exemple) ; l'oscillométrie est généralement conservée, mais peut être abolie immédiatement au-dessus ou même dans une zone étendue ; le lipiodol montre la perméabilité des grosses artères.

L'oblitération de la fémorale moyenne et de la poplitée, par l'existence de signes ischémiques, ne dépassant pas le genou, la réapparition de l'oscillométrie à la fémorale supérieure, l'arrêt du lipiodol.

L'oblitération de l'iliaque primitive, par l'existence de signes ischémiques ne dépassant pas le genou, l'abolition de toute oscillation dans le membre inférieur ; il ne paraît guère possible, mais je n'ai pas d'exemples à en fournir, de différencier cette oblitération d'une analogie siégeant sur l'iliaque externe.

L'oblitération de la portion terminale de l'aorte abdominale par la bilatéralité des signes ischémiques et leur présence jusqu'à la partie moyenne ou la racine des cuisses, l'absence d'oscillations dans la totalité des deux membres inférieurs : théoriquement, une oblitération symétrique des deux iliaques primitives pourrait donner les mêmes signes.

Au point de vue du diagnostic entre embolie et artérite, il n'existe pas d'éléments caractéristiques dans les symptômes fonctionnels, ni dans les signes physiques : l'analyse minutieuse du mode de début peut fournir des présomptions, mais c'est surtout le fait d'avoir affaire à une affection emboligène qui peut faire penser à l'embolie. Ce diagnostic différentiel a d'ailleurs moins d'importance actuellement que l'artériectomie et apparaît comme le meilleur traitement des deux variétés d'oblitération pourvu qu'elles soient assez limitées.

Le diagnostic qui paraît donc être le plus important est celui du siège et de l'étendue de l'oblitération.

Au point de vue thérapeutique. — La gravité des cas signalés ou la phase tardive à laquelle ils ont été vus, n'ont laissé d'alternative qu'entre l'abstention ou l'amputation ; mais on doit en appeler de cette règle imposée par les circonstances et prétendre pouvoir être en droit de s'inspirer de directives différentes, au moins théoriquement.

Une oblitération de l'aorte terminale ou de l'iliaque primitive paraît être pratiquement au-dessus de nos ressources, surtout si on considère l'état précaire des malades qui en sont atteints et le fait que la constatation d'embolies artérielles, d'origine centrale, impose un pronostic rapidement sévère, en raison de la répétition habituelle de ces embolies.

Cependant, sur le terrain théorique, en admettant d'une part une résistance suffisante des malades et d'autre part un diagnostic assez précis et précoce, on peut concevoir, pour ces cas, un traitement qui consisterait dans la levée de l'embole ou même la résection du segment artériel malade ; les expériences de Stricker et Orban ont montré en effet la possibilité de telles interventions chez les animaux, dont même la résection du carrefour aortique en un seul temps à la condition de pratiquer simultanément une résection du sympathique lombaire pour assurer une vaso-dilatation intense et immédiate : pour le moment, ces faits restent limités à l'expérimentation, mais il n'est pas illogique d'en supposer l'application à la clinique humaine en face de cas par eux-mêmes désespérés. Le gros obstacle réside encore une fois dans le fait qu'il s'agit de malades sans résistance et atteints d'affections par elles-mêmes très graves.

L'oblitération de la fémorale ou de la poplitée, si elle est assez limitée, mais ceci ne peut se voir qu'au cours de l'intervention, serait justiciable de l'artériectomie ; elle a été tentée dans un cas. Il semble bien qu'au membre inférieur, pour des raisons qui nous échappent, cette intervention se présente dans des conditions moins favorables qu'au membre supérieur ; mais elle se légitime quand même et son échec ne fait d'ailleurs que reporter la solution à l'amputation que l'artériectomie se propo-

sait d'éviter et qui finit par s'imposer; on a tout à gagner et rien à perdre en l'essayant.

L'oblitération, enfin, des artérioles terminales ressortit à d'autres méthodes thérapeutiques qui peuvent enrayer l'évolution des accidents et éviter l'amputation ; traitements médicaux ou physiothérapiques, insuline et radiothérapie principalement, sur lesquels j'ai insisté ailleurs suffisamment pour qu'il me soit permis de passer sur eux ici. On pourra consulter, à ce sujet, une monographie de la Pratique médicale illustrée sur *Les oblitérations artérielles des membres*, Doin, 1930, et le numéro des *Questions médicales d'actualité* de septembre 1931, consacré au traitement des oblitérations artérielles des membres.

ACTUALITÉS

POUVOIR ANAGOTOXIQUE ET PHYLAXIE

Il y a longtemps que l'homme recourt aux vertus des eaux minérales; les études dont elles ont fait l'objet depuis ces cent dernières années seulement sont innombrables. Si la médecine n'en ignore pas les pouvoirs et les indications thérapeutiques, elle est mal renseignée sur leur composition et plus mal encore sur le mécanisme de leur action.

Même en se cantonnant au domaine chimique où l'on put longtemps espérer découvrir le nœud du problème, on dut bien se rendre compte, à mesure même que devenaient plus précis les modes d'investigation chimique, que l'eau minérale était un mélange d'une complexité déconcertante et qui de ce fait même ne se trouvait en aucune façon à l'état statique mais bien au contraire dans un équilibre chimique essentiellement instable et que la composition de l'eau minérale au moment de l'analyse ne permettait en rien, à la façon dont il est classique de la représenter, d'inférer ce que pouvait devenir cette eau et moins encore ce qu'elle avait pu être au moment du jaillissement.

Les progrès des sciences physiques et chimiques en ces dernières années n'ont guère apporté de correctif à notre embarras; ils ont plutôt montré l'existence de nouvelles inconnues et augmenté la complexité des données.

Aussi l'observation clinique et l'empirisme thérapeutique continuent à régner en maîtres dans le domaine de la médecine thermale sans heureusement que les malades semblent trop pâtir des lacunes de nos conceptions théoriques.

Depuis ces derniers temps la liste déjà respectable des propriétés reconnues aux eaux minérales s'est encore allongée, grâce aux travaux de Billard (de Clermont-Ferrand). Les faits qu'il a observés et que d'autres après lui ont pu constater dépassent les limites de la simple hydrologie et paraissent se rattacher à certaines lois encore mal connues de physiologie générale. Peut-être même, des problèmes de portée aussi étendue que celui de l'anaphylaxie sont-ils susceptibles de s'en trouver par quelque côté éclairés.

A vrai dire les eaux minérales ne sont pas l'origine première des recherches de Billard.

De son aveu même, c'est avec une curiosité particulière que cet auteur avait noté certaines observations faites par des bergers du Limousin, observations qu'il se mit en devoir de vérifier et dont il put constater le bien-fondé.

Lorsque les animaux au pâturage ont absorbé une certaine quantité de pousses vertes de genêt à balais, on les voit présenter les signes, bien connus des bergers, d'une intoxication bénigne relevant à n'en pas douter de la spartéine absorbée ainsi par leur pâture. Ils sont « gourds » selon l'expression des bergers. Cet état de mal spartéinique est sans gravité ni durée et ne paraît guère préoccuper les pâtres. Mais il comporte un corollaire à la fois curieux et utile : tout le temps que dure l'intoxication spartéinique, les bestiaux sont réfractaires au venin de vipère. Il va de soi que la condition première de semblables constatations est la bénignité de l'intoxication spartéinique.

Billard eut donc la curiosité de renouveler l'expérience; il réalisa chez le cobaye par injection sous-cutanée une intoxication spartéinique bénigne, cliniquement comparable à celle des animaux en pâture, et put constater qu'une dose de venin de vipère cinq fois supérieure à la dose minima mortelle pour un cobaye de même poids (et parfois même une dose encore plus élevée) demeurait sans effet. Les résultats étaient identiques soit que l'on eût pratiqué l'injection de spartéine quelque temps avant l'envenimation, soit qu'on eût injecté en une fois spartéine et venin, préalablement mélangés en proportion convenable dans la seringue.

Il ne semble malheureusement pas que l'on puisse baser sur ces faits aucune méthode pratique de traitement des morsures de serpent venimeux. L'injection de spartéine pratiquée après l'envenimation paraît, même à forte dose, d'un effet infidèle et l'action ne s'en fait en tout cas sentir que si la quantité de venin ne dépasse pas la dose minima mortelle.

Il est à noter que dans les cas de préservation, ce sont les effets de la neurotoxine du venin qui semblent neutralisés plus que tous autres. Neurotoxine et spartéine ont en effet parmi leurs propriétés des effets curarisants comparables. Flexner et Noguchi, Calmette, Dodel ont pu constater que les émulsions de substance cérébrale de divers animaux neutralisaient la toxicité du venin qu'on y mélangeait et qu'un tel liquide filtré ou centrifugé et injecté aux animaux demeurait inoffensif. (A noter que seul le tissu cérébral du porc, animal réfractaire au venin de vipère, ne fixe pas le venin.) Billard put constater aussi l'affinité de la spartéine pour certaines substances contenues dans une émulsion de tissu cérébral; le porc ne se distingue pas, en ce qui touche la spartéine, des autres animaux.

Aussi Billard admit-il que l'analogie de la neurotoxine et de la spartéine s'étendait plus loin que leurs propriétés curarisantes; qu'en raison d'affinités propres elles se fixaient *in vivo* sur la substance nerveuse à la façon d'une teinture et que la fixation préalable d'une des substances empêchait la fixation ultérieure de l'autre.

Il n'y a pas neutralisation réciproque de la spartéine et de la neurotoxine; celle qui diffuse le plus vite conquerrait un droit de cité exclusif. Sans doute les vitesses de diffusion diffèrent-elles relativement peu puisque l'injection du mélange des deux produits est sans effet nocif au même titre qu'avec une spartéinisation préalable. Les vitesses diffèrent pourtant assez pour qu'une précision trop grande de l'envenimation rende la spartéinisation ultérieure sans effet.

En raison de l'importance qu'il tendait à donner à la vitesse de diffusion, Billard rechercha la possibilité d'en augmenter la grandeur pour la spartéine en lui donnant comme solvant et véhicule une solution cristalloïde qui, à la concentration où on peut l'introduire dans l'organisme, possède une grande vitesse de diffusion osmotique. Pour abréger ses recherches préliminaires, Billard choisit comme solution d'électrolytes les mélanges pour nous encore mal définis mais à coup sûr complexes que sont les eaux minérales. L'Auvergne en est richement pourvue et sans doute il serait possible d'analyser le mode d'action de celles des eaux dont l'action d'ensemble se serait montrée répondre aux espoirs formés.

Mélangée à l'eau de Châtel-Guyon, de Royat ou de Saint-Nectaire, la spartéine ne se montra guère plus diffusible que dans le sérum physiologique. Le mélange avec l'eau de la Bourboule ou du Mont-Dore donna au contraire un résultat inattendu : de façon constante, les cobayes en expérience échappaient aux accidents habituellement provoqués par la dose de spartéine injectée. Les eaux minérales avaient donc vis-à-vis de cet alcaloïde le même pouvoir protecteur que la spartéine elle-même vis-à-vis du venin de vipère.

Billard rechercha alors s'il existe d'autres eaux minérales qui puissent donner une protection analogue contre les toxines agissant sur le système nerveux vis-à-vis de la neurotoxine du venin de vipère, il constata que le mélange *in vitro* avec l'eau de Châtel-Guyon (Gubler) même longtemps conservée en bouteille était sans action nocive à condition que l'eau fût limpide. Lorsque toutefois ils meurent, les animaux succombent non pas aux effets de la neurotoxine mais du fait des hémorragies. M. Phisalix a montré en effet l'abondance des hémorragines dans les venins des vipéridés.

La toxine diphtérique et la toxine tétanique ont, elles aussi, une affinité particulière pour le système nerveux. Billard observa une action empêchante de l'eau de Châtel-Guyon (Gubler) et de Saint-Nectaire (Parc, Rocher) sur la toxine diphtérique. Pour la toxine tétanique, c'est l'eau de la Bourboule (Choussy) qui paraît la plus active. Nicolle avait depuis longtemps parlé d'un « temps mort » dans l'intoxication tétanique. Pendant ce temps, l'eau de la Bourboule garde son activité à condition que la dose soit proportionnée à la quantité de toxine administrée d'abord; le moment optimum semble être six heures environ après l'injection de toxine.

Des expériences complémentaires montrèrent aussi qu'un mélange Choussy-spartéine-venin n'avait aucune action empêchante sur ce dernier; l'animal en expérience meurt avec les symptômes habituels de l'envenimation.

Billard constata aussi que des injections d'eau de Saint-Nectaire suffisantes à empêcher l'intoxication diphtérique et pratiquées de deux heures en deux heures agissent surtout entre la cinquième et la dixième heures comme si la toxine demeurait jusqu'à ce moment fixée localement sans diffuser.

Avec la toxine tétanique à dose non mortelle, l'injection d'eau peut encore éviter les accidents lorsqu'elle est faite dix heures après l'intoxication.

Sur les mêmes animaux, avec une dose mortelle, il peut y avoir survie de l'animal s'il a reçu, les jours précédents, une dose non mortelle, qui a pu l'immuniser et l'eau minérale est sans doute superflue. Mais chez les sujets ayant reçu en même temps de l'eau minérale, la première dose détruite n'a engendré aucune immunité et la mort peut survenir lors de la deuxième expérience avec une forte dose de toxine si cette dernière n'est pas exactement contrebalancée par une dose suffisante d'eau minérale.

De tous ces faits, Billard tirait donc la conclusion que ces diverses substances étaient dans certaines conditions douées vis-à-vis d'autres du pouvoir de neutraliser l'intoxication en puissance et il dénomma ce pouvoir : pouvoir « anagotoxique ».

Comment en expliquer le mécanisme? Billard fait intervenir ici ce qu'il dénomme la « phylaxie ». Ce terme exprimerait, selon lui, l'état particulier d'immunité d'un organisme animal qu'un premier poison immuniserait, d'une façon rapide et d'ailleurs transitoire, contre les effets d'une autre substance, toxique elle aussi. Malgré les analogies partielles relevées dans les effets de certaines de ces substances, il faudrait distinguer la phylaxie de l'immunité vraie en raison de sa rapidité d'apparition, de sa brièveté et surtout de sa non-spécificité. Les deux substances entre lesquelles intervient l'action empêchante sont habituellement très différentes.

C'est pour expliquer ces particularités que Billard à la suite des expériences auxquelles nous avons fait allusion, faisait intervenir la fixation « tinctoriale » sur une substance nerveuse, dont l'aptitude réceptrice se trouverait ainsi pour un temps émoussée.

Même en admettant un tel mécanisme, il reste à connaître ce qui le met en jeu. La radioactivité ne peut entrer en ligne de compte même avec des eaux minérales lorsqu'elles ont longtemps séjourné en bouteille; non plus que l'adsorption puisqu'une filtration sur collodion ne change rien au pouvoir anagotoxique; ni le degré d'alcalinité à lui seul puisque les effets observés ne paraissent pas lui être proportionnés.

Aussi Billard admettait-il une combinaison de la substance protectrice avec les lipoïdes du système nerveux, combinaison transitoire mais suffisant à empêcher la fixation ultérieure d'un toxique. Il avait observé l'action protectrice du chloroforme vis-à-vis du venin de serpent et l'on connaît l'affinité du tissu nerveux des centres pour cet anesthésique. On

connaît aussi depuis Besredka son pouvoir protecteur contre l'apparition du choc anaphylactique. Et l'on pourrait imaginer qu'il existe là un point de rapprochement entre phylaxie et anaphylaxie.

Quelles substances entrent en jeu dans une telle combinaison? On a pensé que ce pouvaient être les colloïdes contenus dans les eaux minérales. Des auteurs comme Violle ne leur prêtent guère qu'un rôle très accessoire et considèrent que les cristalloïdes ont un rôle de beaucoup prépondérant.

Les études d'autres auteurs ont d'ailleurs montré que le phénomène de phylaxie pouvait être d'un ordre beaucoup plus général qu'on ne le pensait d'abord. Les travaux de Dodel ont montré que des substances chimiques définies pouvaient l'engendrer et sans même qu'on ait à faire intervenir le tissu nerveux (action empêchante sur l'hémolyse spartéinique du formol, de l'oléate de soude, etc...); ils ont montré aussi que certains corps non seulement n'empêchaient pas l'action des poisons mais la favorisaient. En sorte que tous les tissus pourraient présenter, en plus ou en moins, des variations de leur état phylactique : tout dépendrait des facteurs en jeu.

On a ainsi constaté le pouvoir de diverses eaux minérales vis-à-vis de divers toxiques et aussi de diverses anaphylaxies expérimentales et pu relier entre eux un certain nombre de faits disparates antérieurement connus. Il ne nous est pas possible d'analyser plus longuement ici d'autres recherches déjà nombreuses (Pérrin et Abel, Perrin et Cunéo, Violle, Giberton). Allant plus loin encore, certains de ces auteurs ont vu que l'on pouvait dans certaines conditions protéger un organisme sans recourir au mélange mal défini et instable qu'est une eau minérale. On pourrait arriver au même résultat en employant des solutions simples, sels de fer, de manganèse, de calcium surtout, ce dernier en particulier sous forme de sulfate. Ces dernières contestations nous ramèneraient bien près des antidotes d'antan.

Ce sont des faits qui méritent plus ample étude et sur la valeur desquels on ne peut encore se prononcer ni quant à leur mécanisme ni quant à leur cause première. Sans doute, permettront-ils d'étendre et de systématiser ce qui n'est encore pour nous qu'empirisme, de compléter certaines indications thérapeutiques et créer un lien logique entre des domaines jusqu'ici séparés.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 8 MAI 1931)

Absence congénitale des deux médius chez un sujet atteint de maladie de Recklinghausen. — M. DUCAMP, Mme LONJON et M. CADÉRAS.

Evolution de la dépression neuro-tensionnelle dans la fièvre typhoïde à rechutes. — MM. A. PUECH, J. VIDAL et P. RIMBAUD ont constaté que l'ensemble symptomatique décrit par Dumas (de Lyon) sous le nom de dépression neuro-tensionnelle (diminution des réflexes associée à un abaissement de la tension artérielle) avait persisté dans un cas de fièvre typhoïde où ils l'avaient observé, dans les périodes d'apyrexie qui ont séparé deux rechutes successives. Les réflexes n'ont repris leurs caractères normaux qu'au moment de la guérison définitive. La persistance d'un état de dépression neuro-tensionnelle serait donc peut-être susceptible de laisser présager la recrudescence d'un épisode infectieux apparemment guéri.

Tumeurs malignes de l'ethmoïde et du testicule chez un tuberculeux pulmonaire. — MM. TERRACOL, AUGÉ, GUIBERT et SAGOLS.

Stabilisation rapide d'une tuberculose pulmonaire commune extensive au cours d'un traitement par la bulbocapnine. — M. R. AMAT (de Saint-Jodart).

(SÉANCE DU 15 MAI 1931)

Tumeur de la surrénale. (*Présentation de malade.*) — MM. LEENHARDT, J. CHAPTAL et P. MAS.

Un point de technique dans la réduction du paraphimosis. — M. E. ETIENNE.

Corps étranger végétal de la trachée chez un enfant de dix-huit mois. Extraction. — MM. TERRACOL, MILLET et SAGOLS.

Curiethérapie des épithéliomas cutanés du nez. Résultats obtenus depuis 1924 au C. A. C. de Montpellier. — MM. LAMARQUE et J. HÉRAN. Sur les 27 cas d'épithéliomas cutanés du nez que les auteurs ont irradiés, 22 ont été cicatrisés, 15 cas ont été traités il y a six ans au moins, et 12 d'entre eux demeurent guéris en 1931.

Les irradiations de dose moyenne et durant un temps d'application prolongé ont été employées.

La radiumpuncture a paru donner des résultats plus rapides et plus durables que les applications en surface.

La radio-sensibilité des épithéliomas n'est nullement liée à la nature histologique de ceux-ci.

Spino-cellulaires traités.....	11	guéris..	8
Baso-cellulaires traités.....	8	guéris..	6
Métatypiques mixtes traités.	8	guéris..	8

Les auteurs insistent sur la persistance et la stabilité des cicatrisations obtenues par la curiethérapie dans les épithéliomas cutanés du nez.

Cancer du rein ayant provoqué une bascule pyélique intrarénale. Pyélographie. Néphrectomie. Guérison. — MM. E. JEANBRAU, E. TRUC et J. HÉRAN. Dans un cas de cancer du rein que les auteurs ont eu l'occasion d'observer, la pyélographie montrait un bassinet dont le bord interne était devenu supérieur et l'extrémité supérieure externe. En réalité, la position et l'orientation du rein étaient normales, comme l'intervention permit de le voir; la tumeur avait par son développement refoulé et déplacé en bloc l'appareil pyélocaliciel.

Insuffisance cardiaque à forme de collapsus subaigu. Enorme dilatation du système veineux. — MM. A. PUECH, J. VIDAL et P. RIMBAUD ont observé à l'autopsie d'un malade ayant succombé à une asystolie irréductible à type de collapsus subaigu une dilatation véritablement étonnante des gros troncs veineux. Ils pensent que ces constatations qui contrastaient avec les signes périphériques relativement peu accentués de l'insuffisance cardiaque s'accordent avec le rôle

attribué par Laubry à la circulation de retour dans la pathogénie de certains syndromes cardio-vasculaires.

Périsplénite noduleuse chronique. (*Présentation de pièces.*) — MM. A. Puech, J. Vidal et P. Rimbaud.

Rupture de grossesse extra-utérine. (*Présentation de pièces.*) — M. P. Lonjon.

(Séance du 22 mai 1931)

L'infection de la paroi dans l'appendicectomie. — M. E. Etienne.

Sur un cas d'ostéome des sinus frontaux. — MM. Terracol et Lamarque.

Néphrite azotémique avec rétention chlorée sèche chez un nourrisson de dix jours. — MM. E. Leenhardt, J. Chaptal et M. Dufoix.

(Séance du 29 mai 1931)

Myopathie chez un enfant antérieurement atteint de paralysie infantile. (*Présentation de malade.*) — MM. E. Leenhardt, J. Chaptal et P. Mas.

Sur la géométrie du gland et son rôle dans le coït. — M. Amans.

Quelques réflexions à propos de deux cas de radionécrose tardive. — M. Lamarque.

A propos de l'immobilisation de l'épaule dans la scapulalgie. — MM. Massabuau, Guibal et Bétoulières.

Annuaire médical de Marseille et de la Provence 1931.

Cet annuaire du docteur Porcheron, très précis parce qu'il est régional, contient en un format commode (440 pages) tous les renseignements relatifs au Corps médical de six départements : Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Corse, Var, Vaucluse et Principauté de Monaco. Il paraît pour la quatorzième fois, ce qui est le meilleur indice de son utilité et de sa vitalité.

Au début de l'ouvrage, on trouve, en une page spéciale, tous les postes vacants de la région : médecins, sages-femmes, dentistes, pharmaciens. Dans le corps de l'ouvrage, liste complète des sanatoriums français. Prix : 15 fr. 50, contre remboursement; ou 14 francs par mandat et chèque postal à éditions « Quo Vadis », 107, rue Paradis, Marseille, C. C Postal, 108-43.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Physiopathologie de la thyroïde. Diagnostic et traitement des goitres, par Lucien Dautrebande, de la Fondation Reine Elisabeth, membre correspondant de l'Académie royale de Belgique. Un volume de 326 pages avec 36 fig. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANTHRAX

DEFINITION

Inflammation de plusieurs follicules pilo-sébacés, agglomération de furoncles, réalisant une tumeur inflammatoire étendue avec des *signes généraux graves* sur des terrains tarés (*diabète*).

ÉTIOLOGIE

La même que celle du furoncle.
— Microbe : staphylocoque doré.
— Porte d'entrée : follicule pilo-sébacé.
— Causes favorisantes : irritation, malpropreté.
— *Terrain particulier* :
Débilités, cachectiques,
Alcooliques,
Surtout *diabétiques* (anthrax révélateur).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux points particuliers :
— Multiplicité des infections folliculaires (amas de furoncles),
— Extension constante au derme avoisinant avec petits abcès

SYMPTOMES

Début. — **Signes fonctionnels.** — Beaucoup plus intenses que ceux du furoncle.
— Prurit, tension, chaleur. Puis douleur cuisante, exagérée par contact, frottement, entraînant des attitudes antalgiques, de la gêne fonctionnelle.

Signes généraux souvent marqués :
— Céphalée, courbature, anorexie,
— Fièvre (38°-38°5).

Signes physiques. — A l'examen, en une région variable (nuque, fesse, dos).

Inspection. — Placard rouge, vineux, *surélevé*, véritable tumeur de dimensions variables (œuf, paume) ;
— Quelques traînées de lymphangite périphérique, mais néanmoins limites nettes;
— Souvent déjà, quelques phlyctènes à la surface.

Palpation. — Douleur intense;
— *Induration*, mais assez limitée.

Période d'état. — **Signes physiques.** — L'aspect est très modifié :
— Placard plus étendu, plus saillant, plus violacé;
— Phlyctènes rompues, découvrant les *bourbillons* : petites ulcérations cratériformes avec points jaunâtres, cernées de rouge (« guêpier de furoncles »).

Signes généraux augmentent d'intensité jusqu'à la phase d'ouverture, puis rétrocèdent.
— Plus violents chez les débilités. Plus tard :

1. Élimination. — Confluence des ulcérations par sphacèle du derme intercalaire, d'où vaste ulcération en cratère, à fond grisâtre, sanieux, à pourtour rouge violacé.
Avec suppuration abondante. Enfin :

2. Réparation. — En quelques jours l'ulcération se remplit de bourgeons charnus.
Cicatrisation en quinze, vingt jours : cicatrice rétractée, beaucoup plus petite que l'anthrax, blanche, scléreuse, indélébile.

FORMES CLINIQUES

1° **Anthrax diffus.** — Anthrax ligneux.
Terrain. — Vieillards cachectiques;
Diabétiques. D'où :
Gravité extrême.

Début. — **Signes fonctionnels** très intenses.

Signes généraux d'emblée violents :
— Prostration, *adynamie*, délire;
— Fièvre élevée ou au contraire hypothermie (36°, 35°5), avec pouls petit, rapide;
— Oligurie avec albuminurie (rechercher la glycosurie et surtout l'acidose).

Signes physiques. — Placard rouge et dur, mais *non limité.* Lymphangite diffuse.

Période d'état. — **Signes généraux** augmentent encore :
— Température à 40 degrés;
— Pouls petit, arythmique;
— Anorexie, diarrhée;
— Délire, agitation ou au contraire somnolence.

Signes physiques. — Vaste placard violacé, très étendu, de consistance ligneuse.
Souvent plusieurs orifices à fond bourbillonneux avec suppuration abondante.

ÉVOLUTION

Toujours très grave.
1. Localement : escarres étendues et profondes;
2. *La mort* est fréquente par *complications* :
— *Coma diabétique* surtout;
— Bronchopneumonie;
— Défaillance cardiaque.
3. Ceux qui guérissent :
— Ulcération très vaste, la réparation demande des semaines.

2° **Autres formes plus rares.** — 1. *Anthrax de la lèvre supérieure* ou de la face. Craindre la phlébite de la veine angulaire puis des sinus craniens.
2. *Anthrax gangréneux* (diabétiques).

COMPLICATIONS

Elles se voient surtout dans l'anthrax ligneux.

1. **Locales.** — Phlegmon sous-anthracoïde;
— Lymphangite, adénite suppurée;
— Phlébite (surtout à craindre à la face).

2. **Générales.** — Conditionnées souvent par le terrain
— Septicémies, endocardites;
— Broncho-pneumonies;
— Phlegmon périnéphrétique.

DIAGNOSTIC

Très facile. On peut discuter avec :

1. Périfolliculite agminée;
2. Plaque de lymphangite;
3. Pustule maligne (œdème mou, escarre centrale);
4. Phlegmon sous-cutané : pas d'induration de la peau, fluctuation. Mais anthrax peut se compliquer de phlegmon.
5. Erysipèle : mais pas de bourrelet.

Rechercher toujours la *glycosurie*, l'acidose. Faire une glycémie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 69. — SAMEDI 29 AOUT 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 29 AOUT 1931. — N° 69.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Neurologie et psychiatrie, par M. J. Lhermitte.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
BIBLIOGRAPHIE
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Le jeudi 18 février 1932, un concours aura lieu à l'hospice général à 16 h. 30, pour la nomination d'un médecin-adjoint des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Par décret en date du 13 août, MM. Ménétrier, Sébileau et Vaquez, anciens professeurs de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

HÔPITAUX MILITAIRES. — Le septième alinéa de l'article premier du décret du 15 juin 1920, modifié par le décret du 12 mai 1925, est abrogé et remplacé par le suivant :

« Les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux militaires sont, en principe, tenus d'accomplir deux ans de service médical de corps de troupe dans chacun des grades de médecin capitaine et de médecin commandant. Il ne pourra être dérogé à ces prescriptions, dans chaque cas particulier, que par décision spéciale du ministre de la guerre. »

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine marchande. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Picot (de Marseille).

GUERRE. — Service de santé. — Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, et par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant. — MM. les médecins auxiliaires : Lembeye est affecté à la 18e région; Dejean, affecté à la 16e région; Jaudel, Pineau-Valencienne et Stephan affectés à la région de Paris.

— Sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé, et par décision du même jour sont maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin lieutenant. — MM. les médecins sous-lieutenants : Petit, Bougeot, Perée, Palau, Baisset, Sicault, Dieuzeide, Chalencon, Rivière, Bourdin, Anselme, Davioud, Decourt, Chaouat, Hamon, Baron, Buisson, Régis, Marion, Boiffin, Morvan, Auchel, Petit, Floucaud de Fourcroy, David, Fauvert, Fleury, Gavois, Noger, Sergent, Guyon, Bréhant, Potentier, Chicandard, Dublineau, Vedrunes, Bazin, Becardit, Winstel, Faure, Sée, Thiriet, Muller, Boehler, Delaporte, Lehmann, Marcel, Danes, Dupire, Lambret, Masson, Martin, Sizaret, Bonnet, Horning, Jung, Oppenheimer, Versmee, Cordier, Delaborde, Duguyot, Thuet, Ragu, Moricard, Antoine, Burgeat, Elbaz, Martin, Minaud, Novat, Talfumier, Lussac, Miramont de Laroquette, Porcher, Alquier, Barraille, Froment, Misermont, Ricaud, Caillibaud, Larribère, Ledoux, Magimel-Pelonnier, Héraud, Ramie, Bérard, Montero, Delebecque, Poumier, Martinet, Metais, Prigent, Chevalier, Tonnel, Trombetta, Schatz.

PRIX INTERNATIONAL DE MÉDECINE DU TRAVAIL. — L'Institut royal Lombard de Sciences-Lettres décernera un prix de 10.000 lires à l'auteur d'une étude qui apportera une contribution importante à un point de la médecine du travail.

Le concours est ouvert jusqu'au 31 décembre 1931.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cours de radiologie clinique. — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le lundi 5 octobre 1931, à 18 h., à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, une série de 12 leçons consacrées à l'exposé des « Notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique ».

Ces leçons seront accompagnées de projections. A la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés individuellement à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables au radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

— COURS DE CHIRURGIE OCULAIRE. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Regault et de MM. Velter, professeur agrégé, Casteran, Veil, Renard, Jean Blum, Dollfus et Mlle Braun, chefs de clinique, commencera le vendredi 23 octobre, à 10 h., un cours de chirurgie oculaire.

Le cours, complet en douze leçons, aura lieu, matin et soir, pour les leçons théoriques à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu); pour les exercices pratiques au laboratoire de la Clinique ophtalmologique ou à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine.

Les leçons seront illustrées par une série de projections en couleur; des séances opératoires spéciales permettront aux élèves de se familiariser avec l'application des techniques nouvelles (techniques chirurgicales et diathermie). Une visite à l'Institut du Radium, précédée d'une leçon de M. le professeur Regault, aura lieu pendant la durée du cours.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 fr. Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 h., ou à la Salle Béclard, Faculté de médecine (A. D. R. M.).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — NOUVELLE RELATION RAPIDE ENTRE PARIS, LE LANGUEDOC ET L'ESPAGNE. — Depuis le 1er juillet, le rapide n° 11 (1re et 2e classes, salon Pullman de 1re classe, wagon-restaurant) en correspondance à Avignon avec l'express 1513 sur Nimes, est relié par son intermédiaire à cette dernière gare, avec le rapide de toutes classes 1519 (Marseille-Bordeaux) comportant des voitures directes pour Port-Bou (frontière espagnole). On a établi ainsi une relation très rapide entre Paris, le Languedoc et l'Espagne via Port-Bou.

Départ de Paris P.-L.-M., 11 h.; Lyon-Perrache, 17 h. 57; Avignon, 21 h. 27 et Nimes, 22 h. 25.

Arrivée à Montpellier, 23 h. 11; Sète, 23 h. 49; Béziers, 0 h. 43; Narbonne, 1 h. 09; Barcelone, 7 h. 53.

LIVRES NOUVEAUX

Physiopathologie de la thyroïde. Diagnostic et traitement des goitres (1), par Lucien DAUTREBANDE, de la Fondation Reine Elisabeth, membre correspondant de l'Académie royale de Belgique.

Destiné au médecin comme au physiologiste, cet ouvrage expose dans une première partie la physiologie normale et pathologique de la thyroïde dans ses rapports avec la composition chimique de la glande, son histologie, le métabolisme général, le métabolisme spécial des différents éléments nutritifs, etc.

Dans chacun de ces chapitres, l'auteur apporte des vues originales et neuves ou combat, avec des arguments basés sur les dernières acquisitions de la physiologie, les conceptions anciennes concernant l'hyperthyroïdie. C'est ainsi qu'il met en doute l'antagonisme supposé de la thyroïde et du pancréas. De la même manière, par l'étude de ce qu'il a appelé le coefficient métabolique des protéines, il montre que les conditions dans lesquelles un hyperthyroïdien peut faire du déséquilibre azoté n'ont rien de spécifique. Enfin, dans un chapitre consacré à la circulation, il observe le retentissement que peut avoir sur le débit cardiaque et le travail du cœur l'hyperthyroïdie.

Chacun de ces sujets est passé au crible de la critique et cette première partie constitue un tout vivant et rigoureusement ordonné.

Dans une seconde partie consacrée à la clinique, l'auteur développe sa classification physiopathologique des goitres et étudie successivement l'hypothyroïdie, le goitre endémique, le goitre simple, les adénomes simples et toxiques, les kystes thyroïdiens et enfin la maladie de Basedow. Son exposé méthodique et simple encore que chargé de faits, constitue un plaidoyer motivé en faveur d'une classification nouvelle des états hyperthyroïdiens.

Du point de vue thérapeutique, l'auteur après avoir critiqué au moyen de documents personnels les différents modes de traitement des goitres, apporte ici la synthèse de ses travaux bien connus sur le traitement iodé prolongé de l'hyperthyroïdie qu'il a été le premier à codifier.

Une abondante bibliographie termine l'ouvrage.

L. G.

(1) Un volume de 326 pages avec 36 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le plus beau souvenir de l'Exposition coloniale : « Hommes et bêtes des Colonies françaises » (2).

Notre confrère vient de faire paraître sous ce titre, un numéro hors série. C'est un chef-d'œuvre de présentation tant au point de vue de la mise en page que des documents qu'il contient.

En 67 photographies artistement présentées, il évoque les principaux types d'hommes et d'animaux des Colonies françaises.

Lorsque l'Exposition aura fermé ses portes, tout le monde pourra, en feuilletant les pages de cet album, se remémorer d'agréables souvenirs. Quant à ceux qui n'auront pu se rendre à l'Exposition, ils auront ainsi sous les yeux un aperçu de ce qu'elle évoquait.

Nous engageons vivement nos lecteurs à se procurer ce superbe album.

(2) Prix : 4 fr. — *L'Animateur des temps nouveaux*, 37, rue de Liége, Paris (VIIIe).

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Par le docteur J. LHERMITTE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HOSPICE PAUL BROUSSE

SÉMIOLOGIE

Révision des paralysies des mouvements associés des globes oculaires. (Th. Alajouanine et R. Thurel *Revue neurol.*, fév. 1931.) — Dans cet important mémoire, les auteurs rappellent les diverses opinions qui ont été exprimées sur la pathogénie du syndrome de Parinaud et, d'un point de vue plus général, des paralysies de fonction des yeux. Les faits expérimentaux et anatamo-cliniques permettent maintenant de décrire deux types de paralysies des mouvements associés des globes oculaires : 1° les paralysies avec conservation de l'activité réflexe et 2° les paralysies supprimant à la fois les mouvements volontaires et les mouvements réflexes. Les paralysies des mouvements volontaires isolés ont pour substratum des lésions qui détruisent des centres psycho-moteurs du regard ou des voies qui en émanent. Ces centres se trouvent situés au-devant de la circonvolution motrice ou précentrale. Il existe, d'autre part, des localisations distinctes pour chacun des mouvements du regard. La paralysie isolée des mouvements volontaires de verticalité ne relève pas, selon les auteurs, de la lésion localisée des centres du regard. Généralement, il s'agit de sujets affectés par un syndrome pseudo-bulbaire et les lésions sont diffuses qui déterminent une dégénération pyramidale bilatérale. Il est difficile, sinon impossible, d'expliquer cette paralysie par les altérations différentes de celles des voies motrices. Or, la dégénération pyramidale est la seule que l'on constate.

Quant aux paralysies qui suppriment à la fois les mouvements volontaires et les mouvements réflexes, elles relèvent généralement d'altérations très franches des noyaux oculomoteurs. La paralysie complète du regard est tout à fait exceptionnelle, et pour la déterminer il faudrait admettre une atteinte de la commissure postérieure, ainsi que des deux faisceaux longitudinaux postérieurs. La paralysie complète des mouvements verticaux avec abolition ou non de la convergence relève d'une destruction quadrigéminale et de la commissure blanche postérieure. Les paralysies mésocéphaliques dissociées, c'est-à-dire dans lesquelles certains mouvements réflexes sont abolis alors que d'autres sont conservés, plaident nettement contre l'hypothèse des centres coordinateurs supranucléaires. Selon les auteurs, cette hypothèse doit être supprimée, car elle n'est plus utile à la compréhension des paralysies de fonction.

Symptomatologie des lésions cérébrales situées dans le territoire de passage entre le lobule pariétal inférieur et la circonvolution occipitale moyenne (Syndrome : agnosie digitale, troubles de l'orientation droite-gauche, agraphie et acalculie). (Gerstmann. *Nervenartz*, vol. 3, p. 691, 1930.) — Depuis quelques années, dans les pays de langue allemande, plusieurs travaux fort intéressants ont démontré l'existence d'une agnosie localisée très curieuse et que l'on appelle aujourd'hui « l'agnosie digitale ». Celle-ci consiste dans ce fait que le malade est dans l'incapacité de nommer et de choisir au commandement les différents doigts qu'on lui présente. Cette agnosie se réalise aussi bien vis-à-vis de la main même de sujet que de celle de l'observateur. A ceci s'ajoute généralement l'agraphie et le trouble du schéma corporel décrit par Schilder. Cette dernière perturbation se reconnaîtra à ce que le sujet est dans l'incapacité de désigner rapidement le côté droit ou gauche de sa propre personne ou du sujet qu'on place devant lui. Dans tous les cas publiés, la lésion siège dans le point de passage qui réunit le gyrus angulaire et la deuxième circonvolution occipitale et toujours cette altération frappe le cerveau gauche. A cette règle, il y a cependant une exception montrée par Pötzl, mais il s'agissait ici d'une tumeur de l'hémisphère droit chez un droitier; mais l'on sait que les néoplasies intracraniennes ne bornent pas leur action au point directement comprimé et exercent une influence quelquefois très considérable par laquelle peuvent s'expliquer certains symptômes atypiques.

CERVEAU

Encéphalite périxiale diffuse (Maladie de Schilder-Foix). (L. Coenen et Léon Mir. *Encéphale*, mai 1931, p. 357.) — Depuis quelque dix ans, un grand nombre d'observations ont démontré la réalité d'une maladie nerveuse spéciale caractérisée par une dégénérescence très profonde de la substance blanche de la masse hémisphérique. A cette lésion capitale s'ajoutent parfois des dégénérations dans le tronc cérébral et même la moelle épinière. Le tableau clinique de cette maladie se montre extrêmement changeant et divers ; et d'ailleurs les constatations anatomiques ne se superposent pas exactement. Dans le cas de l'auteur, non seulement les cylindraxes et les gaines de myéline sont dégénérés comme dans tous les exemples de la maladie de Schilder, mais encore la névroglie présente des altérations de toute première importance. Ces lésions intéressent les trois variétés de névroglie : les astrocytes, la microglie; l'oligodendroglie. La microglie forme les corps granuleux, l'oligodendroglie présente un gonflement de son protoplasma et les astrocytes forment, par leur prolifération et leur hyperplasie, un treillis extrêmement épais.

Selon les auteurs, l'étude histologique porte à penser que la maladie de Schilder répond à une lésion qui porte d'abord sur l'oligodendroglie. Les lésions de ces variétés de névroglie aboutissent, par des modifications du métabolisme lipoïdique, à la démyénilisation des fibres nerveuses.

Recherches sur la circulation cérébrale. (Keller. *Naunyn-Schmiedebergs Arch.*, vol. 154, p. 357, 1930.) — Existe-t-il une autonomie des vaisseaux cérébraux? Le problème de la circulation cérébrale est encore aujourd'hui des plus discutés, du moins pour ce qui a trait aux modifications de la perméabilité vasculaire sous l'influence d'une excitation nerveuse et de l'introduction dans l'organisme de substances vago ou sympatho-toniques. L'auteur montre ici que l'injection de petites doses d'adrénaline dans le sang diminue la circulation du côté de l'injection. Il existe donc une influence de

certaines drogues sur la contraction des vaisseaux et, par conséquent, sur la perméabilité de ceux-ci. L'histamine ou les substances qui possèdent la même action pharmaco-dynamique, détermine, dans la circulation cérébrale, une chute de pression considérable ; mais, malgré la diminution de la tension et la conservation intégrale de la fréquence des battements de cœur, la circulation cérébrale est cependant améliorée parce que les vaisseaux sont capables de contenir une plus grande masse de sang. Si les injections d'histamine sont poursuivies pendant trop longtemps, l'effet inverse se produit. D'autre part, on sait depuis fort longtemps que le nitrite d'amyle possède sur la circulation cérébrale une action extrêmement intense en même temps que cette substance détermine une chute de la pression aortique. Ce sont là des raisons qui ont commandé son emploi dans certains symptômes d'origine cardio-aortique telle que l'angine de poitrine.

Selon l'auteur, le nitrite d'amyle respiré pendant plus d'une heure, augmente la circulation du cerveau. Il est donc recommandé de l'employer dans les cas de spasme cérébral précédant le ramollissement. On observe des effets opposés par l'injection d'adrénaline.

En somme, il résulte des expériences de l'auteur, que la circulation cérébrale possède un certain degré d'automatisme, c'est-à-dire que cette circulation comporte des modifications qui ne sont pas parallèles à celles du courant sanguin des artères du corps.

Remarques sur les connexions qui réunissent le strio-pallidum et la substance noire. (Brzerichi. *Gaz Leka*, vol. 2, 1930.) — Dans les maladies du strio-pallidum (l'auteur se base sur six cas personnels), on constate la dégénération de la substance noire particulièrement lorsque le pallidum est affecté. La dégénérescenee de la substance noire est homolatérale, c'est-à-dire élective; la portion latérale est de beaucoup la plus affectée. Il s'agit sans doute d'une dégénération secondaire et peut-être d'une dégénération rétrograde de l'axone, dégénération qui se différencie fortement de celle de Waller. Ces recherches plaident en faveur de l'hypothèse défendue par Marburg et Jakob pour lesquels il n'existe pas de relation directe entre la tête du noyau caudé et la substance noire ; ces connexions s'établiraient par des fibres intrapallidales que l'on pourrait appeler plus exactement fibres pallido-pédonculaires.

Sur les corps endocellulaires dans les lésions du locus niger. (Godlowski. *Polka Gaz.*, vol. 2, p. 872, 1930.) — Depuis les recherches de Trétiakof, il est établi que dans la maladie de Parkinson et dans les syndromes parkinsoniens, il existe une lésion souvent très importante du locus niger. Les cellules sont dégénérées, ont perdu les granulations de mélanine, lesquelles, transportées dans les vaisseaux, sont progressivement éliminées. En dehors de cette lésion, l'auteur a constaté des faits particulièrement intéressants. Dans quatre cas, les cellules mélanifères présentaient des petits corpuscules sphériques au nombre de 1 à 4 par cellule. Ces corpuscules offrent une affinité pour les colorations acides et répondent probablement à une destruction, à une homogénéisation du cytoplasma. On peut les retrouver même lorsque la cellule est complètement dégénérée et a perdu son noyau. Il s'agit là, très certainement, d'une dégénérescence particulière du protoplasma des cellules nigériennes qu'il faut rapprocher de la dégénération décrite par Lewy (de Berlin), dans les cellules qui composent le noyau dorsal du pneumogastrique.

Pinéalome. (Joseph H. Globus et Samuel Silbert. *Arch. of Neurol. and. Psych.*, mai 1931, vol. XXV, p. 937.) — Les tumeurs de la glande pinéale ou plutôt les tumeurs de la région pinéale constituent un chapitre de la pathologie encore particulièrement obscur, tant au point de vue de la morphologie que de la symptomatologie. On a attribué, en effet, aux tumeurs pinéales des caractères cliniques qui sont loin d'être constants et qui méritent d'être repris à la lumière des connaissances que nous avons maintenant sur les centres du ventricule moyen. L'importante étude des auteurs est basée sur 7 cas avec autopsie et examen histologique. Six étaient des sujets du sexe masculin, quatre étaient jeunes et n'avaient pas atteint la puberté. On sait depuis les recherches de Pellizi et d'autres auteurs, que les tumeurs pinéales semblent posséder un retentissement sur le développement de l'organisme et plus particulièrement sur celui de l'appareil génital. La puberté précoce est, en effet, si l'on en croit les livres classiques, un des phénomènes les plus marquants des pinéalomes ; à tel point que lorsqu'on observe le syndrome dit de Pellizi ou de maturité précoce (hypergénitosomie précoce), l'idée vient immédiatement à l'esprit d'une tumeur pinéale. Or, sur les sept patients observés, un seul présenta une maturation sexuelle anormale, encore faut-il ajouter que celle-ci était dans des limites modérées. Tous les malades présentèrent les symptômes classiques des tumeurs du cerveau : céphalées, vomissements, vertiges et souvent diplopie.

Parmi les phénomènes les plus particuliers aux tumeurs pinéales, il semble, d'après l'étude présente, qu'il faille ranger surtout les paralysies du regard en haut et en bas, le signe d'Argyll-Robertson complet ou dissocié, parfois la parésie dissociée des muscles oculaires. L'œdème papillaire était présent dans tous les cas, et il est intéressant de rappeler que dans quatre de ceux-ci, la fonction cérébelleuse se montrait compromise.

L'anatomie pathologique vient rendre compte de ses particularités symptomatiques. En effet, dans la plupart des cas, la tumeur pinéale comprime ou envahit la partie dorsale du mésencéphale, les tubercules quadrijumeaux. Parfois des foyers de ramollissement de la protubérance ou des pédoncules sont à rapporter à la compression pinéale ; de plus, le retentissement de la compression s'effectue avec une grande régularité sur la circulation céphalo-rachidienne grâce à la compression de la veine de Galien, d'une part, et de l'aqueduc de Sylvius, d'autre part. Il en résulte alors une double hydrocéphalie qui permet de comprendre un grand nombre de symptômes et, en particulier, l'œdème papillaire. Probablement les perturbations végétatives sont à rapporter au même mécanisme.

Pour ce qui est de la puberté précoce, il est frappant de voir combien elle est rare dans les tumeurs pinéales, malgré l'évolution prolongée de celles-ci.

Il résulte donc que, d'après Globus et Silbert, il est permis de conclure que la puberté précoce ne doit plus être tenue maintenant pour un symptôme en rapport avec une tumeur pinéale.

Parkinsonisme syphilitique. (Waldemiro Pires. *Revue sud-amér. méd.*, 1930, vol. I, p. 1122.) — Malgré la grande fréquence de l'encéphalite épidémique à l'origine du syndrome parkinsonien, il convient de ne pas oublier que bien d'autres causes peuvent être responsables de la maladie de Parkinson, et parmi celles-ci une large place doit être faite à la syphilis. Les striatites syphilitiques étudiées par Lhermitte peuvent donner naissance à divers syndromes dont les uns seront surtout caractérisés par des troubles de la marche, les autres par des troubles de la phonation et de la déglutition à type pseudo-bulbaires, les autres enfin se traduiront par l'hypertonie, la bradicynésie, l'amimie, l'hypertonie de la maladie de Parkinson. L'auteur a eu le mérite de retrouver 4 cas personnels de paralysie agitante syphilitique ; ces faits se rapportaient le plus souvent à des personnes âgées comme dans les cas observés par Lhermitte.

Dans un cas seulement, il s'agissait d'un homme âgé de vingt-six ans. Dans les faits de ce genre, la thérapeutique

spécifique peut être d'un très grand secours et chez un des patients observés par l'auteur, la médication par l'arsénobenzol détermina une amélioration considérable.

Dégénérescence progressive diffuse de la substance grise du cerveau. (Bernard J. Alpers. *Arch. of Neurol. and Psych.*, mars 1931, vol. XXVIII, p. 469.) — Dans une étude extrêmement soignée et portant sur un cas ayant trait à un enfant de quatre mois, développé en apparence normalement mais qui présenta au troisième mois de la vie des convulsions généralisées, des hypercinésies et des attaques de rigidité générale, l'auteur constata une lésion particulière du cerveau. En effet, le microscope révélait l'existence d'aires nécrotiques diffuses surtout sur les lobes frontaux, pariétaux et occipitaux; les corps striés et le thalamus n'étaient pas épargnés bien que frappés moins intensément. Les aires de nécrose se reconnaissaient à l'absence de colorabilité des noyaux, à la dilatation des capillaires, à leur multiplication, et à la disparition complète des neurones et des fibres. Dans les zones nécrosées de date plus ancienne, la trame névroglique se montre hyperplasiée et les éléments microgliques multipliés. De place en place, apparaissent des fibroblastes et quelques cellules grillagées, ou corps granuleux, chargés du déblaiement des détritus de dégénération. Ce processus de dégénération, nous l'avons vu, frappe le cortex et les ganglions basillaires, mais, fait intéressaut et qui s'oppose à la lésion de la sclérose multiple, la dégénération se limite exclusivement à la substance grise. Deux cas de ce genre semblent avoir été publiés, l'un par Freedom, l'autre par Jakob. L'étiologie de cette affection si curieuse demeure mystérieuse. Peut-être s'agit-il ici d'une intoxication agissant par l'intermédiaire des vaisseaux, peut-être aussi, doit-on chercher à l'origine une perturbation glandulaire. Cette hypothèse a été soutenue par Freedom.

Lorsqu'on envisage la question du point de vue clinique pur, on est frappé par ce fait que dans les 3 cas, les sujets présentaient, en somme, un tableau clinique voisin de la maladie de Little, avec une mentalité à peu près normale. L'hyperkinésie, les mouvements choréo-athétosiques, les convulsions épileptiformes, l'hypertonie et l'opisthotonos intermittent caractérisent les modifications motrices de la maladie.

Le pronostic immédiat de la maladie est grave; cependant, dans un des 3 cas rapportés, le patient survécut jusqu'à l'âge de dix-neuf ans.

Tumeurs du cerveau avec perturbations de la thermogenèse. (Israël Strauss et Joseph H. Globus. *Arch. of Neur. and. Psychiat.*, 1931, vol. XXV, p. 506.) — A l'heure actuelle, l'attention est de plus en plus dirigée vers la région hypothalamique où nous savons qu'existent des centres régulateurs pour le métabolisme de l'eau, des graisses, des hydrates, des protéines et du sel. Il est très probable que dans cette même région se trouve un centre qui préside à la régulation thermogénétique. En effet, dans de nombreux cas d'hémorragie cérébrale, la température s'élève souvent à 40, 41 et 42 degrés et même davantage. Or, dans les faits de ce genre, il n'est pas rare d'observer que la région hypothalamique est envahie par le processus hémorragique ou comprimée par le caillot. Dans les tumeurs il en va de même, mais il est beaucoup plus difficile de préciser l'origine de la dysrégulation thermique que dans les lésions purement focales. C'est pourquoi le cas signalé par les auteurs est digne d'intérêt.

Il a trait à un homme de cinquante-deux ans, chez lequel les symptômes étaient extrêmement discrets. En effet, en dehors d'une somnolence presque continue, d'un déficit de la mémoire, d'un changement de la personnalité morale, les signes physiques et mentaux étaient légers. La température se montrait toujours élevée et oscillait entre 101 et 102 Fa. L'autopsie montra l'existence d'une tumeur ayant son origine dans le corps calleux et envahissant la région hypothalamique juste au-dessus du tractus optique.

Dans le second cas, on a affaire à un homme de soixante-deux ans, également sujet à des attaques de somnolence et chez lequel les symptômes neurologiques étaient extrêmement réduits. Ici encore, la température s'élevait en oscillations de 101 à 103, tandis que le pouls demeurait de rythme normal. A l'autopsie, on découvrit une tumeur dans la région du thalamus et de l'hypothalamus droit.

Enfin, le dernier fait se rapporte à une femme de cinquante-sept ans, chez laquelle également un des premiers symptômes consistait en changement de la personnalité; le caractère devint irritable, euphorique et une voracité se montra. Là encore, le sommeil pathologique était des plus nets. A l'autopsie, on reconnut une tumeur située en arrière du chiasma optique et atteignant, par conséquent, la région infundibulaire.

Ces trois faits ajoutés aux constatations antérieures démontrent que les altérations tumorales de la région hypothalamique peuvent donner naissance en même temps qu'à un sommeil morbide caractéristique, à des modifications de la thermogenèse de la plus grande importance. La méconnaissance de ces données exposerait à des erreurs de diagnostic considérables en portant à admettre, par exemple, l'existence d'un abcès du cerveau alors qu'il s'agit d'une tumeur.

Le cerveau et le liquide cérébro-spinal dans l'embolie aiguë aseptique cérébrale. (William Cone and S. E. Barrera. *Archiv. of Neurol. and Psychiat.*, mars 1931, vol. XXV, p. 522.) — Le ramollissement du cerveau le plus banal est généralement aseptique, et l'on sait que les complications vraiment inflammatoires du cerveau à la suite d'embolie sont vraiment exceptionnelles. Et cependant, on a discuté pendant fort longtemps, la question d'ailleurs n'est pas absolument tranchée, le point de savoir si la réaction de l'encéphale à l'embolie et à la nécrose consécutive sont d'ordre inflammatoire ou non.

Ainsi que l'ont montré Lhermitte et Scheffer, il y a vingt ans, la question de la nature inflammatoire ou non du ramollissement cérébral est mal posée. En effet, du point de vue anatomo-pathologique, incontestablement le ramollissement se montre inflammatoire. N'y trouve-t-on pas, en effet, tous les caractères que les anciens auteurs attribuaient à l'inflammation : la rougeur, la tuméfaction, la chaleur et souvent même la douleur? L'analyse histologique ne fait-elle pas apparaître dans le ramollissement les caractères les plus certains du processus inflammatoire, nous voulons dire la réaction vasculaire? En se basant sur ces données, Lhermitte et Scheffer s'efforcèrent de montrer que ce dont il fallait décider c'était moins le caractère inflammatoire ou non de l'encéphalomalacie que de savoir s'il s'agissait d'un processus infectieux ou aseptique. C'est de ce point de vue que les auteurs envisagent la question. D'après leur important travail expérimental, vingt chiens reçurent dans la carotide diverses substances : graines de pavot, de tabac, de bégonia et de la paraffine dont le degré de fusion était de 45 degrés. Ces animaux présentèrent les signes de l'embolie cérébrale la plus aseptique et furent sacrifiés dans un temps variable après l'embolie. Or, l'étude histologique montra, à l'étonnement des auteurs, des réactions du type inflammatoire tellement intenses qu'on était porté immédiatement à suspecter un agent infectieux associé; et pourtant il n'en était rien.

Dans les cas expérimentaux comme dans certains cas humains, en effet, non seulement le parenchyme est nécrosé du fait de l'arrêt de la circulation et le territoire atteint parsemé dans toute son étendue par d'innombrables cellules émigrant du sang et particulièrement par des leucocytes polynucléaires, mais encore ces éléments franchissent la barrière ectomésodermique et pénètrent en masse dans le liquide céphalo-rachidien. Même dans les foyers profonds,

les polynucléaires peuvent gagner le liquide céphalo-rachidien; et ceci ne peut s'établir que par une seule voie : celle des gaines vasculaires de Virchow-Robin dont on sait la communication avec les espaces sous-arachnoïdiens. La constatation d'une pléiocytose polynucléaire dans le liquide céphalo-rachidien ne possède pas seulement un intérêt biologique mais comporte une valeur pratique. En effet, lorsque cette constatation peut être faite, on peut rejeter formellement l'hypothèse d'une hémorragie cérébrale; et d'autre part, il importe de savoir que la présence, en très grand nombre, de polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien chez un sujet atteint d'hémiplégie à début plus ou moins foudroyant n'implique pas du tout l'idée d'un abcès ou d'un processus inflammatoire, c'est-à-dire infectieux.

Les conditions cérébrales de la naissance avec une étude spéciale de la diplégie cérébrale. (Clarence A. Patten. *Archiv. of Neurol. and Psychiat.*, mars 1931, p. 453.) — La diplégie cérébrale infantile associée à des troubles intellectuels est due à de multiples causes : hémorragie, ramollissement, traumatisme, encéphalite, etc. Mais, selon l'auteur, on a peut-être trop attiré l'attention sur les facteurs que nous venons d'évoquer et il est probable, sinon démontré, que dans de nombreux cas, le facteur en cause est plutôt un arrêt de développement d'une partie plus ou moins importante de l'écorce cérébrale. Nous connaissons, en effet, des exemples de ce genre où l'on voit une ou plusieurs couches corticales arrêtées dans leur développement et conditionner le syndrome de la paralysie prédominant sur les membres inférieurs compliqué de retard du développement intellectuel.

Des accidents encéphalitiques après ligature ou résection unilatérale de la jugulaire interne. (Creyssel et Douillet. *Revue de chir.*, 1930, vol. XLIX, p. 62.) — Il existe dans la littérature un certain nombre de cas qui démontrent que l'altération ou la ligature de la veine jugulaire interne peut déterminer parfois la survenance d'une hémiplégie plus ou moins sévère. Mais on n'est pas fixé encore sur la pathogénie qui préside aux altérations cérébrales. C'est pourquoi les trois observations personnelles des auteurs méritent d'attirer l'attention. Dans un de ces cas, le retentissement circulatoire se traduisit par une hémiplégie durable; un autre fut caractérisé par la survenance d'un coma mortel; un autre enfin, fut heureusement beaucoup moins grave et se caractérisa uniquement par la cyanose et l'œdème de la face et du cou correspondants au côté ligaturé.

Quel est le mécanisme qui survient dans la production des accidents nerveux? Ainsi qu'en fait foi un examen histologique, la stase veineuse peut être telle qu'elle aboutit à une dilatation énorme des vaisseaux intracraniens et à une rupture des petites veines déterminant des hémorragies plus ou moins importantes. Ces stases veineuses aboutissent, si on n'y porte remède, à l'anoxémie et par conséquent au ramollissement cérébral. C'est là, on le voit, une modalité à retenir du ramollissement dit veineux. La ligature de la veine jugulaire n'aboutit pas toujours, heureusement, à des complications aussi sévères, et l'on doit se demander quelle est la raison qui fait que, chez tel sujet, la ligature jugulaire détermine le coma ou le ramollissement cérébral, tandis que, chez d'autres, cette ligature n'amène que des troubles tout à fait passagers ou encore n'aboutit qu'à une lésion légère : l'œdème de la face et du cou.

Selon les auteurs, la stase veineuse a pour cause une anomalie des veines du cou et de la tête : du côté opposé, le système jugulaire se montre insuffisant à la dilatation des vaisseaux qui le composent, et ne peut compenser la difficulté de la circulation dans le territoire jugulaire qui a été exclu ou ligaturé. Lorsque des complications sévères se produisent à la suite de la ligature jugulaire, il importe de les conjurer par la suppression de la ligature.

Considérations sur les syndromes pariétaux et thalamiques. (Rezende, Motta. *Revue Sud. Amér.*, 1930, vol. I, p. 698.) — Les lésions pariétales déterminent, selon la situation qu'elles occupent, des syndromes très variés; ceux-ci sont du plus grand intérêt à connaître parce que, grâce à eux, on peut localiser le point de départ d'une néoplasie opérable et que la connaissance de ce syndrome nous fait pénétrer plus intimement dans la physiologie des fonctions de sensibilité. Les syndromes pariétaux sont nombreux. Si la lésion siège dans la profondeur du lobule pariétal gauche, par exemple, elle provoque l'hémianesthésie contro-latérale, l'hémianopsie, des troubles agraphiques et alexiques, quelquefois la perte de l'autocritique et l'anosognosie. Ce complexus symptomatique peut être désigné sous le terme de syndrome de Bianchi.

Selon André Thomas, les lésions pariétales supérieures déterminent une hémiparésie spastique accompagnée de troubles de la sensibilité superficielle, surtout tactile, une diminution des sensibilités profondes et souvent la paralysie psychique de la main. A ces symptômes peuvent s'ajouter également l'apraxie idéatoire, la surdité verbale et quelques phénomènes ressemblant à ceux qui caractérisent les lésions cérébelleuses comme la dysmétrie.

Ainsi qu'on l'a établi, les altérations destructives qui frappent la région profonde du lobule pariétal, s'accompagnent d'hémiplégie droite (lorsque la lésion est à gauche), avec aphasie totale, apraxie idéomotrice bilatérale et, fait curieux, troubles de la sensibilité également bilatéraux surtout prononcés pour les sensibilités profondes. Il faut signaler également que Dejerine et Mouzon ont montré que, dans certains cas, vraiment atypiques, les lésions cortico-pariétales se traduisaient par un syndrome quelque peu inverse du syndrome classique identifié par Dejerine. En effet, ici les troubles de la sensibilité portent sur la sensibilité douloureuse, thermique, tandis que la sensibilité tactile est respectée ainsi que le sens stéréognosique. Ces syndromes pariétaux, on le voit, s'écartent très nettement des syndromes thalamiques observés depuis les premiers cas publiés par Dejerine et Roussy. Contrairement, en effet, aux syndromes sensitifs pariétaux, les syndromes thalamiques sont caractérisés surtout par un retentissement affectif particulier des sensations et des douleurs spontanées ou provoquées, enfin, par des troubles ataxiques ou cérébelleux, selon la situation de la lésion. Il faut ajouter qu'aujourd'hui il est également admis que lorsqu'il existe une hémianopsie, celle-ci est due non pas à la lésion thalamique elle-même, mais à l'irradiation du foyer malacique ou hémorragique dans le corps genouillé externe.

Préhension forcée et lobe frontal (remarques particulières sur le faisceau occipito-frontal). (Schuster et J. Casper. *Zeit. Neur.*, 1930, vol. CXXIX, p. 739.) — Schuster a depuis longtemps démontré, et ses recherches ont été confirmées par les neurologistes anglais, que les mouvements de préhension forcée de la main étaient assez caractéristiques des lésions qui portent sur la région haute du lobe frontal. Dans ce travail, les auteurs rapportent 3 cas dans lesquels la préhension forcée de la main était des plus nettes. L'étude du cerveau fut faite en coupes microscopiques sériées. De cette étude, il résulte que la cause du mouvement de préhension forcée est à chercher dans le lobe frontal. La préhension forcée s'atteste, en effet, comme un trouble de la dénervation, ou en d'autres termes, de l'absence d'inhibition motrice. Dans la plupart des cas, la lésion siège dans la première circonvolution frontale et souvent atteint les radiations calleuses. De plus, il faut ajouter que le mouvement de préhension est surtout accusé du côté controlatéral à la lésion mais qu'on peut l'observer, quoique moins accusée, du côté homolatéral. Que la lésion siège dans le lobe frontal gauche ou droit, il semble qu'il n'y ait aucune différence dans l'apparition du symptôme. L'absence de dénerva-

tion, c'est-à-dire l'absence d'inhibition des centres qui président à la fermeture de la main, caractéristique du phénomène de la préhension forcée, peut être considérée comme la traduction clinique de la séparation des centres d'inhibition pré-frontaux d'avec les centres d'innervation de la main situés dans la frontale ascendante; de telle sorte qu'on peut se demander si le faisceau occipito-frontal, ce grand faisceau d'association tendu entre le lobe frontal et les circonvolutions qui sont situées en dehors de celui-ci, n'est pas justement par son altération destructive, la cause même du phénomène de la préhension forcée.

Nouvelle maladie familiale caractérisée par une cataracte congénitale et un arrêt du développement somato-neuro-psychique. (G. Marinesco, St. Draganesco et D. Vasiliu. *Encéphale*. fév. 1931, p. 97.) — Il s'agit d'une nouvelle maladie familiale concernant plusieurs enfants et caractérisée par l'apparition, vers l'âge de deux ans, d'une cataracte, par un retard du développement somatique et la présence de troubles neuro-psychiques. Du point de vue humoral, on est frappé par l'existence d'une diminution du taux du calcium sanguin laquelle est une modification constitutionnelle car on la retrouve chez les frères bien portants et même chez l'un des deux parents.

La pathogénie de cette affection répond à trois possibilités : ou bien il s'agit d'un trouble endocrinien primitif, avec troubles cérébraux secondaires, ou bien d'une encéphalopathie infantile avec retentissement endocrinien ou bien, enfin, d'une atteinte simultanée du système nerveux et du système endocrinien. L'hypocalcémie, la cataracte constituent évidemment la démonstration qu'il s'agit bien d'une perturbation endocrinienne. Mais, si la cataracte présente une relation étroite avec un dysfonctionnement endocrinien, les troubles de la croissance relèvent d'un mécanisme moins évident. Il en est de même des troubles cérébraux; ceux-ci, de toute évidence, sont en rapport avec des perturbations matérielles de l'écorce. Les auteurs ont pu les mettre en évidence chez un de leurs malades, grâce à une biopsie cérébrale et ils ont constaté la raréfaction des fibres nerveuses, la dégénération atrophique des cellules corticales dont témoignait la présence de corps granuleux dans les méninges hyperplasiées et dans les gaines périvasculaires.

En somme, il s'agit ici d'une maladie caractérisée, tout ensemble, par des perturbations très importantes de l'appareil endocrinien et une atrophie dégénérative progressive de l'écorce cérébrale. La syphilis semble ne pas devoir être en cause car toutes les réactions biologiques sont négatives.

Le syndrome du corps de Luys. Etude anatomo-clinique d'un cas d'hémiballisme. (Carl Balthazar. *Zeit. Neurol.*, 1930, vol. CXXVIII, p. 702.) — Depuis quelques années, six observations ont été publiées à l'étranger qui démontrent qu'une lésion destructive du corps de Luys détermine l'apparition d'un syndrome particulier, déterminé avant tout par une hémichorée violente et des symptômes moteurs associés à des troubles mentaux. En général, la perturbation motrice est si grave que la fièvre s'allume dans les huit jours et que la température s'étant élevée progressivement, le malade succombe.

L'étude anatomique vient montrer alors l'existence d'un foyer malacique ou hémorragique du corps sous-thalamique de Luys.

L'observation de l'auteur est intéressante parce qu'elle a trait à un sujet dont le trouble moteur persista pendant six mois, après un ictus apoplectique. L'étude anatomique montra la réalité d'un foyer du corps de Luys contro-latéral extrêmement bien limité.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, les cas de ce genre dans lesquels la lésion se limite strictement au corps sous-thalamique, prouvent que s'il existe chez l'homme des centres végétatifs dans le corps de Luys, les faits anatomo-cliniques ne le démontrent pas, tout au contraire. Que, d'autre part, le corps de Luys ne semble jouir d'aucun rôle pour ce qui est de la conduction des excitations douloureuses et tactiles, qu'enfin, le symptôme vraiment spécifique du syndrome du corps de Luys tient dans l'hémiballisme. Quant à la pathogénie de celui-ci, elle est très difficile à établir et on ne peut émettre à son sujet que des hypothèses; mais cependant il semble bien qu'il y a à retenir de cette observation que l'hémiballisme ne peut pas être tenu pour un phénomène d'excitation et qu'il doit être, au contraire, compris comme l'expression d'un déficit dans les fonctions frénatrices de ce ganglion vis-à-vis de l'appareil extra-pyramidal.

Manifestations hypertoniques avec troubles du psychisme consécutifs à l'intoxication oxycarbonée aiguë. (J.-A. Chavany, M. David et Gilbert-Dreyfus. *Revue neurol.*, mars 1931, p. 269.) — Depuis longtemps, l'on sait que l'intoxication par l'oxyde de carbone détermine assez fréquemment des altérations très limitées des segments internes des noyaux lenticulaires et que ces altérations conditionnent un état d'hypertonie rappelant celui de la maladie de Parkinson. Mais il faut reconnaître que dans beaucoup de cas, les lésions ne sont pas strictement limitées au corps strié et que, en conséquence, le mécanisme de l'hypertonie n'est pas aussi simple. L'observation des auteurs est intéressante précisément parce que, du point de vue clinique, la malade présentait le syndrome parkinsonien, avec hypertonie d'une manière très nette. Les contractures étaient très évidentes et les jambes en flexion forcée; il n'existait ni tremblement, ni mouvement choréo-athétosiques. L'autopsie vint montrer ici l'existence d'un double foyer symétriquement placé dans le globus pallidus.

La contracture ou plutôt l'hypertonie, dans les cas de ce genre, est plus intense que la rigidité parkinsonienne et elle évolue beaucoup plus rapidement que celle-ci.

Dans un autre cas, le tableau clinique fut assez analogue et, ici encore, la lésion nécrotique frappait la partie antérieure et interne du globus pallidus. La pathogénie du ramollissement pallidal est assez controuvée. La première idée qui vient à l'esprit est d'attribuer la localisation malacique à un trouble de l'irrigation artérielle. Mais il semble bien que cette explication n'est pas valable, car si le segment interne du pallidum est irrigué par des collatérales courtes de l'artère choroïdienne antérieure, les foyers déterminés par l'oblitération de ce vaisseau présentent une topographie différente de celle que nous voyons dans l'intoxication par l'oxyde de carbone. Peut-être faut-il faire intervenir ici la constitution chimique du tissu pallidal, qui, par le fer et le calcium qu'elle contient en abondance, s'oppose à celle des autres centres encéphaliques. Ce qui semble plus important, c'est l'existence préexistante d'altérations diffuses artérielles du cerveau. Les deux malades observés par les auteurs étaient, en effet, tous deux atteints d'artériosclérose cérébrale. Il est impossible de ne pas faire jouer un rôle à ces altérations dans le déterminisme et la localisation de ces lésions.

ÉPILEPSIE

Sur quelques formes dégradées de l'épilepsie. (H. Claude et H. Baruk. *Encéphale*, janv. 1931, p. 1.) — Dans trois observations, les auteurs ont pu voir se transformer l'automatisme épileptique; et de conscient, amnésique et involontaire devenir conscient idéo-moteur et modifiable par la volonté. Lorsque l'automatisme devient moins inconscient il est frappant de voir que l'idée du mouvement entraîne presque immédiatement la réalisation de celui-ci. Chez une malade, par exemple, lorsqu'apparaissait dans le champ de sa conscience l'idée d'attacher son tablier, celle-ci se résolvait dans le geste que traduisait sa pensée.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Rapide de nuit permanent Paris-Briançon. — Un rapide de nuit permanent de toutes classes comportant également des places de couchettes, relie Paris à Briançon, en traversant les très pittoresques régions du Diois et des Hautes-Alpes.

Départ de Paris 21 h., Lyon-Perrache, 4 h. 25, Valence 5 h. 57.

Arrivée à Die 7 h. 27, Veynes 9 h. 09, Gap 9 h. 45, Embrun 10 h. 48, Briançon 12 h.

En sens inverse :

Départ de Briançon 17 h. 05, Embrun 18 h. 07, Gap 19 h. 15, Veynes 20 h. 21, Die 21 h. 59.

Arrivée à Valence 23 5. 31, Lyon-Perrache 1 h. 08, Paris 9 h. 05.

Il ne faut donc pas opposer le facteur moteur au psychomoteur, le facteur psychologique au facteur physiologique. Les faits comme ceux que nous avons rappelés, montrent au contraire que ces deux manifestations peuvent être déterminées par des atteintes dynamiques cérébrales d'intensité différente; la participation de l'élément psychologique se montre d'autant plus importante qu'il s'agit d'une atteinte plus superficielle.

MOELLE ÉPINIÈRE

Sur le problème de la constatation du spirochète dans la sclérose en plaques. (Luthy. *Revue neurol.*, 1930, vol. CXXVIII, p. 290.) — Depuis quelques années, les recherches bactériologiques sur la sclérose en plaques se sont multipliées; et l'on n'a pas oublié que deux autres auteurs allemands, Kuhn et Steiner ont décrit un spirochète particulier comme étant la cause immédiate de la sclérose multiple. Ce spirochète a été retrouvé depuis par plusieurs auteurs et en particulier par Pettit, dans un cas. L'auteur utilisa la méthode décrite par Steiner et dans aucun cas, le spirochète ne pus être coloré. En revanche, Luthy put mettre en évidence des granulations de taille et de forme variées. Mais ces granulations représentent-elles des débris ou des transformations du spirochète? Tel est le problème qu'on peut se poser. En réalité, il semble bien qu'il s'agit ici non pas de corps microbiens, mais de produits de dégénérescence, probablement lipoïdiques.

Histopathologie et pathogénie des formes inflammatoires aiguës de la paralysie de Landry. (Pette et St. Kornyey. *Z. Neur.* vol. CXXVIII, p. 390.) — Le syndrome de Landry bien qu'il puisse être, comme Dejerine l'a montré, d'origine périphérique, reconnaît en général une origine médullaire; mais il faut reconnaître que la lésion spinale est très différente selon les cas. Dans certains faits qui sont loin d'être des raretés, le processus évolue d'une façon si foudroyante que l'examen histologique de la moelle reste absolument muet. Dans d'autres cas, il s'agit très évidemment d'une poliomyélite antérieure aiguë, d'une paralysie infantile à marche ascendante.

En se basant sur l'étude anatomo-clinique de deux cas, les auteurs arrivent à cette conception que les expressions de la maladie de Landry doivent s'insérer dans deux grands cadres : l'un qui comprend les formes dégénératives liées probablement à une agression toxique de la moelle, l'autre qui intègre les faits dans lesquels le processus inflammatoire est lié, non plus à une agression toxinique, mais microbienne. C'est dans ce cadre qu'il faut donc ranger les formes poliomyélitiques et rabiques de la maladie de Landry.

Dans les cas des auteurs, les lésions inflammatoires ne se bornaient pas à la moelle, elles atteignaient aussi les ganglions spinaux et les racines, et chez un sujet, le tronc cérébral lui-même était pris.

Traitement par la radiothérapie et pathologie de la syringomyélie. (L. Czerny et J. Heinismann. *Zeitsch. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.*, juin 1925, vol. CXXV, p. 573.) — Ayant traité un certain nombre de malades par la radiothérapie, l'auteur a constaté une amélioration du processus. Cette amélioration est caractérisée par la diminution des douleurs et des paresthésies, une régression des perturbations sensitives objectives. En général, l'amélioration commence par les segments de la moelle qui se trouvent au-dessous de la cavité. Peut-être faut-il voir là l'indication que les lésions les plus récentes sont plus accessibles au traitement que celles qui sont de date plus ancienne. D'autre part, l'amélioration motrice est également évidente. L'hypertonie diminue, la marche est améliorée et le sujet peut se livrer à des marches plus rapides et de plus longue durée. La force musculaire des membres supérieurs si grossièrement touchée, est récupérée en partie, les mouvements deviennent plus aisés et plus précis. Dans quelques cas, les réflexes abolis réapparaissent. La syringomyélie se caractérise en outre, par les perturbations vaso-motrices et trophiques souvent très considérables. Or, ici encore, la radiothérapie agit heureusement et fait disparaître les hyperkératoses, les ulcérations, l'acrocyanose; elle améliore aussi la nécrose des doigts lorsqu'elle existe.

SYSTÈME VÉGÉTATIF ENCÉPHALIQUE

Sur les fibres et le système de conduction du plancher du troisième ventricule. (Klossowki. *Arch. f. Psychiat.*, 1930, vol. XCI, p. 37.) — En se basant sur les recherches poursuivies après énucléation du bulbe oculaire chez le chien nouveau-né et le chat, et respectivement sur celles qui portent sur les lésions du tractus optique et du plancher du troisième ventricule étudiées avec la technique de Marchi, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : la commissure de Ganser est réellement un système de projection, lequel s'étend de la région du pont jusqu'au plancher du troisième ventricule. A ce niveau, les fibres s'entrecroisent et se terminent dans la zone réticulaire du thalamus. La commissure de Meynert, qui siège au-dessus du chiasma optique, se termine dans la région du corps de Luys, mais on ne peut pas savoir, au juste, quelle est son origine. La commissure de Gudden dérive d'une aire ventrale située en avant du corps genouillé interne et se termine dans le corps genouillé interne du côté opposé.

L'auteur décrit, sous le nom de commissure intratractale, un système spécial qui commence dans le corps genouillé externe et se poursuit, en passant sur la partie dorsale du chiasma, jusque sur le corps genouillé externe du côté opposé.

Une circulation portale de l'hypophyse jusqu'à la région hypothalamique. (Popa, Grégor et Una Fielding. *Journ. of Anat.*, 1930, p. 65.). — Selon les auteurs qui s'appuient sur l'étude de coupes microscopiques, sériées de l'hypophyse et du tuber cinereum, il existe dans l'intérieur de la tige hypophysaire un système vasculaire qui est ordonné à la manière de la veine porte. Aussi peut-on appliquer à ce système les termes « hypophyséo-portal. La partie antérieure de l'hypophyse et la partie intermédiaire reçoivent leur sang artériel des branches de la carotide interne, celle-ci déverse le sang dans le sinus caverneux, et la circulation s'effectue à travers l'hypophyse par des vaisseaux-portes, lesquels conduisent le sang jusque dans la paroi infundibulaire. La partie tubérale est irriguée par les petits vaisseaux venus du cercle de Willis, la partie postérieure par les carotides.

Le point le plus intéressant de cette recherche consiste dans le fait que dans l'intérieur des vaisseaux post-hypophysaires, on retrouve de la matière colloïde tout de même que dans les gaines périvasculaires et même entre les cellules des noyaux infundibulo-tubériens. Les recherches des auteurs s'accordent donc très bien avec celles de Rémy Collin. Les canaux vasculaires hypophysaires sont pourvus de fibres musculaires, grâce auxquelles les vaisseaux peuvent effacer leur lumière ou, au contraire, l'élargir.

Structure et fonctions du tuber cinereum. (Poppi, *Rivista di Patologia nervosa e mentale.* 1930, vol. XXXVI, p. 164.) — En se basant sur l'étude du tuber, réalisée à l'aide de la coloration de Nissl, l'auteur décrit ainsi que Foix et Nicolesco, dans l'intérieur du tuber cinq noyaux : le noyau périventriculaire, juxta-trigonal, le noyau du tractus optique, le noyau accessoire du tractus optique, le noyau ventral du tuber, le noyau dit parvi-cellulaire. Il est à remarquer qu'à la périphérie des cellules, s'amassent des corps tigroïdes. Cette disposition correspond à un épaississement du réseau

fibrillaire de Donaggio. Dans cette partie de la cellule s'accumulent probablement des granulations lipoïdiques abondantes. En dehors de cela, le cytoplasma contient de nombreuses granulations acidophiles, lesquelles sont à comparer à celles des capsules surrénales et de l'hypophyse dans les phases avancées de la sécrétion lipoïde. De plus, le nombre de ces granulations est surtout important dans le noyau périventriculaire. Relativement à la fonction des cellules, l'auteur se souvient des recherches d'Abel, Collin et Sato qui ont trouvé dans le tuber une substance qui possède une activité biologique, analogue à celle du lobe postérieur de l'hypophyse. L'auteur pense que la grande richesse en vaisseaux et la région infundibulo-tubérienne et les granulations endocellulaires lipoïdiques ne doit pas être considérée comme la conséquence d'un processus destructeur, mais comme l'expression, au contraire, d'une sécrétion ou d'une activité constructive. Pour le noyau du tuber, les cellules sont caractéristiques : par les dimensions de leur noyau, son état vésiculeux et le fait qu'il est parsemé de granulations lipoïdiques.

En conclusion, l'auteur discute la question de savoir si les cellules de cette région sont seulement des éléments qui secrètent une substance importante pour le principe actif de l'hypophyse ou bien si, plutôt, elles ne possèdent pas une activité de sécrétion interne propre. L'auteur penche pour la seconde hypothèse, laquelle lui paraît de beaucoup la plus probable.

Sur l'influence de l'excitation hypothalamique sur l'activité de l'hypophyse. (P. Karplus et O. Peczenik. *Pflüger's Arch.*, 1930, vol. CCXXV, p. 654.) — En raison des connexions intimes qui relient l'hypophyse et la région hypothalamique, la question s'est posée, depuis quelque temps, de savoir dans quels rapports réciproques la glande et le système nerveux se trouvent. Pour certains, en effet, c'est surtout les produits hypophysaires qui, déversés dans les canaux lympathiques, viennent exciter les cellules infundibulo-tubériennes. Selon une autre vue, qui nous paraît plus proche de la réalité, l'excitation des centres hypothalamiques et infundibulo-tubériens se propageant dans la région de la post-hypophyse et de la partie intermédiaire de la glande peut déterminer une augmentation de l'activité de l'organe pituitaire.

Les expériences récentes de Karplus et ses collaborateurs confirment ce point de vue. En effet, lorsqu'on excite la région hypothalamique et qu'on étudie en même temps les modifications biologiques du liquide céphalo-rachidien, on observe que celles-ci se modifient. Le liquide possède alors une action nette sur la contraction de l'utérus. La section du sympathique cervical ne modifie pas cette influence.

Sur un cas d'acromégalie avec diabète insipide consécutif à la syphilis de la région hypophyse-tubérienne. (Camauer et Jorge Sacon. *Rev. Assoc. méd. argent*, 1930, vol. XLIII, p. 423.) — Bien que la syphilis cérébrale soit chose commune, les observations qui déposent en faveur d'une localisation syphilitique au niveau de l'infundibulum ne sont pas encore extrêmement nombreuses, aussi celles que l'on publie doivent être exactement retenues à cause surtout de l'influence heureuse que peut exercer sur la maladie le traitement spécifique. Le fait observé par les auteurs a trait à un berger de quarante ans, qui depuis de longues années présentait un syndrome acromégalique typique, lequel se compliqua, dans les derniers temps, de polyurie et de polydypsie. Fait curieux, alors que dans l'acromégalie la selle turcique se montre notablement élargie, chez ce patient, le sphénoïde était normal. On pensa donc alors à une localisation syphilitique possible et cela d'autant plus que les réactions biologiques et l'histoire familiale plaidaient en ce sens. Un traitement spécifique fut appliqué qui réduisit la polyurie de 21 litres à 8 litres. Ajoutons que la prise de post-hypophyse par inhalation réduisit encore l'excrétion urinaire. C'est là un exemple de syphilis infundibulo-tubérienne ayant déterminé, par contre-coup, une modification de la sécrétion hypophysaire dont on sait le rôle fondamental dans la maladie de Pierre Marie.

SYMPATHIQUE

Nouvelles remarques et recherches expérimentales sur les effets sensitifs des perturbations sympathiques. (A. Tournay. *Revue neurol.*, avril 1931, p. 413.) — Dans un travail antérieur, l'auteur a fait cette constatation en apparence surprenante, que sur une patte de chien dont tous les nerfs cérébro-spinaux avaient été sectionnés, la transection ou l'exérèse du sympathique, non seulement n'augmentait pas la profondeur de l'anesthésie mais, tout au contraire, déterminait des réactions plus vives de ce côté. Pour expliquer cette discordance apparente, il faut faire intervenir la conservation des filets nerveux qui cheminent dans les expansions fibro-aponévrotiques qui ont échappé aux sections.

Lorsqu'on réalise l'ablation de la chaîne sympathique abdominale du côté gauche sous-anesthésie, on constate, lorsque l'anesthésie est dissipée, que le membre sympathectomisé manifeste des réactions alors que celui du côté opposé n'en présente point. Il y a suivant les animaux des différences individuelles, non seulement dans la manière dont ils se comportent pour sortir de l'anesthésie, mais aussi dans la netteté de leurs réactions. Ce caractère individuel, on le retrouve dans toutes les manifestations du sympathique. Dans certains cas, au lieu d'exciter la plante du pied ou les aponévroses profondes, Tournay projette un jet de chlorure d'éthyle ou applique un tampon de coton réfrigéré sur le triangle de Scarpa. Or, du côté opéré, la cuisse se fléchit rapidement tandis que du côté sain la réaction est nulle.

On a beaucoup discuté sur la question de savoir si la section du sympathique détermine une hypotonie musculaire analogue à celle produite par l'altération des fibres cérébro-spinales. Chez le lapin, lorsqu'on pratique la section de la chaîne sympathique abdominale d'un côté, on apprécie facilement la réalité d'une hypotonie du membre correspondant au côté opéré.

La percussion du genou qui détermine un réflexe normal provoque, du côté altéré, un déplacement beaucoup plus ample du membre avec une tendance au caractère pendulaire. Cette modification du réflexe semble transitoire.

Les voies de conduction de la douleur dans la chaîne sympathique. (William Jason Mixten et James C. White. *Arch. of neurol. and Psychiat.*, mai 1931, vol. XXV, p. 986.) — On sait que la question est encore pendante des rapports du système sympathique avec les excitations douloureuses. Certains auteurs, tels que Langley, pensent que le système sympathique est seulement effecteur et que, s'il contient des fibres sensibles, celles-ci ne sont en réalité que des fibres sensitives cérébro-spinales qui sont mêlées pendant un trajet plus ou moins étendu aux fibres sympathiques. Tel n'est pas l'avis des auteurs du présent travail. En effet, non seulement les excitations nociceptives du sympathique donnent lieu à des sensations particulièrement désagréables et d'une tonalité affective particulière, mais encore la topographie des troubles de la sensibilité douloureuse dans les lésions du sympathique se montrent différentes de celles qu'affectent les mêmes perturbations dans la sphère cérébro-spinale. Le sympathique cervical contient de nombreuses fibres sensibles mais celles-ci ne pénètrent pas dans la moelle par l'intermédiaire des rameaux communicants cervicaux, ils ne s'articulent avec les neurones spinaux que plus bas, au niveau des premiers segments dorsaux; de telle sorte que si l'on veut interrompre par un bloquage anesthésique à la cocaïne ou par une section chirurgicale les fibres de con-

duction de la sensibilité douloureuse de la face, il faut agir, non pas sur le système cervical mais sur les rameaux communicants ou les ganglions de la chaîne de la région dorsale.

Les auteurs, dans plusieurs cas de névralgie faciale, ont injecté de la cocaïne dans le premier et le second ganglions dorsaux et ont constaté la suspension complète de la douleur. Encouragés par ces résultats ils ont, dans plusieurs cas, pratiqué l'injection d'alcool dans les ganglions ci-dessus mentionnés.

Dans un cas de causalgie de la main due à une blessure de l'index l'injection para-vertébrale de la région des deux ganglions dorsaux supérieurs aboutit à un succès complet. Partant de cette constatation que les sensations douloureuses sympathiques ne peuvent aborder la moelle qu'au niveau des premiers ganglions dorsaux, les auteurs ont conclu en se basant d'ailleurs sur des recherches personnelles que dans les douleurs aortiques de l'angine de poitrine, il faut injecter la cocaïne ou l'alcool dans les ganglions dorsaux supérieurs, Dans 4 cas d'angine de poitrine où l'opération fut pratiquée, les douleurs de l'hémithorax disparurent complètement.

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Polynévrite syphilitique. (MARGULIS. *Zeut. f. Nervenheilk*, 1930, vol. CXV, p. 46.) — Les localisations de l'infection syphilitique sur le système périphérique apparaissent à tous les observateurs d'une grande rareté si on les compare à celles qui frappent le système nerveux cérébro-spinal. Dans 3 cas, M. Margulis a pu observer des déterminations périphériques de la syphilis. Dans un cas, ayant trait à un homme de quarante-huit ans, syphilitique depuis neuf ans, non seulement les nerfs et les muscles étaient douloureux, les réflexes abolis et les muscles atrophiés, mais encore on pouvait sur certains nerfs sentir des nodules fusiformes. Histologiquement, la lésion nerveuse était caractérisée par une infiltration gommeuse diffuse accompagnée d'endopériartérite. La lésion nerveuse frappait, tout ensemble, périnèvre et endonèvre.

Dans les faits de cet ordre, il s'agit bien d'une névrite et non pas d'une nervo-dégénération chez un syphilitique. Il est intéressant de noter que les lésions ne se bornaient pas aux nerfs périphériques mais pouvaient encore être mises en évidence dans les muscles eux-mêmes.

Dans d'autres cas, la lésion ne frappe plus, pour ainsi dire, le nerf périphérique mais se concentre sur les racines et particulièrement les racines lombo-sacrées. On peut donc, selon l'auteur, diviser les polynévrites syphilitiques en deux catégories : la neuromyosite et la radiculite; mais parfois la radiculite s'associe à la polynévrite purement périphérique. L'une et l'autre surviennent dans le stade secondaire ou tertiaire de l'infection.

PSYCHIATRIE

Psychose périodique et démence précoce. (H. CLAUDE et J. LEVY-VALENSI. *Encéphale*, mai 1931, p. 377.) — L'extension de plus en plus grande que prend la démence précoce en psychiatrie n'est pas sans laisser d'inquiétude. En effet, à en croire certains auteurs, on arriverait à englober la plus grande partie des maladies mentales acquises dans le cadre de la démence précoce. Certains psychiatres, d'ailleurs, n'hésitent pas à réunir la schizophrénie et la psychose périodique.

Dans ce mémoire important, les auteurs s'efforcent justement de montrer par quoi se différencient la psychose périodique et la démence précoce vraie. S'il y a des points de rapprochement incontestables entre les deux maladies, c'est que l'une comme l'autre ont à leur base non pas des troubles de destruction cérébrale mais dans des perturbations dynamiques. Celles-ci peuvent naturellement donner lieu temporairement aux mêmes aspects cliniques que des lésions définitives, mais l'évolution de la maladie fait apparaître une restauration qui est bien différente. Une démence peut bien succéder à un état mélancolique, à un accès d'excitation, à une étape confusionnelle d'une infection. Elle peut faire suite également à un épisode délirant d'ordre interprétatif ou hallucinatoire mais, cette évolution n'est pas fatale car, on le sait, il existe des cas de catatonie authentique qui se terminent non pas par la démence mais par la régression symptomatique. La précocité de la démence tient, sans nul doute, à une fragilité cérébrale particulière laquelle prédomine sur les centres de certaines tendances, de certaines fonctions.

De ces faits, nous avons la preuve dans les cas très nombreux de démence précoce d'origine familiale. La démence survient donc comme un accident, elle peut compliquer un état psychopathique quelconque et cet état peut être la manie-mélancolie.

Dans cette manière de voir, si la manie-mélancolie conserve son individualité morbide, on peut admettre que lorsque l'affection s'associe à la constitution cyclothymique et à la fragilité cérébrale, elle peut être l'origine d'une véritable démence précoce. Les accès de psychose périodique ont seulement accéléré le rythme de la destruction de cellules cérébrales particulièrement fragiles.

Importance des manifestations vestibulaires et du syndrome du plancher dans un nouveau cas de tumeur du IVe ventricule. (J. A. BARRÉ et G. METZGER. *Revue neurol.*, janv. 1931, p. 16.) — Les tumeurs du IVe ventricule se présentent sous plusieurs aspects cliniques dont les éléments tiennent à la différence de localisation ou de compression de la lésion néoplasique. Il existe une forme que l'on peut appeler, par exemple, pneumo-vestibulaire caractérisée par des troubles de l'équilibre et des vomissements. Le vomissement peut être isolé et précoce. A celui-ci s'ajoute un dérobement brusque des jambes, de la titubation et une dysharmonie du syndrome vestibulaire. En face de ces faits positifs s'opposent des faits négatifs dont l'absence de vertiges spontanés et provoqués constituent les symptômes dominants.

Le trouble essentiel de la schizophrénie et des affections psychiques en général. (Denis TRIANTAPHYLLOS. *Encéphale*, avril 1931, p. 260.) — Depuis qu'on a séparé à juste titre la démence précoce des autres maladies mentales, on s'est demandé quel pouvait être le trouble primitif qui se trouve à la base de cette maladie si intéressante et si déroutante pour le psychiatre. L'auteur a le mérite ici de reprendre complètement la question du point de vue physiologique. Selon son opinion, le trouble fondamental de la maladie consiste dans une perturbation de l'idéation, dans un défaut d'élaboration du principe de causalité, lequel entraîne des réactions affectives et passionnelles; tous ces troubles sont liés à une déficience fonctionnelle des neurones corticaux.

La schizophrénie est constituée par le groupe des syndromes cliniques caractérisés par une direction spéciale de la pensée, dans le sens des tendances psychiques constitutionnelles du sujet, tendances qu'on a englobées dans le terme de constitution schizoïde. La démence précoce ou schizophrénie ne serait pas liée, à une lésion matérielle d'une région déterminée du cerveau, car l'auteur n'admet pas la division fonctionnelle étroite des aires corticales du point de vue physiologique.

Dans toute affection mentale on se demande quels sont les facteurs physiogènes et psychogènes. Dans la démence précoce, selon Triantaphyllos, le symptôme vraiment physiogène et dont découlent tous les autres est l'insuffisance de l'idéation de la conséquence logique. Les manifestations primitives seraient donc physiogènes, les manifestations contraires ou positives seraient d'ordre psychogène.

Démence précoce et schizophrénie de Kretschmer. (C. PASCAL et J. VIÉ. *Encéphale*, avril 1931, p. 282.) — Après avoir passé en revue très longuement les diverses théories

qui ont été émises au sujet de la démence précoce, les auteurs aboutissent à cette conclusion que la constitution schizothymique n'est autre chose que la dégénérescence mentale de Morel posée sous la forme philosophique. Mais cette conception de Kretschmer reposerait plus sur des affirmations que sur des faits bien observés. Les morphogrammes schizothymiques les plus purs ne sont que des abstractions, des vues de l'esprit. Les types d'ensemble les plus caractéristiques possèdent de nombreuses particularités individuelles. Sur 119 hébéphréniques un tiers évolua en dehors d'un moule prédestiné. Chez certains malades, quelques stigmates ont pu être rattachés à la syphilis héréditaire.

Mais, si les idées de Kretschmer par certains côtés sont discutables, l'œuvre de ce savant est considérable; il a attiré, en effet, de nouveau l'attention sur la valeur des dystrophies trop délaissées depuis qu'on a proclamé la faillite de la dégénérescence mentale. Grâce à l'étude de ces dystrophies, on pourra retrouver à l'origine de bien des démences précoces, l'hérédo syphilis, la tuberculose, des toxi-infections avec leur retentissement glandulaire qui expliqueront les déviations de l'espèce et particulièrement la constitution schizothymique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 AOUT 1931)

Sur les propriétés physiques du sérum sanguin et des protéides séparées de ce sérum par la méthode à l'acétone chez l'homme et chez quelques animaux à l'état normal. — MM. Ch. ACHARD, A. BOUTARIC et M. DOLADILHE montrent que les suspensions colloïdales constituées en diluant dans un égal volume d'eau les protéines séparées d'un sérum, possèdent une densité optique et une viscosité pratiquement identiques à celles que fournit le sérum brut. Le nombre de granules par gramme de protéine séchée paraît être sensiblement le même pour les sérums normaux de différentes espèces animales, au voisinage de 7. Il paraît légitime d'admettre que les protéines séparées du sérum par la méthode à l'acétone ne sont pas altérées, et cela d'autant moins qu'on opère leur isolement à plus basse température. Elles conservent notamment leur faculté d'hydratation.

Sur les propriétés physiques des protéines du sérum et des sérosités hydropiques dans la néphrose lipoïdique. — MM. Charles ACHARD, A. BOUTARIC et A. ARCAND concluent de leurs recherches, portant sur trois cas de néphrose lipoïdique, que dans cette maladie les granules colloïdaux du sérum perdent la faculté de l'hydrater par le chauffage, de même que ceux des sérosités hydropiques. Cette même anomalie se retrouve pour les protéines séparées de ce sérum et de ces sérosités. Il y a donc dans cette affection non seulement des modifications quantitatives des diverses protéines, mais encore des modifications dans les propriétés physiques de ces protéines.

Il ne s'ensuit pas nécessairement que ce caractère soit constant dans la néphrose lipoïdique, ni qu'il appartienne exclusivement à cette affection.

Le principe actif du guarana. — MM. Gabriel BERTRAND et P. DE BERREDO CARNEIRO, après avoir analysé de nombreux échantillons authentiques de pâte indigène et de pâte industrielle de guarana, concluent que leur principe actif est uniquement de la caféine.

Combinaison de la globine avec des hématines d'origines diverses. — MM. Jean ROCHE et Albert BENDRIHEM.

Le glycogène du foie et du muscle chez le chien néphrectomisé. — M. F. RATHERY, Mlles S. GIBERT et V. LAURENT concluent que la suppression de la sécrétion rénale par néphrectomie double ne modifie que peu la glycémie; par contre, elle abaisse le plus souvent considérablement le glycogène hépatique et musculaire; l'injection de phlorizine à ces animaux, ne modifie pas les réactions précédentes.

BIBLIOGRAPHIE

Les hyperglycémies non diabétiques.

Une nouvelle revue médicale intitulée *Nutrition* vient de se créer avec le concours des membres de la Société des sciences médicales de Vichy.

Elle s'est donné pour but d'étudier successivement, dans une série de fascicules bien distincts, toutes questions se rapportant aux maladies fonctionnelles du tube digestif et de la nutrition. Chaque numéro comporte plusieurs articles originaux et de nombreuses analyses, le tout résumé en cinq langues concernant le sujet choisi.

Le premier fascicule, à la rédaction duquel ont pris part MM. Marcel LABBÉ, MAURIAC, AUBERTIN, CHABROL, RATHERY, HALLER, VERDEAU, est consacré aux hyperglycémies non diabétiques, et ces conclusions d'ensemble peuvent être présentées de la manière suivante:

Le diabète, pas plus que les autres maladies de la nutrition, n'est une entité morbide autonome aux frontières parfaitement limitées.

Entre l'important désordre fonctionnel qu'il représente et l'état normal, existent toute une série d'étapes intermédiaires dont une des plus caractérisées consiste dans l'augmentation du sucre dans le sang, à un taux trop faible pour qu'il puisse, comme dans le diabète, en passer dans les urines. Aux cas de ce genre, s'applique la dénomination d'hyperglycémies non diabétiques.

Au point de vue physio pathologique, il s'agit de troubles fonctionnels légers, dont la nature est assurément fort complexe.

On sait que normalement, dans l'organisme, le sucre, malgré les grandes variations de la quantité quotidiennement ingérée et celle qui est détruite dans les tissus, se maintient dans le sang à un taux relativement très fixe, aux environs d'un gramme par litre.

La constance de ce chiffre est assurée par la fonction glycogénique du foie, ce grand laboratoire de l'économie. Mais elle dépend aussi du jeu régulier de bien d'autres facteurs agissant dans un sens variable (sang, tissus, pancréas, insuline, surrénale, thyroïdes, hypophyse, etc.), dont le fonctionnement harmonieux est perpétuellement sous la coupe du système nerveux sympathique.

Le moindre accident, survenant à l'un quelconque de ces échelons entraînera, s'il n'est aussitôt compensé, une modification plus ou moins profonde de la quantité du sucre sanguin.

Pourtant, on a l'impression qu'un bon foie pourrait contrebalancer bien des causes d'hyperglycémie d'autre origine. En tout cas, nulle interprétation ne saurait fournir meilleur guide à la thérapeutique.

C'est pourquoi aucune des médications généralement utilisées dans les hyperglycémies ne donnent des résultats aussi marqués que les cures hydrominérales comme Vichy, spécialisées dans le traitement des troubles hépatiques, d'autant plus qu'on y trouve, à côté de la présence d'eaux minérales réputées, les meilleures conditions pour appliquer ces précieux traitements complémentaires qui sont le régime alimentaire, la culture physique et l'hydrothérapie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 70. — MERCREDI 2 SEPT. 1931. 104e ANNEE. MERCREDI 2 SEPT. 1931. — N° 70.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
La mesure de la vitesse de sédimentation des globules rouges dans la pratique phtisiologique, par MM. J. Mattei et H. Jasienski.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de biologie.
Société de médecine de Paris.
Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
PRATIQUE MÉDICALE
De l'emploi de l'allonal en thérapeutique, par M. le docteur C. Dessout.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Insuffisance aortique. Signes et diagnostic.

INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE ROME. — La Faculté de médecine de Rome a élu comme successeur du regretté professeur Ascoli à la chaire de clinique médicale, le professeur Cesare Frugoni, membre du Comité de rédaction de *Minerva medica*, et bien connu par ses importants travaux sur l'asthme, l'œdème, les splénomégalies, le signe du lacet, etc.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Par arrêté du ministre de la Santé publique, M. Leclainche, chef de service à l'Office public d'hygiène sociale, est nommé chargé de mission au cabinet du ministère.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ (armée active). — Par décision du 21 août 1931, les mutations suivantes sont prononcées :

Médecins colonels. — MM. Guéricolas est affecté à l'hôpital militaire de Nancy; Dircks-Dilly est maintenu et désigné comme président de commission de réforme.

Médecin commandant. — M. Carret est affecté aux territoires du Sud-Algérien (volontaire).

Médecins capitaines. — MM. Pintart est affecté à l'hôpital militaire de Tunis; Clerc est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Besançon; Michel est affecté au 3e régiment de hussards, à Strasbourg; Morel est affecté à la 10e compagnie régionale du train, à Rennes; Chausset est affecté à l'infirmerie-hôpital du camp de la Valbonne comme médecin chef; Collin est affecté à la direction du service de santé de la 14e région, Lyon; Parnet est affecté à la 3e compagnie du train à Rouen; Vaudin est affecté aux troupes du Maroc (volontaire); Vergez est affecté au 65e régiment d'infanterie, à Vannes.

COMMISSION D'ASSISTANCE ET D'HYGIÈNE MENTALE ET COMMISSION CONSULTATIVE DE PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES. — L'arrêté suivant du ministre des Colonies vient de paraître au *Journal officiel*:

ARTICLE PREMIER. — L'article 3 de l'arrêté du 25 septembre 1925 est remplacé par le suivant :

Art. 3. — La Commission consultative d'hygiène mentale est composée de quatorze membres, nommés par arrêté du ministre, dans les conditions indiquées ci-dessous :

a. Six membres proposés par l'inspecteur général du service de santé des colonies, parmi les médecins militaires coloniaux ou métropolitains en activité ou en retraite présents à Paris et parmi les personnalités coloniales, spécialisées dans les questions d'hygiène;

b. Six membres proposés par le président de la Ligue d'hygiène mentale ;

c. L'inspecteur général du service de santé des colonies ou son adjoint le représentant; un médecin militaire ou civil de la 4e section de l'inspection générale du service de santé des colonies.

La participation volontaire des membres de la Commission n'ouvrira droit à aucune rétribution ou indemnité.

Le bureau comprend un président, un vice-président et un secrétaire, élus par la Commission.

La Commission se réunit au ministère des Colonies sur la convocation de son président et au moins une fois par semestre.

Les membres de la Commission consultative d'hygiène mentale sont nommés pour une période de trois ans renouvelable à partir du début de l'année. Tout membre qui, durant l'année, n'aura pris part à aucune séance, sera considéré comme démissionnaire et remplacé d'office.

ART. 2. — L'article 3 de l'arrêté du 13 août 1929, modifié par l'arrêté du 15 février 1930, est remplacé par le suivant :

Art. 3. — La Commission consultative de prophylaxie des maladies vénériennes est composée de quatorze membres nommés par arrêté du ministre, dans les conditions indiquées ci-dessous :

a. Six membres proposés par l'inspecteur général du service de santé des colonies, et choisis parmi les médecins militaires coloniaux ou métropolitains, en activité ou en retraite, présents à Paris, et parmi les personnalités coloniales spécialisées dans les questions d'hygiène ;

b. Quatre membres proposés par le ministre de l'Hygiène ;

c. Deux membres proposés par le directeur de l'Institut prophylactique ;

d. L'inspecteur général du service de santé des colonies ou son adjoint le représentant ; un médecin militaire ou civil de la 4e section de l'inspection générale du service de santé des colonies.

La participation volontaire des membres de la Commission n'ouvrira droit à aucune rétribution ni indemnité.

Le bureau comprend un président, un vice-président et un secrétaire élus par la Commission.

La Commission se réunit au ministère des Colonies sur la convocation de son président, et au moins une fois par semestre.

Les membres de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes sont nommés pour une période de trois ans, rendue valable à partir du début de l'année. Tout membre qui, durant l'année, n'aura pris part à aucune séance, sera considéré comme démissionnaire et remplacé d'office.

ART. 3. — L'art. 4 de l'arrêté du 13 août 1929 est abrogé.

ART. 4. — L'inspecteur général du service de santé des colonies est chargé de l'exécution du présent arrêté.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Sage (de la Tour-du-Pin), Pierre Poupardère, chirurgien de Saint-Lazare, à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE (Série supplémentaire). — Une Série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale aura lieu du 12 au 21 octobre 1931.

Ces travaux comprendront chaque jour :

a. A 14 h., une Conférence dans la salle des travaux pratiques de pharmacologie ;

b. De 15 h. à 16 h. 30, des démonstrations pratiques dans la salle voisine.

A ces travaux pratiques seront admis :

1° Les étudiants préparant le 4e examen de doctorat (ancien régime) ;

2° Les étudiants de 4e année (nouveau régime) ajournés ou absents à la session de juin 1931, ou n'ayant pas participé aux travaux pratiques réglementaires de pharmacologie de l'année scolaire 1930-1931.

Les élèves inscrits devront verser un droit de laboratoire de 125 fr.

S'adresser au Secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— COURS DE PHARMACOLOGIE. (Professeur : M. M. TIFFENEAU.) — M. le professeur Tiffeneau commencera son cours le lundi 6 novembre, à 17 h., et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet du cours : « Modificateurs du système nerveux central et périphérique. »

LIVRES NOUVEAUX

L'infection colibacillaire de l'appareil urinaire (1), par Spiridian ŒCONOMOS.

Rien de plus fréquent que la colibacillose ! N'est-elle pas responsable de la plupart des pyélonévrites gravidiques, de nombre de cystites ou de prostétites ! Fréquence qui s'explique si l'on tient compte de trois raisons : 1° le coli se trouve dans la place, puisque, normalement, il habite l'intestin ; 2° entre l'appareil urinaire et le côlon existent d'étroites relations anatomiques, physiologiques, pathologiques ; 3° de par leur fonction, ces deux appareils sont exposés, l'un et l'autre, à des stases d'origine mécanique, stase fécale, stase urinaire, stase qui domine toute la question et qui joue un rôle capital dans l'établissement d'une thérapeutique. N'est-il pas indispensable, avant de s'en tenir au diagnostic de colibacillaires, de procéder à un examen complet de l'appareil urinaire ?

Dans cet ouvrage, l'auteur étudie successivement l'historique de la maladie, la biologie du colibacille, l'étiologie de l'infection colibacillaire, sa pathogénie, ses symptômes, les formes cliniques, les complications, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Il faut signaler deux chapitres qui, dans cette étude, apportent des faits nouveaux et ouvrent de nouvelles voies aux chercheurs. L'un traite la colibacillose expérimentale et montre le rôle important joué par la *stase urinaire* dans la colibacillose. L'autre concerne l'étude thérapeutique : très complète et impartiale, elle montre que le traitement de la colibacillose urinaire consiste surtout à combattre la stase urinaire.

L'ouvrage se termine par le résumé de la discussion qui a eu lieu pendant le congrès et par une bibliographie très complète et indispensable aux nouveaux chercheurs.

Ainsi conçu, il constitue un guide précieux pour tous ceux, spécialistes ou non, qu'intéresse l'infection colibacillaire.

L. BABONNEIX.

Pathologie du foie et du pancréas (2), par Marcel BRULÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Tenon.

Cette initiation à l'étude des maladies du foie et du pancréas est divisée en trois parties :

Première partie : Description des troubles fonctionnels ou généraux que présentent les malades atteints d'affections du foie et du pancréas.

Deuxième partie : Examen physique du malade et recherches élémentaires de laboratoire (tubage duodénal, examen radiologique).

Troisième partie : Étude des troubles fonctionnels et des signes physiques associés dans les principales affections du foie : ictères, cirrhoses, hépatomégalies, lithiase biliaire, cholécystites, stases vésiculaires, cancer, et du pancréas : pancréatites, lithiase, syphilis, kystes, cancer, hypo et hyperfonctionnement. Description élémentaire des principaux syndromes morbides.

Sauf en cette dernière partie, l'étude des maladies du foie et du pancréas est menée simultanément, car les affections des deux organes donnent souvent des symptômes de même ordre.

L. G.

(1) In-8 de 292 p. — Prix : 35 fr. — Paris 1931, A. Legrand.
(2) Un volume de 140 p. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie

LA MESURE DE LA VITESSE DE SÉDIMENTATION DES GLOBULES ROUGES DANS LA PRATIQUE PHTISIOLOGIQUE

Par MM. J. MATTEI et H. JASIENSKI,

Médecins assistants des sanatoriums de l'Association métallurgique.

La recherche, et — le cas échéant — la mesure de l'infection tuberculeuse présentent un indiscutable intérêt. Certes, s'ajoutant à la clinique, le laboratoire et la radiologie auxquels le médecin a de plus en plus recours fournissent des documents de premier ordre, mais le besoin d'un test sérologique complémentaire, comparable si l'on veut aux réactions de Bordet-Wassermann dans la syphilis, se présente naturellement à l'esprit. C'est ainsi que différentes recherches de laboratoire se sont créées pour venir donner au phtisiologue une aide souvent salutaire, et au récent Congrès national de la tuberculose de Bordeaux, les rapporteurs, MM. Leuret et Caussimon (1) ayant à présenter la question du diagnostic de l'activité des lésions tuberculeuses pulmonaires, ont consacré un important chapitre de leur travail aux réactions sérologiques.

Mettons à part la séro-agglutination de S. Arloing et P. Courmont et la réaction de Besredka (Recherche de la déviation du complément) qui — nous semble-t-il — n'ont pas fait leurs preuves, et ne retenons que les deux réactions les plus usitées : la réaction de floculation à la résorcine de Vernes et la mesure de la vitesse de sédimentation des globules rouges (G. R.).

La réaction de Vernes à la résorcine — comparable au Vernes, au péréthynol dans la syphilis — se pratique avec le photomètre de Vernes-Bricq et Yvon. C'est là le gros inconvénient de cette réaction, et si dans quelques centres spécialisés munis de photomètre, différents auteurs sont arrivés à obtenir des graphiques sérologiques intéressants chez les tuberculeux pulmonaires, il faut reconnaître que c'est une méthode à laquelle il n'est pas possible de s'adresser dans la pratique phtisiologique courante. Certes, nous dirons avec Jullien (2) que la réaction de Vernes peut fournir « des renseignements très utiles pour suivre l'évolution des malades, faire le point de leur état et apprécier le résultat d'une thérapeutique ». Les mêmes conclusions peuvent être retenues de la communication de Léger (3) rappelant que 60.000 Vernes-résorcine ont été pratiqués à l'Institut prophylactique de Paris. Mais comme nous le répétons, à cause de son instrumentation et de sa technique, le Vernes n'est pas une réaction de dispensaire ni de sanatorium, encore moins de consultation phtisiologique : c'est une méthode de laboratoire spécialisé.

Nous voudrions montrer que le même bénéfice peut être retiré par la pratique d'une réaction infiniment simple, à la portée de tout médecin, ne nécessitant qu'un minimum d'instrumentation : c'est la mesure de la vitesse de sédimentation (V. S.) des globules rouges (G. R.). « Les renseignement fournis par la séro-floculation sont assez semblables à ceux que donne la réaction des globules rouges » (Léon Bernard, Bonnet et Lamy-4-); cette conclusion d'un long mémoire nous servira de point de départ.

La V. S. des G. R. a soulevé un nombre considérable de publications. Ne rappelons, parmi l'importante bibliographie de cette question que les Thèses remarquables de Racine (5) et d'Houriet (6) inspirées par Rossel (Leysin), le mémoire de Salomon et Valtis (7) écrit dans le service du professeur Léon Bernard, celui de Cordier et Chaix (8) et la récente communication d'Hermann à l'Œuvre de la Tuberculose (9). Nous nous permettrons toutefois de reprocher à la plupart des travaux publiés de n'avoir peut-être pas montré suffisamment la simplicité de cette réaction et son aspect pratique, points de vue que l'un de nous a déjà essayé de mettre en lumière (10), et sur lesquels nous nous permettrons de revenir aujourd'hui.

Si l'on prélève du sang par ponction veineuse et qu'on le laisse reposer après adjonction d'une certaine quantité de solution de citrate de soude destinée à le rendre incoagulable, on voit qu'après quelques heures, ce sang, dans le tube de l'expérience, se sera séparé en deux parties : la première, supérieure, d'un blanc rosé est celle du plasma; la seconde inférieure, d'un rouge foncé, est celle des globules rouges; sur celle-ci repose la mince couche opalescente des globules blancs. On dit que les éléments du sang ont « sédimenté ».

L'étude de cette vitesse horaire de sédimentation des globules rouges a été entreprise par Biernacki, il y a trente-huit ans. Après lui, Fahraeus nota l'accélération de cette vitesse de sédimentation à propos de la grossesse. D'autres auteurs ont fait entrer la pratique de cette recherche dans le domaine de la pathologie. En France, tout dernièrement, Coste et Forestier ont montré dans une communication à la Société de médecine des hôpitaux de Paris (11) la valeur de la sédimentation globulaire au cours des rhumatismes chroniques, Mathieu-Pierre Weil, Guillaumin et Mlle Laurencin (12), dans les affections articulaires. Mais l'on peut dire que la V. S. des G. R. est surtout usitée dans la tuberculose pulmonaire.

Le mécanisme qui commande les modifications de la vitesse de chute des érythrocytes, de même que les causes, ont fait l'objet de longues études et de laborieuses controverses. L'essentiel à en retenir est le principe suivant posé par Houriet : « La vitesse de sédimentation des G. R. témoigne de l'intensité et de l'étendue d'un processus pathologique ».

Ce n'est pas une réaction « spécifique ». Une V. S. normale n'implique pas qu'un malade ne soit pas tuberculeux; une V. S. élevée n'indique pas forcément une tuberculose; enfin il arrive que des tuberculeux « stabilisés » présentent des V. S. normales. Des maladies comme la syphilis, le diabète, une pleurésie séro-fibrineuse « a frigore », une septicémie, un panaris, peuvent donner des vitesses horaires de sédimentation élevées. La réaction doit être « interprétée », ce qui est le plus souvent facile, et dans le doute recommencée à peu de temps d'intervalle.

La technique de la mesure de la V. S. est d'une extrême simplicité. On retire avec une seringue graduée courante, 2 centimètres cubes de sang de l'une des veines du pli du coude du malade; on ajoute ce sang à un demi-centimètre cube de solution de citrate de soude à 4 p. 100 contenu dans une éprouvette; on mélange doucement. Puis l'on remplit le tube de Westergreen (tube sédiométrique) nécessaire pour cette mesure jusqu'au chiffre 0. On place le tube verticalement sur un support; on laisse reposer. A la fin de la première heure on note la chute de la couche des globules rouges grâce à la graduation du tube en millimètres, par exemple 10; même notation à la fin de la deuxième heure, par exemple 28; on obtient la vitesse horaire moyenne suivant la notation de Katz par un simple calcul :

$$\text{Vitesse horaire moyenne (V. H. M.)} = \frac{10 \text{ (vitesse de la 1re heure)} + \frac{28 \text{ (vitesse de la 2e heure)}}{2}}{2}$$

soit 12 de V. H. M.

Le plus souvent, la mesure de la première heure suffit; on peut contrôler par la notation de la deuxième heure; le chiffre des vingt-quatre heures n'a aucun intérêt pratique.

Chez l'homme la V. S. des G. R. normale est de 3 à 5 mm. par heure; chez la femme de 4 à 8 mm.; lorsque la V. H. M. dépasse ces chiffres elle devient pathologique.

Dans la pratique phtisiologique, soit à la consultation d'un dispensaire, soit pour suivre un malade au sanatorium, cette réaction apporte un appoint indiscutable. Nous-mêmes, après une pratique d'un millier de recherches, tant aux sanatoriums de Leysin qu'aux sanatoriums de l'Association métallurgique et minière, nous prêtons de plus en plus d'intérêt aux renseignements fournis par la mesure de la V. S. des G. R. Elle renseigne « sur les réactions de l'organisme et peut dans une certaine mesure, concourir à l'établissement du pronostic ». (Salomon et Valtis.)

« L'utilisation de la réaction de Vernes dans les dispensaires en vue du dépistage des tuberculeux, ne saurait être envisagée », écrit le professeur Léon Bernard. Au contraire la mesure de la V. S. des G. R. pour laquelle la seule instrumentation consiste en 10 ou 12 tubes sédiométriques de Westergreen y a sa place toute trouvée.

L'observation suivante que nous empruntons à un précédent travail (10) souligne la valeur diagnostique de la réaction :

Em... G..., vingt et un ans, a de lourds antécédents bacillaires. Sa mère est morte à cinquante-cinq ans, une sœur à vingt-trois ans, un frère à dix-huit ans, et tous frappés par la tuberculose pulmonaire.

Au mois d'août 1928, venant à Leysin voir une sœur plus âgée, en cours de traitement au sanatorium des Alpes Vaudoises, également pour tuberculose pulmonaire et soignée avec succès par un pneumothorax droit, elle se fait examiner par le docteur Cardis. En raison de cette contagion familiale, et pour permettre un examen complet, la malade est mise en observation pendant huit jours.

La radiographie ne montre qu'une petite tache dans le lobe moyen droit, mais paraissant tout à fait cicatricielle. Du côté gauche, une petite ombre au niveau du quatrième espace intercostal ne permet pas de conclure à une lésion en activité.

Durant son séjour d'observation, la malade est radioscopée et auscultée à quatre ou cinq reprises sans que l'on trouve quelque signe faisant suspecter une bacillose évolutive.

La température est physiologique, l'état général florissant, l'appétit excellent, le sommeil bon.

La bacilloscopie pratiquée à plusieurs reprises est négative à l'examen direct et à l'homogénéisation.

Les réactions sérologiques de la tuberculose sont pratiquées. Mais alors que la réaction de Besredka est tout à fait négative, que le Vernes tuberculose est de 0, la mesure de la V. S. donne une sédimentation de 15 mm.

Le docteur Cardis conseille le repos ; mais la malade ne peut s'y résoudre, et consent seulement à se faire suivre régulièrement.

Elle remonte en effet à Leysin en octobre 1928, et l'examen ne révèle encore rien de bien spécial.

Puis la malade est perdue de vue. Elle ne prend pas de vacances, et ce n'est qu'en février 1929 qu'elle retourne consulter le docteur Cardis.

A ce moment, à la radioscopie et à la radiographie se dessine très nettement du côté gauche une caverne suprascissurale. La bacilloscopie est cette fois positive : Geffky I. La température est élevée. La malade entre dans une des annexes du sanatorium et un pneumothorax gauche est pratiqué le 21 février.

Le 4 avril la mesure de la V. S., qui n'avait pas pu être effectuée à l'entrée de la malade, est de 15,5.

Cette observation est instructive à plus d'un titre. Qu'on nous permette d'en retirer seulement la valeur de la mesure de la V. S. considérée en tant que réaction de dépistage. Une sédimentation de 15 millimètres, le 18 août 1928, indiquait déjà une atteinte que les rayons ne pouvaient encore déceler. Certes, il était difficile, même à un phtisiologue averti, de préconiser une cure sanatoriale alors que la V. S. apparaissait seule comme élément pathologique. Mais les faits ont malheureusement souligné la bacillose que traduisait déjà l'augmentation de la sédimentation globulaire, et cela, croyons-nous, n'est pas d'un médiocre intérêt.

Dans la pratique sanatoriale, le problème diagnostique se pose moins fréquemment, encore que l'on reçoive comme tuberculeux des maladies de Hodgkin, des cancers du poumon, des maladies mitrales, des asthmatiques. Voici des exemples de vitesse horaire moyenne de sédimentation chez de tels malades.

M. Sai... Maladie mitrale, le 15 janvier 1931, V. H. M. = 3; le 20 mai 1931, V. H. M. = 3.
M. Tr... Asthme essentiel; le 10 février 1931, V. H. M. = 2.
M. Sc... Insuffisance respiratoire; le 20 février 1931, V. H. M. = 3.

Mais il s'agit surtout de suivre des tuberculeux du plus près possible. Nous pratiquons systématiquement aux sanatoriums de l'Association métallurgique et minière des mesures de la V. S. à l'entrée et à la sortie de chaque malade.

Le plus souvent, une vitesse de sédimentation globulaire élevée correspond à des lésions pulmonaires importantes :

M. Lag... Tuberculose pulmonaire bilatérale excavée, état général médiocre, le 5 mai 1931, V. H. M. = 23.
M. Lam... Tuberculose pulmonaire unilatérale évolutive ; état général déficient, le 27 avril 1931, V. H. M. = 29.
M. Nev... Tuberculose pulmonaire bilatérale, excavée à gauche, état général médiocre ; le 1er avril, V. H. M. = 50.

Cette sédimentation peut toutefois être normale ou voisiner avec la normale chez des malades présentant des destructions anatomiques ou des ulcérations importantes, mais dont les lésions sont « fixées ». Il s'agit de malades relativement « stabilisés », avec un bon état général, apyrétiques, sans accélération du pouls, ne crachant pas ou à peine. En voici quelques cas :

M. Pi... Tuberculose bilatérale ulcéro-fibreuse, bon état général ; le 24 avril 1931, V. H. M. = 6.
M. Da... Tuberculose bilatérale excavée, bon état général ; le 31 mars 1931, V. H. M. = 5.
M. Fr... Tuberculose pulmonaire bilatérale excavée ; bon état général ; le 2 février 1931, V. H. M = 7.

Lorsqu'en cours de cure s'est posée l'indication d'un pneumothorax, d'une phrénicectomie, nous faisons alors des mesures de V. S. de six semaines en six semaines. Très vite les malades s'y intéressent et suivent ainsi leurs progrès.

M. We... Avant création d'un pneumothorax droit, V. H. M. = 16 ; après trois mois de pneumothorax efficace, V. H. M. = 3 ; après cinq mois de pneumothorax, V. H. M. = 3.
M. Gr... Avant phrénicectomie droite, V. H. M. = 10 ; après deux mois de phrénicectomie efficace, V. H. M. = 3.

Mais si un incident se produit au cours de la collapsothérapie : perforation pleuro-pulmonaire ou pleurésie, la vitesse de sédimentation augmente et atteint des chiffres élevés :

M. Dr... Pneumothorax gauche grand partiel, efficace ; le 2 février 1931, V. H. M. = 8. Perforation pleuro-pulmonaire par rupture d'adhérence ; pleurésie abondante ponctionnée à trois reprises ; le 6 mars V. H. M. = 63.
M. Co... Pneumothorax bilatéral, efficace ; le 10 mars 1931, V. H. M. = 4. Perforation pulmonaire fruste ; pleurésie gauche dans le plus récent pneumothorax ; le 24 avril 1931, V. H. M. = 34.

Nous avons dit précédemment que nous faisions une mesure de la V. S. au moment du départ de chacun de nos malades. La valeur pronostique de cette V. S. a été bien étudiée dans la thèse d'Houriet. Cet auteur, recherchant après trois ans les 99 malades suivis par Racine et sortis depuis ce laps de temps, arrive aux conclusions suivantes :

1° Chez les malades dont les sédimentations ne dépassaient pas 8, le pronostic favorable porté à la sortie s'est trouvé justifié après trois ans, 76 p. 100 d'entre eux gardaient une capacité de travail normale.

2° Chez les malades dont les V. S. variaient de 9 à 20, l'état était le plus souvent stationnaire ; quelques-uns avaient dû recommencer une nouvelle cure sanatoriale, 11 p. 100 seulement gardaient une capacité de travail normale.

3° Chez les malades dont les sédimentations étaient égales ou supérieures à 20, le pronostic réservé se trouvait vérifié : 64 p. 100 étaient morts et 10 p. 100 seulement gardaient une capacité de travail suffisante.

Pour conclure, et après cet exposé un peu trop rapide des résultats de la méthode, il nous semble que la mesure de vitesse horaire de le sédimentation globulaire apporte une aide importante au phtisiologue. Cette recherche, qui n'est pas spécifique, permet, au prix d'un outillage minime, l'obtention de valeurs numériques faciles à déterminer et comparables entre elles.

Au point de vue de sa valeur diagnostique et pronostique dans la tuberculose pulmonaire, on peut dire qu'aux chiffres élevés de sédimentation globulaire correspondent les cas graves, et qu'une accélération régulière de la vitesse de chute des globules rouges implique le plus souvent des réserves dans le pronostic.

A côté des données de la bactériologie, avec d'évidentes réserves, la mesure de la vitesse de sédimentation globulaire doit, nous paraît-il, prendre place dans l'examen courant de chaque malade, et figurer de plus en plus à la consultation du phtisiologue et dans les dispensaires.

BIBLIOGRAPHIE DES AUTEURS CITÉS

(1) Leuret et Caussimon. Le diagnostic de l'activité des lésions pulmonaires tuberculeuses, *Revue de la tuberculose*, mars 1931.
(2) Jullien. Communication au Congrès de la tuberculose, Bordeaux, mars-avril 1931, in *Presse méd.*, 15 avril 1931.
(3) Léger. Communication au Congrès de la tuberculose, Bordeaux, mars-avril 1931, in *Presse méd.*, 15 avril 1931.
(4) Léon Bernard, Bonnet et Lamy. Réaction de Vernes et tuberculose, *Revue de la tuberculose*, oct. 1929.
(5) Racine. *Th. de Lausanne*, 1924.
(6) Houriet. *Th. de Lausanne*, 1927.
(7) Salomon et Valtis. Tuberculose et sédimentation globulaire, *Revue de la tuberculose*, 1925.
(8) Cordier et Chaix. Nouvelles recherches sur la sédimentation sanguine, *Lyon méd.*, 1925, p. 48.
(9) Hermann. Essai d'interprétation de la réaction de la vitesse de la sédimentation globulaire dans la tuberculose, *Revue de la tuberculose*, avril 1931.
(10) Mattei. La pratique de la mesure de la vitesse de sédimentation des globules rouges dans la tuberculose pulmonaire, *Science méd. prat.*, 1er juin 1929.
(11) Coste et Forestier. Valeur pratique de la sédimentation globulaire au cours des rhumatismes chroniques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 6 avril 1931.
(12) Mathieu-Pierre Weil, Guillaumin et Mlle Laurencin. La réaction de sédimentation globulaire dans des affections articulaires, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 mai 1931.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1931)

Allure de l'infection tuberculeuse du cobaye inoculé par voie lympho-ganglionnaire avec le bacille tuberculeux aviaire. — M. C. NINNI. Le bacille de la tuberculose aviaire inoculé au cobaye par voie lympho-ganglionnaire, produit une infection aiguë, parfois mortelle.

Pendant les douze premiers jours, cette infection offre tous les caractères de la tuberculose du type Yersin, puis, dans la troisième semaine, elle se manifeste par des altérations du foie qui disparaissent entre les vingt-cinquième et trentième jours. Dans la suite, on n'observe plus qu'une hypertrophie et l'abcédation des ganglions inoculés.

Les ensemencements de tous les organes et même du sang des cobayes sacrifiés jusqu'au quatre-vingtième jour donnent des résultats positifs.

Inscription graphique de la chute de pression artérielle au cours du choc anaphylactique du cobaye. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO ont pris des tracés de la pression artérielle des cobayes au cours du choc anaphylactique. Il se traduit sur la courbe par une chute de la pression artérielle qui débute quinze à trente minutes après la fin de l'injection déchaînante. La vitesse de cette chute de pression est variable : la chute atteint son maximum dans un temps variant de cinquante secondes à une minute et demie. L'intensité est également variable : on observe des chutes de pression allant de 20 à 45 millimètres de mercure. La réascension s'effectue lentement; elle débute deux minutes environ après la fin de l'injection; la pression remonte peu à peu pour atteindre son chiffre initial. Dans une des expériences, la pression artérielle n'est pas remontée, le choc anaphylactique ayant été mortel.

La chute de pression artérielle avec l'allure qui vient d'être décrite est un excellent signe de choc anaphylactique chez le cobaye. A la suite d'injection déchaînante chez des cobayes sensibilisés, les auteurs l'ont observée dans des cas où l'animal ne présentait aucune manifestation clinique de choc. Cependant ils considèrent que, dans les expériences d'anaphylaxie, le lapin, pour l'inscription graphique de la chute de la pression artérielle, témoin du choc anaphylactique, est un meilleur animal que le cobaye, car les chutes de pression sont toujours beaucoup plus nettes chez celui-là que chez celui-ci.

Manifestations vasculaires et cliniques à la suite d'injection première chez le cobaye. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A. HUGO et M. P. GIROUD ont étudié chez le cobaye les différentes manifestations vasculaires et cliniques pouvant se produire après des injections premières intraveineuses. Chez 7 cobayes sur 13, l'injection intraveineuse n'a déterminé aucune modification importante de la pression artérielle. Dans 5 cas, les auteurs ont observé une chute brusque de la pression artérielle qui est remontée presque immédiatement après. Dans un seul cas, ils ont noté une courbe de pression artérielle identique à celle du choc anaphylactique. D'autre part, dans 2 cas, ils ont constaté des convulsions, manifestations cliniques rappelant celles considérées habituellement comme un test de choc anaphylactique chez le cobaye.

Il faut donc s'entourer de beaucoup de précautions avant de conclure à un choc anaphylactique chez le cobaye. Si l'on fait l'inscription graphique de la pression artérielle, il faut interpréter le tracé en cas de chute de pression. Enfin, il faut multiplier les expériences si l'on observe une chute de pression du type anaphylactique ou des convulsions puisque, dans des cas exceptionnels, une injection première peut provoquer une chute de pression de ce type ou peut s'accompagner de convulsions.

Anaphylaxie passive. Essais de transmission des anticorps de l'homme au cobaye. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A. HUGO et M P. GIROUD ont repris les expériences de transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme au cobaye. Leurs expériences ont porté sur 9 cas. Ils se sont servis de sérums d'hommes dont la sensibilisation était démontrée par les phénomènes cliniques, une cutiréaction positive, une épreuve de Prausnitz-Küstner positive. Dans 4 cas, ils ont injecté l'antigène vingt-quatre heures après l'injection première de sérum. Dans 5 cas, ils ont injecté l'antigène une demi-heure après l'injection première.

Dans 3 cas, ils ont observé des chutes de pression artérielle précoces et brèves telles que celles que l'on constate après injections premières. Dans ces cas, ils ont vu, accompagnant cette chute de pression, des phénomènes convulsifs. Ils n'ont jamais observé de chute de pression artérielle du type anaphylactique.

Les cas de prétendue transmission des anticorps anaphylactiques de l'homme au cobaye demandent donc à être revisés. Dans les expériences ultérieures, pour conclure, il faudra faire l'inscription graphique de la pression artérielle à la suite de l'injection déchaînante et multiplier les expériences.

Immunité antitoxique rapidement produite chez le cheval par l'injection sous-cutanée de doses minimes de germes diphtériques vivants. — MM. G. RAMON et R. DEBRÉ. Il suffit de l'injection d'une dose minime de germes diphtériques vivants pour déterminer chez le cheval la production rapide d'une quantité relativement abondante d'antitoxine. Les auteurs se sont assuré par des expériences préliminaires que l'injection des mêmes quantités de germes tués n'entraîne aucune production appréciable d'antitoxine. Celle-ci est due au fait que les germes vivants se multiplient dans le tissu cellulaire sous-cutané, y produisent de la toxine qui diffuse rapidement et engendre la formation d'antitoxine spécifique, et de fait les germes qui se multiplient peu dans le tissu cellulaire de l'animal, provoquent malgré leur pouvoir toxigène élevé une immunité antitoxique relativement faible. Cette production rapide et abondante d'antitoxine par le développement dans le tissu cellulaire sous-cutané d'une toute petite dose de germes diphtériques vivants doit être rapprochée des phénomènes qui président à l'immunisation occulte non seulement du cheval mais de l'homme.

Etude expérimentale des modifications humorales dans l'hypoglycémie insulinique chez le chien. — MM. F. RATHERY et J. SIGWALD ont observé au cours de l'hypoglycémie insulinique expérimentale des modifications humorales importantes. Le chlore plasmatique augmente toujours et les manifestations cliniques semblent correspondre à des écarts nets. L'urée sanguine subit également une légère hausse. Les variations du chlore globulaire et rachidien sont inconstantes et indépendantes de celles du chlore plasmatique. Les albumines sanguines augmentent presque toujours. Les auteurs ont utilisé de grosses doses d'insuline et ont constaté que les manifestations d'intolérance ne correspondaient pas toujours aux chutes maxima de la glycémie.

Sur l'inoculation intracornéenne de B. C. G. au jeune lapin. — MM. T. DE SANCTIS MONALDI et U. BASSI. Les auteurs ont employé l'inoculation intra-cornéenne pour étudier les propriétés nosogènes éventuelles du B. C. G.

De ces expériences, ils concluent :

Que l'inoculation de B. C. G. par voie cornéenne détermine des lésions exclusivement locales et curables, où les bacilles

peuvent vivre et se multiplier pendant deux ou trois mois sans augmenter de virulence.

La concomitance avec cette infection cornéenne locale, transitoire, d'une pseudo-tuberculose, ou d'une pasteurellose, ou d'une coccidiose à évolution subaiguë, ne modifie pas les caractères biologiques du B. C. G. chez les jeunes lapins dont les défenses organiques sont ainsi amoindries.

Bacille paratuberculeux isolé des expectorations d'un malade atteint de lésions pulmonaires. — MM. L. Nègre, J. Valtis et V. Labernadie ont isolé un bacille paratuberculeux des expectorations d'un malade gazé de guerre, présentant à la radiographie des lésions de sclérose pulmonaire caractérisées par une visibilité anormale de la trame et dans les crachats duquel la recherche du bacille de Koch est toujours restée négative.

Inoculé au cobaye sous la peau à la dose de 20 milligr., il produit un abcès intramusculaire avec hypertrophie des ganglions inguinal et sous-lombaire.

Contribution à la mise en évidence rapide de l'ultravirus tuberculeux. — M. F. Van Deinse. On peut faciliter la recherche des bacilles acido-résistants issus de l'ultravirus tuberculeux, en inoculant les filtrats à des cobayes par voie intra-péritonéale, après avoir préparé les animaux la veille ou l'avant-veille par une injection intra-péritonéale de phosphate de calcium précipité. Celle-ci provoque une formation d'amas de pus dans l'épiploon et le péritoine, et l'ultravirus trouve dans ce pus un milieu favorable au développement *in vivo* des bacilles acido-résistants. On trouve aussi de nombreux amas bacillaires caractéristiques dans les quatre premiers jours après l'inoculation du filtrat. Après le huitième jour, ils disparaissent.

Chez 3 cobayes, inoculés par voie intrapéritonéale avec de l'ultravirus tuberculeux, et traités dans la suite par une série de 16 injections sous-cutanées d'extrait acétonique, ces dernières ont provoqué des abcès, contenant de nombreux bacilles acido-résistants, qui ont pu être cultivés en milieu de Löwenstein.

Influence d'une longue série de repiquages précoces sur la virulence et sur la richesse en ultravirus d'une souche de bacilles tuberculeux. — M. F. Van Deinse, en étudiant les propriétés d'une souche bovine Vallée, après 98 repiquages précoces, trouve une atténuation de la virulence, mais beaucoup moins prononcée que celle observée par L. Nègre, A. Boquet et J. Valtis après 92 repiquages précoces de la même souche. La souche ainsi atténuée semble beaucoup moins riche en ultravirus tuberculeux que la souche bovine Vallée ordinaire.

Le taux du phosphore sanguin et de ses différentes formes dans les leucémies et les anémies. — MM. Marcel Labbé, M. Petresco et M. Fabrykant. Dans la leucémie aiguë, à l'exception du phosphore minéral qui demeure normal, toutes les autres fractions du phosphore sanguin, et en conséquence le phosphore total, sont fortement abaissées. Les variations sont analogues et même plus accentuées dans l'anémie pernicieuse. Dans la leucémie myéloïde chronique, toutes les fractions du phosphore sanguin marquent une augmentation exagérée.

Les auteurs attribuent ces variations du phosphore sanguin et de ses fractions (sauf le phosphore minéral) aux modifications des globules du sang.

Les variations du phosphore sanguin sous l'influence des injections intra-musculaires de l'adrénaline chez l'homme. — MM. M. Labbé, M. Fabrykant et M. Petresco. Chez l'homme normal et dans quelques états pathologiques, quinze minutes après l'injection intra-musculaire d'un milligramme d'adrénaline, le taux du phosphore total reste sensiblement égal au taux antérieur. Le taux du phosphore minéral est constamment abaissé tandis que celui du phosphore organique non lipidique marque une élévation constante (le phosphore lipidique restant pratiquement invariable).

La diminution du phosphore minéral, après administration d'adrénaline, est due à la transformation d'une partie de cette fraction phosphorée dans une forme non minérale : phosphore organique non lipidique.

Recherches physiologiques sur l'innervation motrice de la vessie. — M. et Mme A. Chauchard et E. Aburel ont étudié l'excitabilité des filets moteurs de la vessie des nerfs hypogastrique et érecteur. L'hypogastrique, nerf du système sympathique, a une chronaxie de deux millièmes de seconde, son temps de sommation est de trois secondes. L'érecteur, nerf du système parasympathique, a une chronaxie de cinq dix millièmes de seconde. Cette différence de constance de temps d'excitabilité entre les deux systèmes est, selon toute probabilité, d'ordre général.

Sur l'action réductrice du sérum dans la peste aviaire. — MM. C. Levaditi et P. Lépine. Le sérum des poules atteintes de peste aviaire est capable de réduire *in vitro* à l'état de leucodérivés un certain nombre de colorants biologiques, tels que le bleu de méthylène, le bleu de crésyle ou le vert Janus. Ce pouvoir réducteur est lié à la présence du virus de la peste aviaire dans le sérum et permet d'attribuer à ce virus à pH 7.6, un pH^2 égal ou supérieur à 1^4.

Influence de la concentration ionique du liquide des électrodes sur la conductibilité électrique du corps humain. — MM. A. Strohl et H. Desgrez. Résistance initiale et résistance finale ont été calculées d'après la courbe d'établissement d'une onde galvanique, en utilisant comme électrodes des électrolytes de diverses concentrations. D'après les mesures faites dans diverses conditions (mouillage de la peau, galvanisation préalable) ces auteurs sont conduits à penser que des phénomènes d'imbibition et d'osmose, siégeant dans les couches superficielles de l'épiderme et dans les canaux sudoripares, conditionnent en grande partie la conductibilité du corps humain.

Les déchets azotés du sang dans la néphrose lipoïdique. — MM. Achard et Codounis ont constaté, dans 19 cas de néphrose lipoïdique, une assez grande fréquence de l'élévation de l'azote total non protéique de l'acide urique et de l'urée du sang, sans qu'il y ait de parallélisme rigoureux entre les différents déchets azotés.

L'élévation persistante de l'urée est un indice de lésions progressives et irréparables du rein. Elle dépassait 1 gramme p. 1.000 dans 10 cas.

Cette élévation du taux sanguin des déchets azotés vient à l'appui de l'opinion qui rattache à des lésions de néphrite la plupart des cas où s'observe le signe fondamental de la surcharge lipoïdique du rein, c'est-à-dire la lipoïdurie.

Elle peut gêner aussi le traitement par le régime riche en protéines qui conviendrait contre l'hypoprotéinémie.

Points moteurs du diaphragme de l'homme et leur chronaxie normale. — Dans cette note, M. G. Bourguignon décrit les points moteurs musculaires du diaphragme, inconnus jusqu'ici.

Le diaphragme a plusieurs points moteurs, mais ils ont tous la même chronaxie, qui est égale à celle que l'auteur a donnée, dès 1923, pour le nerf phrénique.

Le diaphragme rentre donc dans la loi générale de l'isochronisme du nerf et du point moteur musculaire. La découverte de ces points moteurs permettra une étude du diaphragme en pathologie, impossible jusqu'ici.

Sur la non-tuberculisation du cobaye par l'inoculation de produits humains bacillifères. — MM. G. PAISSEAU, P. DUCAS et Jean WEILL ont inoculé un liquide pleural qui, malgré son extrême richesse en bacilles acido-résistants, n'a pas tuberculisé le cobaye.

Ce liquide provenait d'un enfant en état d'asystolie fébrile.

Un an et demi auparavant, au cours d'une crise de maladie de Bouillaud typique, l'inoculation du liquide d'une première pleurésie avait provoqué une tuberculose atypique du cobaye qui se transforma au quatrième passage en tuberculose généralisée classique. Au cours de l'évolution de l'endocardite consécutive trois inoculations de sang provoquèrent l'apparition de bacilles dans les ganglions des animaux. Cependant ce malade ne réagit jamais à de multiples cuti et intradermo-réactions à la tuberculine.

En raison de ces circonstances, les auteurs émettent l'hypothèse qu'il pourrait s'agir des formes bacillaires analogues à celles qui se rencontrent dans les ganglions des cobayes inoculés avec des filtrats tuberculeux et que les bacilles acido-résistants issus des éléments filtrables du bacille tuberculeux pourraient se rencontrer chez l'homme et expliquer un certain nombre des faits connus où des produits pathologiques humains ne tuberculisent pas le cobaye, malgré leur richesse en bacilles.

Le métabolisme des jeunes nourrissons normaux étudié par la méthode des échanges respiratoires. — M. Henri JANET et Mlle Madeleine BOCHET ont étudié avec leur technique le métabolisme d'enfants âgés de quelques jours à six à sept mois et publient leurs résultats dans un graphique donnant le nombre total de calories émises en vingt-quatre heures, en fonction du poids. Dans un deuxième graphique ils montrent que le nombre de calories rapportées à l'unité de surface du corps semble être plus grand chez les nourrissons plus âgés que chez les nourrissons plus jeunes, résultats analogues à ceux des graphiques de Benedict et Talbot. Ils discutent enfin l'influence du sommeil et de l'alimentation sur le métabolisme des enfants qu'ils ont observés.

Variations de la tension artérielle moyenne dans les efforts et les émotions. — M. C. LIAN chez trois sujets sains a recueilli avant et après un effort la courbe oscillométrique (oscillomètre Pachen) et la courbe oscillographique (tonoscillographe Plesch).

Dans cinq épreuves, il a ainsi vu la tension artérielle efficace ou moyenne dynamique (Pachon) s'élever respectivement de 15, 8, 6, 3 et 10 millimètres de Hg après un effort (deux minutes de pas gymnastique sur place).

En outre chez une jeune fille (cœur irritable) examinée sous le coup d'une émotion, puis une heure et demie plus tard, il a constaté avec le retour au calme un abaissement de 10 millimètres de la tension artérielle moyenne, en même temps que le pouls était revenu de 128 à 88 pulsations.

La tension artérielle efficace ou moyenne dynamique n'est donc pas une constante physiologique.

Influence de l'anesthésie des vaisseaux cérébraux sur les effets cardio-vasculaires de l'embolie cérébrale expérimentale. — MM. Maurice VILLARET, L. Justin BESANÇON et Stanislas DE SÈZE ont montré, dans de précédentes expériences, poursuivies avec une technique précise, que l'intensité et la durée des effets cardio-vasculaires des embolies cérébrales expérimentales sont en rapport avec l'étendue des territoires thrombosés. Cette observation conduit à penser que l'hypertension post-embolique relève, au moins en partie, d'une excitation des ramifications nerveuses sensitives si abondantes dans les parois des vaisseaux cérébraux.

Les nouvelles expériences des auteurs plaident dans ce sens. Ayant réalisé une anesthésie endovasculaire suffisante, ils ont constaté que dans ces conditions, l'hypertension post-embolique fait défaut, tandis que l'hypertension asphyxique persiste.

Les phénomènes cardio-vasculaires post-emboliques relèvent donc, pour une part encore indéterminée, d'un réflexe vasculo-sensitif et rentrent ainsi dans le cadre général des réflexes presseurs d'origine vasculaire.

Variation saisonnière de la sensibilité du cobaye à l'action myoclonisante du sérum d'épileptique. Régularisation de cette sensibilité par l'actinothérapie. — M. Ph. PAGNIEZ a montré dans des recherches antérieures que le sérum d'épileptique injecté dans la carotide du cobaye provoque chez cet animal des réactions myocloniques importantes. Certains cobayes sont réfractaires à cette action. Le nombre de ces animaux résistants étant nettement plus élevé en hiver, l'auteur a été incité à chercher la cause de cette particularité. Celle-ci ne paraissant pas pouvoir être attribuée à des modifications de régime ou d'habitat restées constantes on pouvait se demander si le facteur lumière n'entrait pas en jeu. L'expérience a montré qu'il en était bien ainsi.

En effet en comparant la sensibilité des cobayes ayant été soumis à un certain nombre de séances d'irradiation par les ultra-violets à celle des témoins on constata que les animaux irradiés étaient beaucoup plus sensibles. Dans dix expériences, un cobaye irradié et un cobaye témoin reçurent le même sérum d'épileptique en injection dans la carotide. Les dix animaux irradiés présentèrent des secousses myocloniques. Quatre seulement des témoins réagirent de même, les autres demeurant absolument insensibles.

Ces faits sont à rapprocher de ceux qu'ont fait connaître divers auteurs (Aycok, Levaditi) concernant les variations saisonnières de la réceptivité humaine ou animale à l'égard de certains virus, toxines ou composés chimiques. Ils établissent la possibilité de modifier à volonté, dans certains cas au moins, les conditions de cette réceptivité.

Présentation d'un appareil pour la recherche du réflexe galvano-psychique. — M. Ad. ZIMMERN.

Elections. — MM. JOLLY et BINET sont renommés, par acclamations, le premier, secrétaire général, le second, trésorier, M. MAGROU est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 JUIN 1931)

Résultat d'opérations sur les diverses variétés de goitre. — M. PAUCHET signale que la thérapeutique de la maladie de Basedow est médico-chirurgicale. Le médecin doit préparer le malade par l'iode, les médicaments cardiaques et contrôler l'organisme à l'aide du métabolisme basal.

Le chirurgien opérera sous anesthésie locale et proportionnera l'acte opératoire au potentiel vital du sujet. Depuis douze ans, M. Pauchet a opéré 225 malades pour goitre dont 42 pour maladie de Basedow. Une seule mort est à signaler chez un malade atteint d'asystolie basedowienne qu'une ligature de la thyroïdienne supérieure n'a pu sauver. Autrefois, l'auteur procédait par étapes : ligature des thyroïdiennes supérieures, inférieures, lobectomie : actuellement, après préparation médicale suffisante, on fait d'emblée l'ablation de la plus grande partie de la glande.

M. HIRCHBERG. En ce qui concerne les lésions histologiques observées, il sera intéressant d'en bien préciser le rôle exact dans l'apparition de l'hyperthyroïdie, de même que les rapports qui peuvent exister entre elles et le cancer thyroïdien.

Intoxication médicamenteuse aiguë accidentelle par le sulfate de zinc. Séquelles gastro-entérologiques. — MM. Ch. Guilbert et André Tardieu.

Présentation d'appareil. — M. Roederer présente un corset à leviers contre la scoliose qui permet une flexion antérieure et latérale du malade, si bien que pendant l'emploi même de l'appareil une gymnastique correctrice est possible et que l'atrophie musculaire qui succède aux compressions et immobilisations, n'est plus à craindre (trop rigoureuse).

De quelques erreurs de diagnostic évitables en gynécologie. — Pour M. Jean Dalsace, l'utilisation plus fréquente de l'hystéro-salpyngographie permettrait d'éviter un certain nombre d'erreurs presque fatales avec les procédés trop imparfaits d'examen gynécologique. Ainsi, pourra-t-on éviter : 1° d'irradier par erreur un kyste de l'ovaire pris pour un fibrome de l'utérus; 2° de faire un curettage aveugle et imparfait pour rechercher l'origine de métrorragies; 3° de n'enlever qu'un appendice, alors que la trompe est malade; 4° de ne faire qu'une fixation utérine dans les cas de rétroversion et de stérilité, alors que les trompes sont oblitérées; 5° de méconnaître un hydrosalpynx en présence d'une hydrorrhée.

Aiguille à trous multiples avec mandrin mousse pour l'injection intrapulmonaire transthoracique. — M. Georges Rosenthal.

Danger de la respiration buccale au cours des opérations. — M. Georges Rosenthal, en raison de ces dangers, proscrit l'usage de la pipe Mayox, pratique inutile, puisque une légère pression en arrière des angles de la mâchoire inférieure entrave la rétrocidence de la langue et maintient la respiration nasale.

(SÉANCE DU 27 JUIN 1931)

A propos du traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — M. Guy Laroche, à propos de la communication de M. Victor Pauchet sur le traitement chirurgical de la maladie de Basedow, insiste sur les bienfaits du traitement iodé préparatoire qui a rendu ces opérations extrêmement bénignes. La préparation du malade à l'opération consiste dans le repos absolu au lit, le régime végétarien, le traitement iodé et les médications régulatrices et calmantes du système neuro-végétatif et circulatoire. Il expose les avantages et les inconvénients des différentes méthodes qui, toutes, ont de très beaux résultats à leur actif; mais les résultats lointains des opérés lui paraissent plus stables et plus complets. Le choix du mode de traitement dépend de l'état clinique, de la forme du goitre et du métabolisme basal. Le traitement des basedowiens nécessite une collaboration constante entre le médecin et le chirurgien ou le physiothérapeute.

Traitement de la maladie de Basedow. — M. Sylvain Blondin. Les indications du traitement chirurgical doivent toujours être soigneusement discutées, après une préparation iodée strictement surveillée. Les résultats seront fonction de la forme de la maladie de Basedow, et malgré les soins les plus minutieux, le pronostic immédiat post-opératoire n'atteint pas en France la bénignité que lui fixent les statistiques américaines.

A propos du goitre exophtalmique. — M. Sedillot insiste sur cette particularité anatomique que les veines efférentes extracapsulaires de la thyroïde, solidement engainées dans les aponévroses du cou, sont indilatables. Si des troubles d'hypersympathicotomie accroissent beaucoup la circulation artérielle de la glande, celle-ci se trouve mise sous tension exagérée, d'où hypersécrétion, et, à la longue, hyperplasie cellulaire : le goitre se constitue. Quand on fait la ligature des artères thyroïdiennes supérieures, il faut respecter soigneusement toutes les veines satellites. Ainsi faite, la ligature suffit dans bien des cas où elle avait été envisagée comme premier temps d'une lobectomie.

A propos du goitre exophtalmique. — M. Victor Pauchet tout en reconnaissant le bien-fondé des réflexions des divers orateurs, reste malgré tout dans l'ensemble, partisan de la thyroïdectomie partielle chez des malades bien préparés par leur médecin.

A propos de l'injection hystéro-tubaire de lipiodol. — M. P. de la Villéon discute les avantages de l'injection sous pression de lipiodol dans l'utérus et les trompes. La méthode lui paraît sans grande utilité et non sans inconvénients.

Ulcère variqueux. — M. Smester, depuis 1916, a traité un nombre considérable d'ulcères variqueux, en engageant les patients à continuer leurs occupations. Et presque toujours, ces ulcères ont guéri. Il emploie le pansement par occlusion, après l'antisepsie des plaies, avec des bandes et une pâte qui absorbent les sécrétions, mettent les plaies à l'abri de l'air et de toute contamination. Il présente un malade dont les deux jambes sont envahies par de vastes ulcères depuis seize ans. La jambe droite peut être considérée comme guérie. Si la gauche ne l'est pas, c'est que l'étendue et la longue durée du mal ont produit une ostéo-périostite du péroné, laquelle à son tour, retarde la cicatrisation. Malgré cela, il y a une amélioration notable, et l'on peut espérer la guérison.

La dose thérapeutique du bismuth. — M. Galliot a recherché quelles étaient les doses optima de bismuth métal à utiliser dans le traitement de la syphilis. Ses premières études se sont portées sur les petites doses. Or, des doses de 2 milligrammes et de 1 centigramme de bismuth métal n'ont absolument donné aucun résultat tant par voie intramusculaire que par voie intraveineuse.

Iléus biliaire. — M. Victor Pauchet est d'avis que l'iléus biliaire doit être opéré d'urgence. Si l'opération est précoce, il faut enlever le calcul et refermer intestin et abdomen sans drainer. Si au contraire, l'occlusion remonte plus loin, il faut, après l'extirpation du calcul, faire une entérostomie pour drainer l'intestin par une sonde de Nélaton. Il indique un artifice chirurgical permettant l'oblitération spontanée de la fistule.

Sur une forme spéciale de pseudo-distraction chez l'enfant. — M. Gilbert Robin a observé chez des enfants une obnubilation intellectuelle rattachable à l'épileptoïdie. Cette obnubilation se situe entre la lenteur et l'absence épileptiques. Le diagnostic se base, selon les cas sur les constatations suivantes : bradypsychie, obnubilation intellectuelle par intervalles, colères, turbulence, instabilité, entêtement, opposition, versatilité de l'humeur, terreurs nocturnes, somnambulisme, énurésie nocturne persistante, hérédité épileptique ou psychopathique.

A propos de la rachianesthésie. — M. Hirchberg. La rachianesthésie employée dans les opérations abdominales hautes (estomac, duodénum, voies biliaires) montre des avantages multiples sur les autres modes d'anesthésie.

Les essais faits avec un nouvel anesthésique dérivé de la quinoléine (percaïne) ont donné des résultats des plus intéressants. Cette substance est appelée à être essayée sur une large échelle.

Anesthésie par l'avertine. — M. Georges ROSENTHAL présente l'étude de ce nouveau procédé d'anesthésie générale. L'avertine (tribromo ethanol) en solution à 3 p. 100, à la dose de 0gr10 par kilogramme s'utilise en lavement facilement absorbé. La solution ne doit pas avoir été chauffée à plus de 40 degrés, l'anesthésie s'installe sans choc nerveux en trente minutes.

Clinique et laboratoire dans la pratique médicale. — M. Georges ROSENTHAL étudie un cas de méningite tuberculeuse suraiguë où le liquide céphalo-rachidien hypertendu paraissait normal au laboratoire. La culture positive en milieu Petrof, la mort en quarante-huit heures ont affirmé le diagnostic. A ce propos, il présente quelques observations sur les affirmations du laboratoire qui lui semblent toujours sujettes à la critique. Tout en se félicitant du progrès incessant, il insiste sur le danger de considérer comme absolues les affirmations souvent trop catégoriques de ces laboratoires.

Phlébite hémorrhoïdaire externe. — M. TOURNAY conseille dans ces cas l'incision et l'ablation du caillot qui calme les douleurs et évite les complications médiates ou à distance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1931)

Arthrite suppurée du genou, traitée par la méthode de Willems et le bactériophage. Guérison avec conservation des mouvements articulaires. (*Présentation de malades.*) — M. BILLET.

Apoplexie utéro-placentaire. (*Présentation de pièce.*) — M. FAVREAU.

Rupture de pyosalpinx. — MM. VINCENT et CORDONNIER.

Etude anatomique et histologique des parathyroïdes, en vue de leur accès chirurgical. (*Présentation de pièces.*) — MM. DELATTRE, VINCENT, LEBLOND et BATTEUR.

A propos du traitement d'un ulcère par la méthode ambulatoire. — M. BELLE.

PRATIQUE MÉDICALE

DE L'EMPLOI DE L'ALLONAL EN THÉRAPEUTIQUE (1)

Par le docteur C. DESSOUT.

Revue générale excessivement intéressante sur la médication de la douleur par l'allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine ou allonal, où l'auteur insiste tout particulièrement sur les effets de ce médicament non seulement en stomatologie, mais encore en petite chirurgie et aussi dans les maladies à évolution longue comme les cancers, les brûlures, le tabes, etc.; c'est pourquoi l'allonal, véritable analgésique renforcé, a pris une place de choix parmi les calmants (à la dose de 1 à 3 comprimés par jour) à cause des nombreux avantages qu'il présente et sur les antalgiques habituellement employés, et sur la morphine et les opiacés dont il n'a pas les inconvénients.

(1) *Concours méd.*, Paris, 15 juin 1930, n° 24.



L'Oto-rhino-laryngologie pratique, par HENRI-FISCHER, lauréat de l'Académie de médecine, de la Société nationale de chirurgie, de la Société des chirurgiens de Paris. Prix Montyon de l'Académie des sciences (mention). Préface du docteur Dartigues. In-8 écu de 146 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères.

NOTES POUR L'INTERNAT

INSUFFISANCE AORTIQUE

SIGNES ET DIAGNOSTIC

A côté des deux grands types d'insuffisance aortique rhumatismale d'origine endocarditique, et artérielle d'origine aortique sur lesquels nous insisterons, suivant les auteurs classiques, prennent place divers aspects de l'insuffisance aortique individualisés au cours de diverses cardiopathies. Dans tous les cas, le *signe capital*, trait d'union entre toutes ces variétés, est le SOUFFLE DIASTOLIQUE *indispensable pour le diagnostic, souvent très discret*, mais auquel il faut toujours penser au cours de l'auscultation du cœur.

I. ENDOCARDITE RHUMATISMALE

Elle réalise, dans sa forme typique, la *maladie de Corrigan* et peut être dépistée au décours du rhumatisme articulaire aigu, ou plus tard, soit fortuitement, soit à l'occasion de troubles fonctionnels : céphalée, palpitations, dyspnée d'effort.

Examen physique : Trois choses :

1° *L'aspect du malade*, avec sa *pâleur* d'aortique aux artères battantes.

2° *L'auscultation du cœur.*

a. LE SOUFFLE DIASTOLIQUE CARACTÉRISTIQUE, doux, humé, aspiratif, siégeant indifféremment au foyer aortique, derrière le sternum ou à la pointe. On ne saurait trop insister sur sa *discrétion* : il faut le bien rechercher, soit *après repos*, soit *après exercice physique.*

b. Accessoirement, on peut noter le *choc en dôme* de la pointe, et le *roulement présystolique de Flint.*

3° *Les signes périphériques* sont dus à l'augmentation de la pression différentielle : pouls bondissant de Corrigan, abaissement de la minima, tandis que la maxima est normale ou un peu élevée (cette grande « différentielle » étant un signe capital) danse des artères, et parfois, double souffle crural de Durozier.

Cet examen comporte donc *deux faits essentiels :*

Le souffle diastolique.

La baisse de la minima.

Il faut le compléter par :

L'examen radiologique très important dans l'appréciation du pronostic basé surtout sur le *volume du ventricule gauche et du cœur en général.*

Evolution. — Il est classique de dire que c'est la mieux tolérée des cardiopathies. Le malade, comme tout sujet chez qui le rhumatisme articulaire aigu a mordu le cœur, est exposé à la reprise d'une endomyocardite rhumatismale, à l'endocardite subaiguë et même à la maladie d'Osler. Du fait de son insuffisance aortique, il est tardivement exposé à l'insuffisance cardiaque, avec insuffisance mitrale fonctionnelle, mais en somme, c'est *surtout un rhumatisant* et c'est ce qui domine le pronostic cardiaque.

Forme clinique. — 1. A côté de la maladie de Corrigan typique, il existe un grand nombre d'insuffisances aortiques rhumatismales plus discrètes, et dans lesquelles un *tout petit souffle diastolique* est longtemps le seul signe explicite.

2. L'insuffisance aortique est fréquente *au cours des autres cardiopathies rhumatismales :* valvulite mitrale à type de *sténose, d'insuffisance ou de maladie mitrale.* En ce cas, les signes périphériques sont très atténués, les *signes mitraux dominent* et *seule l'auscultation attentive dépiste le petit souffle diastolique d'insuffisance aortique.* C'est dire, encore une fois, qu'il faut toujours penser à la rechercher.

II. INSUFFISANCE AVEC AORTITE

Ici, les valves antiques ont été envahies par la sclérose aortique, élément noyé dans la polysclérose. Au maximum, c'est le *syndrome de Hodgson.* Le malade se présente comme un *hypertendu*, ou comme un scléreux ayant plus ou moins dépassé la cinquantaine, souvent *syphilitique.* Il vient consulter pour des signes fonctionnels d'aortite, d'hypertension ou d'insuffisance ventriculaire gauche.

Examen. — L'aorte, souvent battante, élargie, surélevée, est le siège d'un *double souffle systolodiastolique.* A la pointe, le galop n'est pas rare, si le myocarde est défaillant. Les *artères sont souvent dures et flexueuses*, et l'hypertension plus ou moins élevée, mais *concordante.*

La radioscopie montre une *aorte élargie et opaque*, souvent *déroulée*, un *ventricule gauche* dont la pointe s'efface mal en oblique, et qui est souvent globuleux.

Le *bilan des signes* d'insuffisance *rénale*, des signes de *syphilis* est très important, car si l'état des reins le permet et si la syphilis est sûre, le malade peut bénéficier d'un traitement spécifique *prudent.*

Evolution. — Les menaces d'avenir sont l'*angor*, le développement d'une *ectasie* sur l'aortite, les accidents paroxystiques de l'hypertension (hémorragie cérébrale, etc.) et *surtout l'insuffisance ventriculaire gauche* avec insuffisance mitrale fonctionnelle, puis *asystolie* tôt ou tard irréductible, asystolie *cardiorénale*, où il est tardivement difficile de faire la part du myocarde et du rein.

III. AUTRES FORMES CLINIQUES

1. **Insuffisance aortique fonctionnelle.** — Bien plus rare que l'insuffisance mitrale fonctionnelle, elle se voit aussi dans l'insuffisance ventriculaire gauche.

2. **Insuffisance aortique syphilitique subaiguë.** — Elle traduit l'aortite spécifique évolutive envahissant les sigmoïdes. Elle est douloureuse, avec angor, double souffle au cœur, pouls vibrant, souvent aggravée par la myocardite syphilitique surajoutée, de même que l'insuffisance aortique rhumatismale est aggravée par la myocardite rhumatismale. Le malade est exposé à la mort subite, mais aussi, améliorable par un traitement énergique.

Diagnostic. — *On ne peut en parler sans souffle diastolique, c'est un point capital de seméiologie.* Ce souffle diastolique pourrait être confondu avec :

Frottement péricardique, souffle anorganique, extracardiaque (être prudent, revoir le malade), *roulement diastolique du rétrécissement mitral, roulement de Flint.* Il faut bien savoir que les lésions aussi bien rhumatismales que scléreuses, peuvent toucher les deux valves et que les *souffles aorticomitraux ne sont pas rares.*

Au cours d'une sténose mitrale décompensée avec souffle diastolique, l'on peut hésiter entre un souffle d'insuffisance aortique rhumatismale ou d'*insuffisance pulmonaire fonctionnelle* : ce dernier est, en vérité, très rare.

Le diagnostic étiologique consiste à rechercher avant tout deux choses : rhumatisme articulaire aigu, syphilis. Souvent l'on retrouve l'un de ces facteurs. Parfois, on ne trouve rien et l'on doit se contenter d'hypothèses, de probabilités.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le lobe apical de la veine azygos (avec 9 fig.), par M. le professeur G. Carrière, MM. L. Thomas et C. Huriez.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de pédiatrie.
Société de stomatologie de Paris.
REVUE DES THÈSES
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne titulaire et six places d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 5 novembre 1931. Les épreuves commenceront à 16 h. 30 à l'Hospice-Général, salle des séances.

— Le jeudi 22 octobre 1931, à 16 h. 30, s'ouvrira à l'Hospice-Général, dans la salle des séances de la Commission administrative, un concours pour le titre d'externe des hôpitaux de Rouen.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront le lundi 19 octobre 1931, à la Faculté de médecine, à 9 h. du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours : I. Clinicat gynécologique, titulaire avec traitement, 1 ; sans traitement, 1 ; adjoint, 1. — II. Clinicat obstétrical, titulaire avec traitement, 1; sans traitement, 4 ; adjoint, 1. — III. Clinicat médical thérapeutique, titulaire avec traitement, 1 ; sans traitement, 2; adjoint, 1. — IV. Clinicat oto-rhino-laryngologique, titulaire avec traitement, 1; sans traitement, 2 ; adjoint, 1.

Conditions du concours : les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 h., jusqu'au samedi 10 octobre exclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. Etienne (Aroquianadin), officier de santé du Corps médical indigène des établissements français dans l'Inde.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Wibaux, directeur du préventorium de Carniers (Pas-de-Calais).

Médaille d'argent. — M. le docteur Broquin-Lacombe, directeur des services d'hygiène de Troyes et de l'Aube.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Sont déclarés vacants : un poste de médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme) et un poste de médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de la Seine-Inférieure.

ENSEIGNEMENT TECHNIQUE. — Le docteur Charles Platon, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, directeur de la *Revue de vulgarisation des sciences médicales*, vient d'être nommé par arrêté ministériel : Inspecteur départemental de l'enseignement technique (plus spécialement chargé de l'orientation professionnelle).

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES HÔPITAUX. — Pendant le second Congrès international des hôpitaux qui vient de siéger à Vienne (8-14 juin), les délégués des 41 nations représentées au Congrès et les mandataires des Associations nationales des hôpitaux, qui existent aujourd'hui dans une quinzaine de pays, ont fondé une Association internationale des hôpitaux, dont le but est d'instituer des échanges de vues et une collaboration internationale portant sur tous les problèmes sanitaires, économiques et sociaux relatifs aux hôpitaux.

L'Association internationale, qui est un organisme indépendant, sans but lucratif, accepte comme membres ordinaires les Associations nationales des hôpitaux et comme

membres extraordinaires, d'une part les hôpitaux, les organisations d'hygiène et d'assistance, les personnes attachées à ces institutions, d'autre part les firmes et les personnes qui se trouvent en relations d'affaires avec les hôpitaux.

Les membres de l'Association reçoivent gratuitement son organe, une revue trimestrielle qui paraît sous le titre de « Nosokomeion » W. Kohlhammer, Stuttgart, Allem. Ils participent sans frais aux Congrès internationaux des hôpitaux. Ils sont invités à collaborer aux travaux des dix Commissions internationales permanentes appelées à étudier l'ensemble des problèmes hospitaliers, et à préparer les progrès réalisables dans cet ordre d'idées.

La cotisation annuelle est de 125 fr. français par an pour les hôpitaux, les organisations d'hygiène et d'assistance et les personnes attachées à ces institutions, Elle a été fixée à 250 fr. pour les firmes et les personnes qui sont en relations d'affaires avec les hôpitaux.

On est prié d'envoyer les adhésions au docteur René Sand, président de l'Association internationale des hôpitaux, 2, avenue Velasquez, Paris (VIIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Rouvière (de Voiron).

LIVRES NOUVEAUX

Etudes neurologiques (1), par G. Guillain et Th. Alajouanine. [Quatrième série.]

Le quatrième volume des *Etudes neurologiques* commence par un chapitre de *Séméiologie nerveuse* relatif au *réflexe médio-pubien*. On sait que ce réflexe périosté, découvert par les auteurs, offre un grand intérêt pour le clinicien, en ce sens qu'il permet une localisation des lésions localisées aux parties inférieures de la moelle dorsale.

Vient ensuite un chapitre intitulé : *Pathologie de l'encéphale*, où nous remarquons une leçon sur le *syndrome du carrefour hypothalamique*, très différent par sa symptomatologie du syndrome thalamique et pédonculaire, et dû à une lésion de la région sous-optique, plus particulièrement de sa partie immédiatement inférieure et postérieure au thalamus; une autre, sur *un cas d'apraxie idéo-motrice bilatérale coïncidant avec une aphasie et avec une hémiplégie gauche chez une gauchère*, et d'autant plus intéressante que cette variété d'apraxie, rare, est habituellement peu durable, et que l'aphasie observée était peut-être de considération apraxique; une sur *la valeur séméiologique de l'abolition du réflexe cornéen dans les syndromes corticaux* : en l'espèce, un fibro-endothéliome de la région rolandique basse; une sur le *métabolisme basal, souvent diminué chez les malades atteints* de tumeurs cérébrales; une sur la *provocation de l'épilepsie jacksonienne par hyperpnée expérimentale*, méthode dont peut bénéficier le diagnostic dans les cas, d'ailleurs fréquents, où les crises n'ont pu être observées par le médecin; une sur *l'attitude de torsion dans un cas d'encéphalopathie infantile à type hémiplégique*; une sur les *ossification et calcification de la faux du cerveau* se traduisant dans le cas des auteurs, par une céphalo-tumeur.

Dans le chapitre *Pathologie du cervelet, de pédoncules cérébraux, de la protubérance et du bulbe*, nous trouvons une série d'articles sur *des cas d'hémorragie cérébelleuse avec spasme tonique et attitude de rigidité des membres inférieurs, d'atrophie cérébelleuse intéressant le système dento-rubrique, de paralysie glosso-labio-laryngée à début brusque, symptomatique d'une sclérose latérale amyatrophique, de paralysie bulbaire chronique indépendante de la maladie de Charcot.*

Au chapitre *Pathologie de la moelle* figurent divers cas intéressants relatifs à la *neuro-myélite optique*, où est discutée la question des crises toniques sous-corticales; aux *compressions médullaires par néo-formations vasculaires*, à certains caractères cliniques *des tumeurs intra-rachidiennes*, à *la forme aiguë de la sclérose en plaques*, encore si discutée (sogenannte acuta multiplex Sklerose, dit Marburg), à la valeur séméiologique de la *somnolence*, qui peut s'observer aussi bien dans la sclérose en plaques que dans l'encéphalite léthargique, à la *sclérose latérale amyotrophique avec contracture intense du type extra-pyramidal*, aux *hypertrophies musculaires*, etc.

Dans le chapitre sur la *Pathologie des nerfs craniens et rachidiens*, nous lisons avec intérêt une leçon sur *le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens* et une sur *le syndrome de radiculo-névrite aiguë curable avec dissociation albumino-cytologique du liquide rachidien.*

Dans ce livre que terminent une série de leçons sur l'*Encéphalite épidémique*, on retrouve les qualités maîtresses qui ont fait le succès des précédents : clarté de l'exposition, connaissance profonde de la bibliographie, désir légitime de faire appel à tous les procédés d'exploration, qu'ils soient d'ordre clinique, sérologique, bactériologique, anatomique, expérimental, méthode dans la discussion de problèmes de plus en plus ardus. La firme Masson a, comme à son habitude, mis tous ses soins à la présentation de ce beau livre qu'attendaient avec impatience les neurologistes.

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 358 pages. — Prix : 65 fr. — Paris 1930, Masson et Cie.

Les malades dits imaginaires (1), par M. Nathan.

Il nous souvient d'avoir jadis assisté à une conférence du professeur Debove sur les *Malades imaginaires*. Il y soutenait, avec son esprit habituel, qu'il n'y a pas de malades imaginaires, qu'il n'y a que des mentaux. C'est cette thèse que reprend ce psychiatre des plus distingués, M. Marcel Nathan. Guettons le malade imaginaire et que trouvons-nous? Un phobique, un pithiatique, un cénesthopathe, un hypochondriaque surtout. Thèse qui ne reste nullement dans le domaine de l'abstraction, si vous arrivez à établir un diagnostic exact, vous pouvez guérir votre patient et faire d'un infirme un individu utile à la Société. Tant il est vrai que sans sémiologie, il n'est point de thérapeutique et que, même en psychiatrie, on peut, à condition de procéder à l'examen clinique avec tout le soin nécessaire, obtenir d'éclatants succès!

L. BABONNEIX.

(1) In-16 de 134 p. Collection des actualités de médecine pratique. — Prix : 14 fr. — Paris, G. Doin.

REVUE GÉNÉRALE

LE LOBE APICAL DE LA VEINE AZYGOS

PAR MM.

Georges CARRIÈRE,
Professeur de clinique médicale,

Louis THOMAS, et Claude HURIEZ,
Professeur agrégé d'anatomie — Chef de clinique adjoint, Prosecteur d'anatomie

A la Faculté de médecine de Lille.

Le titre que nous avons choisi ne peut prêter à confusion, indiquant nettement que nous décrirons la bilobation du sommet du poumon droit par un trajet anormal de la veine azygos.

I

Nous le préférons à celui de lobule de Wrisberg qui, s'il rend hommage à l'anatomiste qui le premier, en 1777, a étudié l'anomalie, n'implique aucune définition anatomique de celle-ci. Dévé, à qui l'on doit la première monographie du sujet, s'élevait contre la confusion trop facile entre les termes de lobe de la veine azygos et de lobe azygos, désignant le premier l'anomalie qui nous intéresse et l'autre un lambeau pulmonaire encore appelé lobus cavae, lobus impar, fréquent chez le fœtus, exceptionnel chez l'adulte, où il siège aussi bien à droite qu'à gauche. L'appellation de lobe accessoire, fût-elle admise jusqu'à maintenant, nous semble bien moins précise que celle de lobe apical, qui permet d'autre part de désigner sous le vocable de « lobe basal » ces lobes azygos des anatomistes dans la genèse desquels cette veine n'intervient cependant aucunement. (Mather et Copes.)

— Nous ne désirons pas faire précéder notre exposé de rappels historiques très développés, bien que nous ayons pu recueillir plus d'une centaine de publications, pour la plupart étrangères. Mais il est préférable de marquer d'emblée les deux phases par lesquelles sont passées nos connaissances sur cette anomalie pulmonaire.

L'une qui débute avec Wrisberg et ne s'achève qu'en 1923, c'est le stade purement anatomique de la question, durant lequel une quarantaine de cas ont été étudiés fort soigneusement au cours d'autopsies et surtout dans les pays anglo-saxons. Il nous faut citer les études d'ensemble de Dévé (1899) en France, de Stibbe (1919) et de Cairney (1924) en Angleterre, de Blunstchli (1905) et de Gennediew (1930) en Allemagne.

« Est-il besoin de dire que cette anomalie ne présente guère qu'un intérêt anatomique? » écrivait Dévé. Or, en 1923, Wessler et Jaches furent les premiers intrigués par des images radiologiques anormales de l'apex droit; en 1927 Wedde, en 1928 Hjelm et Hulten supposèrent que ces ombres spéciales témoignaient de ce qu'ils avaient constaté dans les amphithéâtres d'anatomie comme lobe accessoire de l'azygos. Ils avaient cette conviction, sans pouvoir fournir de preuve irréfutable. Plus favorisés, Bendick et Wessler en 1928 firent semblables observations radiologiques, mais purent chez deux sujets avoir des vérifications nécropsiques. Ce n'était donc plus supposition que de parler de lobe de l'azygos devant certains clichés.

Dès lors, les publications, de plus en plus nombreuses (37 en 1929 et 1930), subissent une nouvelle orientation, plus clinique, oserait-on dire. On se demande si cette portion du sommet ne peut être atteinte au cours des inflammations habituelles de l'appareil respiratoire, ou même isolément. C'est l'occasion, pour Jalet, de poser le problème d'une façon moins contingente « en demandant si la constatation d'un lobe accessoire de la veine azygos a la valeur d'un signe important de pachypleurite ». Tout récemment (février et avril 1931) Crespellani et Crosetti (de Turin) peuvent obtenir des images successives d'un même lobe apical de l'azygos, sain en apparence sur un premier film, puis lésé quelques mois plus tard, à l'exclusion de tout le parenchyme pulmonaire restant.

La discussion des images radiologiques de l'apex droit doit donc définitivement tenir compte de la possibilité d'un lobe apical de l'azygos, et de ses altérations pathologiques éventuelles.

II

Etude anatomique.

Pour comprendre facilement l'aspect général de l'anomalie et les rapports différents de la veine azygos avec la plèvre et le poumon, il est utile de reprendre la comparaison de Dévé notant que les choses se passent comme si la crosse de l'azygos, en situation anormale, était entrée dans le sommet du cône pulmonaire « à la façon du fil de laiton dans la motte de beurre » en s'enveloppant de la plèvre pariétale qui forme un véritable méso dont elle occupe le bord libre.

Et ainsi l'apex droit est véritablement fendu par une incisure, ou scissure, en deux lambeaux pédiculés, l'un externe recouvert par la portion supérieure du feuillet viscéral de la grande cavité pleurale; l'autre interne, le lobe apical de l'azygos, enserré, encapuchonné par une loge pleurale étroite, appliquée contre le médiastin.

— Il est logique, et tout au moins facile, de commencer l'étude de l'anomalie par la description de l'organe veineux dont le rôle apparaît capital, indispensable dans sa genèse. Nous envisagerons successivement la disposition de la grande azygos et de la plèvre qui l'entoure pour n'aborder que plus loin la morphologie extrinsèque et intrinsèque du lambeau pulmonaire supplémentaire.

A. **La grande azygos.** — 1° Disposition normale. — Nous n'insisterons que de façon très succincte sur les rapports normaux des derniers segments de ce canal veineux.

Dans le thorax, la grande azygos décrit sur le flanc droit du rachis une crosse dont le manche est désigné sous le nom de segment médiastinal postérieur, cependant que la crosse terminale constitue une véritable bretelle veineuse, épaulée par le pédicule pulmonaire droit.

— Dans cette région que Braine et Grégoire appellent médiastin de passage ou médiastin vasculaire, la grande azygos monte verticalement ascendante de la XIe à la IVe vertèbre dorsale, reposant en arrière, normalement pour Dévé, sur la face antérieure même des corps vertébraux et non sur leur face latérale droite comme on est habitué de décrire; elle s'écarte au fur et à mesure de sa progression, de l'aorte dont elle est séparée par le canal thoracique. La plèvre médiastine la recouvre sur sa face antérieure, s'invaginant entre elle et le médiastin viscéral en le petit cul-de-sac inter-azygo-œsophagien.

— A la hauteur de la IVe dorsale, elle décrit dans un plan normalement sagittal une courbe concave en bas et en avant, supportée par la portion d'origine de la bronche droite. Elle constitue l'organe essentiel du couloir sus-pédiculaire droit de Schwartz répondant en bas et en avant à ce pédicule et surtout aux faces postérieure et supérieure de la bronche droite, plus médiatement à l'artère et aux veines pulmonaires droites.

Elle est murée en dehors par le segment sus-hilaire de la face interne du poumon, revêtu de la plèvre médiastine, en dedans de laquelle court, plus antérieur, le nerf phrénique.

Le bloc trachéo-œsophagien ferme en dedans une loge ouverte seulement vers le haut, où se niche un groupe des ganglions trachéo-bronchiques de Parret (groupe pré-trachéo-bronchique droit de Bariéty, collecteur des lymphatiques du lobe supérieur, du lobe moyen et de la partie supérieure du lobe inférieur, d'après les récents travaux de Rouvière), dont nous verrons l'importance pathologique.

Habituellement, l'abouchement terminal se fait à la face postérieure de la veine cave supérieure, près de son origine.

2° Disposition anormale. — On ne retrouve jamais cette disposition normale au cas de lobe apical et l'anomalie veineuse est ébauchée dès le segment médiastinal.

L'azygos s'écarte en effet de l'aorte plus que normalement, croisant en diagonale le flanc droit du rachis pour reposer sur la tête de la quatrième côte. Malgré cette déviation externe, elle reste toujours pariétale, tapissée antérieurement par la plèvre. Ayant atteint son calibre maximum par l'apport à ce niveau de toutes ses collatérales, l'azygos change complètement de direction, dans un deuxième segment, presque perpendiculaire au premier. C'est qu'en effet par une courbe très ouverte en bas, en dedans et légèrement en avant, elle déprime les deux feuillets pleuraux et elle paraît traverser la cavité pleurale, maintenue en réalité par un repli de la séreuse pariétale que nous décrirons sous le nom de méso-azygos.

Elle répond dans ce trajet au fond de la scissure pulmonaire, ou sulcus de l'azygos, qu'elle paraît avoir créé.

La crosse de l'azygos, au débouché de ce canal pleuro-pulmonaire, se termine plus haut que normalement, atteignant l'origine de la veine cave supérieure, à la réunion des troncs innominés, si bien que celle-ci semble naître d'un véritable trépied veineux (disposition quasi constante pour Stibbe).

Dévé nota le premier qu'au lieu de s'aboucher à la paroi postérieure de la veine cave, elle s'ouvrait au niveau de sa face externe. Dans deux cas personnels, l'azygos se jetait dans le flanc postéro-externe du tronc brachio-céphalique droit, le nerf phrénique descendant dans l'angle antérieur de cet abouchement. (La disposition de ce système veineux est schématisée à la figure n° 1.)

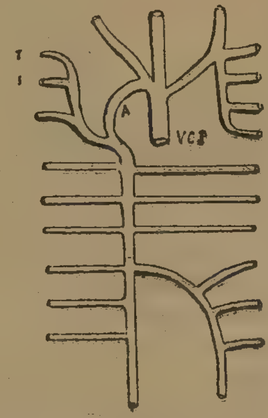


Fig. 1. — Schéma montrant les rapports de l'azygos (A), des veines intercostales (I) et de la veine cave supérieure (V. C. S.).

Wrisberg a relevé une terminaison encore plus élevée, en pleine sous-clavière droite. Son cas est d'autant plus intéressant, non tant par la précision de cette description, fût-elle initiale, qu'en raison de la duplicité de l'anomalie qui ne fut retrouvée que par Merkel et Boström. Le système des hémi-azygos, en effet, se collectait en une veine intercostale supérieure gauche, cause également d'un lobe supplémentaire de l'apex de ce côté.

b. **La plèvre et le méso-azygos.** — La disposition pleurale n'offre aucune particularité dans les segments pariétaux; par contre, la portion libre de la crosse de l'azygos s'enveloppe d'une formation très spéciale, qu'on désigne sous le nom de *méso-azygos*, le repli pleural et la veine affectant l'un vis-à-vis de l'autre les mêmes rapports qu'une portion de grêle et son mésentère (Stibbe).

Après extraction du poumon hors de la cavité pleurale droite (voir figure 2, d'après Stibbe), le méso-azygos apparaît comme un voile transparent et lisse, tombant du haut de la voûte pleurale, comparable en tous points à la faux du cerveau (Chiene et Josselin de Jong). Sa direction est complexe comme celle de la veine qui occupe à ce niveau son bord inférieur, libre, concave vers le bas et l'avant, descendant jusqu'au fond de la scissure supplémentaire de l'apex, étranglant en quelque sorte le pédicule du lobe accessoire. Son bord convexe constitue une véritable attache à la paroi thoracique, suivant une ligne courbe, naissant en bas et en arrière sur le flanc droit de la Ve dorsale, montant obliquement en dehors en coupant la partie postérieure des espaces intercostaux, jusqu'au milieu de la face thoracique de la deuxième côte, qui correspond au sommet de cette voûte. De là, il s'incline fortement en bas et en

avant pour atteindre la face profonde du premier cartilage costal, se confondant alors avec la plèvre sterno-costale antérieure.

Cette ligne d'insertion pariétale est subdivisée, bien inutilement dans la plupart des descriptions, en bord postérieur, bord supérieur et bord antérieur du méso-azygos.

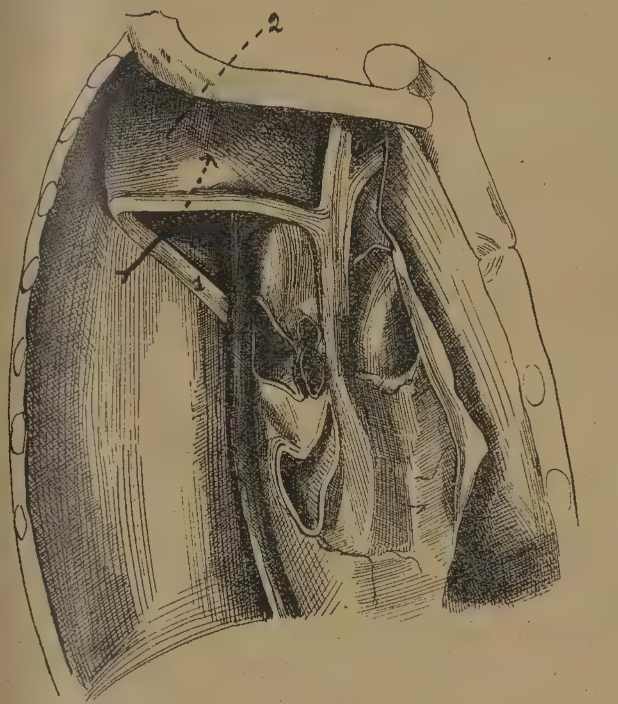


Fig. 2 (d'après Stibbe). — Hémisection thoracique paramédiane droite, avec section du pédicule pulmonaire droit permettant l'ablation du poumon de ce côté présentant un lobe apical.

On suit la grande azygos (1) qui, après un segment pariétal, devient suspendue en pleine cavité pleurale par un *méso-azygos* (2) emprunté à la plèvre pariétale.

Une flèche est engagée, de la loge pleurale proprement dite, dans le cul-de-sac anormal qui encapuchonne l'anomalie pulmonaire.

Ce repli est formé par l'adossement de la plèvre pariétale à elle-même; un tissu conjonctif lâche unit les deux feuillets par des fibrilles insignifiantes. Parfois l'interstice est comblé par une fine couche de tissu graisseux, au milieu duquel Douay a disséqué le tronc des veines intercostales supérieures droites et une branche artérielle à trajet descendant, avec de fins rameaux, visibles par transparence, venant de la première artère intercostale. Enfin, l'azygos occupe le bord libre de ce repli bien que Gruber ait décrit quatre cas où cette veine était amarrée dans la scissure pulmonaire anormale par du tissu cellulaire et recouverte par le feuillet viscéral de la plèvre, ce qui n'est guère admissible.

Mais ce n'est point tant la constitution du méso-azygos qui importe que sa disposition générale. Occupant la scissure supplémentaire, il est avant tout convexe en dehors.

Mais surtout, grâce à cette faux, la cavité pleurale est divisée en deux loges très inégales : une externe, la loge pulmonaire à proprement parler, et une supéro-interne ou médiastinale, véritable cul-de-sac pleural supplémentaire, qui va envelopper sur toutes ses faces le lobe apical. Cette niche est en effet constituée essentiellement en dehors par la face interne du méso-azygos, cependant que la plèvre médiastine, s'enfonçant en dedans et en arrière jusqu'à l'œsophage, la ferme du côté interne. Ainsi se constitue, autour du lobe supplémentaire, un véritable dôme pleural accessoire. La grande cavité pleurale et cette nouvelle cavité accessoire communiquent par un orifice qne Muller compare à l'hiatus de Winslow, la disposition de l'azygos au bord libre du repli pleural rappelant celle de la veine porte dans le petit épiploon.

c. **L'anomalie pulmonaire.** — Il nous est maintenant possible de la décrire. Le poumon droit apparaît formé de quatre lobes, par division de son apex. La *scissure accessoire* mérite bien l'appellation de sulcus de l'azygos.

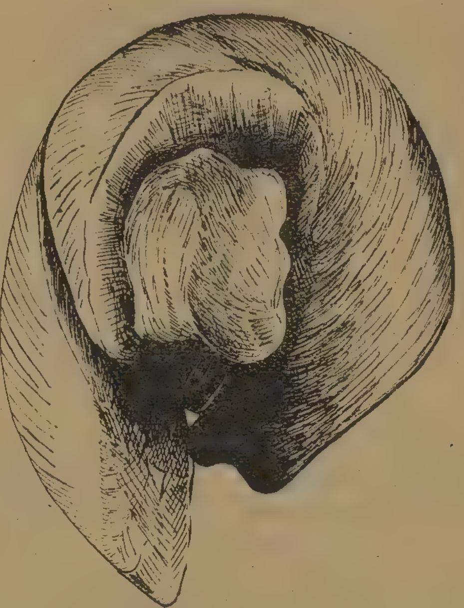


Fig. 3. — Vue *supérieure* d'un poumon droit présentant un lobe apical, engendré par une scissure horizontale.



Fig. 4. — Poumon droit, *face externe.* Abouchement de la veine azygos.

1. *La scissure* : La *profondeur* de ce sillon est généralement considérable, l'assimilant à une scissure primaire du poumon, puisque le plus souvent l'azygos qui court dans son plancher repose directement sur la bronche qui aère le lobe supplémentaire.

Il est beaucoup plus rare qu'elle en soit séparée par une couche de tissu pulmonaire variant de 1 à 2 centimètres d'épaisseur.

L'orientation de la scissure anormale s'apprécie très facilement sur des sections frontale et horizontale de l'apex où elle apparaît toujours avec une forte convexité externe.

La situation est le caractère le plus important du sillon, car le volume même du lobe de Wrisberg en dépend.

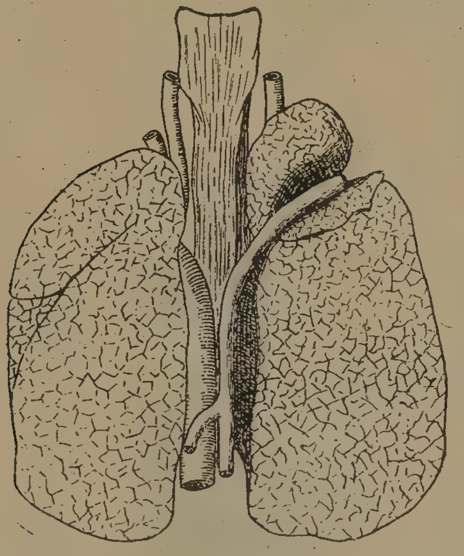


Fig. 5. — *Vue postérieure* des viscères thoraciques du sujet précédent. Noter le lobe apical engendré par la grande azygos dans un poumon droit qui ne présentait par ailleurs que deux lobes, alors que le parenchyme pulmonaire gauche était trilobé.

A la suite de Stibbe, on distingue trois dispositions essentielles.

a. La scissure peut être plus ou moins *horizontale*, empiétant sur la face externe du poumon, isolant en un lobe de l'azygos la plus grande partie de l'apex. Stibbe rencontre cette topographie dans près de la moitié des cas (47 p. 100) ; elle est figurée dans les schémas n°s 3, 4 et 5 d'une de nos observations.

b. Oblique à 45°, la scissure divise le sommet en deux lambeaux, externe et interne, à peu près égaux (26 p. 100 des cas pour Stibbe (voir figure 8). Fisher, Cairney croient à une fréquence beaucoup plus grande de cette disposition et nous verrons que c'est le type le plus souvent noté sur les images radiologiques.

c. Enfin, avec une égale fréquence pour Stibbe, la scissure peut être franchement *verticale* (figures 6 et 7).

Il nous faut retenir que l'on doit s'attendre à trouver l'incisure supplémentaire coupant le sommet en un niveau quelconque, variant entre deux limites extrêmes, à savoir 2 à 3 centimétres au-dessus du hile en dedans, et 6 à 7 centimètres au-dessous du sommet, sur le versant externe.

La situation du sillon conditionne, nous l'avons déjà dit, la taille même du lobe de Wrisberg, qui, de réduite à une mince languette, à pédicule étroit fixé au bord supérieur du hile, dans la dernière éventualité, peut atteindre la presque totalité du lobe supérieur en cas de scissure externe.

2. *Le lobe accessoire* : Sa forme, sujette donc à des variations, possède un certain nombre de caractéristiques.

On l'a comparée à celle d'une poire aplatie, tout aussi exactement qu'à celle d'un demi-cône renversé dont la base supérieure répond au dôme pleural, atteignant parfois l'apophyse transverse de la VIIe cervicale, comme l'apex normal. La face externe,



Fig. 6. — *Vue interne* d'un poumon dont l'apex présente un lobe de l'azygos à scissure verticale.



Fig. 7. — *Vue antérieure* d'un lobe apical de type médiastinal, bordé par une scissure verticale.

fortement convexe, se moule donc dans la concavité interne du méso-azygos ; elle présente parfois, dans son segment supérieur, l'empreinte de la première côte.

La face interne, médiastinale, offre plus d'accidents : une crête saillante médialement la sépare en deux versants, dont l'antérieur répond à la face postéro-latérale de la trachée, cependant que le postérieur est prévertébral.

L'arête est, à proprement parler, juxta-œsophagienne, tendant à s'insinuer entre l'œsophage et le rachis, constituant parfois une véritable languette à la face postérieure du conduit digestif, qui refoule la

plèvre en un petit cul-de-sac intervertébroœsophagien.

C'est cette disposition que Dévé schématisait, bien géométriquement peut-être, en disant que la coupe horizontale du lobe accessoire était celle « d'un triangle rectangle à hypothénuse représentée par le sillon de la veine, et dont l'angle droit s'enfonce en avant du rachis, en arrière de la trachée et de l'œsophage ».

Nous n'insisterons guère sur les dimensions de l'anomalie en rapport avec le degré de déviation en dehors de l'azygos. Chez l'adulte, cependant, on peut admettre une hauteur moyenne de 6 à 7 centimètres, tandis que l'épaisseur est essentiellement variable, de 2 à 8 centimètres.

Le *sommet*, ou plus exactement l'implantation, seule zone par laquelle elle soit rattachée au poumon, est constitué par un pédicule relativement étroit qui s'insère au-dessus du hile pulmonaire, à la face interne du lobe supérieur. Elle est circonscrite par les orifices d'entrée et de sortie de la veine azygos dans le poumon. Elle devient de plus en plus réduite et de plus en plus postérieure, au fur et à mesure que les lobes accessoires diminuent de volume. Quant à la hauteur de l'implantation, elle est soumise aux variations d'origines de la crosse de l'azygos, et d'autre part, de terminaisons de ce canal dans la veine cave.

— Le restant du poumon est le plus souvent normal, tant au point de vue du lobe moyen que de l'inférieur. Le premier est cependant quelquefois mal séparé du lobe supérieur dans sa partie antérieure, par suite de l'absence de la scissure horizontale au niveau de la face antéro-interne du poumon. Dans les figures 4 et 5 d'un de nos cas, il est représenté une disposition curieuse d'un poumon droit qui, en dehors de l'anomalie due à l'azygos, ne présente que deux lobes, tandis que le parenchyme pulmonaire gauche est trilobé.

Par ailleurs, la coexistence d'autres lobes surnuméraires n'est pas exceptionnelle. Mayers a pu observer neuf anomalies lobaires sur un seul poumon droit; les cas de Gruber, de Dévé, de Geddes, comportaient cinq lobes.

Enfin, nous verrons, à l'interprétation de l'anomalie, qu'il n'est pas tout à fait inutile de rappeler l'observation de Geddes d'une scissure supplémentaire isolant un lobe accessoire de l'apex, mais sans la moindre anomalie de la veine azygos.

d. **Constitution de ce lobe accessoire.** — Cette étude de la structure du lobe apical de l'azygos comporte la description de la disposition des arbres vasculaire et bronchique, bien étudiée par Dévé par la seule méthode de la dissection simple, précisée par Cairney par la prise de radiographies après injections opaques de ces différents systèmes.

De la périphérie à la profondeur, on rencontre successivement les ramifications veineuses, artérielles, aériennes.

Le système veineux se collecte en un seul tronc, oblique vers l'avant, tributaire de la veine pulmonaire supérieure droite.

Si l'on suit l'artère pulmonaire droite à partir du hile, on la voit donner d'abord deux branches aux segments antérieur et inférieur du lobe supérieur, puis elle abandonne par sa convexité supérieure deux ramuscules qui vont irriguer le lobe apical de l'azygos, l'un par sa face antérieure, l'autre par sa face postérieure.

Puis elle glisse sous le sillon de l'azygos pour se distribuer à la face postérieure du lobe supérieur. Les artères du lobe de Wrisberg sont très superficielles, appliquées sous la plèvre de la scissure.

Le système bronchique (fig. 8) a été particulièrement étudié dans les cas de Dévé, de Cairney, de Geddes et de Holtby, dont les dissections sont en

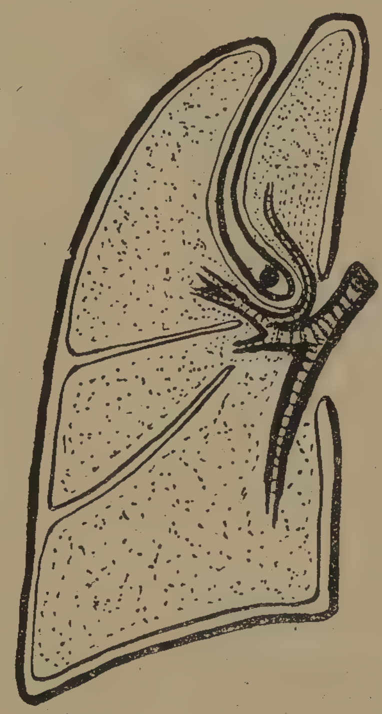


FIG. 8. — *Coupe frontale* d'un poumon droit, dont l'apex est divisé par le sulcus de l'azygos en lobe de l'azygos et lobe supérieur proprement dit, de dimensions sensiblement égales. La plèvre pariétale est figurée d'un trait épais, tandis qu'un mince liséré indique la plèvre viscérale. Notons enfin le système bronchique de l'anomalie.

tous points conformes aux données fournies par les radiographies de Bendik et Wessler en 1928, après injection de lipiodol.

La bronche épartérielle se divise aussitôt le hile franchi, en trois branches, dont les deux extrêmes restent horizontales, tandis que la ramification moyenne monte verticalement, donnant à son tour des ramuscules secondaires externes pour le lobe supérieur proprement dit, et se terminant dans le lobe apical de l'azygos. Là elle fournit deux petits canaux aériens de 2 à 3 millimètres de diamètre, qui entrent en rapport avec les deux rameaux artériels antérieur et postérieur précités.

En somme, le lobe de l'azygos est tributaire de la bronchiole moyenne de trifurcation de la bronche épartérielle (fig. 9).

Mais il faut insister sur la pénétration de cette bronchiole dans le lobe supplémentaire. Pour gagner ce territoire pulmonaire, le canal aérifère doit se recourber en dedans, en contournant le fond de la

scissure, en dehors de laquelle se fait la trifurcation de la bronche épartérielle (fig. 8).

Douay a fort bien précisé le trajet récurrent de la bronchiole du lobe azygos, ainsi que l'existence d'un léger rétrécissement au collet de l'anomalie.

On comprend que le faible calibre des ramifications vasculaires et aériennes en favorise la compression facile, engendrant à la fois la stase vasculaire et l'atelectasie (Bluntschli).



Fig. 9. — L'arbre bronchique du lobe supérieur et du lobe apical de l'azygos (branche de trifurcation moyenne de la bronche épartérielle).

— Enfin la connaissance de la structure de l'anomalie n'est pas faite pour trouver satisfaisants les termes de lobe et de lobule, employés par les auteurs, pour la désigner. L'appellation de lobule est franchement mauvaise, car il faut garder à ce mot sa signification histologique précise; le terme de lobe est discutable, car pour Dévé « il doit être réservé à la division périphérique du parenchyme pulmonaire correspondant à une ramification centrale et primitive de l'arbre bronchique ». Néanmoins, c'est ce terme qui est habituellement conservé. Nous devons reconnaître que les auteurs de langue allemande (Muller, Hjelm et Hulten) parlent fréquemment de lambeau pulmonaire apical de la veine azygos, appellation un peu longue, mais fort exacte.

III

Rappels embryologiques et interprétations. — Dévé, après étude comparative des 16 cas connus en 1899, écrivait « que l'anomalie se présentait toujours identique à elle-même; qu'il ne pouvait donc pas s'agir d'une malformation accidentelle, mais bien d'une *disposition réglée* ». C'était préciser la pensée de Clelland « qu'il y avait là plus qu'une simple tendance à une lobulation exagérée du poumon ».

La plupart des auteurs faisant jouer à la veine grande azygos le rôle essentiel dans la production de l'anomalie pulmonaire, il est indispensable d'analyser le développement de cette portion du système veineux.

Sur les flancs rachidiens se disposent symétriquement chez l'embryon les cardinales antérieures dont les jugulaires internes seront les vestiges essentiels et les cardinales postérieures, persistant à droite en la grande azygos et à gauche en les hémi-azygos.

Les cardinales de chaque côté forment par leur réunion le canal de Cuvier, qui à droite donnera la plus grande partie de la veine cave supérieure.

Cette dernière est dirigée primitivement d'arrière en avant, en même temps qu'elle s'abaisse légèrement du côté ventral. Mais, au fur et à mesure que, de sa situation primitive cervicale, le cœur descend dans le thorax, le canal de Cuvier devient de plus en plus oblique vers le bas.

La terminaison de la cardinale postérieure droite dans ce canal subit de ce fait une double traction : d'abord vers l'avant, ce qui entraîne la formation d'un segment horizontal qui est la future crosse de l'azygos; ensuite vers le bas, amenant la descente de la crosse parallèlement à celle du cœur.

Mais durant cette évolution veineuse qui s'observe sur des embryons variant de 4 à 7 millimètres (Clelland et Stibbe) se produit le développement de l'ébauche pulmonaire qui se bifurque dès le stade de 4 millimètres.

Pour gagner sa situation normale, la prolifération de la bronche droite qui doit former le lobe apical définitif est obligée de passer au-dessous de la crosse veineuse. Normalement il ne se produit pas d'accrochage entre ces deux organes et le déplacement de la veine cardinale se fait dans un plan sagittal entre le poumon et la trachée; c'est pourquoi la crosse de l'azygos est définitivement située à la face externe du médiastin, sous le feuillet pleural de ce nom.

On voit donc que *le phénomène essentiel dans la production du lobe apical de l'azygos sera la rencontre du poumon droit et de la grande azygos* (l'un ou l'autre de ces organes étant en situation anormale).

Pourquoi la veine rencontre-t-elle le poumon sur sa route? — On a émis de nombreuses hypothèses tendant à répondre à cette proposition.

Clelland explique d'abord la formation du lobe surnuméraire par la production d'une petite adhérence du poumon à la paroi médiastinale, lors d'un stade très précoce. Cette théorie veut expliquer par le mécanisme de *l'adhérence médiastinale* une véritable incision du poumon par la crosse de la veine azygos. On peut objecter facilement qu'au moment de la descente cardio-vasculaire les poumons sont encore loin d'occuper leur situation définitive. Cette théorie de Clelland ne précise pas, d'autre part, en quoi peut consister la soudure temporaire du sommet. Cette adhérence, de nature indéterminée, devrait ramener un remaniement de la circulation du lobe qui ne reçoit jamais, nous l'avons vu, que des vaisseaux tributaires de l'artère pulmonaire. Enfin on peut s'étonner qu'une soudure capable d'amener une pareille anomalie ne laisse pas la moindre trace. Clelland invoquait lui-même un autre mécanisme : celui de *l'incurvation vicieuse de l'embryon,* sous l'influence de laquelle la crosse de l'azygos au lieu de se glisser derrière la plèvre et le poumon, entaillerait profondément cet organe, en entraînant un repli séreux. Mais de nombreux faits plaident contre cette hypothèse : à supposer que cette incurvation vicieuse puisse détourner l'azygos de sa route normale, il est étonnant que des malformations bien plus importantes n'accompagnent pas une courbure anormale de l'embryon, qui devrait être forcément de quelque durée.

Mais les cas bilatéraux de Wrisberg, Boström et Merkel suffisent à éliminer définitivement cette théorie.

— Les autres anomalies de lobation pulmonaire ayant pour base des modifications bronchiques, on conçoit que Motti ait voulu rattacher la genèse du lobe apical à une cause semblable.

Il avait d'ailleurs fait une constatation exacte, en notant que la crosse de l'azygos était séparée de la bifurcation trachéale par une distance inférieure à la normale ; dans son cas, la bronche extra-hilaire mesurait seulement 10 millimètres, au lieu de 15 à 18 (Sappey). Mais il en tira une conclusion discutable, en admettant que la brièveté de la bronche obligeait le poumon correspondant à rester près de la ligne médiane et à rencontrer l'azygos lors de sa descente.

Mais seul un arrêt de développement pourrait expliquer la brièveté de la bronche, qui présenterait alors une certaine atrophie ainsi que le poumon qui en dépend.

Actuellement, cette théorie de la *brièveté originelle de la bronche* n'est guère plus admissible que les deux précédentes.

Dévé a posé le problème sous deux aspects en se demandant « qui a commencé de la veine ou du poumon ». « Est-ce parce que la bronche n'a pas sa longueur normale que la veine est entrée dans le poumon ? Ne serait-ce pas l'inverse, parce que la veine ne passait pas à sa place, que le poumon s'est introduit entre elle et la trachée ? »

Nous exposerons rapidement les suppositions et les rares constatations de ceux qui font jouer *un rôle actif au poumon*.

Matthews, après avoir décrit les modifications simultanées du système nerveux et de l'appareil pulmonaire chez l'embryon, admet qu'un léger retard dans le développement du poumon, ou une légère avance dans la descente du cœur peut forcer le lobe supérieur à accrocher la veine.

Hjelm et Hulten supposent sans en fournir la moindre démonstration, « qu'un coin plus ou moins conséquent du lobe supérieur peut se glisser sous l'arc de la veine azygos et se placer à la face interne de celle-ci ». Müller, après avoir remarqué que tout le monde admet que le poumon n'a pas de forme propre, qu'il s'enfonce comme le foie partout où il peut, rapporte une observation de lobe apical de l'azygos où la veine était en position normale. Pour lui, il s'était produit une véritable hernie du poumon entre l'azygos et la colonne vertébrale, entraînant un diverticule de la plèvre.

— Le rôle actif du poumon étant trop rarement manifeste, on s'est surtout préoccupé du trajet anormal de la veine grande azygos.

— *La théorie de Dévé de la déviation latérale externe de l'azygos* est, en effet, la seule vraisemblable.

Dévé observa chez un fœtus une déviation en dehors de l'azygos médiastinale, qui reposait sur les têtes costales. Il lui parut que cette déviation devait commander à elle seule l'anomalie pulmonaire, car de la tête de la quatrième côte à la veine cave supérieure (bien plus à la face externe de ce canal) le chemin le plus court coupe inévitablement le poumon, « abattant pour ainsi dire un coin de parenchyme ».

D'autre part, la terminaison de l'azygos à l'origine de la veine cave est en quelque sorte « providentielle », car si l'abouchement se faisait à la hauteur normale, c'est-à-dire à la face antérieure de la bronche droite, la crosse veineuse couperait le parenchyme complètement jusqu'au hile, détachant totalement le lobe de l'arbre aérien.

Etudiant tous les cas connus jusqu'à lui, Dévé avait vérifié la constance de la déviation externe de l'azygos, mais s'il avait posé le problème, il reconnaissait ne pas l'avoir résolu.

« Reste à savoir pourquoi la veine cardinale postérieure droite monte dans certains cas en dehors de son trajet normal. » Les recherches embryologiques de Blunstchli (1905) ont précisé le mécanisme de cette déviation veineuse.

Examinant les coupes en série d'embryons humains de trente jours, il observa que l'abaissement de la cardinale postérieure droite dans le médiastin, lors de la descente du cœur, était toujours précédé d'une translation de cette veine vers la ligne médiane. Cependant la cardinale pourrait être fixée dans sa position latérale initiale sous l'effet d'une traction exercée par les veines du membre supérieur; et plus particulièrement par la veine marginale cubitale ou postérieure, qui se trouve à la face dorsale de l'artère et du plexus brachial. Chez les embryons de 11 millimètres, cette veine marginale postérieure s'atrophie puis disparaît, tandis que la circulation veineuse du membre prédomine en le tronc marginal radial ou antérieur. En même temps que cette transformation veineuse du membre supérieur, se produit la descente du cœur dans le médiastin et *normalement la veine cardinale se laisse attirer en position médiale et en direction sagittale*, n'étant pas retenue par la traction de la marginale cubitale en voie de disparition, ni de la marginale radiale à peine ébauchée.

Mais si l'évolution veineuse du membre supérieur n'est plus synchrone de la descente du cœur, *il en résulte que la cardinale sera fixée en sa position latérale initiale par les veines du membre supérieur*, et que sous l'effet de la traction cardiaque elle s'enfoncera sur l'apex pulmonaire qui lui est sous-jacent.

D'autre part, à l'entrée du thorax, la cardinale (l'azygos) trouve la cupule de la plèvre pariétale qui lui fournira le repli (méso-azygos) qui remplira la scissure que la veine vient de déterminer dans le parenchyme pulmonaire.

Il reste certes encore à établir quelle est la cause déterminante d'un retard de l'évolution veineuse du membre supérieur. Mais il faut reconnaître que l'hypothèse de Dévé, complétée par les données embryologiques de Bluntschli explique de façon satisfaisante la genèse de l'anomalie pulmonaire, faisant comprendre même l'origine des trois types décrits par Stibbe de lobe apical de la veine azygos.

En somme, si la raison intime du phénomène reste totalement obscure, les stades de sa production sont maintenant bien définis. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1931)

Exostoses ostéogéniques. — MM. L. BABONNEIX et A. MIGET présentent deux sujets, le père et l'enfant, atteints l'un et l'autre d'exostoses ostéogéniques.

Paraplégie consécutive à la rougeole. — M. L. BABONNEIX et Mlle F.-B. LÉVY présentent un enfant de cinq ans qui, au cours d'une rougeole normale, a été pris de paralysie ascendante avec troubles sphinctériens, anesthésie des membres inférieurs, double signe de Babinski. La cause en est probablement une myélite disséminée due au virus de la rougeole.

Rhumatisme avec nodosités des mains amélioré par l'allergine. — M. G. HUC présente une fillette de onze ans et demi atteinte de rhumatisme avec nodosités et impotence des doigts, qu'il a traitée par l'allergine de Jousset. Après trois injections, il a observé une grosse diminution des nodosités et une amélioration fonctionnelle.

Intolérance lactée et aleurone de tournesol. — M. MARQUEZY a guéri rapidement chez un enfant de onze mois une diarrhée muco-glaireuse chronique et rebelle par un régime composé uniquement de farine de riz et de tournesol. Mais la croissance est restée stationnaire pendant ce traitement, et la reprise de poids n'est survenue qu'avec le retour à l'alimentation lactée.

Syndrome de sténose hypertrophique du pylore sans olive pylorique. Eviscération au cinquième jour. Guérison. — M. ROCHER (de Bordeaux).

Un cas de fibrome de la paroi abdominale chez une enfant de deux ans. — MM. H. GRENET et MEZARD ont constaté chez une fillette bien portante par ailleurs, l'existence d'une tumeur de la paroi abdominale : à l'examen, on trouvait une masse sus-pubienne de la grosseur d'un œuf de poule, d'une dureté cartilagineuse, immobile, assez superficielle, séparée du pubis par un léger sillon.

L'intervention permit d'extraire de la gaine des droits une tumeur encapsulée, ovoïde, pesant 65 grammes. Guérison sans incidents. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome pur.

Sur un cas de neuro-myélite optique aiguë. — MM. GRENET et TRIAU rapportent l'histoire d'une fillette de six ans atteinte brusquement d'amaurose complète avec œdème papillaire bientôt suivie de paraplégie. Rapidement se constitue le tableau clinique de la myélite ascendante, et la mort survient par phénomènes bulbaires.

Les auteurs écartent toute idée de syphilis cérébro-spinale et rejettent l'hypothèse de tumeur cérébrale pour admettre, malgré l'absence d'autopsie, le diagnostic de neuro-myélite aiguë.

Suppuration pleuro-pulmonaire. Bronchoscopie. Pleurotomie. Guérison. — MM. H. GRENET, P. ISAAC-GEORGES et MEZARD ont observé chez un enfant atteint de broncho-pneumonie la persistance d'un foyer du côté droit avec fièvre à grandes oscillations ; la radiographie montre, à la base du lobe supérieur droit, une ombre homogène et au-dessus du diaphragme une ligne horizontale donnant l'impression d'un niveau liquide. Après une vomique, on constate trois collec-

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Consultations sur les maladies des voies digestives, par le docteur René GAULTIER, ancien assistant de consultation spéciale des voies digestives à l'hôpital Saint-Antoine. In-8 de 250 pages avec 42 figures dont 1 coloriée. — Prix : 30 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

tions purulentes distinctes, dont l'une semble être pleurale et les deux autres pulmonaires.

La gravité de l'état général et la multiplicité des foyers empêchent toute intervention. Mais sous l'influence de la bronchoscopie avec aspiration, l'état général s'améliore et l'image radiologique se modifie. On peut ultérieurement pratiquer une pleurotomie sur un foyer unique, suivie rapidement de guérison.

Bronchoscopie chez l'enfant. — MM. André Bloch et Soulas rappellent les indications multiples et fréquentes chez l'enfant de la bronchoscopie pratiquée dans un but diagnostic ou thérapeutique: avant tout, extraction des corps étrangers, puis suppurations bronchopulmonaires et enfin sténoses congénitales ou inflammatoires de la trachée ou des bronches.

Ils insistent sur la difficulté de la technique et la nécessité de prendre des tubes d'un calibre suffisamment réduit pour éviter l'œdème de la glotte.

Epiphysite de la crête iliaque. — M. C. Roederer s'étonne que cette épiphysite semble négligée par les observateurs, alors qu'elle donne lieu à quelques erreurs de diagnostic d'autant plus importantes qu'elle se soude tard, vers vingt ou vingt-cinq ans, et qu'elle simule la sacro-coxalgie lorsque sa partie postérieure est la plus touchée.

Son étiologie est encore imprécise, et M. Roederer attribue une certaine importance aux petits traumatismes répétés causés par le port de cartables sur les hanches d'enfant.

Ulcère peptique du diverticule de Meckel. — MM. Debré, Boppe et Semelaigne rapportent l'observation d'un nourrisson de dix-sept mois entré à l'hôpital Beaujon dans un état de cachexie avancée pour des douleurs abdominales et du melaena. L'examen permet de sentir une petite olive peu nette dans l'hypochondre droit, et la radio, après lavement opaque, montre l'arrêt de la baryte près de l'angle droit du côlon.

L'intervention montra qu'il s'agissait d'un diverticule de Meckel perforé et communiquant avec l'angle droit du côlon. L'enfant succomba le lendemain de l'opération.

Néphrose lipoïdique chez un nourrisson de onze mois. Evolution fatale. — MM. E. Leenhardt, J. Chaptal, M. Dufoix et P. Monnier rapportent l'observation d'une enfant de onze mois atteinte d'œdèmes généralisés, d'intolérance gastrique à peu près absolue et d'oligurie intense avec albuminurie.

L'examen du sang montre une très grande lactescence, une hypercholesterolémie et une hypoprotéinémie avec inversion du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$; par contre, l'urée sanguine est normale à 0gr18 p. 1.000. Malgré tous les traitements institués, aucune amélioration n'est obtenue, et l'enfant est emportée mourante par ses parents après huit jours d'hospitalisation.

Les auteurs concluent à une névrose lipoïdique dont ils expliquent l'évolution fatale rapide par la coexistence de troubles du métabolisme relevant d'une très mauvaise direction de l'alimentation.

Origine possible du traitement de l'onychophagie. — MM. Zaborovski et R. Jeudon.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(Séance du 16 juin 1931)

De la photographie métrique. — M. Bloch présente des appareils ingénieux et utiles.

Ostéomyélite hématogène de la mandibule. — MM. Bozo, Lattès et Vrasse rapportent cette observation où la guérison a été obtenue sans extraction mais avec une légère déformation de la mandibule.

Un cas d'adamantinome odontoplastique. — M. Bernard Kritchewski expose une observation très intéressante qui continue la série exposée lors de la dernière réunion.

Plasmocytome du maxillaire supérieur opéré et traité par radiothérapie il y a plus d'un an. — MM. Nemours, Perrot et Crocquefer citent cette observation unique d'une tumeur de ce genre ayant évolué après des infections dentaires et suivie de guérison.

A propos d'un cas de dermatite polymorphe, maladie de Brocq-Dühring à début buccal prolongé. — MM. Rabut et Ruppe en exposent le diagnostic avec l'hydroavésiculeux et le pemphigus; ils insistent sur la nécessité d'un examen de sang.

Derniers résultats du traitement des canaux dentaires par l'ionophorèse et la diathermo-coagulation. — Mme Rabinovitch pense que l'ionophorèse donne peu de résultats et présente plus de confiance dans la diathermo-coagulation dans le traitement de la carie dentaire et ses complications.

REVUE DES THÈSES

Moyens de protection des yeux exposés aux radiations ultraviolettes (1), par M. le docteur André Halphen, assistant aux Quinze-Vingts.

Les radiations à faibles longueurs d'ondes du spectre et particulièrement les radiations U. V. causent des troubles sur le segment antérieur de l'œil. De nombreuses personnes sont exposées aux fortes lumières qui émettent ces rayons : soudeurs à l'autogène, actino-thérapeutes et leurs malades, machinistes, metteurs en scène et tous les gens appartenant aux corps de métiers qui travaillent dans les studios de prises de vues cinématographiques. Si la plupart peuvent très efficacement se protéger par des verres spéciaux, les artistes de cinéma, de par leur rôle même, sont obligés de s'exposer à la lumière très violente des lampes à arc si riches en U. V.

Quelques accidents graves ont été signalés, mais les accidents bénins, pénibles et douloureux, sont la règle. La protection par les écrans est inemployée pour des raisons de technique photographique. La protection par l'introduction, dans les yeux exposés, d'huile de ricin est notoirement insuffisante. Certains corps, en particulier le diphényl maléate d'éthyle, soluble dans cette huile à 2,9 p. 100, augmentent d'une façon extraordinaire son pouvoir absorbant.

L'expérimentation fort longue et complète à laquelle nous nous sommes livrés permet de reconnaître à ce produit des qualités primordiales pour son emploi dans les métiers de cinéma. Il n'irrite en aucune manière l'œil sur lequel on le dépose. D'autre part, il suffit, ainsi que l'a prouvé surabondamment l'expérimentation, d'en déposer de nouveau toutes les dix minutes pour que l'écran protecteur soit réalisé avec une continuité parfaite. Sa grande viscosité lui permet de s'étaler à la surface de la cornée sous une épaisseur suffisante pour que l'absorption des U. V. s'effectue jusqu'à 3.000 angströms et pour conserver un écran continu pendant toute la durée d'une prise de vues.

Admirablement supporté par l'œil, ce produit, par ces propriétés indiscutables, paraît devoir apporter une protection parfaite contre les douleurs et les insomnies si redoutées par toute une catégorie de gens dont le nombre va croissant de jour en jour.

(1) *Th. de Paris*, 1930.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris — Soc. d'imp. gén. et d'édit., 17, rue Cassette.

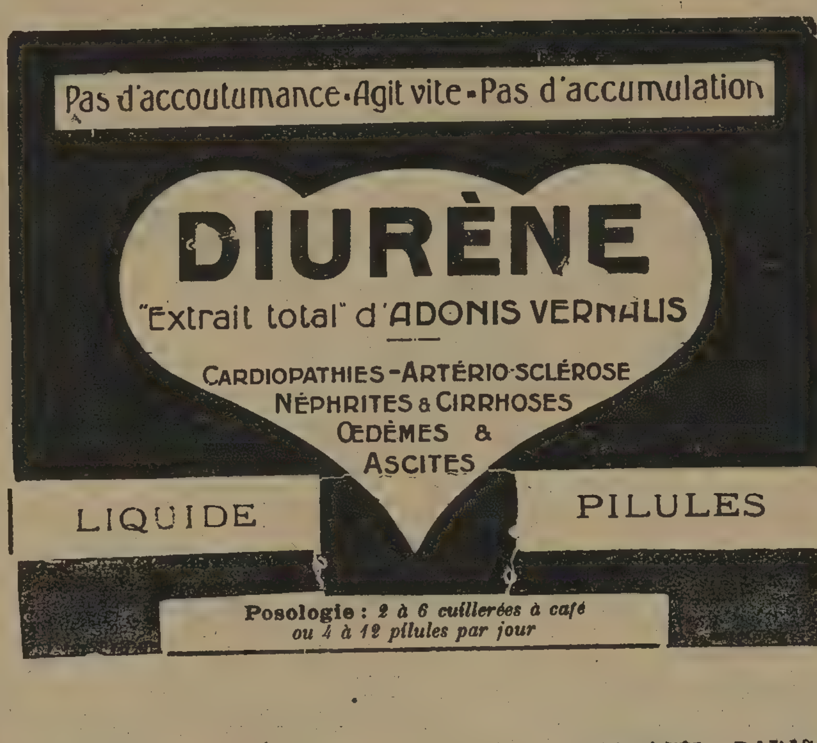
LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
L'insuffisance ventriculaire gauche, par M. Pierre RIMBAUD.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de biologie.
Société des chirurgiens de Paris.
CHRONIQUE
Histoire de la tuberculose, par M. le médecin général Vincent NICLOT.
NOTES POUR L'INTERNAT
Fracture du maxillaire inférieur.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste alphabétique des candidats admissibles aux épreuves orales du concours de l'internat en médecine :

Mlle Abadi, MM. Abaza, Aboulker, Mlle Abraham, MM. Adrianopoulos, Aliker, Alliliaire, Amante, Arnal, Arnous, Arvay, Arviset,

Baratoux, Barcat, Baumgartner, Bastien, Beaufils, Benassy, Benoist, Bensaude, Béquignon, Bernard (Jacques), Bidou, Bigey, Billard, Bloch, Boisseau, Boissonnet (Jacques), Bonhomme, Bonnet (Georges), Bonnet (Pierre), Botton (de), Bouchacourt, Bouley, Boulle, Bour, Bourdial, Boursat, Boussoulade, Bouteau, Boutron, Bouwens van der Boyen, Boyé (Pierre), Boyé (Isidore), Bréhant, Brincourt, Brinon, Brocard (Henri), Brouet, Broutman, Brunhes, Bureau,

Caby, Cachin, Camelot, Camus, Carrez, Castany, Catanné, Catinat, Chapireau, Chareire, Chatain, Chevallier (André), Chevallier (Roger), Coldefy, Corcos, Mlle Cottin (Amélie), M. Cottin (Pierre), Mlle Courrier, MM. Coussieu,

Damon, David (Lucien), Debidour, Debray (Charles), Dechaume-Moucharmont, Delaître, Delorme, Delort, Demartial, Desvignes, Dézoteux, Dormay, Douay, Dreyfus (André), Dubois (Pierre), Dulot, Duperrat, Durandy, Dutray,

Escrivan (d'), Esquirol,

Falk, Fasquelle, Ferroir, Feuillet, Findjanjian, Flori, Fontaine, Fourestier, François, Frosnais, Fuchs,

Mlle Gagneur, MM. Gahinet, Gaignerot, Gaultier (Michel), Gelbert, Genty (Philippe), Genty (Pierre), Ghozland, Giard, Gibert, Gillot, Girard, Goyer, Grépinet, Gréze, Grossiord, Groulier, Guichard, Guillaumat, Guison,

Mlle Hahn, MM. Hanaut, Hertz, Mlle Huguet, MM. Huguier, Ichard, Iliovici, Israël,

Mlle Jammet, MM. Jouanneau, Jouffroy, Judet,

Kaplan, Kipfer, Klotz,

Lachmann, Lafon, Landrieu, Lanthier, Laude, Lauret, Le Cœur, Legry, Le Picard, Leroy (Louis), Levaditi, Lichtenberg, Mlle Liphschutz, M. Livieratos, Mlle Lyon, Mme Longuet (Georgette),

MM. Macrez, Mallarmé, Marcombes, Marcy, Marre, Martin (Marcel), Martrou, Maspétiol, Mathivat, Mendelsohn, Meyer (Jean), Minc, Mirbeau, Monier, Morax, Moreau (Jacques), Morono, Morin, Mouchotte (Maurice), Moulinier,

Nastorg, Nastier, Netter, Nomblot,

Mlle Oehmichen, MM. Offret, Olivier (Claude), Ortholan,

Pannet, Pêcher, Pellier, Pergola, Perreau (Pierre), Perret, Perrot (Raoul), Pescarolo, Plerra, Mlle Poindessault, MM. Poiutud, Porge, Pourquié, Prunet, Pyt,

Rambert, Robert, Rodier, Rossignol, Rouvillois, Roux (Marcel), Roy (André-Louis),

Sabourin, Sacquepée, Mlle Salembiez, MM. Sambron, Sauvain, Scemama, Scheid, Séguin, Seringe, Sidi, Simon (Gaston), Soubrane, Soulignac, Soyer, Mlle Spire, MM. Stewart, Stérin, Strée, Schumann,

Terver, Thomann, Thorel, Tran-Quang, Dé, Tribalet, Trombert, Trotot,

Ullmann,

Varangot, Vauclin, Velez, Vendryes, Mlle Verlière, MM. Vial, Vidart, Vildé, Vincent (Jean), Voisin,

Werner, Wetterwald, Willot,

Yaich, Yovanovitch,

Zhâ.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — MM. Ménétrier, Sébileau et Vaquez, anciens professeurs de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Chaize (J.-A.), ancien aide-major de 2e classe au 60e R. I.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Guelfucci (F.-L.-V.-J.).

COMMERCE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur P.-C. Navarre, chef de travaux à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris.

TRAVAUX PUBLICS ET TOURISME. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Victor Gardette, directeur de la *Presse thermale et climatique*, président de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales, secrétaire général de la Fédération thermale et climatique et de l'Association de la Presse médicale française.

Nous sommes heureux d'adresser nos bien vives félicitations à notre excellent confrère et ami.

GUERRE. — ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un décret en date du 27 août 1931 dispose que :

« Les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire sont nommés, après l'obtention de leur diplôme, au grade de médecin sous-lieutenant ou de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active et à dater du jour fixé pour leur prise de service dans les fonctions de ce grade ou, au plus tard, au 31 décembre de l'année du diplôme. Ils bénéficient d'une majoration d'ancienneté (sans rappel de solde), qui varie avec la date de nomination et telle que leur ancienneté au 31 décembre de l'année où ils ont obtenu leur diplôme soit égale au temps minimum, diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des Facultés de médecine ou de pharmacie, exigées par les règlements universitaires pour l'obtention du diplôme, à l'exclusion pour les pharmaciens de la durée du stage dans une officine.

Ils rejoignent pour le 31 décembre au plus tard l'Ecole d'application du Service de santé militaire, pour y accomplir un stage. Ils prennent rang entre eux sur la liste d'ancienneté de leur grade, suivant leur classement à la sortie de cette Ecole ».

— ECOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un décret en date du 27 août 1931 est ainsi conçu :

« Les médecins et pharmaciens lieutenants appelés à accomplir un stage à l'école d'application du Service de santé militaire se recrutent :

1° Parmi les élèves de l'école du Service de santé militaire reçus docteur en médecine ou ayant obtenu le diplôme de pharmacien ;

2° Parmi les docteurs en médecine et les pharmaciens admis directement après concours ;

3° Parmi les médecins et pharmaciens de réserve admis en stage renouvelable, par application des articles 3 et 4 de la loi du 4 janvier 1929.

Les cours commencent à une date fixée chaque année par le ministre.

La durée du stage est au maximum de neuf mois, y compris la période du concours de sortie ; à l'issue de ce concours, les officiers stagiaires reçoivent une affectation. »

Dispositions transitoires. — Les médecins et pharmaciens lieutenants, dont le stage devait commencer le 3 novembre 1931, rejoindront l'école d'application du Service de santé le 15 octobre 1931 ; leur stage, y compris le concours de sortie, se terminera au plus tard le 29 février 1932.

Les médecins et pharmaciens lieutenants, dont le stage devait commencer le 3 novembre 1932, rejoindront l'école d'application du Service de santé le 1er mars 1933 ; leur stage, y compris le concours de sortie, se terminera au plus tard le 15 juillet 1932.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Henri Ecalle, docteur en pharmacie à Paris, père de notre collègue le docteur Gaston Ecalle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux, à qui nous adressons nos condoléances les plus vives.

CHRONIQUE

HISTOIRE DE LA TUBERCULOSE

Aujourd'hui est le disciple d'hier.
« Discipulus est prioris posterior dies. » Publius Syrus.

Il y a quelque vingt ans, comme je mettais au courant mes fiches, je tombais sur une thèse lyonnaise de Rémy, qui traitait de la phtisiologie antique. Ce sujet, disait l'auteur, lui avait été inspiré par son maître Piéry. Je courus à ma librairie et sur le beau texte d'Isocrate que nous devons à Clermont-Tonnerre, rappelé à mes souvenirs, je jurai ma plus fidèle amitié à ces curieux du passé : c'est ainsi que les œuvres de l'esprit nous conquièrent des suffrages à distance.

Dix années plus tard, dans cette même région dont j'avais le souci directorial, que l'on me pardonne ce vocable, je retrouvais ce même maître à la tête de notre hôpital pour tuberculeux, à Saint-Genis-Laval, près Lyon. Ce n'est pas le lieu de célébrer plus avant la précieuse collaboration.

Deux lustres ont encore passé : aujourd'hui, arraché par la loi de l'âge au combat de la vie, comme les vieillards des Portes Scées, allongé dans le loisir des lectures, parmi mes vieux grimoires, je médite sur un volume, aimablement dédicacé, que je viens de recevoir, *Histoire de la tuberculose*, par le professeur Piéry et le docteur Roshem. Ce dernier fut, ce prétérit, hélas ! s'impose, aussi un fervent de ces rétrospections érudites.

Les auteurs développent d'abord une large fresque, à grands traits, où le défilé se déroule, effrayant, des ombres livides et décharnées descendant vers l'Hadès, depuis la préhistoire jusqu'à l'heure contemporaine. Le rêve ne se porte plus en art ni en littérature ; Atossa et Jézabel sont périmées ; je ne tâcherai pas à le réhabiliter, mais peut-on faire autrement que d'évoquer ces visions lugubres, à lire, le coude sur le coussin, le livre à belle iconographie, qui décrit pas à pas l'évolution de ces tristes masses vers le trépas.

A cette perspective cavalière de synthèse succède un travail d'analyse : étiologie, pathogénie, contagion, hérédité, prophylaxie, lésions, clinique et diagnostic, traitement sont autant de chapitres nourris de substance documentaire.

Le détail ne saurait s'en résumer (1).

« La grande utilité de l'histoire, écrit Laignel-Lavastine, c'est de nous aider à comprendre et prévoir demain par la connaissance d'hier. » J'ajouterai qu'à fouiller ces scories avec des yeux plus clairvoyants on recueille parfois « quod tollere velles » : mais je vois surtout dans ces études, en outre de la culture générale, qu'elles entretiennent, une école de méthode et de modestie, la première évitant l'erreur, la seconde empêchant, le cas échéant, d'y persévérer.

VINCENT NICLOT.

(1) Chez G. Doin, 1931, 479 p., 77 fig.

L'INSUFFISANCE VENTRICULAIRE GAUCHE[1]

Par M. le docteur P. RIMBAUD,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Ses limites. — L'isolement d'un complexus symptomatique traduisant l'insuffisance ventriculaire gauche est une notion relativement récente. En effet, pour Corvisart, Beau, Potain, l'insuffisance cardiaque se traduit par le tableau de l'asystolie due à la défaillance du cœur droit. Entrevu par Fraentzel, le rôle du ventricule gauche n'est vraiment bien mis en évidence que par les travaux de Merklen d'abord, de Vaquez ensuite en 1913, confirmés plus tard par les recherches expérimentales de François Franck et Lian. .

L'insuffisance ventriculaire gauche est alors nettement séparée de l'insuffisance droite dont l'élément principal est constitué par la stase veineuse qui entraîne les congestions viscérales passives et, à un degré plus marqué, les œdèmes.

Mais, par la suite, Bernheim montre qu'habituellement dans l'asystolie veineuse des sujets ayant présenté une hypertrophie du ventricule gauche, le ventricule droit est normal ou rétréci, mais jamais dilaté.

Laubry confirme cette constatation et s'en autorise pour rattacher l'asystolie à l'insuffisance ventriculaire gauche. Enfin, tout récemment, Lian et ses collaborateurs P. Puech et Walz, plus éclectiques, distinguent dans l'insuffisance cardiaque les syndromes d'encombrement vasculaire et les syndromes d'encombrement ventriculaire, susceptibles d'être réalisés tous deux par chacun des ventricules. Quant à l'asystolie, elle est la conséquence d'une insuffisance fonctionnelle totale.

Si le rôle du ventricule gauche dans la formation des œdèmes est maintenant reconnu par tous, il n'en reste pas moins que ceux-ci n'apparaissent que tardivement et sont un symptôme de second plan à côté des manifestations paroxystiques et douloureuses qui donnent à son insuffisance des caractères tout à fait particuliers et méritant d'être individualisés.

Physiopathologie générale. — Les causes de l'insuffisance ventriculaire gauche, ses symptômes, son évolution, sont autant de chapitres faciles à comprendre et à retenir si l'on se représente bien la situation toute particulière de ce muscle puissant entre le réseau pulmonaire capillaire et la grande circulation.

Prenons l'hypothèse la plus simple d'une lésion essentiellement aortique (insuffisance par endocardite rhumatismale, par exemple). Elle impose au ventricule un surcroît de travail, nécessite une contraction plus forte. Le cœur va commencer par s'hypertrophier comme tout muscle de la vie de relation, et pendant longtemps, très longtemps même, grâce à une nutrition parfaite, grâce à la souplesse du système vasculaire il assurera sa tâche jusqu'au jour, souvent lointain, où épuisé il commencera à faiblir et à se dilater.

Deuxième hypothèse : la lésion aortique primitive n'est qu'une manifestation locale de l'atteinte de tout un système (athérome artériel). Les résistances périphériques vont exiger du cœur un travail plus grand ; il ne sera plus aidé dans sa tâche par la souplesse de la musculature artérielle d'où insuffisance plus précoce.

Le rein, à son tour, peut être touché ; son pouvoir de concentration diminuant, il compense en augmentant son débit et pour cela exige un apport sanguin plus considérable, plus puissant.

Troisième hypothèse : la cause de la lésion initiale est la syphilis et le cœur lui-même sera parfois atteint par le processus. Sa nutrition peut devenir insuffisante par atteinte des coronaires ; les fibres myocardiques dégénèrent ; une gomme même peut léser les faisceaux conducteurs ; autant de causes qui vont précipiter et déclancher la défaillance.

Mais ce cœur, avons-nous dit, a une musculature puissante ; il va lutter contre l'obstacle ; cette lutte sera douloureuse. Il se dilatera par étapes successives, d'où la production d'accidents paroxystiques, dramatiques, traduisant le plus souvent la stase pulmonaire. C'est pour le sujet une période pénible, dangereuse. Apparaît ensuite la période de dilatation. Le ventricule cesse de s'interposer entre l'obstacle artériel et la petite circulation. La stase pulmonaire devient permanente ; cette surcharge se transmet aux cavités droites qui prennent part à la lutte. Apparaissent alors les œdèmes, avec leur double origine : ventriculaire gauche par déficit du débit artériel ; ventriculaire droite, par stase dans cette cavité. C'est l'asystolie banale ; l'infirmité cardiaque s'est accrue, mais les crises douloureuses et dangereuses sont écartées.

Etiologie. — Ces considérations nous permettront d'être plus bref sur les causes de l'insuffisance. Nous les connaissons maintenant. Au premier chef, nous trouvons :

L'hypertension coexistant le plus souvent avec une sclérose rénale. Viennent ensuite :

Les lésions aortiques, valvulite rhumatismale, athérome aortique, aortite syphilitique, cette dernière provoquant une asystolie plus précoce, car des lésions myocarditiques l'accompagnent en général.

La myocardite chronique chez les sujets âgés.

Il est enfin des cas assez rares où l'insuffisance ventriculaire gauche paraît inexplicable chez un sujet jeune non hypertendu, sans lésion aortique. Après une enquête étiologique minutieuse, on pourra penser alors à une *myocardite* (Laubry).

Symptomatologie. — Nous décrirons d'abord la marche progressive de cette insuffisance cardiaque en la divisant schématiquement en trois degrés que l'on retrouve le plus souvent en clinique, réservant un paragraphe spécial aux syndromes paroxystiques qui s'intercalent dans cette évolution.

1er Stade : c'est celui des *symptômes d'alarme*.

(1) Leçon faite à l'hôpital suburbain. Service de M. le professeur Vedel.

SIGNES FONCTIONNELS. — Les sujets, le plus souvent robustes et actifs, commencent à ressentir de la *dyspnée d'effort*. La marche rapide, surtout en légère montée ou par grand vent, entraîne une oppression brusque obligeant le malade à ralentir ou même à s'arrêter.

Cette dyspnée s'accompagne surtout de *constriction rétrosternale* très pénible, de douleurs dans la région précordiale parfois même d'une légère angoisse. Tous ces signes disparaissent avec le repos.

EXAMEN. — A cette période, il est peu instructif.

On peut constater cependant quelques *extrasystoles* traduisant l'excitabilité du myocarde sous l'influence de la distension.

La tension artérielle est souvent élevée, mais la différentielle est normale. Le ventricule gauche est augmenté de volume. On peut le vérifier radiologiquement. La position oblique est nécessaire; on discernera *l'angle de disparition de la pointe* derrière la colonne vertébrale (Vaquez et Bordet).

En résumé à ce stade : netteté des phénomènes fonctionnels s'opposant à la pauvreté des signes physiques.

2e *Stade*. — Les troubles de la première période s'accentuent, l'effort n'est plus nécessaire à les déclancher, la position allongée suffit.

Nous constatons : la *dyspnée de décubitus* légèrement douloureuse, et surtout l'*angoisse de décubitus* apparaissant pendant le sommeil et amenant un réveil brusque.

A cette période peut apparaître la polyurie s'accompagnant de quelques œdèmes souvent d'origine rénale.

A L'EXAMEN. — L'insuffisance du ventricule est à ce moment facile à mettre en évidence. On retrouve de nombreux signes, soit à l'état isolé, ou diversement groupés. Certains à eux seuls sont pathognomiques de la défaillance.

AUSCULTATION. — Même au repos, le cœur est rapide, malgré l'hypertension habituelle; c'est la *tachycardie paradoxale* (Grasset); il est cependant régulier. Incapable de se contracter lentement sur une masse trop importante de sang, il accélère ses battements pour déplacer à chaque systole une ondée sanguine plus faible. La sensation de choc précordial est remplacée par une sensation d'ondulation. C'est la *pulsation ondulante* (L. Rimbaud).

Le *bruit de galop* est certainement le signe le plus caractéristique. C'est une perception complexe à la fois auditive (rythme à trois temps par addition d'un bruit présystolique) et tactile (sensation de soulèvement), aussi est-elle mal transmise par le sthétoscope.

SIGNES TENSIONNELS. — La pression artérielle est élevée. La loi de Lian parfois respectée. Même dans ce cas, le cœur étant régulier, on observera de l'*arythmie de tension* (L. Rimbaud et Boulet). La succession des tons perçus au voisinage de la Mx est irrégulière; certains manquent (anisophonosphygmie désordonnée de Lian). La méthode oscillométrique permet de retrouver cette irrégularité; c'est l'*arythmie d'indice* (L. Rimbaud et Chardonneau).

Ces signes révèlent une atteinte fonctionnelle déjà grave. A un degré de plus nous assisterons à l'*abaissement de la tension maxima*, la minima demeurant élevée (« tension décapitée » de Vaquez).

RADIOLOGIE. — La pointe du cœur est arrondie globuleuse, le point G est surélevé.

Quant à l'*électrocardiogramme*, il donne la courbe caractéristique de la prépondérance ventriculaire gauche avec souvent l'allongement de P. R.

3e *Stade*. — Les phénomènes douloureux disparaissent, la dyspnée devient permanente; on constate de l'encombrement des bases pulmonaires. Quelques œdèmes malléolaires, de l'*hépatomégalie*. Cette hypertrophie du foie d'apparition tardive chez les aortiques et les hypertendus permet de porter un pronostic grave.

L'auscultation du cœur fait découvrir à ce moment : un souffle *d'insuffisance mitrale fonctionnelle*. C'est la signature de la dilatation ventriculaire. D'abord intermittent, disparaissant par le repos et le traitement, il devient permanent, il s'est « titularisé » (Vaquez).

Cette dilatation favorise la stase pulmonaire, mais c'est une soupape de sûreté contre les accidents paroxystiques.

SIGNES TENSIONNELS. — Le principal est le *pouls alternant*, succession d'une pulsation forte et d'une pulsation faible, perceptible surtout si l'on comprime le bras avec une manchette pneumatique (Gallavardin, Gravier).

On peut trouver toutes les formes de passage entre l'arythmie de tension et le pouls alternant.

L'alternance du pouls est le seul signe de l'alternance du cœur; l'auscultation, les tracés électriques ne donnent aucun renseignement à ce sujet. Elle doit toujours faire porter un pronostic grave.

La dilatation ventriculaire étant accomplie, un nouvel équilibre s'établit, Vaquez et Merklen ont insisté sur cette transformation de l'insuffisance cardiaque. Les phénomènes douloureux ont disparu, les phénomènes paroxystiques ne sont plus à craindre.

Peu à peu le traitement devient moins efficace, les œdèmes augmentent, l'oligurie est plus marquée. Les cavités droites se dilatent par le fait de la stase pulmonaire, on assiste alors à une insuffisance totale, le tableau classique de l'asystolie peut se réaliser.

Mais bien souvent les malades n'arrivent pas à ce stade, et cette évolution un peu schématique est entrecoupée d'accidents paroxystiques qui viennent modifier le tableau clinique, précipiter la défaillance et emporter le malade par la gravité de leurs symptômes.

Les syndromes paroxystiques. — Ils peuvent être les premiers signes de l'insuffisance cardiaque, ils apparaissent le plus souvent au deuxième stade. Ils sont au nombre de trois. Un syndrome douloureux, l'angine de poitrine, deux syndromes de stase pulmonaire, l'asthme cardiaque, l'œdème aigu du poumon.

L'ANGINE DE POITRINE. — Son tableau peut être réalisé au complet par la distension brusque du ventricule gauche. Nous retrouvons la douleur rétrosternale avec ses caractères si particuliers de déchirement, de striction, ses irradiations dans l'épaule et le bras gauche. Enfin cette sensation d'angoisse, de mort imminente et mort subite possible même.

Ses conditions d'apparition seraient toujours les mêmes, mais ici les divers auteurs ne sont pas d'accord. Pour certains, Vaquez en particulier, c'est une angine spontanée ou de décubitus, s'opposant à l'angine d'effort qui serait d'origine aortique et dans laquelle la douleur est l'élément essentiel. D'autres admettent au contraire que l'angine d'effort est déterminée par la dilatation ventriculaire ; l'aortite, le spasme, des coronaires étant à la base de l'angine spontanée.

Quelle que soit la thèse acceptée, ce syndrome n'en garde pas moins toute sa gravité. La mort subite est toujours à craindre ; mais elle est peut-être plus rare que dans les cas de coronarite ou d'hyperexcitabilité des plexus aortiques. Si une issue fatale se produit, c'est exceptionnellement par syncope. On assiste à une amélioration des symptômes avec reprise quelques jours après, ou à une crise d'œdème pulmonaire sur lequel on a toujours la possibilité d'agir par la saignée.

L'ASTHME CARDIAQUE. — C'est une oppression violente, réveillant le malade, l'obligeant à se dresser sur son lit. Les mouvements respiratoires sont en général accélérés, mais on peut observer l'orthopnée de l'asthme essentiel. La crise dure de quelques minutes à quelques heures, disparaît le matin pour réapparaître parfois les nuits suivantes, empêchant tout sommeil. En principe, il n'y a pas d'expectoration. Mais il n'est pas rare que la fin du paroxysme ne s'annonce par de petits crachats mousseux et aérés. Sous l'influence des toni-cardiaques, l'ouabaïne en particulier, ces crises disparaissent pendant de longues périodes.

L'ŒDÈME AIGU DU POUMON. — Bien décrit par Andral, Fournel et Bouveret, c'est une des manifestations les plus dramatiques de l'insuffisance cardiaque.

Survenant spontanément, ou après des efforts brusques, des écarts de régime, il est annoncé par un chatouillement dans la gorge, avec oppression thoracique ; une dyspnée intense s'établit, accompagnée par une toux quinteuse qui fait apparaître une expectoration tout à fait caractéristique, mousseuse, aérée, saumonée, riche en albumine.

L'auscultation révèle la présence d'abord aux bases, de râles fins, qui envahissent ensuite tout le poumon, véritable « marée montante » selon l'expression imagée de Dieulafoy : le malade est inondé de sueurs, cyanosé, les extrémités froides, et succombe à l'asphyxie si l'on n'intervient à temps.

L'élément mécanique paraît être à la base de ce syndrome. C'est un déséquilibre entre le ventricule droit qui a conservé son énergie intégrale et le ventricule gauche qui faiblit (Fraentzel, Grossmann) ; d'autres facteurs peuvent cependant le favoriser.

Tout d'abord la rétention du NaCl, l'œdème aigu étant fréquent chez les rénaux, surtout les chlorurémiques (Vaquez-Cottet). C'est ensuite l'accumulation de produits toxiques : acides non volatils (Lewis et Barcoff).

Cependant la clinique nous fait constater des signes évidents de dilatation cardiaque, l'action de la saignée et l'ouabaïne confirment bien le rôle de la surcharge circulatoire dans la genèse de cet accident.

Les manifestations paroxystiques, si elles se reproduisent, vont précipiter l'insuffisance cardiaque et provoquer la dilatation définitive du ventricule par sa stase pulmonaire, et son ralentissement sur les cavités droites.

Il est facile de prévoir que ce tableau sera sujet à de nombreuses modifications selon les sujets.

Des troubles de *conductibilité* apparaissent au cours des myocardites par lésion du faisceau de His, entraînant de la bradycardie ; il peut survenir enfin des extrasystoles et l'arythmie est complète.

Les *œdèmes* peuvent prendre une grande importance si des lésions rénales sont à leur origine.

Des *infections* se surajoutent : un poumon à circulation déficiente deviendra sensible des germes jusqu'alors saprophytes, on observera des poussées de broncho-alvéolite surtout chez les emphysémateux. Le cœur lui-même sera victime de sa dilatation, on assistera à la formation de *thrombus*, complication redoutable qui rend l'insuffisance cardiaque irréductible, ou au développement d'une *endocardite* infectieuse.

Diagnostic. — Il est facile à partir du deuxième stade, il peut cependant poser des problèmes intéressants.

Le premier est celui de *l'asthme cardiaque*. Il ne sera pas parfois facile de le rapporter à sa cause exacte, et bien des cardiaques sont considérés comme des asthmatiques vrais ; il faudra rechercher avec soin les petits signes d'insuffisance ventriculaire, en particulier le galop, l'arythmie de tension.

Quant à *l'angine de poitrine*, si son diagnostic positif est facile, il faudra ensuite démontrer son origine ventriculaire. Nous avons signalé la divergence des avis sur ce point.

Traitement. — Nous ne pouvons que l'esquisser à grands traits et en dégager les caractères principaux.

L'ouabaïne prend ici une place prépondérante. Par voie digestive, aux doses de XL gouttes par prise et jusqu'à CXX gouttes par jour de la solution au millième, elle soulagera la dyspnée d'effort, les petites douleurs précordiales, l'angoisse nocturne.

Mais c'est surtout par voie intraveineuse qu'elle montre une efficacité remarquable. Elle rendra le repos à des malades privés de sommeil depuis des semaines par leur attaque de pseudo-asthme ; elle entraînera la disparition des douleurs angineuses, elle complétera remarquablement l'effet de la saignée dans l'œdème aigu du poumon.

Dans ces divers cas on commence par 1/4 de milligramme par injection, dose que l'on peut renou-

veler quatre fois (donner le milligramme en trois jours : 1/2 milligramme en deux fois le premier jour, 1/4 de milligramme les deuxième et troisième jours).

En dehors des paroxysmes, la *digitale* cependant reprend ses droits. Le malade est mis au repos et à un régime hypoazoté; après une petite émission sanguine, ou une purgation saline, on prescrira 1 milligramme de digitaline environ, à prendre en quatre ou cinq jours selon les cas.

On donnera le premier jour xxv gouttes de la solution au millième et xv, x, v gouttes chacun des trois jours suivants. A la période d'insuffisance cardiaque totale, il sera même utile d'utiliser la voie intraveineuse qui donne des résultats bien supérieurs à la voie digestive. L'association ouabaïne-digitaline a, semble-t-il, moins d'avantages que leur administration successive. Il semble que dans certains cas, le strophantus « réactive » la digitale et une seconde cure digitalique pourra se montrer efficace alors que rien jusque-là n'avait entraîné d'amélioration.

Enfin, derniers venus dans l'arsenal thérapeutique, le glucose et l'insuline paraissent avoir une action certaine dans les asystolies irréductibles (Lœper, Anselme-Martin, Thèse 1931).

La spécificité par son action sur les vaisseaux, les néphrites par leurs effets hypertensifs étant le plus souvent à la base de la surchage circulatoire, le traitement étiologique devra compléter l'action des toni-cardiaques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 JUILLET 1931)

Influence de la thérapeutique sur les albumines du sang chez les diabétiques. — MM. Marcel LABBÉ et BOULIN concluent de l'étude de 19 cas que, quelle que soit la thérapeutique mise en œuvre, régime seul ou associé à l'insuline, dès la désucration l'on voit dans 70 p. 100 des cas s'atténuer l'hypersérinémie, l'hyperprotidémie et l'augmentation du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$; dans plus de 60 p. 100 des cas même, on voit s'installer des valeurs normales ou inférieures à la normale.

Le phosphore sanguin dans le rhumatisme chronique. — MM. Marcel LABBÉ et M. FABRYKANT.

Le phosphore sanguin dans quelques affections du foie. — MM. Marcel LABBÉ, M. FABRYKANT et ZANUFIR.

L'action cholérétique des dérivés du gaïacol. — MM. Etienne CHABROL, R. CHARONNAT, M. MAXIMIM et R. WAITZ démontrent que l'action cholérétique du gaïacol appartient à toute une série de substances voisines qui n'ont pas encore été éprouvées; l'eugénol, l'alcool vanillique, la vanilline, l'orthovanilline, l'acide vanillique, la résine de gaïac ; l'action de ces substances est remarquable par sa constance et sa soudaineté. Il ne semble pas que les positions respectives des groupes OH, OCH^3 et CHO interviennent dans le déterminisme de la cholérèse si l'on en juge par l'orthovanilline ; il n'est pas nécessaire de respecter ici les positions privilégiées qui donnent électivement à la vanilline certaines de ses propriétés physiologiques.

La sulfoconjugaison intervient-elle dans la cholérèse? — MM. Etienne CHABROL, R. CHARONNAT, M. MAXIMIM et R. WAITZ discutent l'hypothèse de Petrowa qui subordonne l'action cholérétique du gaïacol au pouvoir de sulfoconjugaison de la glande hépatique. Ils développent à son encontre les arguments suivants :

1° Un phénol qui s'élimine de l'organisme en sa quasi-totalité, sans subir la sulfoconjugaison comme la phloroglucine, peut augmenter du simple au double le volume de la bile.

2° Il suffit d'introduire un groupement sulfoné dans une molécule cholérétique étrangère à la série des phénols pour la rendre inactive; cela est vrai pour l'atophan, l'acide α-camphocarbonique aussi bien que pour les naphtols.

3° On peut réaliser *in vitro* la sulfoconjugaison du gaïacol, de l'eugénol et dn β-naphtol et reconnaître ainsi que les produits de synthèse n'exercent aucune action sur la sécrétion hépatique de la bile, lorsqu'on les éprouve dans les mêmes conditions que les phénols libres. Tous ces faits sont en désaccord avec l'hypothèse de Petrowa ; la sulfoconjugaison n'est pas une condition nécessaire de la cholérèse; d'ailleurs la voie biliaire est loin de représenter l'émonctoire électif des substances sulfoconjuguées élaborées par le foie.

L'action immédiate des rayons X sur un protozoaire (paramécie). — MM. A. DOGNON et C. PIFFAULT. L'emploi d'un tube à rayons X capable d'émettre de très grandes intensités de rayonnement permet de produire en quelques minutes la mort des *paramécies* et d'étudier ainsi les conditions d'une radio-lésion cytoplasmique.

Action de l'insuline sur la glycémie hépatique et musculaire chez des chiens normaux et dépancréatés traités concurremment par des injections de glucose. — M. F. RATHERY, Mlles GIBERT et LAURENT, pour répondre à différentes critiques, ont traité leurs animaux par des doses faibles d'insuline et leur ont donné en même temps du glucose.

Chez le chien normal, les modifications du glycogène du foie et du muscle sont variables et se font tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. Chez le chien dépancréaté, le glycogène s'est montré constamment diminué.

Les auteurs confirment ainsi les résultats qu'ils avaient antérieurement obtenus ; le glycogène du foie est loin d'être constamment augmenté après l'injection d'insuline; il est au contraire plus souvent abaissé. Le point important, du reste, c'est la variabilité de la réaction du glycogène du foie.

Note préliminaire sur la valeur diagnostique de l'hémoculture chez les tuberculeux. — M. A. SAENZ. Sur 300 échantillons de sang provenant de tuberculeux ou de malades suspects, ensemencés selon la méthode de Löwenstein, A. Saenz a obtenu 18 cultures de bacilles acido-résistants, soit 6 p. 100, dont 11 sous la forme de micro-colonies et 7 sous la forme de colonies macroscopiques. Parmi ces bacilles, Saenz a identifié : un bacille présentant les caractères des bacilles paratuberculeux, un bacille du type aviaire (sang de lupique) et des bacilles de mammifères.

D'après l'auteur, l'hémoculture du bacille de Koch par la méthode de Löwenstein offre encore trop de difficultés pour entrer, comme moyen diagnostique, dans la technique courante du laboratoire, mais elle présente un intérêt considérable pour l'étude de la bacillémie.

Etude de l'urée salivaire au cours des néphrites expérimentales. — MM. Léon BINET et J. MAREK, étudiant des chiens porteurs de néphrite provoquée par le nitrate d'urane, montrent l'intérêt qui s'attache à l'étude de l'urée salivaire. Le taux de celle-ci s'élève progressivement avec l'élévation

de l'azotémie. L'étude comparative de la salive et du sérum sanguin montre que l'urée salivaire est souvent, mais non toujours, inférieure à l'urée sanguine.

Pouvoir concentrateur des glandes salivaires pour l'urée sanguine. — MM. Léon Binet et J. Marek, explorant les variations de l'urée dans la salive et dans le sang, sous l'influence de la pilocarpine, montrent que les glandes salivaires peuvent avoir un pouvoir concentrateur pour l'urée du sang. Il peut en être ainsi chez le chien normal et chez le chien porteur d'une néphrite expérimentale.

Gastrite et entéro-colites par élimination microbienne. — MM. F. Ramond, Dimitresco-Popovici et Eugène Phocas démontrent, au cours de leurs expériences sur le lapin, que les microbes injectés par la veine marginale de l'oreille, s'éliminent rapidement et en masse, surtout par la muqueuse gastro-duodénale, puis à un moindre degré, par la muqueuse cœco-appendiculaire, et, accessoirement, par l'intestin grêle et le reste du côlon. Cette élimination intensive et prolongée peut provoquer des lésions plus ou moins profondes de gastrite ou d'entéro-colite, nettement décelables par l'examen histologique.

Les troubles labyrinthiques dans la maladie de Friedreich. — MM. Georges Guillain, P. Mollaret et M. Aubry apportent les résultats de leurs recherches sur les troubles labyrinthiques dans la maladie de Friedreich. Ces recherches ont porté sur 24 malades. Dans les deux tiers des cas (16 sujets), ils ont observé des troubles labyrinthiques objectifs : hyperexcitabilité (2 cas), hypoexcitabilité (6 cas), hypoexcitabilité des canaux horizontaux avec inexcitabilité des canaux verticaux (7 cas) ; inexcitabilité totale (1 cas). La formule qui associe l'inexcitabilité des canaux verticaux à l'hypoexcitabilité des canaux horizontaux paraît fréquente et spéciale.

Les troubles labyrinthiques dans la maladie de Friedreich méritent d'être recherchés aux différentes étapes de l'affection. Les conclusions obtenues paraissent d'ailleurs avoir une portée plus générale, car ces troubles se retrouvent dans des affections voisines du névraxe, telles que l'hérédo-ataxie cérébelleuse et la paraplégie spasmodique familiale.

Syndrome de Claude Bernard-Horner du côté opposé aux troubles sensitifs dans un cas de syndrome thalamique. Contribution à l'étude des centres sympathiques du diencéphale. — MM. Georges Guillain, R. Garcin et J. Mage ont observé chez un sujet présentant une lésion thalamique gauche un syndrome hyperalgique droit avec légers troubles dysmétriques et du côté gauche un syndrome de Claude Bernard-Horner, apparu simultanément. Cette constatation clinique peut être rapprochée des faits expérimentaux de Karplus et Kreidl, F.-H. Lewy, Schrottenbach, qui ont noté que l'excitation électrique pratiquée chez le chat d'un point situé à la base du diencéphale, provoque à la fois une dilatation maximale des pupilles et une ouverture de la fente palpébrale. Schaltenbrand et Stanley Cobb ont signalé, dans une lésion du thalamus chez le chat, l'apparition d'un myosis avec rétrécissement de la fente palpébrale du même côté que la lésion. Il semble donc exister chez l'homme, comme chez les animaux, des centres sympathiques oculo-pupillaires dans la région thalamo-hypothalamique.

Chez leur malade, les auteurs ont constaté aussi un syndrome de vaso-paralysie du côté opposé au syndrome de Claude Bernard-Horner. L'existence d'un syndrome alterne de paralysie sympathique dans une lésion thalamique complète les notions déjà acquises sur les syndromes sympathiques alternes dans des lésions bulbo-protubérantielles.

Le facteur antirachitique dans les œufs conservés. — MM. E. Lesné et Robert Clément ont pu constater par le contrôle biologique sur l'animal, que les œufs conservés dans une eau calcaire ou dans une solution de silicate pendant huit mois, les poudres d'œufs du commerce, les œufs durcis par la cuisson conservent encore dans leur jaune une certaine quantité de facteur antirachitique.

Le jaune d'œuf est un des rares aliments qui contiennent le facteur antirachitique, mais même à l'état frais, sa richesse en vitastérine D, d'ailleurs variable, n'est jamais très considérable, et si son adjonction au régime est un excellent moyen pour prévenir rachitisme et tétanie, il n'est pas suffisamment riche en facteur D pour être utilisé seul en thérapeutique.

La vaccination des animaux domestiques contre le tétanos. — MM. G. Ramon et E. Lemétayer. L'anatoxine tétanique dans laquelle on provoque un précipité de phosphate de chaux, par l'addition de chlorure de calcium, entraîne chez le cheval une production abondante d'antitoxine spécifique, même si l'addition de chlorure de calcium a été faite longtemps d'avance et si le mélange a été chauffé. Le mécanisme de cette production s'explique par l'inflammation locale au point d'injection et par la résorption lente de l'antigène fixé au précipité de phosphate de chaux, le tout permettant une meilleure utilisation de l'antigène par l'organisme.

L'anatoxine tétanique additionnée de chlorure de calcium représente donc au point de vue pratique, un bon agent d'immunisation active et peut être employée dans la vaccination courante des animaux domestiques contre le tétanos.

Sur l'immunité paraspécifique déterminée par le B. C. G. à l'égard de l'infection charbonneuse. — MM. C. Ninni et T. de Sanctis Monaldi, concluent de leurs expériences :

1° Que le B. C. G. confère au cobaye une immunité paraspécifique démontrable expérimentalement par l'inoculation du virus charbonneux ;

2° Que cette immunité générale, qui est assez évidente pour de faibles doses de bactéridie charbonneuse inoculées vingt-huit jours après le B. C. G., fait cependant presque défaut chez les animaux prémunis depuis quinze jours seulement, ce qui prouve qu'on ne doit pas la rapporter à l'antagonisme bactérien *in vivo* (puisque 25 à 33 p. 100 des animaux ont survécu) ;

3° Que l'immunité locale, également absente pendant les dix premiers jours, est assez évidente à partir du quinzième jour et plus marquée encore à partir du vingt-deuxième jour après l'inoculation du B. C. G. (44 à 50 p. 100 des animaux survivants).

Sur les modifications du pH des cultures en milieu synthétique de Sauton du bacille bilié de Calmette et Guérin. — MM. J. Valtis et T. de Sanctis Monaldi en recherchant les modifications du pH des cultures du bacille bilié Calmette et Guérin en milieu synthétique de Sauton ont observé que celles-ci se comportaient au point de vue pH comme celles de bacilles tuberculeux de type bovin dont le B. C. G. provient.

Réflexe moteur de la vessie et réflexe d'axone. — M. et Mme A. Chauchard et E. Aburel montrent que les voies centripètes du nerf hypogastrique dans le réflexe moteur de la vessie se rangent par leur chronaxie (deux millièmes de seconde) dans le groupe des nerfs du système sympathique. Leur temps de sommation est de trois secondes, égal à celui des fibres centrifuges motrices du même nerf. Quant au réflexe ganglionnaire de Sokownin ou au réflexe d'axone de Langley, les auteurs n'ont jamais pu les mettre en évidence quand ils ont sectionné la totalité des voies nerveuses qui relient le ganglion mésentérique inférieur à la moelle et pris toutes les précautions pour éviter la diffusion du courant électrique.

Influence de la section sur la chronaxie du nerf hypogastrique. — M. et Mme A. Chauchard et E. Aburel retrouvent sur l'hypogastrique les phénomènes d'action des

centres sur l'excitabilité nerveuse périphérique. La section a pour effet de produire une augmentation permanente de la chronaxie du bout périphérique. Il existe donc, pour les nerfs du système sympathique, comme pour ceux de la vie de relation, une chronaxie de constitution et une chronaxie de subordination.

Recherche de l'insuffisance hépatique par différentes épreuves basées sur le métabolisme des hydrates de carbone. — MM. Brulé et T. L. Althausen ont mis au point un procédé de recherche de l'insuffisance hépatique basé sur l'étude de la courbe de glycémie après injection de 20 unités d'insuline, ingestion de 50 grammes de glucose et de 1.500 grammes d'eau. Déjà étudiée dans de nombreux cas, cette épreuve provoque chez les hépatiques une hypoglycémie beaucoup plus accentuée que chez les sujets normaux. Il était intéressant de la répéter en faisant ingérer, non plus du glucose mais du galactose. On sait, en effet, que le glucose, spécialement en présence d'un excès d'insuline, peut être directement utilisé par les tissus, tandis que le galactose ne semble être assimilable que par intervention du foie. On pouvait, en même temps, étudier la valeur de deux épreuves au galactose depuis longtemps employées : d'une part la recherche de l'hyperglycémie chez les hépatiques après ingestion de glucose, d'autre part la recherche de la galactosurie.

Les auteurs ont mis en œuvre ces différentes épreuves pour comparer leur valeur chez les mêmes sujets. Ils rapportent les résultats obtenus chez 16 malades atteints d'affections hépatiques diverses.

Valeur comparée des épreuves au glucose et au galactose dans l'étude de l'insuffisance hépatique. — MM. Brulé et T. L. Althausen. Chez les sujets normaux l'épreuve modifiée de tolérance au galactose, n'entraîne pas grand changement dans la glycémie.

Chez les hépatiques l'étude de l'épreuve au glucose a confirmé les conclusions antérieures de Althausen. L'épreuve donne particulièrement des résultats très nets dans les cirrhoses; elle s'y est cependant montrée une fois négative, ainsi que dans un cas de foie cardiaque.

L'épreuve au galactose donne des courbes de glycémie sensiblement analogues à celles observées dans l'épreuve au glucose, mais l'hyperglycémie et l'hypoglycémie sont moins accentuées. Au point de vue pratique l'épreuve au galactose a donc une valeur moindre que l'épreuve au glucose.

Dans l'épreuve au galactose les réactions cliniques d'hypoglycémie s'observent avec une glycémie plus élevée que dans l'épreuve du glucose, ce que l'on pouvait prévoir si l'on admet que le sucre dosé dans le sang est surtout du galactose, sucre non assimilable par les muscles.

La recherche de l'hyperglycémie après ingestion de galactose est une méthode imparfaite de recherche de l'insuffisance hépatique, les chiffres obtenus restant très souvent à la limite de la normale.

Dans les présentes recherches, comme dans des recherches antérieures, l'apparition de la galactosurie, en quantité anormale chez les hépatiques, s'est montrée très inconstante. Le galactose n'apparaît dans l'urine que quand la glycémie dépasse un certain taux.

L'épreuve de tolérance du glucose, modifiée par l'injection d'insuline et l'ingestion d'une forte quantité d'eau, reste donc la meilleure des épreuves que nous avons étudiées. La substitution du galactose au glucose dans cette épreuve ne présente aucun avantage.

M. Fiessinger demande si cette épreuve est vraiment exempte d'accidents. Il pense que dans l'épreuve au galactose, c'est la concentration urinaire de ce corps qui présente de l'intérêt, et que les variations ont un rapport important avec les différents états. Il préfère une épreuve avec un sucre non troublé par la traversée tissulaire comme le galactose.

M. Brulé n'a jamais observé d'accidents graves. Il pense que l'épreuve au galactose est théoriquement excellente, mais pratiquement elle ne donne pas de bons résultats. Quant à la galactosurie, ses résultats sont différents.

M. Fiessinger est d'avis que les résultats diffèrent suivant les méthodes employées (polarimétrie ou réduction).

Recherches bactériologiques sur l'étiologie du Bradsot islandais. — MM. M. N. Dungal et J. Davesne ont fait l'étude bactériologique des six souches de microbes anaérobies isolées dans des cas de bradsot chez des moutons islandais. Ils ont identifié cinq vibriens septiques et un B. perfringens. Ce dernier microbe ayant été isolé dans un cas atypique, les auteurs concluent que la majorité des cas de bradsot est causée par le vibrien septique, ce qui explique l'efficacité indiscutable de la vaccination pratiquée avec un vaccin préparé avec une souche de vibrien septique d'origine locale.

(Séance du 18 juillet 1931)

Spirochaeta gallinarum et culture cellulaire. — MM. Levaditi et Stoel montrent que le *Spirochaeta gallinarum* cesse de se multiplier et d'être virulent dans des milieux (cultures cellulaires) qui permettent la culture abondante des leucocytes, des fibroblastes et des macrophages vacuolisés. La phagocytose des parasites est exercée *in vitro* par les macrophages, les fibroblastes ne participant pas au processus phagocytaire. Les formes spirochétiennes involutives présentes dans le cytoplasma de ces macrophages paraissent dépourvues de virulence.

Étude expérimentale du virus de la lymphogranulomatose inguinale. — MM. C. Levaditi, P. Ravaut, P. Lépine et R. Schoen. La maladie expérimentale de Nicolas et Favre devient d'autant plus mortelle et son incubation d'autant plus courte, que le virus s'adapte mieux au singe en général et à une espèce simienne donnée, en particulier. Le virus lymphogranulomateux est peu résistant hors de l'organisme, mais il se conserve au moins pendant vingt-deux jours dans le névraxe de la souris blanche. Le sérum de malades atteints de la maladie de Nicolas et Favre contient des principes capables de neutraliser, *in vitro*, le virus lymphogranulomateux. Ces principes n'existent pas dans le sérum des sujets atteints d'adénites chandrelleuses.

De la vaccination antidiphtérique par la voie cutanée. — M. A. Besredka. Le lapin frictionné d'abord, puis soumis à la vaccination, voit s'accroître son immunité pour la toxine diphtérique appliquée sur la peau. Grâce à cette immunité par friction, conjuguée à celle que confère une petite quantité de sérum, il devient possible d'effectuer en peu de temps une cuti-vaccination intensive, laquelle aboutit rapidement à la cuti-immunité d'abord, puis progressivement à l'immunité antidiphtérique générale.

Sur l'antagonisme du virus herpétique et du virus rabique. — MM. A. C. Marie et Ach. Urbain. Le virus herpétique et le virus rabique n'ont aucune action antagoniste l'un sur l'autre.

Quelques observations sur les lésions de la moelle provoquées par le virus vaccinal. — M. Bardach. La moelle de lapins et de cobayes inoculés par voie intracérébrale avec de la neurolapine et de la neurovaccine présente des lésions macroscopiques particulières de la substance grise, qui vont d'un foyer de ramollissement jusqu'aux cavités les plus nettes (de 3-4 centimètres de profondeur). Ces lésions peuvent être très étendues et intéresser la moelle dans toute sa longueur;

elles se développent très rapidement, la mort des animaux inoculés survenant en trois ou quatre jours.

Réactions allergiques communes aux infections tuberculeuse et pseudotuberculeuse. — M. P. Bordet. L'infection pseudotuberculeuse confère aux cobayes une hypersensibilité au B. coli analogue à celle que nous avons décelée récemment chez les animaux tuberculeux et qui se traduit par l'apparition d'une lésion nécrotique locale à l'endroit de l'inoculation sous-cutanée ou intradermique d'une suspension de ce microbe. La même hypersensibilité s'accuse, chez l'animal pseudo-tuberculeux, à l'égard d'un autre microbe d'origine intestinale, le B. proteus vulgaris, qui partage en outre, avec le B. coli, la faculté de provoquer, lorsqu'il est inoculé dans les veines d'un cobaye tuberculeux, une intoxication aiguë comportant des lésions semblables à celles que détermine l'injection de tuberculine. La filtration sur bougie ne prive pas une culture de B. proteus de ce pouvoir toxique.

Procédé pour accroître et rendre plus durable la production des antitoxines, chez le cheval. — MM. G. Ramon et E. Lemétayer. Il est de notion courante que chez les chevaux producteurs de sérum antidiphtérique, le pouvoir producteur d'antitoxine s'affaiblit progressivement et s'épuise rapidement. Or, si on ajoute à l'antigène injecté aux chevaux des substances non spécifiques : tapioca, chlorure de calcium, on provoque chez ces animaux, même lorsqu'ils sont depuis plusieurs années fournisseurs de sérum, une augmentation parfois considérable de la production d'antitoxine.

Ainsi, contrairement à ce que l'on a admis jusqu'ici, la puissance productrice d'antitoxine d'un organisme tel que celui du cheval ne s'épuise pas. De plus un organisme qui paraissait peu apte à la production d'antitoxine peut en fournir une abondante quantité lorsqu'il est sollicité suivant le moyen indiqué.

On conçoit les bénéfices pratiques que l'on peut retirer du procédé : accroissement de la production d'antitoxine, limitation des réformes d'animaux pour incapacité ou épuisement de cette production, prolongation de la période de production intensive chez des animaux qui, par ailleurs, conservent un bon état général, réduction des doses d'antigène, etc.

La même méthode est applicable, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte, à la production d'autres sérums, à celle du sérum antitétanique en particulier.

Teneur en antitoxine du sérum et hyperleucocytose provoquée, chez le cheval, au cours de l'hyperimmunisation antitétanique. — MM. E. Lemétayer et E. Deshayes. En ajoutant à l'antigène tétanique injecté aux chevaux une substance non spécifique, suivant le procédé établi par G. Ramon, on augmente fortement la teneur des sérums en antitoxine spécifique. On provoque en même temps une hyperleucocytose très prononcée. Il semble y avoir une relation étroite entre l'intensité de cette hyperleucocytose et le taux de l'antitoxine.

Les effets des fortes doses d'insuline sur la glycémie et le glycogène hépatique et musculaire du chien normal et dépancréaté. — M. F. Rathery, Mlles S. Gibert et Y. Laurent. Les fortes doses d'insuline sont en général bien supportées par le chien ; elles provoquent des baisses de glycémie qui ne sont pas beaucoup plus fortes qu'avec des doses moyennes; il n'y a pas proportionnalité entre le taux de l'insuline et le degré d'abaissement. La baisse glycémique, si elle est souvent plus forte, commence plus tardivement qu'avec des doses moyennes.

Chez le chien normal et dépancréaté, l'injection de fortes doses d'insuline amène une baisse de glycogène hépatique; cette baisse peut être très accusée : mais la diminution du taux du glycogène est variable comme intensité avec les animaux. Le glycogène musculaire est peu modifié.

L'épreuve de l'hyperglycémie adrénalinique dans l'étude de l'insuffisance hépatique. — MM. M. Brulé et T. L. Althausen. L'injection d'adrénaline produit normalement une hyperglycémie que l'on attribue à une brusque transformation du glycogène du foie; chez les hépatiques, l'hyperglycémie adrénalinique serait diminuée ou supprimée.

Les auteurs ont repris l'étude de cette épreuve, en la comparant aux résultats fournis par d'autres procédés d'exploration, décrits dans des notes antérieures et qui permettent d'étudier le métabolisme des hydrates de carbone au cours de l'insuffisance hépatique.

Or la recherche de l'hyperglycémie adrénalinique ne fournit pas des résultats qui concordent avec les autres épreuves. Ainsi, d'une part, l'hyperglycémie adrénalinique peut être faible ou même manquer, pourtant faire conclure à une forte insuffisance hépatique, tandis que les autres épreuves, qui permettent d'explorer le pouvoir glycorégulateur du foie, montrent que ce pouvoir est peu troublé. D'autre part l'hyperglycémie adrénalinique peut être normale ou même exagérée, tandis que, par d'autres épreuves, la fonction glycorégulatrice du foie apparaît profondément troublée.

Après injection d'adrénaline, les modifications de la glycémie sont donc inconstantes et variables dans les maladies du foie, cependant sévères et bien caractérisées, et cela alors même qu'il est prouvé que le foie a perdu son pouvoir de maintenir la glycémie à son niveau optimum. Seul le retard dans l'apparition de l'hyperglycémie a peut-être une signification dans la recherche de l'insuffisance hépatique.

Calcium et potassium dans l'acidose et dans l'alcalose expérimentale. — M. Bronn et Mme Stoyanova. Dans l'acidose, il y a augmentation du Ca total et ultrafiltrable et diminution du K total et ultrafiltrable; l'inverse se produit dans l'alcalose. D'après l'importance de Ca et de K ultrafiltrables il semble que les complexes protéinocalciques et protéinopotassiques varient également en sens inverse.

Action de la scopolamine sur les hypnotiques corticaux et basilaires. — M. Bronn, Mmes Jeanne Lévy et Meyer. La scopolamine renforce le chloralose, hypnotique cortical, et non pas le sonéryl, hypnotique basilaire; par contre elle fait apparaître avec le sonéryl une action excitante qui sans elle est généralement faible.

Recherches sur l'innervation motrice du larynx. — M. P. Dumont a étudié chez le chien l'excitabilité du système neuro-musculaire du larynx; la chronaxie des filets nerveux des muscles extrinsèques et du crico-thyroïdien est de un dix-millième de seconde et demi, de ceux des autres muscles intrinsèques, de deux dix-millièmes. Quand on supprime au larynx sa tension par désinsertion musculaire ou ablation de cartilages, la chronaxie s'élève. Le rapport des chronaxies des antagonistes est, suivant la profondeur de l'anesthésie, égal à 1, 1/2 ou 2/1.

Technique du sac respiratoire de M. H. Janet et Mlle M. Bochet, pour l'étude du métabolisme des nourrissons. Contrôle de la méthode. — Mlle M. Bochet. La méthode consiste à disposer le nourrisson dans un sac de tissu imperméable muni d'une fermeture Eclair, la tête étant placée sous une cloche de verre amovible insérée dans le sac. Une tubulure latérale permet l'entrée de l'air. Le mélange gazeux est aspiré, au moyen d'une pompe électrique, à travers le circuit et refoulé dans un gazomètre. Un échantillon gazeux prélevé permet d'évaluer le métabolisme par l'analyse endrométrique.

L'exactitude de cette méthode a été contrôlée par la vérification de chaque élément du circuit et par l'épreuve de la technique elle-même dans les conditions normales d'une expérience de métabolisme.

Le degré de précision des appareils de mesures a été défini, en particulier pour l'endomètre, et des expériences de véri-

fication très significatives ont été réalisées aux laboratoires du Collège de France, grâce à l'obligeance de M. le professeur André Mayer et de M. Plantefol : épreuves des produits de combustion alcoolique, expériences de métabolisme au moyen de la machine à respiration artificielle et d'un mélange gazeux titré. Les essais ont prouvé l'exactitude de la méthode au degré de précision de 1/1.000.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 19 JUIN 1931)

A propos du traitement du pied bot congénital. — M. TREVES ne pense pas que l'intervention sanglante précoce mette plus à l'abri des récidives que les redressements manuels. De deux à huit ans, il pratique l'ablation à ciel ouvert des noyaux osseux tarsiens, en commençant par l'astragale, ce qui suffit souvent en y ajoutant les sections ligamenteuses ou tendineuses nécessaires. Il faut ensuite immobiliser le pied hypercorrigé dans deux appareils plâtrés successifs pendant quatre mois environ.

Du traitement des diverticules vésicaux. Drainage et désinfection par les voies naturelles. — M. LE FUR.

Sur la technique de la gastrectomie. — M. J. LANOS.

Appendicites aiguës graves apyrétiques à symptomatologie réduite. — M. R. PETIT insiste, au point de vue diagnostic, sur la discordance du pouls et de la température, sur le ralentissement du pouls, sur la fétidité de l'haleine, sur la diarrhée et la formule leucocytaire. Il estime que toute appendicite diagnostiquée doit être opérée sans délai quelle que soit la date du début. Il ne draine que si le péritoine contient du liquide louche ou du pus ou si la paroi du cæcum paraît douteuse. Il ne met jamais d'éther dans la cavité péritonéale et reste fidèle à l'enfouissement du moignon.

A propos de l'appendicite. — M. BLANC constate, lui aussi, la fréquence des cas d'appendicite à allure sournoise et grave sans fièvre. Le seul moyen d'éviter des désastres est d'adopter comme impérative la formule suivante : toute appendicite diagnostiquée doit être opérée. Dans ce but, ce n'est pas l'éducation des chirurgiens qu'il faut faire, c'est celle des médecins.

Chirurgie réduite et bactériophages. — M. PETIT DE LA VILLÉON montre les possibilités d'une chirurgie réduite dans les affections septiques grâce au concours de l'inoculation *in situ* du bactériophage approprié.

L'examen radiologique de la vésicule biliaire. — M. HALLER présente un travail de M. Nemours-Auguste (de Paris) sur la cholécystographie.

Deux cas d'ulcère pylorique perforé opérés et guéris. — M. P. LAURENT fait un rapport sur un travail de M. Raiga (de Paris), concernant deux malades atteints d'ulcère gastrique ignoré et non soigné, opérés pour perforation aiguë, l'un deux heures et demie, l'autre huit heures et demie après la perforation. Dans les deux cas, l'auteur a limité l'intervention à la suture sans gastro-entérostomie et au drainage sous-hépatique et sus-pubien. Pour un de ces malades, des examens radiologiques répétés, un an après l'opération montrent un pylore parfaitement perméable. Malgré une tendance actuelle, surtout en Allemagne, à faire la gastrectomie d'emblée pour les perforations aiguës d'ulcères gastro-duodénaux, le rapporteur estime que l'intervention doit,

dans ce cas, rester une intervention d'urgence et que la gastrectomie n'est justifiée qu'en cas d'ulcus calleux ne permettant pas de faire une suture correcte de la perforation.

Adénome kystique hémorragique du foie. — M. THÉVENARD.

Fracture de la clavicule en trois fragments traitée par l'ostéosynthèse. — M. DUPUY DE FRENELLE.

Réduction sanglante d'une luxation ancienne irréductible de la hanche gauche. — M. BRESSOT (de Constantine).

Péritonite biliaire sans perforation. — M. S. DE DZIEMBOWSKI (de Bydgoszcz (Pologne).

Anse sigmoïde invaginée dans le rectum et réséquée après désinvagination. — M. HAUTEFORT.

Les corsets et le traitement de la scoliose. — M. JUDET en présente deux types. Leur caractéristique est de permettre les mouvements de flexion du tronc en exerçant une action de décharge sur le rachis. L'un des modèles présente une bande élastique réglable qui vient comprimer la voussure costale en produisant un effet de détorsion.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Fracture assez rare à cause de *la mobilité* du maxillaire inférieur sur le squelette de la face; *la résistance* et la forme de cet os; *et la protection instinctive de la face par les mains.*

Mais fracture importante, car *fracture ouverte.*

Nous étudierons successivement :

La fracture du corps, totale, *les fractures partielles.*

FRACTURE DU CORPS

Etiologie et mécanisme, soit coup de feu.

Soit choc direct (coup de poing, chute sur le menton. L'os tend à redresser sa courbure, la table interne cède la première (fracture en dedans).

Soit choc latéral, accentuant la courbure de l'os, qui entraîne la rupture première de la table externe (fracture en dehors).

Anatomie pathologique. — La muqueuse étant adhérente au périoste, il s'agit de fracture ouverte, communiquant avec la cavité buccale.

A. IL EXISTE UN SEUL TRAIT DE FRACTURE : *Siège* entre incisive ou canine, ou bien entre les deux incisives ; quelquefois passe par le trou mentonnier.

Direction : oblique en bas et en arrière, taillant en biseau la face cutanée du fragment antérieur.

Déplacement : le fragment postérieur entraîné par les masticateurs se porte en haut.

Le fragment antérieur, attiré par muscles sus-hyoïdiens, se porte en bas et en dedans.

B. LE TRAIT DE FRACTURE EST DOUBLE : Un trait de chaque côté. Le fragment médian se porte en bas et en arrière et amène la chute de la langue dans le pharynx.

Symptômes. — SIGNES FONCTIONNELS : *douleurs* exacerbées par les mouvements du maxillaire.

Gêne de la mastication et de la phonation.

Salivation abondante, souvent salive teintée de sang.

A L'EXAMEN : bouche entr'ouverte et immobile. Ecchymose gingivale.

Certaines dents sont ébranlées ; elles ne forment plus une arcade régulière : *Perte de l'articulé dentaire.*

A la palpation, *mobilité des fragments avec crépitation.*

Enfin : *anesthésie du menton* et de la lèvre inférieure par déchirure du nerf dentaire inférieur.

Pronostic : Dans les cas moyens, cette fracture avec un appareillage soigné peut se consolider en quarante à soixante jours. Mais souvent :

Complications : 1. *Hémorragie,* par rupture de la dentaire inférieure.

2. Surtout *infection* :

a. Soit des parties molles : phlegmon du plancher.

b. Soit des fragments osseux : ostéite secondaire. Même après l'élimination de séquestres, la consolidation peut être obtenue sans raccourcissement de l'arc mandibulaire, si l'on a bien maintenu l'articulé.

3. *Tardivement* : *Pseudarthrose*, si perte de substance considérable et *névralgie dentaire rebelle.*

FORMES CLINIQUES

A. **Fracture du corps.** — 1. *Sans déplacement.*

2. *Du rebord alvéolaire*, après avulsion dentaire.

3. *Fracture double* : dyspnée considérable, avec tendance à l'asphyxie.

4. *Fracture de guerre*, comminutive, avec perte de substance considérable, pouvant entraîner :

La pseudarthrose.

La perte définitive de l'articulé dentaire.

B. **Fracture de la branche montante.** — Le trait de fracture est horizontal, pas de déplacement. A l'examen : douleur localisée à la palpation, vérifiée au toucher buccal.

C. **Fracture du condyle.** — Toujours de *cause indirecte.*

Soit : *chute sur le menton*, et alors il s'agit de fracture bicondylienne.

Soit : *choc latéral* : Elle peut être unicondylienne; souvent associée à une fracture de la hanche montante du côté opposé.

Le *trait* de fracture, transversal, siège au-dessous de l'insertion du ptérygoïdien externe.

Fragment supérieur basculé en haut et en dedans.

Fragment inférieur attiré en haut et en dehors.

Cliniquement :

Signes physiques : *déviation du menton* du côté fracturé, avec, du même côté : *élévation de l'angle de la mâchoire.*

A la palpation :

Dépression pré-auriculaire avec saillie du condyle au-dessus.

Complications :

Enfoncement du conduit auditif avec otorrhagie.

Commotion cérébrale.

Arthrite traumatique et ankylose.

D. **Fracture de la coronoïde.** — Trait transversal, tantôt à la base ; ascension du fragment supérieur ; tantôt à la pointe : pas de déplacement.

Cliniquement, douleur locale au toucher buccal.

Diagnostic : évident pour la fracture du corps.

Pour la fracture du condyle, discuter avec la luxation unilatérale. Le condyle, luxé en avant, suit les mouvements du maxillaire.

Traitement. — a. *Des fractures du corps* :

Si pas de déplacement : fronde.

Si déplacement : suture osseuse, mais ne donne pas bonne coaptation des fragments.

Plutôt : *gouttière métallique*, prenant point d'appui sur les dents, scellée à demeure. Rend la mastication possible, permet l'immobilisation de fragments en bonne occlusion.

b. *Des fractures du condyle* : Réduction difficile. Il faut parfois l'enlever.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 73. — SAMEDI 12 SEPT. 1931. 104e ANNEE. SAMEDI 12 SEPT. 1931. — N° 73.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le lobe apical de la veine azygos [fin] (avec 15 fig.), par M. le professeur G. Carrière, MM. L. Thomas et C. Huriez.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société de neurologie.
CHRONIQUE
Une conférence faite à Vichy, le 28 août 1931, par le professeur Max Einhorn (de New-York) sur l'épreuve digestive aux perles, par M. R. G.
CONGRÈS
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAL ROTHSCHILD. — Un concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires aura lieu en décembre, à l'hôpital Rothschild, 15, rue Santerre. Des conférences préparatoires sont données pour les internes en exercice. — Pour tous renseignements, s'adresser à la salle de garde de l'hôpital.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Affaires étrangères. (Promotion du cinquantenaire de la Tunisie.) — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur à Tunis.

Au grade d'officier. — M. le docteur Auguste Cuénod, ophtalmologiste à Tunis.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Eugène Bouquet, chirurgien de l'hôpital français à Tunis.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Hanriot (d'Einville).

APPEL AUX COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES. — En prévision du prochain décret du ministre du travail, portant création de « Conseiller des métiers français », il est fait appel sur tout le territoire national aux divers praticiens possédant des connaissances professionnelles et une expérience éprouvées : économistes, juristes, journalistes, architectes, médecins, hygiénistes, financiers, ingénieurs, agriculteurs, commerçants, industriels, assureurs, techniciens, chefs d'entreprises, artistes, maîtres et professeurs, etc., susceptibles d'apporter aux artisans l'appui de leurs connaissances et de leurs conseils.

Les candidats doivent fournir en outre de leur curriculum vitæ les références personnelles de nature à établir leur compétence professionnelle. Les postulants agréés feront partie du Centre d'études des Métiers français constitué à Paris, sous la présidence de MM. les sénateurs Clémentel et Serre, assistés de M. le député Thoumyre, ancien ministre, et de M. le professeur Escarra, de la Faculté de droit de Paris, vice-présidents.

Le décret à intervenir déterminera les conditions dans lesquelles le titre officiel de conseiller des Métiers pourra être ensuite conféré aux personnes qui se seraient spécialement distinguées dans l'étude des questions économiques ou sociales soumises à leur compétence.

Pour tous renseignements et candidatures, écrire au Centre d'études des Métiers français, 30, rue des Vinaigriers, à Paris (Xe).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE. — La Séance annuelle de la Société française de gynécologie aura lieu le lundi 5 octobre prochain à 17 h. à la Faculté de médecine de Paris.

A l'ordre du jour :

1. Un rapport de M. Paul Ulrich (Paris), sur *Le chimisme du vagin et sa signification physiologique*, suivi d'un exposé de M. Ch. O. Guillaumin (Paris), sur les conditions chimiques optima du développement des différents germes dans les sécrétions vaginales.

2. Un rapport de M. Ch. Martin (Angers), sur *Les indications des interventions chirurgicales dans le traitement des salpingites chroniques non tuberculeuses.*

3. Communications diverses.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort, à l'âge de 82 ans, de M. Balthazard, père de M. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de

Paris. De tout cœur nous adressons à notre collègue et vieil ami l'expression très émue de notre profonde sympathie; — On annonce aussi la mort de MM. les docteurs Gonnet, père du docteur A. Gonnet, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne; Doit-Lombron (de Luchon), Abel Massé (de Paris), Bellile, ancien médecin en chef de la marine, décédé à Paris; Becavin de Thomin, chef du service de radiologie de l'hôpital Gouin, à Paris.

(Voir la suite des « Informations », p. 1376.)

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE FAITE A VICHY, LE 28 AOUT 1931, PAR LE PROFESSEUR MAX EINHORN (DE NEW-YORK) SUR L'ÉPREUVE DIGESTIVE AUX PERLES.

Pour clôturer élégamment le grand voyage qu'un groupe important de médecins américains vient d'effectuer aux principales stations hydrominérales de notre pays, le professeur Max Einhorn a eu la délicate pensée de faire à Vichy même une fort intéressante conférence.

Prenant pour sujet « l'Epreuve digestive aux perles » à laquelle il a attaché son nom, l'orateur en a présenté la technique dans le français le plus châtié, les indications, contre-indications et résultats dans des conditions qui ont captivé l'auditoire.

Cette méthode consiste à faire avaler au malade une petite capsule, renfermant des perles attachées par une ficelle et servant de support à un certain nombre d'aliments dont la digestion plus ou moins complète renseigne sur l'activité des différents étages du tube digestif.

Les fragments alimentaires utilisés sont les suivants : Catgut, arête de poisson — pour servir de test au fonctionnement gastrique — viande, thymus, graisse de mouton, pomme de terre (avec la peau) pour permettre de juger l'activité intestinale.

La capsule est avalée à la fin d'un repas et libère de suite son contenu dans l'estomac. Puis on fait passer chaque selle sur un tamis jusqu'à ce qu'on trouve le fil avec les perles. On les lave à l'eau froide sans les frotter. Alors les perles sont examinées macroscopiquement (microscopiquement seulement pour les noyaux cellulaires), afin d'apprécier le degré de digestion subie par chacune des substances nutritives attachées.

Normalement, le fil avec les perles apparaît après vingt ou vingt-quatre heures. Les substances nutritives de l'épreuve en sont absentes, excepté une trace de gras et de thymus, mais sans noyaux. Dans les cas pathologiques, le fil avec les perles peut reparaître trop lentement ou trop vite (le rejet se produisit en moins de trois quarts d'heure chez une hyperthyroïdienne). D'autre part, quelques substances attachées aux perles peuvent être demeurées intactes, partiellement ou complètement, témoignant de l'insuffisance des sucs préposés à leur digestion.

On conçoit tout l'intérêt pratique d'une telle épreuve qui a permis à son auteur de classer les dyspepsies gastro-intestinales en trois catégories : dyspepsies partielles, totales, nerveuses ; ces dernières purement fonctionnelles et caractérisées par la digestion complète des fragments alimentaires employées.

Illustrée par la présentation de tubes variés, complétée par l'exposé d'intéressantes observations, cette conférence du professeur Einhorn a pleinement répondu à ce qu'on pouvait attendre d'un spécialiste aussi réputé. Et l'on ne savait ce dont il convenait de lui être le plus reconnaissant, du soin qu'il mettait à nous instruire ou du précieux témoignage qu'il nous donnait de sa sympathie pour nos grandes stations thermales françaises.

R. G.

CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE TROPICALE. — Sous le haut patronage de son Altesse royale le Prince Henri des Pays-Bas, le Comité exécutif du IIe Congrès international de médecine tropicale se réunira à Amsterdam du 12 au 17 septembre 1932.

Les sujets à traiter aux séances plénières sont les suivants : avitaminose, notamment béri-béri ; fièvre jaune, leptospiroses, helminthes, notamment ankylostomes ; paludisme, notamment fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Ces rapports seront traités aux séances plénières. En outre, d'autres sujets seront traités aux séances de section, qui auront lieu à d'autres heures.

Les participants au Congrès sont priés d'adresser leur adhésion au secrétariat général le plus tôt possible et jusqu'au 31 décembre 1931 exclusivement, de même qu'au secrétaire national, en mentionnant leur adresse exacte.

Les participants sont priés de verser le montant de la cotisation, à l'équivalent de livre sterling 1, ou florins hollandais 12, à l'adresse suivante : Congrès international de médecine tropicale, Nederlandsche bank, Amsterdam.

Tout membre désirant faire une communication est prié d'en faire part au secrétariat général le plus tôt possible, en mentionnant le titre exact. Les résumés, qui ne comprendront pas plus d'une page imprimée, sont attendus jusqu'au 1er avril 1932 exclusivement. Le manuscrit du discours ne dépassera pas les seize pages imprimées et sera remis le jour de la conférence au secrétaire de l'assemblée ou de la section concernante.

Toute langue est admise au Congrès. Pour des raisons pratiques, les orateurs sont priés de se servir — si possible — de la langue française, allemande ou anglaise.

Les discours paraîtront dans les comptes rendus dans la langue dans laquelle ils ont été composés.

Le temps accordé aux rapporteurs officiels est fixé à quarante-cinq minutes, celui accordé aux orateurs de discussion officiels à quinze minutes, pour tout autre orateur prenant part à la discussion à cinq minutes.

Aux séances de section, ce temps sera de vingt minutes pour chaque communication et cinq minutes pour tout orateur prenant part à la discussion.

REVUE GÉNÉRALE

LE LOBE APICAL DE LA VEINE AZYGOS [1]

PAR MM.

GEORGES CARRIÈRE,
Professeur de clinique médicale,

LOUIS THOMAS, Professeur agrégé d'anatomie
et
CLAUDE HURIEZ, Chef de clinique adjoint, Prosecteur d'anatomie

A la Faculté de médecine de Lille.

IV

Étude radiologique et clinique.

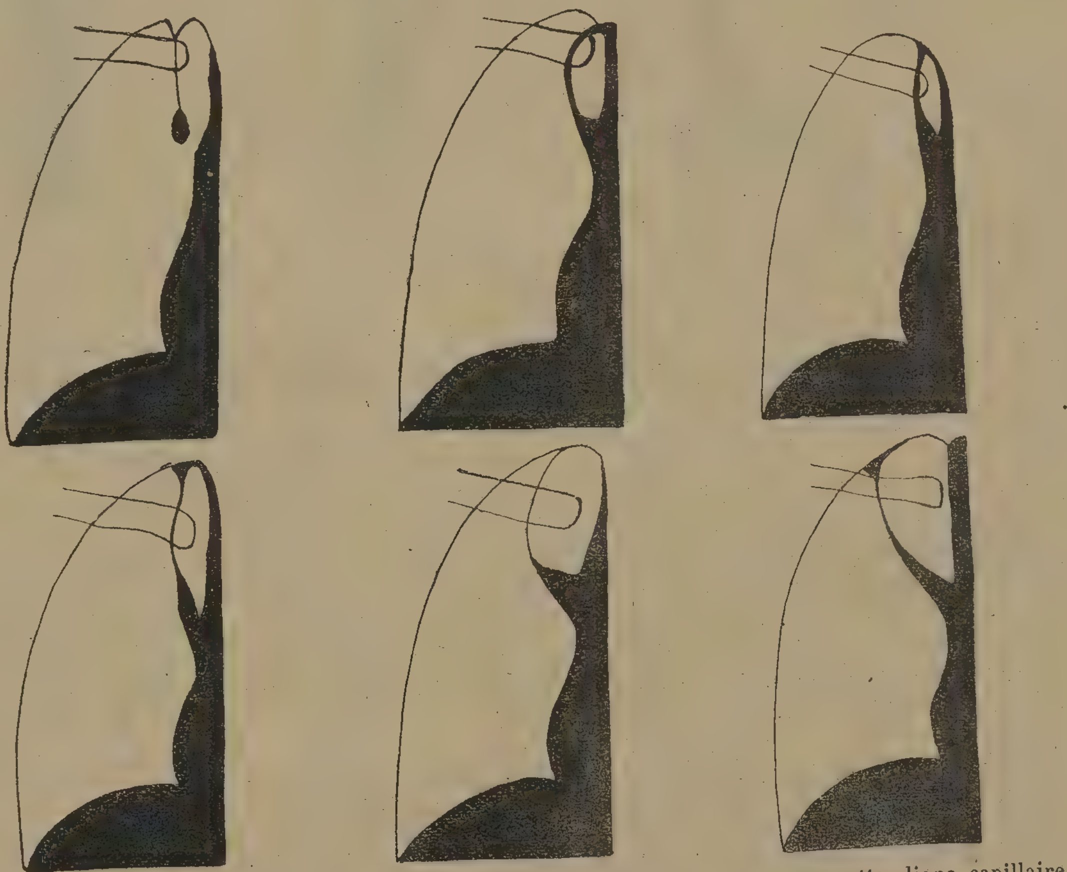
Les images radiologiques qui intriguèrent Wessler et Jaches, que Wedde, Hjelm et Hulten supposèrent témoigner d'un lobe apical de l'azygos, peuvent être considérées comme caractéristiques de l'anomalie depuis les vérifications nécropsiques de Bendick et de Wessler.

On constate dans les cas les plus favorables la réunion de trois ombres anormales au niveau du sommet droit, étendues de la région hilaire droite à la paroi thoracique, à savoir une *ombre suprahilaire*, une *image linéaire* et *une opacité triangulaire à base pariétale.*

Envisageons successivement la description et l'interprétation de chacune de ces images, qui seraient obtenues, pour Lovisatti, avec le maximum de netteté en centrant sur la deuxième dorsale, en incidence frontale.

1. L'*ombre suprahilaire* est de beaucoup la plus caractéristique; sa constance est absolue.

Elle offre toujours des contours extrêmement nets et son opacité est le plus souvent fort accusée. Elle est située au-dessous de la clavicule, s'étendant jusqu'à la partie supérieure de l'image du hile pulmonaire droit, affectant d'ailleurs une forme des plus variables. Les schémas 10 à 18 fournissent les types notés par Hjelm et Hulten, Zawadowski, Jalet, et l'appellation varie suivant les auteurs, les termes d'*ombre en virgule renversée, en larme, en raquette* étant les plus couramment employés.



Schémas radiologiques (pl. I). — FIG. 10. — Ombre parahilaire, très détachée, *en raquette*; ligne capillaire verticale. — FIG. 11. — Ombre parahilaire *triangulaire*. Lobe apical de variété « *médiastinale* ». — FIG. 12. — Même type, avec image parahilaire en *virgule renversée*, et triangle pariétal. — FIG. 13. — Id. avec *ombre en larme*. — FIG. 14. — Lobe apical de *type moyen*. Variété la plus fréquente au point de vue radiologique. Type II des anatomistes. — FIG. 15. — Id. avec image parahilaire en *ergot*.

Cette image est parfaitement visible, même à la simple radioscopie, persistant lorsqu'on déplace légèrement le sujet.

L'interprétation de cette ombre n'est pas discutable ; il s'agit de la projection suivant son axe de l'arc même de la veine azygos, et l'on comprend facilement qu'une colonne sanguine de 7 millimètres environ de diamètre se traduise par une opacité très nette quand elle est prise d'enfilade par les rayons X sur une longueur variant de 4 à 7 centimètres. Mais très fréquemment l'ombre suprahilaire est plus étendue, apparaissant sous la forme d'une *bande* intense de 3 à 5 millimètres de largeur qui descend oblique en bas et en dedans, s'élar-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 71, p. 1333.

gissant tout en devenant moins opaque, jusqu'au bord droit du pédicule vasculaire qui est représenté à ce niveau par la veine cave supérieure. C'est là une *image en ergot*, sur laquelle Jalet et Zawadowski ont fort insisté. La largeur de l'ombre en bande ou en virgule est variable avec les phases respiratoires. Les calques nos 17 et 18 tirés du travail de Zawadowski montrent un élargissement considérable de la bande terminale en expiration forcée, et son aplatissement en inspiration forcée, la réplétion veineuse variant avec ces mouvements respiratoires. On peut parfois, dans la dernière phase, voir se dessiner l'embouchure même de l'azygos dans la veine cave supérieure, dont la paroi latérale est attirée légèrement en dehors par la traction exercée sur elle par la crosse de l'azygos, que déjette l'expansion du parenchyme pulmonaire.

2. De cette image suprahilaire constante se détache une ombre très fine, qu'on a pris coutume de désigner sous le nom de *ligne capillaire*. Son trajet n'est pas fixe, mais elle est du moins toujours convexe en dehors.

3. Elle se termine par une opacité triangulaire à bords curvilignes, à base pariétale, appelée par Jalet *triangle pariétal*, qui est très inconstant, et dont le développement en largeur ou en longueur est des plus variables. Ligne capillaire et triangle pariétal



Schémas radiologiques (pl. II). — Fig. 16. — Lobe apical de la veine azygos occupant presque la *totalité de l'apex*. — Fig. 17. — *En inspiration forcée* : bande parahilaire assez étroite (Zawadowski). — Fig. 18. — *En expiration forcée* : élargissement de la bande terminale (Zawadowski).

s'observent en diverses zones du sommet : parfois l'ombre linéaire est presque verticale et s'implante directement ou par l'intermédiaire d'un triangle sur le versant interne du dôme pariétal (schémas nos 10-11-12).

Le plus souvent (16 des 17 cas de Zawadowski) la ligne capillaire est oblique, se raccordant au point le plus élevé de l'apex (schémas nos 13-14-15); enfin exceptionnellement elle est presque horizontale (schéma n° 16).

Grâce aux travaux de Bendick et de Wessler on peut affirmer que l'ombre linéaire et le triangle pariétal sont en rapport avec l'existence de la scissure de l'azygos dans le sommet pulmonaire. Les variations de leur disposition concordent avec les différents types décrits par Stibbe (scissure verticale, oblique, horizontale), mais on peut s'étonner de la rareté sur les clichés du type anatomique le plus fréquent (à savoir la scissure externe). Pour Zawadowski l'écart entre les données recueillies du vivant et post mortem s'explique facilement par les conditions de visibilité radiologique des différents types de lobes, dépendant plus de l'orientation et de la forme de la scissure que de la taille de l'anomalie pulmonaire.

La fréquence radiologique de la disposition moyenne tient à la situation presque sagittale de la scissure qui passe par la partie la plus claire du sommet. Il faut noter que dans ces cas l'ombre linéaire n'est visible nettement que sous une certaine orientation et qu'à l'inverse de l'opacité parahilaire elle disparaît si on tourne légèrement le malade.

Au contraire, les scissures à grand développement externe ne réalisent pas d'aussi bonnes con-

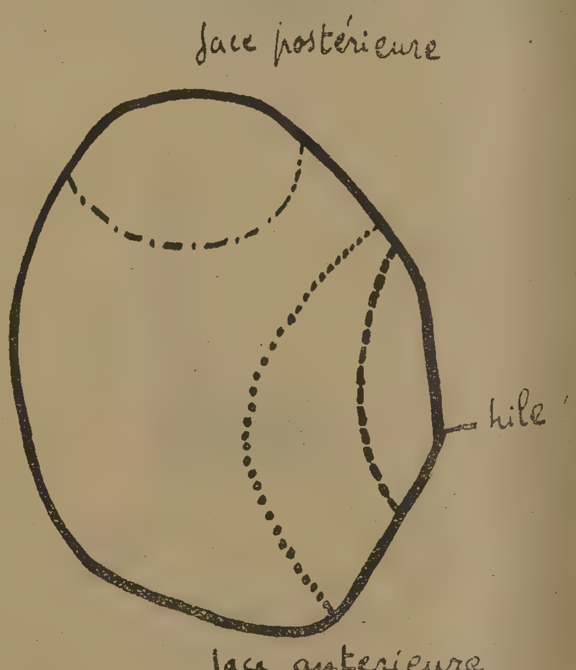


Fig. 19. — *Coupe horizontale schématique de l'apex droit*, à la hauteur de la deuxième dorsale, d'après *Barsony et Koppenstein*. — En pointillé, scissure limitant un lobe de l'azygos du type le plus fréquent, que les auteurs précités nomment « *apicoventral* ». — En trait coupé, scissure du type « *médiastinal* ». — En traits et points alternés, scissure du type « *apicodorsal* ».

ditions de visibilité et les lobes déterminés par une scissure verticale sont de dimensions tellement réduites que des ombres médiastines, hilaires ou vasculaires peuvent les masquer partiellement.

Barsony et Koppenstein, en 1930, désignent sous le nom d'anomalies « *apicoventrales* » ces lobes engendrés par l'azygos et dont nous venons de résumer les types radiologiques, qui correspondent aux variétés anatomiques connues.

Mais ils présentent des cas bien plus rares de lobe « *apicodorsal* » (schéma n° 19, coupe horizontale du lobe supérieur passant par la IIe dorsale) dont l'image radiologique est représentée par une ligne nette, presque horizontale et parallèle à la clavicule, légèrement concave vers le haut.

Ils interprètent la constatation d'une opacité ovale à l'extrémité interne de ce trait comme la coupe axiale de l'azygos. On peut douter actuellement de la réalité de ce type de lobe de Wrisberg dont il n'existe pas de constatation anatomique.

Par ailleurs, la transparence du champ pulmonaire, bordé en dehors par la ligne capillaire, est le plus souvent semblable à celle du reste du poumon; le parenchyme du lobe apical de l'azygos offrant le même éclairement à la toux que l'apex normal.

Enfin les documents radiologiques insistent sur la rareté d'autres troubles du développement.

Zawadowski relève dans un cas la présence simultanée d'un lobe supplémentaire de l'azygos, d'un spina bifida occulta de la Ire dorsale et d'une dorsalisation de la VIIe cervicale. Enfin Salotti et Crosetti ont pu chez six porteurs de cette anomalie pulmonaire déceler la coexistence d'une scoliose cervico-dorsale.

S'il est possible actuellement de déceler l'existence d'un lobe apical de la veine azygos par la constatation d'une ombre suprahilaire et d'une ligne capillaire à convexité externe, il est toujours indispensable de différencier ces images des autres ombres apexiennes. En présence d'une ligne arrondie dans l'angle sterno-claviculaire droit, on doit songer à la possibilité du développement pathologique d'un organe dans le médiastin supérieur, d'autant que parfois la transparence du parenchyme bordé par l'ombre linéaire est altérée. On pourrait dès lors interpréter cette ligne « comme la surface de séparation, vue en coupe optique » (Jalet) entre l'organe pathologique (anévrisme, goitre, thymus, ganglions...) et le poumon qu'il déprime.

Mais le plus souvent la plage pulmonaire isolée a une transparence normale et la ligne est trop éloignée du médiastin pour qu'on puisse admettre que le développement anormal d'un organe se traduise de façon aussi discrète.

Beaucoup plus délicate est la différenciation de cette ombre linéaire avec des images pleurales, *pachypleurites apicales, médiastinales ou interlobaires.*

Parmi les opacités pleurales qui se terminent au sommet, il est facile d'éliminer la bande axillaire de pachypleurite qui succède à un épanchement de la grande cavité ou à une pleurite axillaire enkystée; la direction de l'ombre, qui ne se rattache pas au hile, est totalement différente de celle qui nous intéresse

Très difficile à distinguer d'une ombre linéaire est la coupe optique d'une *pachypleurite apicale*, qui se traduit également par une ombre en arc, à limite inférieure nette.

Une adhérence pleurale, en cordon plein, se projette sur le sommet droit, en simulant la ligne capillaire, mais un cordon est visible de la même façon en n'importe quelle projection, tandis que la scissure du lobe de l'azygos donne l'image linéaire dans des positions particulières « quand le faisceau de rayons X est parallèle à un de ses secteurs » (Zawadowski). L'emploi de la stéréoradiographie tranche la discussion de façon définitive, montrant au cas d'anomalie pulmonaire, une surface de section courbe, isolant de l'apex droit un lambeau qui correspond au lobe de Wrisberg (Litten, Jalet). Litten, qui a utilisé ce mode de radiographie en relief, recommande de placer l'ampoule à la hauteur de la clavicule et de l'incliner légèrement à droite, tout en gardant aux rayons leur direction horizontale.

De plus, on ne constate pas dans toutes ces lésions, l'élément indispensable pour affirmer la présence de l'azygos, à savoir l'ombre para-hilaire si typique. Il en va de même pour les *pachypleurites médiastinales*, sus-hilaires, donnant des obscurités qui flanquent le pédicule vasculaire.

— *Les pleurites interlobaires supérieures droites* se traduisent fréquemment par des opacités, vues en coupe en raison de leur orientation. La scissure supérieure droite, à direction horizontale, dans un plan sensiblement antéro-postérieur, est donc parallèle aux rayons normaux et se projette sous forme d'une ligne ou d'une bande, suivant le degré de l'épaississement pleural. Pour Chaumet, on peut voir fréquemment sur de bonnes radiographies un trait ténu comme un cheveu. Il en résulte qu'une scissure supérieure épaissie, attirée vers l'apex, peut simuler une image de lobe de l'azygos, surtout quand l'aire de celui-ci est recouverte d'un voile homogène qui témoignerait d'un processus de rétraction cicatricielle.

Mais comme le note Jalet, la courbure, au lieu d'être à concavité supéro-interne, serait bien plutôt inféro-externe, et on peut se demander si certaines bandes de scissurite « dont on expliquait la direction paradoxale vers l'apex par une attraction vraiment considérable de la scissure horizontale n'avaient pas tout simplement pour origine un épaississement de la scissure engendré par un lobe de l'azygos méconnu ».

Mais cette remarque, argument suffisant de diagnostic différentiel, pose tout le problème de la signification de ces images de lobe apical de la veine azygos et de la valeur à donner à semblables constatations.

« Si l'on accepte comme un dogme que la plèvre saine est invisible et que toute image pleurale se profilant en coupe optique sur un cliché traduit une pachypleurite (Chaumet), » il faut considérer cette ligne capillaire comme un signe important de pleurite.

Mais, d'autre part, Chaumet déclare que l'on peut affirmer, d'une façon catégorique, que l'accolement des feuillets, la simple symphyse ne possède pas de signes propres, ne se traduit pas radiologiquement. On a cependant noté, sur des radiographies thoraciques absolument normales, une ligne transversale, semblable à un cheveu, qui du hile droit dis-

paraît vers la paroi thoracique latérale (Velde, Vespignani et Lenarduzzi). Cette ombre correspond, nous l'avons déjà dit, à une scissure interlobaire normale entre lobes supérieur et moyen, rendue apparente en raison de la direction même de l'interlobe. (Trois vérifications nécropsiques de ces images radiologiques par Crecelius.) Or, remarque Jalet, les quatre feuillets pleuraux (voir schéma n° 8) qui tapissent le sulcus de l'azygos, offrent aux rayons incidents une épaisseur assez conséquente pour que leur projection soit très visible. L'image sera d'autant plus accusée que la disposition de la scissure sera plus plane.

« De sorte qu'à notre sens, il faut peut-être concevoir que la ligne fine convexe, visualisée sur les clichés, et que l'on peut soupçonner par la constatation scopique de l'opacité, en virgule ou en ergot (veine azygos vue de champ), peut être engendrée par une plèvre saine (Jalet). »



Schémas radiologiques (pl. III). — Fig. 20. — Lobe apical de l'azygos du type moyen. Infiltration de la partie inférieure du lobe supérieur proprement dit. — Fig. 21. — Id. après pneumothorax. Ecartement des lèvres de la scissure supplémentaire. Coupe optique très isolée de la veine azygos.

Nous venons récemment de faire une constatation rapportée devant la Société médicale des hôpitaux qui permet de ne plus douter de cette hypothèse. Chez une femme, entrée à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur pour ramollissement de la partie inférieure du lobe supérieur, on soupçonna, dès l'examen scopique, l'existence d'une anomalie pulmonaire engendrée par l'azygos, à la vue d'une opacité en larme, sus-jacente à la région hilaire droite. La radiographie fut très affirmative : triangle pariétal, ombre capillaire, image en larme étaient visibles sur le cliché, circonscrivant un lambeau pulmonaire de transparence normale et du type moyen (fig. 20).

Imbus de la conception de la non-visibilité d'une plèvre saine, nous pouvions penser que l'ombre linéaire traduisait une pachypleurite de l'interlobe supplémentaire.



Schémas radiologiques (pl. IV). — Fig. 22. — *Scissurite* de l'interlobe supplémentaire causé par la veine grande azygos. — Fig. 23. — Lobe apical de l'azygos du type II. Normal en janvier 1929 (Crespellani). — Fig. 24. — Id. en avril 1929. Lobe accessoire en « apneumatose » (Crespellani).

Or, dès la première insufflation d'un pneumothorax droit, institué pour lutter contre le processus tuberculeux évolutif de la partie inférieure du lobe supérieur, on obtint un bon décollement. L'azote refoula non seulement le parenchyme de la paroi, mais s'insinua entre l'apex et l'anomalie pulmonaire (fig. 21).

C'était une démonstration élégante, sur le vivant, de l'existence d'un lobe apical de l'azygos d'une part, et la preuve *que les quatre feuillets de l'interlobe supplémentaire sont visibles en incidence frontale, en dehors de toute symphyse ou inflammation.*

V

Ces conclusions permettent d'envisager la constatation d'une ombre para-hilaire nette et d'une fine ligne capillaire comme témoignant de l'existence d'un lobe apical de l'azygos sain, si le parenchyme correspondant présente une bonne transparence.

Mais cette languette n'offre pas toujours un aspect radiologique de tissu pulmonaire normal. Il faut d'abord rappeler les observations où la limite externe de l'anomalie n'était pas assurée par une ligne capillaire, mais par une bande particulièrement épaisse et dense, témoignant indiscutablement d'une *scissurite* (schéma n° 22) localisée au sulcus de l'azygos. D'autre part, avec une fréquence relative, on relève des opacités plus ou moins accusées, plus ou moins homogènes, limitées à ce lambeau pulmonaire, qui ont été interprétées comme des signes d'altération de la plèvre qui l'encapuchonne. Cette conception n'est pas forcément exacte et, à ce sujet, nous rapportons une observation très récente de Crespellani de variations de la transparence d'un lobe apical de l'azygos : elle concerne un aviateur de vingt-huit ans

qui avait subi un examen complet, en 1923, lors de son incorporation, constatant notamment l'intégrité de son appareil respiratoire. Il ne présenta aucun signe d'affection pulmonaire jusqu'en janvier 1929, époque à laquelle il fut atteint de bronchite. Une radiographie constata une diminution de la clarté du sommet gauche et la présence d'une image de lobe apical de l'azygos au sommet droit (schéma n° 23).

En avril 1929, le malade est revu et radiographié dans les mêmes conditions. Le poumon gauche avait un aspect absolument normal; par contre, on constatait une opacité uniforme de la partie interne du sommet droit, correspondant au lobe de Wrisberg. La limite externe de cette ombre était très nette, fortement convexe en dehors, correspondant à la ligne fine notée en janvier de la même année (schéma n° 24).

De plus, le hile droit offrait un développement exagéré, avec contour irrégulier, de grosses masses ganglionnaires.

A l'examen clinique, on notait une zone de submatité à la partie interne de la fosse sus-épineuse et de la région sous-claviculaire droites, avec diminution du murmure vésiculaire et perception de râles humides en fin d'inspiration. Il n'y avait pas d'atteinte de l'état général et les crachats n'étaient pas bacillifères; on conclut néanmoins à une tuberculose du sommet droit. Mais comme, d'autre part, le malade avait contracté la syphilis en 1924 (traitée de 1924 à 1927), on reprit un traitement antispécifique, car la réaction de Bordet-Wassermann était encore positive. En avril 1930, soit un an plus tard, une nouvelle radiographie fournit une image absolument normale du lobe apical de l'azygos, dont la transparence est redevenue semblable à celle du reste du poumon, tandis que les ganglions trachéobronchiques ne se traduisent plus par des ombres anormales. Enfin l'examen clinique ne fournit aucun signe témoignant d'atteinte pulmonaire ou d'évolution de l'infection syphilitique.

En résumé, « un sujet syphilitique présente une bronchite, à l'occasion de laquelle on pratique une radiographie qui décèle un lobe de l'azygos, sans lésions concomitantes du poumon droit. Quelques mois plus tard, une opacité du lobe supplémentaire et une adénopathie médiastine correspondent à des signes cliniques indiscutables d'atteinte du sommet droit. Enfin la *restitutio ad integrum* est obtenue en un an tant au point de vue clinique que radiologique ». Pour Crespellani, il y a eu durant l'année 1929 « apneumatose » du lobe de Wrisberg et la compression du pédicule de l'anomalie pulmonaire par l'adénopathie hilaire droite lui semble vraisemblable, avec diminution considérable de l'aération de ce lobe accompagnée de congestion passive très accusée, dont l'aspect radiologique fut celui d'une ombre homogène tranchant nettement sur le reste d'un parenchyme sain.

Pour cet auteur enfin, la disparition rapide et complète des signes cliniques et radiologiques est un argument en faveur de la nature syphilitique de l'adénopathie médiastine, qu'il considère comme l'agent de compression du pédicule du lobe de Wrisberg, puisque le malade fut soumis à la seule thérapeutique antispécifique.

Il est peut-être préférable dans l'interprétation de cette très curieuse observation de n'être point aussi catégorique que l'auteur sur la nature du processus, mais il paraît tout au moins établi qu'un facteur pleural ne pouvait être retenu. Zawadowski interprète également chez un de ses malades, ancien blessé du poumon, une ombre en poire, très nettement limitée, dans la région sous-claviculaire droite, comme correspondant à un lobe apical de l'azygos en apneumatose par strangulation du pédicule.

Ces constatations radiologiques cadrent assez bien avec les données fournies par l'anatomie sur la structure de cette anomalie pulmonaire. En effet des deux organes en présence, poumon et veine, on conçoit que l'action du premier sur le second soit de peu d'importance; tout au plus la circulation veineuse est-elle légèrement gênée à chaque inspiration, mais les anastomoses entre les azygos constituent en dernier recours des voies de suppléance.

Mais, au contraire, on s'est demandé si « le sillon creusé dans le poumon par la veine azygos pouvait avoir une conséquence pathologique » (Douay). Les travaux de Freund, Birch-Hirschfeld et Bacmeister qui favorisaient sur l'animal l'éclosion d'une tuberculose par la production artificielle de sillons pulmonaires avaient incité Douay à rechercher si l'existence de ce sillon congénital et très profond jouait un rôle dans la localisation de l'infection tuberculeuse. Les constatations qui ont été faites au cours d'une dizaine d'autopsies de sujets présentant un lobe de l'azygos mettent fortement en doute l'opinion des auteurs allemands. Par contre, toutes les observations anatomiques insistent, nous le répétons, sur le faible calibre et le trajet récurrent des vaisseaux et bronches destinés au lobe supplémentaire, faisant comprendre aisément comment n'importe quelle cause qui comprime, même légèrement, le pédicule de l'anomalie pulmonaire, détermine une diminution de l'aération pouvant aller jusqu'à la plus complète atelectasie, s'accompagnant également de stase veineuse par obstacle au retour du sang.

— Par ailleurs, ce n'est pas pure supposition que d'attribuer à l'interlobe supplémentaire du poumon droit la possibilité d'atteintes pathologiques propres à toute séreuse. Aux quelques constatations de scissurite (Jalet) on peut ajouter les observations de Bendick et Wessler, de Balli, où la scissure anormale était remplie de liquide et se présentait sous la forme d'une bande élargie au niveau du sommet et de la région sous-claviculaire droite; un malade de Hepner localisa un processus pneumonique au niveau du lambeau apical. Il serait, certes, ridicule d'envisager dans un chapitre spécial la pathologie de cette anomalie pulmonaire, mais l'existence d'un lobe accessoire de la veine azygos, surtout quand il est altéré, a entraîné des erreurs de diagnostic, parmi lesquelles nous ne ferons que citer celles rapportées par Müller et Hjelm et Hulten.

Dans la première, une ombre au voisinage du pédicule vasculaire chez un sujet atteint de leucémie myéloïde fut interprétée comme une hyperplasie

ganglionnaire ; la constatation nécropsique d'un lobe de la veine azygos, au pédicule partiellement étranglé par le repli pleural est à rapprocher du cas précité.

Hjelm et Hulten observèrent une image juxtamédiastinale ressemblant de façon frappante à celle d'une tumeur, centrée par une opacité très accusée, prise par une calcification. Le diagnostic de kyste dermoïde à contenu calcaire dut être mué en celui d'anomalie pulmonaire, la coupe de l'azygos suffisant à expliquer le noyau opaque. Il faut donc tenir compte des ombres pathologiques de lobe apical de la veine azygos, dans la discussion des images anormales de l'angle sterno-claviculaire droit. La thèse de Mlle Boyaval, à laquelle nous renvoyons, avait déjà développé le diagnostic différentiel par l'apport d'observations d'un tableau clinico-radiologique rare, dû au déplacement vers la droite de la veine cave supérieure et du tronc veineux brachio-céphalique droit en rapport avec une sclérose rétractile du sommet droit.

Chez les deux malades observés « apparaît d'une façon frappante en examen frontal une ombre anormale dans l'angle sterno-claviculaire droit..., à disposition générale triangulaire, en continuité en dedans avec l'ombre médiane du thorax, à bord externe nettement limité, semblant partir du hile pulmonaire pour venir se réfléchir sur la première côte ; cette image triangulaire rappelle, par son aspect général, *l'ombre en coin* de Vaquez et Bordet, attribuée par ces auteurs à la projection du tronc veineux brachio-céphalique droit ».

Nous rapprocherons également de la constatation faite par Mlle Boyaval, « d'une augmentation considérable de la matité qui existe normalement dans cette région », les remarques récentes de Crespellani et de Crosetti qui ont trouvé, chez des sujets présentant des images pathologiques du lobe de l'azygos, une diminution de la sonorité avec augmentation des vibrations vocales et diminution de la respiration, strictement localisées à la partie interne des fosses sus-épineuse et sous-claviculaire droites.

VI

C'est avec intention que nous avons retardé jusqu'aux conclusions les données étiologiques, et notamment de fréquence, d'une anomalie qui n'est pas aussi exceptionnelle qu'on pourrait le croire à la lecture des traités anatomiques et devant la rareté, en France tout au moins, de ses descriptions radiologiques. Certes, il n'y eut guère plus de cinquante observations anatomiques publiées depuis le travail initial de Wrisberg et tout récemment Morand, dans une étude critique du trajet de l'azygos, ne signale pas le passage dans le lobe supérieur, bien que son étude soit basée sur quarante-quatre dissections.

Mais on peut opposer, à cette pénurie de documents nécropsiques, la fréquence, fort appréciable, des documents radiologiques de lobe apical de la grande azygos, recueillis à l'étranger, depuis le travail de Bendick et Wessler en 1928.

Le tableau suivant collige les principales statistiques, mais trop rarement sont précisés la durée des recherches, le nombre des radiographies thoraciques examinées, l'âge ou le sexe du sujet porteur de l'anomalie pulmonaire. (Lamarque et Bétoulières ont été frappés dans les cinq observations qu'ils viennent de publier, par le caractère héréditaire de celle-ci.)

AUTEURS	LOBE APICAL de l'azygos	SEXE ET AGE	OBSERVATIONS	%
Bendick et Wessler	50		En 15 ans, 3 autopsies	
Busi et Paoluci	14	E. de 6 à 9 ans	Sur 292 radios examinées	5
Crespellani	2	Adultes H = F	Sur 1.600 radios	0,125
Crosetti	5		Sur 514 radios	0,972
Gallino	3			
Gianturco	9		Sur 2.700 radios	0,3
Hänisch	11			
Hjelm et Hulten	11		Sur 3.000 radios	0,33
Illig	12			
Jalet	16	16 H	Sur 1.600 radios en 3 ans	1
Gallino	3			
Leeser	1		Radio et autopsie	
Litten	8		Sur 8.000 radios	0,1
Lovisatti	3		Sur 1.000 radios	0,3
Mather et Coope	4	4 H	Sur 3.000 radios	0,013
Mausert	17		Sur 1.600 autopsies	1,1 20
Meyer	10	E		
Muller et Weber	6	E		
Neeser	13		En quelques semaines	
Neumann	4			
Revecz	5			
Vollmar	10			
Zawadowski	17	17 H	Sur 5.000 radios	0,33
	234 cas			

Malgré la valeur relative qui s'attache à toute statistique, surtout quand elle est aussi incomplète que celle que nous venons d'établir, on est obligé de reconnaître qu'il ne s'agit pas ici d'une disposition rarissime.

Il est indispensable cependant de préciser de plus que tous les pourcentages radiologiques concernent forcément des sujets suspects d'affections thoraciques, le plus souvent pulmonaires, ou qui viennent tout au moins consulter à ce sujet.

Il n'est pas douteux que l'intérêt de semblables recherches serait plus grand si elles pouvaient porter sur des collectivités, sans distinction d'individus sains ou malades.

1° *De notre exposé, nous croyons pouvoir conclure que les données anatomiques et embryologiques permettent actuellement de donner une description morphologique précise de l'anomalie et d'expliquer les divers stades de sa réalisation par une déviation en dehors de la cardinale postérieure (future azygos) sous la traction des veines primitives du membre supérieur droit, dont le remaniement est plus lent que normalement. Il faut reconnaître l'ignorance absolue où nous restons de la cause même de ce retard d'évolution des veines thoraco-brachiales.*

2° *Mais depuis quelques années, l'existence de ce lobe supplémentaire présente plus que l'intérêt de curiosité qui peut s'attacher à une rencontre anatomique. Sa traduction radiologique est de constatation facile. Il ne semble pas que cette image isolée à « l'état de pureté ait la valeur d'un signe évident de lésion pleurale » (Jalet).*

Mais de toutes façons, en raison d'une fréquence dont on commence à se rendre compte, le lobe apical de la veine azygos, sain et plus encore lorsqu'il est lésé, doit être pris en considération dans la discussion des images anormales de l'apex droit.

A. Bibliographie anatomique.

Allen. A variety of pulmonary lobation and its relation to the thoracic pariets, as illustrated by comparative anatomy and abnormalities in the human subject. *Journ. of anat. and Phys.*, 1882, p. 605.

Bacmeister. Die mecanische Disposition der Lungenspitzen und die Enstehung der Lungentuberculose. *Grenzg. d. med. v. chir.*, 1911, Bd. 23, H. 4.

Beddart. On the azygos vein in the mammalia. *Proc. Zool. Soc.*, 1907, p. 181-223.

Birch-Hirschfeld. Ueber den Sitz und die Entwicklung der primären Lungentuberculose. *Arch. g. klin. Med.* 1899, Bd. 64.

Bluntschli. Bermerkungen über einem abnormen Verlauf der Vena Azygos in einer oberloppen der rechten Lunge durchsetzenden Pleurafalte. *Gegenbaurs Morph. Jahrb.*, 1905, Bd. 33, H. 4, S. 562.

Bouchaud. Trajet anormal de la veine Azygos. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1862, p. 166.

Burke. The vena azygos in cloven footed animals. *The journ. of comparative med.*, 1889, vol. X, n° 3, p. 210-211.

Cairney. *Journ. of anat.*, 1923-1924, p. 54.

Chiene. Note of supernumerary lobe of the right lung. *Journ. of anat. and Phys.*, 1869, t. IV, p. 39.

Chiarugi. *Proc. verb. della Soc. Toscan. di Sc. Naturali Pisa*, 1887.

Clelland. Cause of the supernumerary lobe of the right lung. *Journ. of anat. and Phys.*, 1870, t. IV, p. 199.

Collins. *Transact of Royal Irisch acad.*, et *Journ. of anat. and Phys.*, 1874.

Della Rovere. Rara anomalia della pulmone destro. *Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, 1897, vol. III.

Devé. Le lobule de la veine azygos ou lobule de Wrisberg. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1899, t. LXXIV, p. 488; — Note sur le trajet de la veine grande azygos. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1899, t. LXXIV, p. 448.

Douay. Lobe pulmonaire accessoire par anomalie de l'azygos. Le sillon creusé dans le poumon a-t-il une conséquence pathologique. *Soc. anat. de Paris*, 23 janv. 1914; — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1914, p. 26.

Dufour et Olive. Anomalie de la veine azygos et lobe supplémentaire du poumon. *Toulouse med.*, 1905.

Fisher. Seltener Verlauf der Vena azygos (Abspaltung eines lungenlappens). *Anat. anzeig.*, Bd. XV, S. 4.

Freund. Der heutige Stand der Frage von dem Zusammenhang primären Thoraxanomalien mit gewissen Lungenkrankheiten. *Berl. klin. Woch.*, 2 sept. 1912.

Geddes. Apparent triplication of the apex of the right lung, *Journ. of anat. and Phys.*, 1910, vol. XLV, p. 45.

Gegenbauer. *Elements of comparative anatomy.* Macmillan.

Gennadiew. Morphologie du lobule accessoire déterminé par un trajet anormal de l'azygos. *Ztsch. f. d. ges. anat.* (abt. 1), 20 mai 1930, p. 178-212.

Gillespie, Miller et Baskin. *Anat. record*, 1917, vol. II, t. II, p. 65. Revue générale du sujet.

Gruber. Ueber die Valvulae der Vena Azygos und ihrer Aeste. *Arch. f. anat.*, 1866, S. 692; — Vierlappique rechte Lunge eines erwachsehen infolge Aufretens des Spitzenlappens. *Virch. Arch.*, 1880, t. LXXXI, p. 475 et 1886, p. 484; — *Bull. de la Soc. des sciences de Saint-Petersbourg*, 1871, t. XV, p. 91.

Hasse (C.). Ein seltener Fall von Lungenschnürung. *Anat. anz.*, 1905, Bd. XXXII, S. 385.

Heller-Kiel. Anomalien der Vena Azygos. *Verhandl. der deuts. Pathologische Gesel*, 1908, S. 248.

Hotlby. A pleural fold containing the vena azygos. *Journ. of anat. and Phys.*, 1915, vol. LIX, p. 236.

Hovelacque. Article veine azygos, *Traité d'anatomie humaine* de Poirier, Charpy et Nicolas, t II, fasc. 3, p. 256-257.

Josselin de Jong. Un cas de lobe azygos du poumon droit. *Nederlandsch Tijdschr.* 1893, coor genees Kunde, t. II, p. 669.

Matthews. *Journ. of anat. and Phys.*, 1898, n. s. vol. VII.

Mausert. *Giorn. della, R. accad. di med. di Torino*, 1897.

Mayland. *Journ. of anat. and Phys.*, 1886, vol. XX, p. 34.

Morand. Quelques variations du système azygos. *Travaux du labor. d'anat. d'Alger*, n° de 1930.

Morison. The arrangement of the azygos and superior intercostal veins in the thorax. *Journ. of anat.*, 1879, vol. XIII, p. 346.

Motti. *Giorn. intern. scienze med., Naples*, 1893, p. 881.

Muller (H.). Lappungsanomalien in *Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie* par Henke et Lubarsch, III, I, p. 575-578.

Narath (A.). *Der Bronchialbaum der Saügetiere und des Menschen.* S. 262. Stuttgart, 1901.

Nicolle. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 175.

Parsons and Robinson. The azygos veins. Society of Great Britain and Ireland. *Journ. anat.*, vol. XXXIII, p. 197.

Paterson. Right lung with two additional lobes. *Journ. of anat.*, 1910, vol. XLIV, p. 394.

Piper. *Arch. of anat. and Phys.*, 1900, p. 95.

Prentis et Arey. *Text book of Embryology.* Saunders.

Raffinsky. *Congrès des anatomistes*, Varsovie, août 1931.

Rahoza. Volumineux lobe de l'azygos. Communication à la *Soc. anat. polonaise*, 1925.

Rectorzick. Uber akzessorische Lungenlappen. *Woch. d. Zeitschr.* d. K. K. Ges. d'ärtze in Wien, 1861.

Rochevalier. Persistance veine cave supérieure gauche chez l'homme. *Th. de Montpellier*, 1909.

Rochevalier et Rouvière. Veine cave supérieure double et transposition de la grande azygos. *Montpellier méd.*, t. LII, n° 5, p. 116-126.

Sabin (F.). The developpment of the Azygos as shown in injected pig embryons. *Anat. Records*, fév. 1914, p. 82.

SCHWALBE. *Die Morphologie der Missbildungen*, 1912, III, Teil, S. 840.
SÉJOUR (DU). *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1904, t. VI, p. 132.
SONNTAG. Contributions to the visceral anatomy and myology of the marsupiala. *P. Zool. Soc.*, 1922, p 851.
SPERINO. *Giorna della R. Accad. di med. di Torino*, 1887.
STIBBE. *Journ. of anat. and Phys.*, 1919, XXXII, p. 305.
THOMAS et GRIMOUD. A propos d'une malformation de la veine azygos. *Toulouse méd.*, 15 mai 1930.
VILDES. Lobus Azygos. Reta labas plausas anomalija. *Acta Universitasis Latviensis*, IX, 1924.
WATERSTONE. An unusual lung abnormality and its developmental significance. *Brit. med. Journ.*, 1908, p. 598.
WRISBERG. *Obs. anat. de Vena azyga duplicii aliisque du jus venae varietatibus*. Gottingen, 1778, vol. VIII, p. 14.

B. BIBLIOGRAPHIE RADIOLOGIQUE.

ARNELL. The import of the hair-line between the upper and the middle lobe of the right lung. Abstracts of communications of the *second intern. Congress of Radiology*. Stockholm 1928.
BALLI. *Atti Soc. Ital. Studi Scient. Sulla Tuberculosi*. Saz. Emilia-Romagna, 22 juin 1930.
BARSONY et KOPPENSTEIN. Images linéaires du sommet droit causées par un trajet anormal de l'azygos. *Forstchr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen*, 2 juin 1929, t. XXXIX, p. 110-116. — Dorsal examination of apicodorsal lobe of lung, heretofore unknown localization of azygos lobe. *Forstchr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen*, mars 1930, p. 459-466 et *Riv. di radiol. e fis. med.*, mars 1930, p. 107.
BOROVANSKY et HNETKOVSKY. *Anthropologie*, Praha 1929, p. 277-281.
BOYAVAL (Madeleine). Contribution à l'étude du syndrome de rétraction dans les scléroses pulmonaires du sommet droit. *Th. de Lille*, 1929.
BUSI et PAOLUCCI. *La radiol. méd.*, 1929, fasc. 12.
CARRIÈRE et HURIEZ. Vérifications de l'image radiologique d'un lobe apical de la veine azygos au cours du pneumothorax thérapeutique. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juillet 1931.
CASTELLANO et QUIROGA. *Prensa med. argent.*, 10 nov. 1929, t. XVI, p. 768-772.
CHAUMET. Etude radiologique des pachypleurites. *Science méd. prat.*, 1er oct. 1929, p. 486.
CRECELIUS. *Deut. med. Woch.*, 1927, n° 18.
CRESPELLANI. « Un casi di apneumatosi nel lobo accessorio della vena azygos », *Minerva Med.*, 3 fév. 1931, t. XXIX, Turin.
CROSETTI. Contribution clinico-radiologique à l'étude du lobe de la veine azygos, *Minerva Med.*, 21 avril 1931, XXII, p. 606-614.
R. DEBRÉ et MIGNON. Le lobe azygos en radiologie infantile, *Soc. de Pédiatrie*, 16 déc. 1930.
DUCKEN. Clinical and roentgenologic diagnosis of congenital anomalies of the lungs in children, *Arch. g. Kinderh*, 23 mai 1928, t. LXXXIV, p, 108-119.
FANADEHEFF. Radiologie du lobe de l'azygos, *Vestnik roentgen*, 1929, t. VII, p. 237-240.
FRATINI. Supernumerary lobe of azygos vein, *Diagnosi*, sept. 1930, t. X, p. 257-264.
GIANTURCO. Diagnostic différentiel du lobe de l'azygos. *Arch. di. Rad.*, août 1929, t. XXIX, p. 745-757, fasc. 5.
GRAUR et ALEXANDROV. *Spitalul*, 30 sept. 1930, p. 328.
GUMERSUNDO SAYAGO. Radiologic visuality of fissure of right azygos-clinical significance, *Semana med.*, 10 oct. 1929, t. II, p. 1062-1064.
HEPNER. Occurence of pneumonia in lobus venae azygos, *Monatschr. G. Kinderh.*, 1930, p. 311.
HJELM et HULTEN. Erreurs radiographiques en rapport avec un lobe anormal de la veine azygos, *Acta Radiologica.*, 1928, vol. IX, fasc. 2, p. 126.
HUCKEL. Trois cas. *Virchows Arch.*, f. path. anat., 1929, t. CCLXXIV, p. 268-269.
ILLIG. Images radiographiques du L. A. *Forstchr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen*, mars 1929, t. XXXIX, p. 428-432, fasc. 3.
INFOLLA. *Morgagni*, 2 mars 1930, t. LXXII, p. 408.
JALET. A propos de seize cas de lobe accessoire de la veine azygos. Soc. de radiologie médicale de France, 10 déc. 1929, *Bull. de la Soc. de radio. méd.*, t, XVII, p. 281. — Les divers aspects radiologiques du lobe de l'azygos. Quatrième cahier de radiologie. *Gaz. méd. de France*, 1930, p. 82. — La constatation d'un lobe accessoire de la veine azygos a-t-elle la valeur d'un signe important de pachypleurite ? *Presse méd.*, 7 mai 1930, n° 37, p. 625.
KAYNE. *The Lancet*, 6 déc. 1930, p. 1231,
KEIJSER. Images radiologiques du L. A. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk*, t. I, 29 janv. 1929, p. 326-329.
LAMARQUE et BÉTOULIÈRES. A propos de l'aspect radiologique du lobe de la veine azygos, *Soc. des Sc. méd. de Montpellier et du Languedoc*, mars 1931.
LASCHI. *Monitore Zool. ital.*, 1929, t. XL, p. 565. — *La Radiol. med, fasc.*, t. II. 1930. *Rev. di Rad. e Fis. Med.*, fasc. suppl. avril 1930.
LEDENYI. Trois cas, *Bratisl. lekar. listy*, octobre 1930, t. X, p, 532-537.
LEESER. Images radiologiques du trajet anormal de la veine azygos, *Röntgenpraxis*, 13 mai 1929, t. I, p. 267-271.
LITTEN. Stereoscopic Röntgendiagnostic of Lobe V. A., *Deutsch. med. Woch.*, 8 mai 1929, t. LV, p, 400.
LOVISATTI. *La Radiol. med.*, 1929, fasc. 4.
LUPO. *Reale accad. di med. di Torino*, juillet 1929, fasc. 1.
MACKMULL. Physical signs incident to an accessory pulmonary lobe (azygos), *American Rev. Tub.*, sept. 1930, t. XXII, p. 286-291.
MATHER et COOPE. Radiologie du L. A., *The Britisch Journ. of Radiology*, déc. 1928, n° 12, p. 481.
MAYERS. *The normal chest of the adult and the chil*, Londres, 1927.
MEISELS et SCHUTZ. *Archives d'élect. med.*, mai 1930, p. 211-218.
MINEHART. U. S. V. et *Brist. m. Bull.*, 5 fév. 1929, p. 112-113.
MIRANDA-GALLINO. *Prensa med. argent*, 10 juin 1929, t. XVI, p. 81-88.
MOLLER et FLEMMING. Congenital thoracic cysts and lung déformities in roentgen picture, *Acta Radiologica*, 1928, t. IX, p. 466-473. — *Hospitalstid*, 25 avril 1929, t. LXXII, p. 439-460.
MULLER et WEBER. Six cas, *Monatschr. g. Kinderh*, 1930, t. XLVI, p. 403-418, fasc. 4.
NELSON et SIMON. Le lobule accessoire de la veine, *The Britisch med. Journ.*, 3 janv. 1931, p. 9.
NEPRJACHIN. Anomaly of lung, and atypical malignant lymphogranuloma-case, *Frankfurt, Ztschr. g. Path.*, 1928, t. XXXVI, p. 316-325.
NEUMAN. *Ztchr. f. Tuberk*, 1929, t. LV, p. 122-125.
NORDMAN. Congenital hydrops from accessory lung, *Zentrabl. g. Gynäk*, t. L, p. 2945-2952.
OTTONELLO et GALIFI. Latta contre la tuberculose, 1930. 1930, n° 4.
PHILIP. Deux cas, *Hauteville Lompnes méd.*, 1931, n° 13, p. 20.
PONDE et SILVEIRA. *Rev. sud americ. de méd. et chirurg.*, 1930, p. 545-555.
PRATJE. *Handbuch der gesamten Roentgendiagnostik und Therap.*, 1928, Verlay Kayer.
PRIESEL. *Fortschr. a. d. geb. d. Roentg.*, nov. 1929, t. XLI, p. 804-809, fasc. 5.

PROSOROFF et SHOKHAT. Diagnostic radiol. du L. H, *Vopr. Tuberk.*, octobre 1929, p. 1242-1245.
RAFFINSKY. Erreurs dues à la présence d'un L. A., *La Clinique*, juin B.
REVIGLIO. *La Rad. med. fasc.*, t. XII, 1928.
ROSENBERGER. Cyst of larynx and lobus azygos of lung, *Laryngoscope*, mai 1927, t. XXXVII, p. 360-366.
SALOTTI. Lezioni di Radiologia, *Siena*, 1930 (in corso di stampa).
STOLOFF. *Amer. Journ. Roentgenology*, novembre 1929, t. XXII, p. 466-468.
SUESS. Roentgenology of lobe. *Med. Klin*, 16 nov. 1928, t. XXIV, p. 1790-1792.
VELDE. Ein eigentumlicher Schattenstreiten in der richten Lungenspitze. *Forstchr. a. d. geb. d. Roentgenstrahlen*, 1926-1927, n° 36, p. 315. — Loco citato, juillet 1930, p. 82-94.
VESPIGNANI et LENARDUZZI. *Atti Raduno Radiol. Emiliani*, 1927.
VOLLMAR. Aspect clinique du lobe azygos du poumon droit, *Forschr. a. d. Geb. d. Roentg.*, 1930, p. 731-737, fasc. 5.
WESSLER et JACHES. *Clinical Roentgenology of disease of the Chest*, 1923, p. 17.
ZAWADOWSKI (W.). Le lobule de la veine azygos (lobule de Wrisberg). Sa visibilité sur les radiographies pulmonaires, *Journ. de radio et électro*, 1930, p. 273-283.
ZHABOTINSKY. Roentgen examination of accessory lobule of right lung (lobus azygos). *Vestnik. Roentgen. i. radiol.*, 1930, 351-356.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 AOUT 1931)

Sur la formation de l'adrénaline dans la glande surrénale. — MM. J.-E. ABELOUS et R. ARGAUD.

De la sensibilité du spermophile (Citillus) au virus de la fièvre boutonneuse. — MM. Georges BLANC et J. CAMINOPETROS.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 JUIN 1931)

Un cas d'encéphalite accompagnée de paraplégie au décours d'une fièvre typhoïde ostréaire chez une vaccinée. — MM. P. HILLEMAND, M. LAURENT, J. MÉGARD, J. STEHELIN rapportent l'observation d'une jeune fille de vingt-sept ans, vaccinée, atteinte d'une fièvre typhoïde extrêmement grave, qui, quarante-trois jours après le début de la maladie, présenta les symptômes nerveux suivants :

Délire avec confusion mentale, paralysie des deux droits externes avec un peu de nystagmus, léger syndrome cérébelleux du membre supérieur gauche, surdité accompagnée de troubles vestibulaires, paralysie des membres inférieurs avec gros troubles sphinctériens et grosses escarres.

Tous ces phénomènes ont rétrocédé, sauf les troubles de la mémoire, qui restent intenses quatorze mois après le début des accidents.

Les auteurs se demandent s'il s'agit d'une encéphalite typhique véritable ou d'une maladie seconde développée à la faveur de la fièvre typhoïde.

La vaccinothérapie antityphique n'a donné aucun résultat.

Action variable de la picrotoxine sur certaines hypertonies. — MM. J.-A. CHAVANY et F. THIÉBAUT, en expérimentant l'action thérapeutique de la picrotoxine sur les différents troubles du tonus (du type clinique extrapyramidal), ont noté que ce produit augmente la raideur et surtout le tremblement des parkinsoniens séniles ou post-encéphalitiques. L'injection quotidienne d'un demi ou d'un milligramme a été mal supportée, il a fallu cesser rapidement le traitement sur la demande du malade.

Un spasme de torsion post-encéphalitique a réagi tout différemment. En quelques jours, le spasme tonique des muscles du plan postérieur a diminué: le malade s'est senti mieux, et a pu se lever et marcher. Les injections ont été biquotidiennes, à la dose de 1 à 2 milligrammes du produit. Les effets ne se sont produits qu'assez tardivement après la piqûre. L'effet du médicament paraît s'épuiser à la longue.

Ces résultats contradictoires sont à rapprocher de ceux qu'a obtenus Froment avec la strychnine.

Spasme de torsion avec contracture athétoïde intentionnelle et crises douloureuses au niveau du bras gauche chez une diabétique. — M. Gustave ROUSSY, Mlle Gabrielle LÉVY et M. G. CLARY présentent une tabétique de soixante-douze ans, chez laquelle on observe un spasme pronatoire du bras gauche, une contracture athétoïde intentionnelle de ce bras, avec des crises douloureuses et sans aucun phénomène pyramidal. Les troubles de la sensibilité objective ne paraissent pas différents des troubles que l'on rencontre habituellement chez les tabétiques.

Après avoir analysé cette symptomatologie, les auteurs en discutent la pathogénie, et se demandent si la lésion du noyau rouge, qui expliquerait le spasme pronatoire, aurait pu atteindre en même temps, dans la région sous-optique, les fibres du ruban de Reil et du contingent rubro-thalamique, ce qui expliquerait les phénomènes douloureux concomitants. Ils insistent cependant sur le fait qu'aucune des lésions sous-thalamiques actuellement connues ne paraît répondre à cette symptomatologie complexe.

Spondylolisthésis avec atteinte des articulations coxo-fémorales et modifications des réflexes tendineux des membres inférieurs. — MM. A. THOMAS et H. SCHAEFFER. Un homme de cinquante et un ans présente depuis deux ans des troubles de la marche progressifs avec démarche en canard, difficulté de se redresser. Il n'y a pas de douleurs appréciables dans les membres inférieurs. L'examen montre une ensellure lombaire marquée, avec une dépression au-dessus du sacrum et une raideur serrée des deux articulations coxo-fémorales.

La radiographie du rachis montre un glissement en avant de la cinquième vertèbre sur le sacrum, avec aplatissement de la partie postérieure du corps vertébral, et une bascule en arrière du sacrum, ainsi que des becs de perroquet par ostéophytes très nets.

Ce malade présente, en outre, une abolition des réflexes achilléens, et une diminution marquée des rotuliens. Il est permis de se demander, dans le cas présent, si l'abolition des réflexes tendineux est due à un tiraillement des racines lombo-sacrées, lié à la déformation vertébrale, ou s'il relève d'une cause morbide indépendante de cette dernière, et dont rien ne permet de préciser la nature.

MM. BAUDOUIN, HAGUENAU rappellent que, du moins chez des sujets jeunes, l'opération d'Albee a quelquefois donné de bons résultats dans le spondylolisthésis.

Tumeur du lobe frontal gauche. Des erreurs de localisation que peuvent entraîner certaines attitudes anormales de la tête. — MM. Cl. VINCENT et J. DARQUIER. On sait depuis longtemps que des tumeurs frontales peuvent parfois en imposer pour des tumeurs de la fosse postérieure.

Les tumeurs frontales peuvent, en effet, s'accompagner, suivant l'expression de Bruns, « d'ataxie statique », d'attitudes plus ou moins fixées de la tête en hyperextension, d'un tremblement qui paraît augmenter dans les mouvements involontaires, d'incorrection de ces mêmes mouvements dans les épreuves cérébelleuses habituelles. Mais il est rare, d'après l'expérience des auteurs, qu'on observe, au cours de leur évolution, l'attitude de la tête en hyperflexion, telle que la présentait la malade qui fait l'objet de cette communication. On comprend que cette attitude ait pu faire penser à une tumeur de la fosse postérieure.

Il est classique, en effet, d'admettre, depuis les travaux de Stewart et Holmes, Stenvers, Marburg, Bartels, Cushing, que les tumeurs de la fosse postérieure sont susceptibles d'entraîner une attitude en hyperflexion avec ou sans inflexion latérale de la tête et du cou. MM. Van Bogaert et P. Martin ont récemment encore insisté sur ce point.

L'observation de la malade présentée montre que l'attitude de la tête en flexion n'a pas une valeur absolue pour permettre de localiser une tumeur à la fosse postérieure, puisqu'elle peut s'observer dans certaines tumeurs frontales. Cette attitude n'a vraiment son importance que si elle est le premier symptôme. Pratiquement, lorsque la chronologie des symptômes est impossible à faire ou incertaine, il vaut mieux ne pas opérer sans faire une ventriculographie. S'il s'agit d'une tumeur postérieure, celle-ci n'est pas grave ; s'il s'agit d'une tumeur frontale, on sauve la vie du malade en n'ouvrant pas la fosse postérieure chez un sujet qui doit être trépané en avant.

Actuellement, six mois après l'opération (ablation aussi complète que possible d'un astrocytome de la deuxième frontale), la jeune femme présentée a repris toutes ses occupations et a l'impression d'une guérison complète.

Malgré la lésion profonde du lobe frontal gauche, il n'y avait aucun trouble du langage.

A propos de sept cas d'arachnoïdite opto-chiasmatique. — MM. Cl. Vincent, P. Puech, M. David rapportent les observations de sept malades opérés par eux pour arachnoïdite opto-chiasmatique.

Du point de vue clinique, ils insistent sur les symptômes qui, dans un certain nombre de cas, leur permettent, avant l'intervention, de différencier les arachnoïdites opto-chiasmatiques des tumeurs de la région. Les *signes positifs* sont : 1° le début rapide par une baisse de l'acuité visuelle, sans modifications du fond d'œil (névrite rétro-bulbaire), évoluant assez souvent vers l'atrophie optique du type primitif; 2° la fréquence et la précocité des scotomes centraux, la rareté de l'hémianopsie temporale typique, qui s'opposent à l'absence ordinaire ou à l'apparition tardive des stocomes centraux et à la précocité habituelle de l'hémianopsie bitemporale dans les tumeurs de la région hypophysaire ; 3° la possibilité de signes infectieux atténués dans les antécédents, et parfois l'évolution par poussées. Les *signes négatifs* consistent en l'absence habituelle de tous troubles importants en dehors des signes oculaires : 1° Il n'existe pas, en général, dans ces formes pures, de signes persistants de la série hypophyso-tubérienne ; 2° Il n'y a pas de modification importante de la selle turcique.

Du point de vue thérapeutique, l'intervention chirurgicale doit être actuellement tentée. Sur sept malades opérés, trois ont été notablement améliorés (chez deux malades, l'acuité est devenue meilleure ; chez un autre, le champ visuel s'est considérablement élargi) ; trois sont restés stationnaires ; le dernier a continué à évoluer.

Du point de vue anatomique et pathogénique, les auteurs pensent que l'arachnoïdite opto-chiasmatique n'est ordinairement pas une manifestation isolée. Néanmoins, à côté des arachnoïdites nettement symptomatiques (des méningites aiguës, des tumeurs cérébrales, de la tuberculose et de la syphilis méningée, par exemple), il existe toute une série de cas où la réaction arachnoïdienne est prédominante et paraît cliniquement isolée. Elle accompagne, d'habitude, une infection atténuée de la région, et s'apparente ainsi à certaines formes de sclérose en plaques, d'encéphalite, d'infections nodulaires encore mal classées.

L'ablation chirurgicale des adhérences arachnoïdiennes qui brident les nerfs optiques et le chiasma est indiquée, dans ces cas d'arachnoïdite localisée : trois malades sur sept ont eu, après intervention, une amélioration notable de la vision.

Récidive d'une tumeur antérieure de la IVe cervicale. — MM. Cl. Vincent, Thiébaut et Berdet présentent un malade qui a été opéré, il y a un an, d'une tumeur antérieure à la moelle, située à hauteur de la IVe cervicale. Les accidents ont reparu, avec syndrome de Brown-Séquard. Une nouvelle intervention a permis d'enlever la tumeur antérieure, qui s'était reformée, mais elle a permis, en outre, de suivre, à travers le trou de conjugaison, un prolongement très finement pédiculé de la tumeur, qui se terminait dans une cavité osseuse du corps vertébral, et qui avait été le point de départ de la récidive. Après ablation du nerf radiculaire et du ganglion, la cavité osseuse a été nettoyée par fulguration. Il avait fallu enlever la dure-mère sur les trois quarts de la circonférence de la moelle et la remplacer par du fascia lata. Les suites opératoires ont été cependant fort simples, et le malade était rétabli en quinze jours.

MM. Robineau, Petit-Dutaillis se méfient également des prolongements tumoraux, qui s'engagent souvent dans les trous de conjugaison.

Syndrome de puberté précoce avec syndrome d'hypertension cranienne. Pas de lésion de la glande pinéale. Tumeurs des tubercules mamillaires. — MM. Heuyer, J. Lhermitte et Mlle Vogt rapportent l'observation d'un cas de puberté précoce, qui avait commencé à se manifester dès l'âge de quatre ans, et qui avait réalisé un développement génital complet à l'âge de six ans. Une intervention, tentée par M. de Montel, ne permit de découvrir aucune lésion de la glande pinéale. L'enfant étant mort deux jours après l'intervention, l'autopsie permit de constater qu'il s'agissait d'une tumeur des tubercules mamillaires, qui comprimait l'infundibulum et le tuber cinereum.

Ce cas doit être rapproché de récentes observations américaines, dans lesquelles des tumeurs de la glande pinéale avaient évolué sans aucune anomalie du développement génital.

Ces faits complémentaires rendent bien douteuse la valeur de localisation de la puberté précoce dans les tumeurs de la glande pinéale.

Méningite séreuse. Constatations opératoires. — MM. Alajouanine et Petit-Dutaillis présentent une femme de vingt-cinq ans, qui a été prise de douleurs à la mobilisation des globes oculaires, puis d'une amaurose qui a réalisé, en trois semaines, une cécité complète. Il y avait une stase papillaire intense. La ponction lombaire avait montré une lymphocytose discrète. Les phénomènes s'étaient développés peu de temps après une grossesse. Une trépanation temporo-pariétale droite permit de constater que le cerveau ne bombait pas, comme il est de règle dans les tumeurs cérébrales. Les circonvolutions étaient pâles, rétractées, avec des sillons élargis et des vaisseaux dilatés. L'intervention décompressive amena une guérison rapide. Six mois après, la vision est normale, il n'y a plus de stase, et la cicatrice opératoire ne bombe pas.

M. Cl. Vincent relate des observations analogues, dans lesquelles il a eu l'occasion d'intervenir. Dans un cas, il a constaté des placards fibrineux disséminés à la surface des circonvolutions.

Abcès épidural traumatique tardif. — MM. Alajouanine et Petit-Dutaillis présentent un blessé de guerre qui avait reçu, en 1914, une balle dans la colonne lombaire. La balle avait été extraite en Allemagne. Il y avait eu d'abord une paraplégie flasque qui avait régressé et qui avait laissé une parésie flasque du membre inférieur droit. La suppuration avait duré un an environ.

Or, quatorze ans après, la paraplégie s'accentua et devint spasmodique. La ponction montrait un blocage complet et une dissociation albumino-cytologique.

L'intervention fut pratiquée dans l'hypothèse d'une pachyméningite. Or, elle permit de trouver une coque fibreuse, située entre deux lames, et correspondant à la niche ancienne de la balle ; et, plus profondément, un petit abcès franchement extradural. Le pus s'est montré stérile à la culture.

La réunion se fit *per primam*. L'amélioration fut très rapide. En un mois, la paraplégie était revenue à son état primitif. Le pronostic éloigné reste réservé.

Médullo-épithéliome du lobule paracentral. — MM. O. Crouzon, D. Petit-Dutaillis, J. Christophe et I. Bertrand présentent une malade chez laquelle, après plusieurs crises jacksoniennes, apparut une monoplégie crurale dissociée d'origine corticale. L'intervention découvrit une tumeur gliomateuse du lobule paracentral droit. L'extirpation fut suivie d'une amélioration des troubles moteurs. L'examen histologique révèle une variété très rare de tumeur du type médullo-épithéliome, de gravité pronostique toute particulière.

Tumeurs bilatérales de la région de l'angle ponto-cérébelleux. — MM. Georges Guillain, P. Schmite et I. Bertrand rapportent l'observation d'un malade chez lequel un ensemble de signes cliniques permettait de penser à des tumeurs bilatérales de la région de l'angle ponto-cérébelleux. L'autopsie montra, en effet, deux volumineuses tumeurs symétriques du type des fibro-gliomes. Ils insistent sur ce fait que ces deux volumineuses tumeurs n'ont provoqué, durant une longue période de leur évolution, qu'un minimum de symptômes. Ils attirent aussi l'attention sur ce que, contrairement à la plupart des cas relatés dans la littérature neurologique, ces deux tumeurs bilatérales de la région de l'angle ponto-cérébelleux, trouvées à l'autopsie de leur malade, ne s'accompagnaient d'aucune autre tumeur sur les nerfs craniens ou sur les racines rachidiennes, ni d'aucune manifestation de la neurofibromatose généralisée.

Syndrome adiposo-génital d'origine infundibulaire. — MM. J. Lhermitte et Kyriaco présentent une femme de trente-sept ans, qui présenta un syndrome adiposo-génital avec diabète insipide, sans troubles oculaires, ni modification radiologique de la selle turcique. Cette femme est syphilitique, et la réaction de Bordet-Wassermann de son sang est restée positive, malgré un traitement intensif. Cette malade avait, en outre, une légère polyglobulie (5.500.000). Le lobe postérieur d'hypophyse n'agissait pas en injection sur la polyurie, mais, en poudre à priser, il inhibait très nettement la diurèse.

M. Cl. Vincent fait priser de la poudre de post-hypophyse à tous ses opérés de la région hypophysaire.

Syndrome vestibulo-spinal et artérite vertébrale. — M. J. Barré présente les pièces anatomiques d'un de ses cas de syndrome vestibulo-spinal. Les centres nerveux n'ont pas encore été examinés, mais l'artère vertébrale, dans son trajet cervical, présente des lésions d'artérite, qui pourraient expliquer des lésions ischémiques du tronc cérébral, analogues à celles de l' « hémiplégie progressive par artérite à distance », décrite par M. de Massary.

LIVRES NOUVEAUX

Les malades de l'esprit et leurs médecins du XVIe au XIXe siècle. Les étapes des connaissances psychiatriques de la Renaissance à Pinel (1), par MM. Laignel-Lavastine et Jean Vinghon.

Ce n'est pas d'hier qu'ont commencé à être étudiées les maladies de l'esprit. N'est-ce pas au XVIe siècle, pour ne point remonter davantage, que Jean Schenck consacre un de ses sept livres à la *frénésie*, dont il distingue trois variétés, à la *léthargie*, à la *catalepsie*, aux *amnésies*, à l'*insomnie*, au *noctambulisme*, à la *stupeur*, à l'*incubat*, à la *mélancolie*, à la *manie*, aux *démonopathies ?* N'était-il pas son contemporain et son émule, ce barbier de génie, Ambroise Paré, qui, à un bagage chirurgical, si considérable, sut ajouter quelques considérations imprévues sur la psychiatrie et relatives à l'âme, à son instrument, le cerveau, aux tempéraments, à la physiologie des états émotionnels, aux divers dérangements de l'esprit, sans oublier la traditionnelle « suffocation de la matrice ? » Voici le *Discours des illusions et impostures du diable* où Jean Wier « enfonce un solide coin dans les blocs des doctrines démonologiques, qui devaient bientôt se désagréger ». Ses idées sont reprises par le compilateur Jean Schenck, dans son *Recueil d'observations rares*, pour qui « les démoniaques sont guéris, même après les prières de l'Eglise, par les soins du médecin », et par un Père jésuite, Frédéric de Spée, qu'à notre grande surprise, nous voyons prendre la défense des sorciers et des démoniaques. A côté d'eux viennent naturellement se placer les incubes, dont le recueil de Jean Schenck rapporte plusieurs observations. Mais déjà apparaît l'idée de symbole, avec le livre de Thomas Garzoni, sur l'*Hospital des Fols incurables*, et avec de nombreux ouvrages sur la symbolique, parmi lesquels les *Commentaires hiéroglyphes ou images des choses de Jean Pierrus*, les *Emblemata Florentii Schonhovii* et les *Symbola heroïca M. Claudii Paradini et D. Gabrielis Symeonis* où déjà, bien avant Freud, est fait appel à la clé des songes pour élucider certains mystères de la psychiatrie. Voici maintenant le XVIIe siècle, représenté par la grande figure de Thomas Willis, ce maître dont un autre maître a dit : « La force vive de son génie n'est pas encore épuisée ». Son étude *De anima Brutorum* se divise en deux discours. « Le premier, physiologique, rapporte sa nature, ses parties, ses facultés et ses affections. Le second, pathologique, explique les maladies qui la frappent, elle et son siège principal, c'est-à-dire le système cérébral et nerveux : il en institue le traitement ». Son *Anatomie du cerveau* mériterait d'être encore méditée, de même que son *Traité de l'hystérie et de l'hypocondrie*.

Voici maintenant le XVIIIe siècle avec Offray de la Meltrie, élève de Boerhave, et auteur du premier traité de Matérialisme, avec les encyclopédistes, avec les recherches sur le magnétisme animal, avec les premiers essais thérapeutiques cherchant soit à exciter le nerf vague, soit à calmer certaines affections nerveuses par l'emploi du datura et de la jusquiame, celle-ci introduite en médecine, il y a bien longtemps, par le doyen des médecins militaires et des anciens combattants, Machaon. Et déjà, diverses recherches anatomiques sont consacrées à la maladie que, bientôt, décrira Bayle : la paralysie générale.

Qu'il nous serait agréable, si la place ne nous était pas mesurée, d'arriver avec les auteurs, au XIXe siècle, que personnifie le grand nom de Pinel ! Ayant vécu à une époque particulièrement favorable à l'éclosion des psychoses, il a pu en étudier tous les aspects, et se montrer médecin complet : clinicien, habile à prendre des observations, légiste, sachant procéder avec méthode et lenteur aux enquêtes étiologiques les plus

(1) In-4 de 377 pages. — Paris 1931, Maloine, édit.

délicates, thérapeute connaissant toutes les ressources de la psychothérapie et sachant traiter *les fous, les pauvres fous,* autrement qu'en les chargeant de chaînes, montrant comment on peut utiliser les convalescents, débrouillant, entre autres cas curieux, ceux d'un mystique interprétant : Berbiguer, et d'un prophète délirant : Martin de Gallardon. Mieux vaut renvoyer le lecteur à l'ouvrage lui-même. Etudes fragmentaires? Soit! Mais il y circule une telle vie, les rayons et les ombres y sont si habilement combinés, l'intérêt en est si vif, la présentation, avec son papier de luxe, ses magnifiques planches, ses caractères tout neufs, si parfaite, qu'on ne peut qu'adresser ses plus vives félicitations au nouveau professeur d'histoire de la médecine et à son distingué collaborateur. N'ont-ils pas réalisé un tour de force en faisant, des *Maladies de l'esprit,* le plaisir de l'esprit?

L. BABONNEIX.

INFORMATIONS

(SUITE)

LES MÉDECINS DES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE A VICHY. — L'importante délégation de médecins des Etats-Unis d'Amérique, accomplissant un second voyage d'études à travers les stations thermales et climatiques françaises, sous les auspices du gouvernement, s'est rendue récemment à Vichy, où elle a été reçue par MM. Léger, maire de Vichy ; Normand, directeur des Services administratifs, et Brian, directeur des Services techniques de la Compagnie fermière ; M. le docteur Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales de Vichy, et de nombreux représentants du corps médical de la station. Ils ont été conduits à l'hôtel « Radio », où ils ont séjourné.

Dès le lendemain, a eu lieu la visite des nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat, dont l'installation peut être considérée comme répondant aux derniers progrès de la science et de l'industrie. Les visiteurs ont été intéressés au plus haut point par les séries de machines si bien conçues pour supprimer la manipulation des bouteilles et assurer ainsi les garanties d'asepsie les plus complètes pour répondre aux desiderata du corps médical du monde entier. Leur attention a été également retenue par le laboratoire joint à ces ateliers, fort bien équipé, et qui chaque jour soumet à diverses réactions et contrôle l'eau de rinçage des bouteilles.

Vers la fin de l'après-midi, la délégation a été reçue au Sporting-Club de Vichy. Sous les pergolas, qui font une si ravissante parure au Club-House du golf, un thé d'honneur fut servi aux distingués voyageurs, pendant qu'ils contemplaient le merveilleux paysage, à la fois si prenant et si reposant, qui se déroulait sous leurs yeux.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie pathologique, par Maurice LETULLE, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire de l'hôpital Boucicaut, avec la collaboration de L. NATTAN-LARRIER, professeur au Collège de France, et A. JACQUELIN, médecin des hôpitaux de Paris; L. DUCLOS, ophtalmologiste adjoint de l'hôpital chirurgical Gouin; E.-P. NORMAND, conservateur du musée d'anatomie pathologique générale Maurice-Letulle (hôpital Boucicaut). Trois volumes grand in-8 de 2.346 p. et 843 fig. — Prix : brochés, 520 fr.; reliés, 600 fr. — Ces volumes ne sont pas vendus séparément. — Paris, Masson et Cie.

Ils parcoururent ensuite les différentes installations du Sporting-Club, le golf et les courts de tennis, dont ils commentèrent élogieusement le parfait aménagement.

Le soir, ils assistaient, au Casino, à la représentation de gala donnée en leur honneur. Au programme figurait *Madame Butterfly*, le drame lyrique de Puccini, avec le concours de la très gracieuse artiste japonaise Teiko-Kiwa, et *Variétés chorégraphiques*, suite de danses réglées sur des pages célèbres de grands maîtres. Ce spectacle, qui se déroula en présence d'une assistance des plus nombreuses et des mieux choisies, constituait une très belle réalisation d'art, très appréciée des distingués visiteurs.

La journée suivante fut consacrée à une excursion en Auvergne et le soir, au retour, un dîner de gala, suivi de bal, offert par la Société des grands hôtels, réunissait dans les salons du « Thermal Palace », les visiteurs et différentes personnalités de la Station. Au début du repas, une magnifique gerbe de fleurs fut offerte par Mme Hinchmann, au nom de la délégation, à M. le docteur Gordon Hoyd, à l'occasion de son anniversaire, et M. Aletti prononça ensuite quelques mots des plus heureux pour saluer ses hôtes et leur souhaiter la bienvenue.

Le dernier jour, enfin, eut lieu dans la matinée la visite du laboratoire de recherches hydrologiques, installé par la Colonie fermière de Vichy et, dans la salle des fêtes du Casino, le docteur Max Einhorn fit la belle conférence à laquelle nous consacrons une chronique dans ce même numéro. Une assistance nombreuse suivit avec le plus grand intérêt l'exposé de cet éminent professeur de New-York. A midi, un vin d'honneur était offert à la délégation et à tous les membres de la colonie américaine, sur la terrasse du casino, et l'après-midi était consacré à la visite de l'établissement thermal, de ses différents services d'hydrothérapie, de mécanothérapie, d'électrothérapie et des sources hyperthermales du Dôme.

Le soir, à 20 h. 30, dans les salons du « Carlton », la Compagnie fermière de Vichy offrait un banquet, sous la présidence de M. Gaston Gérard, sous-secrétaire d'État aux Travaux Publics et au Tourisme, à la délégation des médecins des Etats-Unis. Au champagne, des discours étaient prononcés par MM. Baugnies, vice-président du Conseil d'administration et administrateur délégué de la Compagnie fermière ; le professeur Achard, de la Faculté de médecine de Paris ; M. le docteur Durand-Fardel, président de la Société des Sciences médicales ; le comte d'Ornano, conseiller du Commerce extérieur, organisateur du voyage; le docteur Gordon Heyd, président de la délégation; le docteur Sondern, vice-président; le docteur Scheehan, le professeur Corwin et M. Gaston Gérard.

A leur retour à Paris les médecins américains sont allés déposer une gerbe sur la tombe du Soldat inconnu. A l'issue de cette cérémonie, ils ont été reçus au pavillon du lac du Bois de Boulogne, par M. Vallat, directeur de l'Office national du tourisme, qui tenait à les saluer avant leur départ.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN., 17, RUE ..., 17. ...

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Epilepsie et pathologie mentale, par M. BENON.
JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES
Vœux adoptés à l'unanimité à la suite des Journées médicales coloniales et des Congrès intercoloniaux et internationaux rattachés.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
CHRONIQUE
Le IVe V. E. M. A. à Vals, par M. le docteur Maurice UZAN.
CONGRÈS
NOTES POUR L'INTERNAT
Colique hépatique. Signes et diagnostic.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR LA NOMINATION AUX PLACES D'ÉLÈVE EXTERNE EN MÉDECINE VACANTES LE 15 JANVIER 1932 DANS LES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — L'ouverture du concours aura lieu le mercredi 21 octobre 1931, à 9 h. 1/2 au Gymnase Voltaire, 1, rue Japy (XIe).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le jeudi 10 septembre jusqu'au samedi 3 octobre 1931, inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Un concours pour une place de médecin résidant à l'hospice général s'ouvrira le mardi 10 novembre 1931. S'inscrire au secrétariat des hospices jusqu'au mardi 27 octobre 1931 inclusivement.

— NANTES. — M. le docteur Robert Bureau a été nommé chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Après concours, M. Raymond Imbert a été nommé chef de clinique chirurgicale, et M. Brugeas, chef de clinique adjoint.

— STRASBOURG. — Les emplois de chefs de travaux d'histologie et de médecine légale près la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg sont transformés en emplois d'agrégés.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — M. le docteur Marcel Couturier est nommé chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Grenoble.

— NANTES. — M. Pelous, professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Nantes, est maintenu en fonctions pour un an.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie tiendra en octobre deux séances solennelles :

La première, qui aura lieu le mercredi 7 octobre, à 15 h., en présence de M. le Président de la République et avec le concours de la Société nationale de chirurgie, sera consacrée à la commémoration du deuxième centenaire de la création de l'Académie royale de chirurgie.

La seconde aura lieu le mardi 13 octobre et sera consacrée à la médecine et à l'hygiène coloniales.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef des Asiles publics d'aliénés est vacant à la Maison nationale de Charenton par suite de la nomination de M. le docteur Paul Abely dans les Asiles départementaux de la Seine.

Un poste de médecin chef des Asiles d'aliénés est vacant à la Maison de santé de Saint-Dizier (Haute-Marne) par suite du rétablissement d'un second poste de médecin dans cet établissement.

Le poste de médecin directeur de l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines est déclaré vacant.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile d'aliénés de Dury-les-Amiens et un autre à l'Asile d'aliénés de la Seine-Inférieure.

MÉDECIN DE DISPENSAIRES. — Le Comité d'hygiène sociale du Finistère rappelle que le concours, pour la nomination d'un médecin chargé d'un secteur de dispensaires dans le département, aura lieu dans les premiers jours du mois prochain, et que la clôture de réception des candidatures est fixée au 10 octobre.

Prière d'adresser les demandes directement au secrétaire général du Comité, préfecture Quimper.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOTHÉRAPIE, D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE. — Le IIIe Congrès international de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie appliquée se tiendra à Paris, du 28 septembre au 4 octobre prochain.

La séance d'ouverture aura lieu le lundi 28 septembre, à 16 h., salle des Sociétés savantes, 10, rue Danton, sous la présidence de M. Camille Blaisot, ministre de la Santé publique.

Des délégués représentant vingt nations prendront part aux travaux du Congrès dont la clôture se fera le dimanche 4 octobre, à 10 h., dans la salle des Congrès, Palais des Informations, à l'Exposition coloniale.

Adresser les inscriptions et demandes de renseignements au docteur Pierre Vachet, secrétaire général, 8, boulevard de Courcelles, Paris (VIIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Paul-Emile Lévy, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur. Elève du professeur Bernheim (de Nancy), notre regretté collègue était l'auteur de nombreux ouvrages, notamment sur « l'Education rationnelle de la volonté ». — Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Octave Vrain, ancien conseiller général du Loir-et-Cher, décédé à la Motte-Beuvron, et de M. Maurice Lambert, externe des hôpitaux de Paris, décédé à Versailles.

CHRONIQUE

LE IVe V. E. M. A. A VALS

L'Automobile Club médical de Marseille vient d'entreprendre son IVe voyage d'études médicales en automobile à travers les stations thermales du Centre de la France. Sous la direction du docteur Ferran, l'actif président du Club, et de notre aimable et érudit confrère le docteur Porcheron, 20 voitures comprenant 62 voyageurs ont effectué leur concentration à Vals. Parmi ces voyageurs, on remarquait : M. le professeur Léon Imbert, doyen de la Faculté de médecine de Marseille, et Mme Léon Imbert, M. le professeur et Mme Gaujoux, M. le professeur et Mme Quintaret, Mme et le docteur Félix Piéri, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, Mme et le docteur Bonnal, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, le docteur Hawthorn, délégué du Comité médical des Bouches-du-Rhône, le docteur Prévot, délégué du Syndicat médical de Marseille, les docteurs Béranger, Bernard, Billon père et fils, Blechmann, Camoins, Castillon, Castueil, Cellier, Ciaudo, Clément, Colle, Faure, Morche, Murel, Pinelli, Ponthieu, Pourtal, Sesquès, Stéfani, Tarbouriech, Trabuc, etc., accompagnés pour la plupart de leurs charmantes femmes.

La caravane fut reçue devant le grand Hôtel des Bains, par le docteur Chabannes, doyen du Corps médical, et ses confrères de Vals, les docteurs Bressot, David et Maurice Uzan, et par M. Chalamon, administrateur délégué de Vals-Saint-Jean.

Après un court instant de répit, les visiteurs, vaillamment, se dirigèrent en un groupe compact, vers les parcs, les buvettes et les embouteillages de la Saint-Jean, de la Favorite, des Perles, et de la Reine. Ils s'arrêtèrent longuement en particulier devant le magnifique embouteillage automatique de Vals-Saint-Jean construit il y a cinq ans sous la direction de M. Rabany, actuellement directeur honoraire, et équipé par le directeur technique d'aujourd'hui, M. Reynaud. Cette installation, qui évite tout contact humain avec la bouteille, qui sépare complètement l'embouteillage et l'emballage, éliminant ainsi toute possibilité de contamination, a été fort admirée.

L'Etablissement Thermal en voie de rénovation, retint l'attention des visiteurs qui traversèrent ensuite les beaux parcs fleuris de Vals-Saint-Jean, où jaillit l'Intermittente et la Précieuse, et ceux du Casino où une conférence leur fut faite par le docteur Chabannes qui montra de quelle gamme minérale alcaline on dispose à Vals et insista sur cette source ferro-arsenicale de Dominique qui classe Vals, au point de vue arsenical, juste après La Bourboule.

Après une promenade au Pestrin, un banquet fut offert le soir au IVe V. E. M. A. par la station de Vals au grand Hôtel des Bains. Aux membres de l'Automobile Club médical de Marseille, s'étaient joints les médecins de Vals, les médecins en séjour dans la station parmi lesquels on remarquait MM. les docteurs Castre (de Sète), Chaouat (d'Hussein-Dey, Algérie), De Fresquet (de Paris), Forgue (de Kairouan, Tunisie), Jannin et F. Le Sourd (de Paris), etc., ainsi que différentes personnalités de Vals, dont M. Audigier, l'éminent président du S. I. du Vivarais, et président de la Fédération des S. I. de France.

Au Saint-Péray, le champagne du Vivarais, M. Paul Giraud, maire de Vals, salua les voyageurs et exposa en d'excellents termes les progrès réalisés à tous les points de vue dans la station où tous, en parfait accord, travaillent à la transformation de la station.

Le docteur Chabannes, dans un toast familier et ému, rappela le souvenir du regretté professeur Constantin Oddo (de Marseille), qui fut précisément le parrain de la Source Constantine, la source des diabétiques. Avec autorité, il montra l'importance de Vals comme séjour des coloniaux.

M. Chalamon empêché, fut remplacé par le docteur François Le Sourd, qui en qualité de vieux Valsois, apporta aux Marseillais les vœux cordiaux de la station. Puis il salua au nom de l'*Association de la Presse médicale française* son vieil ami le professeur L. Imbert, doyen de la Faculté de médecine générale et coloniale de Marseille et directeur de *Marseille médical*.

Le docteur Ferran dans un toast brillant et cordial remercia ses hôtes.

Enfin le professeur Imbert résumant l'impression des visiteurs, dit son admiration pour les progrès réalisés à Vals, tant au point de vue thermal qu'au point de vue de l'urbanisme et qu'au point de vue hôtelier. Il assura très amicalement ses confrères que les médecins de Marseille reviendraient à Vals et sauraient utiliser ses indications thérapeutiques.

Le lendemain, la caravane automobile se remit en route pour Saint-Galmier, deuxième étape d'un itinéraire superbe qui la mena ensuite à Saint-Nectaire, le Mont-Dore, la Bourboule, Royat, Châtelguyon, Vichy, Evaux, Néris, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Saint-Honoré et Pougues.

Dr MAURICE UZAN.

ÉPILEPSIE ET PATHOLOGIE MENTALE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Les controverses sur les faits de clinique mentale épileptique sont loin d'être terminées ; elles reprendront leur importance lorsque chacun voudra bien se rendre compte que les signes psychiques sont une chose et les signes organiques une autre, que nul ne peut mener de front seul et activement l'étude des uns et l'étude des autres. Les états névropsychopathiques aigus et subaigus d'origine épileptique sont naturellement beaucoup plus intéressants en pratique que les états chroniques de même nature. Nous présenterons succinctement, ici, l'asthéno-manie épileptique, la confusion mentale épileptique, l'onirisme épileptique, le délire épileptique, l'état second épileptique, les affections névropsychopathiques chroniques épileptiques, et nous terminerons par quelques considérations thérapeutiques spéciales.

*
* *

1. **L'asthéno-manie épileptique.** — La manie épileptique, sous toutes ses formes (hypomanie, manie aiguë, fureur maniaque), voilà le syndrome commun après les crises d'épilepsie. Esquirol avait bien observé la manie épileptique; les auteurs récents (Magnan, Chaslin) la confondent avec le délire. Or, il n'y a probablement pas de délire épileptique, ou, en tout cas, s'il existe, il est tellement rare qu'il est presque négligeable en clinique hospitalière. Chaque fois que nous nous sommes attaché à l'observation d'un fait de prétendu délire épileptique, nous sommes toujours arrivé à établir que l'excitation maniaque était en cause.

La manie épileptique représente une variété d'asthéno-manie. La découverte des asthéno-manies secondaires par J. Tastevin remonte à mars 1911 : il y aura bientôt vingt ans de cela et cette notion, claire, évidente, incontestée, n'est pas encore classique à ce jour parce que son auteur n'a pas de situation officielle.

L'asthénie observée fait suite à une crise ou, plus souvent, à une série de crises. Il ne faut pas oublier que les crises épileptiques sont susceptibles de se produire la nuit de sorte qu'elles peuvent être méconnues. Cette asthénie post-critique est tantôt aisée à analyser, tantôt obscure dans ses éléments. Le patient accuse de l'amyosthénie, c'est-à-dire de la faiblesse musculaire générale, de l'épuisement, de la lourdeur dans les membres, ou comme de la fatigue, de la courbature, avec, en même temps, de l'anidéation, c'est-à-dire de la paresse de la mémoire, du ralentissement des processus psychiques, une certaine difficulté à fixer son attention, à suivre une idée. Quelquefois aussi on note de la céphalée, de l'insomnie. Peu à peu, au bout de deux, trois ou quatre jours, rarement plus, les troubles hyposthéniques diminuent. Le sujet, semble-t-il, revient à son état antérieur; il se lève, s'occupe un peu et normalement. Lorsque l'entourage n'a pas l'expérience des accès asthéno-maniaques, il croit à la guérison des troubles nerveux et mentaux. Avant de devenir maniaque (ou hypersthénique), le patient qui était asthénique (ou hyposthénique) passe donc par l'état sthénique normal (ou eusthénie). De même que l'asthénie a disparu progressivement, de même la manie grandit petit à petit. L'hypomanie, à la période d'état, n'est pas l'exception : nous la croyons aussi fréquente, chez l'épileptique, que la fureur maniaque.

La manie ou hypersthénie, qui est l'opposé de l'asthénie, est caractérisée par un état d'excitation motrice (hypermyosthénie) et d'excitation intellectuelle (hyperidéation, fuite des idées) : l'hypermyosthénie et l'hyperidéation de la manie s'opposent à l'amyosthénie et à l'anidéation de l'asthénie. Le malade ne cesse de parler et de s'agiter. Les mouvements sont vifs et faciles, parfois très violents. Il éprouve un sentiment de bien-être, de légèreté corporelle. Sa pensée est rapide, aisée. Il se remémore facilement tous souvenirs. Il est satisfait, content, joyeux. Il ne dort plus. S'il est contrarié, soit qu'on cherche à le maintenir, soit qu'on l'empêche d'aller et venir, il s'énerve, se met en colère, frappe, mord, crache, hurle, brise les objets mobiliers. Ses colères sont d'autant plus dangereuses que sa force musculaire, du fait même de l'état morbide, est décuplée : c'est la fureur maniaque. Ces troubles hypersthéniques disparaissent généralement en quatre ou cinq jours, et le patient retrouve son état antérieur.

Le maniaque épileptique exprime assez souvent des idées délirantes, surtout des idées de grandeur, des idées mystiques, des idées érotiques, et parfois des idées de persécution. De là, sans doute, l'erreur des auteurs qui prennent la manie épileptique pour du délire. En fait, le sujet, sous l'influence de son état d'hypersthénie, manifeste simplement ses penchants, ses passions, et par suite, il peut exposer des idées paranoiaques ou vésaniques, secondaires et accessoires.

La manie, chez l'épileptique, peut-elle s'associer à la confusion mentale, par exemple s'il y a intoxication (alcoolisme) ou infection concomitante? Cela est probable. A notre avis, un tel tableau clinique, avec fièvre, représente ce que les auteurs ont appelé le délire aigu.

La manie épileptique peut-elle se compliquer d'hallucinations? On note quelquefois dans la manie épileptique des illusions de la vue ou de l'ouïe, et surtout des illusions de fausse reconnaissance. Il semble que l'on n'observe des hallucinations dans la manie que si un facteur toxique ou infectieux est surajouté à l'état hypersthénique.

On enseigne, à tort, que le caractère de l'épileptique est méchant, mauvais. Il résulte de nos observations que les épileptiques dits coléreux, impulsifs, violents, sont toujours ou presque toujours des sujets qui font de l'asthéno-manie. Au cours de la période d'asthénie qui suit les crises, ils sont quelquefois très irritables; or, cette irritabilité est un phénomène secondaire puisqu'elle dépend de leur état de dépression. Dans l'état hypersthénique, qui succède à l'asthénie, quoique cette hypersthénie ou manie ne soit pas intense, mais plutôt de faible de-

gré (hypomanie), ils sont extrêmement énervés, sinon violents; or, ces troubles du caractère dépendent directement de leur état hypersthénique. Bien soignés, bien connus, alités ou isolés à temps, ces malades ne troublent plus les salles d'hôpitaux ou d'asiles. En résumé, à notre avis, il ne s'agit point, chez de tels patients, de troubles spéciaux du caractère, mais de troubles greffés sur un état morbide essentiel, hyper ou hyposthénique.

Le diagnostic de la manie épileptique est une grande difficulté clinique : l'étude que nous en avons faite nous a conduit à établir que c'est une erreur de la qualifier « délire », lequel est une rareté dans le mal comitial.

2. **La confusion mentale épileptique.** — La confusion mentale (confusion dans les perceptions, troubles de la reconnaissance des lieux, du temps, des personnes, des objets) est commune dans l'épilepsie. Par exemple, quand le malade sort de sa crise motrice, on le voit égaré, hébété, désorienté. Il ne sait ni le lieu où il est, ni l'heure de la journée, ni la qualité des personnes qui l'entourent, etc. Cet état de confusion mentale vraie dure peu : quelques minutes, quelques heures, rarement quelques jours.

Le syndrome confusion mentale post-critique comitial coexiste avec un syndrome asthénique, ce qui complique l'observation des faits cliniques. C'est après la disparition de la confusion mentale, c'est-à-dire après la disparition des troubles de la perception, que l'asthénie psychique (confusion dans les idées) et l'asthénie musculaire (abattement) sont bien nettes. L'observation et la précision des faits sont très difficiles quand les phénomènes de confusion dans les perceptions alternent quelque temps avec les phénomènes de confusion dans les idées. Ils peuvent cependant et doivent être toujours séparés et distingués.

La confusion mentale post-épileptique peut s'accompagner d'agitation incohérente (confusion mentale aiguë ou suraiguë), soit du fait de l'intensité des troubles de la perception, soit que la confusion se complique d'hallucinations avec anxiété (confusion mentale hallucinatoire simple), c'est-à-dire avec confusion mentale onirique, soit encore qu'elle se complique de tendance aux idées de persécution (confusion mentale hallucinatoire et délirante), soit plutôt qu'elle alterne avec les hallucinations, l'anxiété et les tendances vésaniques. Le tableau clinique de « l'ataxie » infectieuse des vieux auteurs est alors réalisé ; ajoutons qu'il y a « ataxo-adynamie » quand on constate des alternatives d'agitation et de dépression. Ce sont ces syndromes confusionnels aigus qui donnent naissance à ce qu'on a appelé les raptus pantophobiques (impulsions incohérentes, dangereuses, avec fuite).

L'agitation anxieuse que l'on peut observer dans la confusion mentale épileptique compliquée d'hallucinations, ne sera pas confondue avec l'agitation anxieuse que peut déterminer un état d'asthénie intense produit par une ou plusieurs crises épileptiques.

Ce qui est confusionnel chez l'épileptique après les crises est suivi d'amnésie, mais l'état de confusion mentale n'est pas l'état d'amnésie de fixation ou encore l'état second qui succède à des crises uniques ou répétées. Sur tous ces points, l'insuffisance des observations qu'on peut lire dans les auteurs est saisissante.

3. **L'onirisme épileptique.** — L'onirisme post-critique épileptique paraît rare alors que la confusion mentale post-critique épileptique est presque la règle ; elle peut être de très courte durée, mais elle est constante. L'état de rêve éveillé, après la crise, semble exceptionnel. L'onirisme, qui est essentiellement caractérisé par le développement d'illusions et d'hallucinations à l'état de veille, est un peu plus fréquent chez l'épileptique avec appoint alcoolique que chez le comitial ordinaire. Cet onirisme peut engendrer des émotions terrifiantes ou agréables (onirisme avec anxiété et onirisme avec joie).

La rareté de l'onirisme épileptique explique que le « délire tranquille » avec carphologie, le « délire professionnel », qui sont presque toujours de l'onirisme, de l'onirisme pur ou de l'onirisme alternant avec la confusion mentale, et qui sont propres aux infections et aux toxi-infections, n'aient pas frappé l'attention des observateurs dans le mal comitial. Cette question, débarrassée des imprécisions cliniques du passé, serait à réétudier.

4. **Le délire épileptique.** — Lorsque, en matière de clinique épileptique, il est question de délire, celui-ci ne peut être qu'un délire mal systématisé, à thème plutôt incohérent, fondé sur des illusions ou hallucinations (délire hallucinatoire aigu ou subaigu, hallucinose aiguë ou subaiguë, délirante et anxieuse). C'est ce même délire qu'on observe dans les intoxications, par exemple dans l'éthylisme chronique, dans les infections, par exemple dans la dothiénentérie ou le rhumatisme articulaire aigu. Nous affirmons que ce délire est extrêmement rare dans l'épilepsie dite essentielle, après les crises survenant ou non en séries. Et il va de soi qu'on ne peut faire rentrer dans le prétendu délire comitial les cas de délires hallucinatoires survenant chez des épileptiques qui sont des alcooliques chroniques.

Quand on reçoit à l'hôpital ou à l'asile, quand on examine dans une famille un épileptique déclaré atteint de délire épileptique, on a constamment devant soi un malade plus ou moins agité, en proie à une activité plus ou moins désordonnée. Il s'agit de faire le diagnostic de cette agitation et d'établir si elle doit être rattachée à du délire ou à de la manie. Ce n'est pas sans doute chose aisée. Il faut d'abord pratiquer, la plume à la main, non seulement l'observation directe, l'examen sans hâte du patient, mais encore l'observation indirecte jour par jour depuis les dernières crises comitiales constatées (renseignements fournis par les parents ou les voisins). Pour les notes à recueillir près des tiers, il est indispensable d'entendre successivement plusieurs personnes; certains témoins sont de très mauvais observateurs, non pas parce qu'ils ont des idées préconçues, car ils ignorent totalement ce que cherche le clinicien, mais parce qu'ils ne savent pas rendre compte de ce qu'ils ont vu ou entendu. En-

suite, il faudra faire chaque jour un état actuel du malade, recueillir en détail ce qu'il dit, ce qu'il fait, interroger les infirmiers traitants sur ce qu'ils ont entendu ou vu (les rapports écrits d'infirmiers, instruits ou non, sont souvent très médiocres). Enfin, une fois le malade guéri, il faut établir avec lui et avec l'entourage le status retrospectivus. C'est en pratiquant de tels examens que nous sommes parvenu à fixer la très grande rareté du délire épileptique, sinon son inexistence.

De même, nous avons constaté que l'amnésie qui suit le prétendu délire épileptique est toujours une erreur, à moins que ce « délire » n'eût été de la confusion mentale (mais dans de tels cas, on ne prononce plus guère aujourd'hui le mot de délire), à moins encore que la manie ne se fût compliquée de confusion mentale, mais l'amnésie n'est pas totale. En somme, le clinicien devra se livrer, moins à une vague observation prolongée qu'à une observation écrite, serrée, sérieuse, quotidienne.

Le délire épileptique, s'il existe sans appoint alcoolique, est un délire fondé sur des illusions et hallucinations. C'est une hallucinose délirante avec ou sans anxiété, alors que l'onirisme est une hallucinose simple, avec ou sans anxiété, mais sans délire.

5. **L'état second épileptique.** — L'état second épileptique que l'on distingue de l'absence épileptique, laquelle dure quelques secondes, que l'on distingue encore du vertige épileptique, lequel est une sorte d'absence épileptique avec chute, — l'état second épileptique doit être caractérisé, s'il existe, par une série d'actes, de gestes, de paroles, à peu près normaux, non incohérents sans aucun doute, qui ne laissent aucun souvenir dans l'esprit. Le sujet, passé brusquement ou lentement, on ne sait, de l'état prime à l'état second, doit se comporter comme un homme ordinaire : il n'est pas pendant l'accès atteint d'amnésie de fixation, comme par exemple un malade affecté de syndrome de Korsakoff ou d'amnésie post-traumatique; il n'est pas davantage confus; il n'est pas agnosique. En revanche, revenu à lui, il sera amnésique, comme l'est de son accès un traumatisé, un Korsakoff curable, un confus et peut-être aussi un agnosique. Cette amnésie doit-elle être totale ou partielle? Chez l'épileptique, elle doit être totale si l'état second est une manifestation comitiale, comme elle est totale après la crise, après l'absence.

Des états seconds durables peuvent-ils se produire sous l'influence de l'épilepsie? Nous avons observé des absences de durée prolongée (une ou plusieurs minutes) qui relevaient du mal comitial; les sujets étaient-ils à ce moment confus et amnésiques de fixation, ou seulement amnésiques de fixation? Il est difficile de se prononcer. Toutefois, nous n'avons jamais recueilli d'observation d'état second épileptique prolongé, d'une durée de plusieurs heures ou de plusieurs jours, et ceux qui figurent dans les auteurs nous paraissent discutables. Le malade de Charcot, le malade pour lequel il a créé le mot d'automatisme ambulatoire (1888), le malade de Legrand du Saulle qui était parti du Havre et s'était « réveillé » aux Indes, devant la ville de Bombay, sont des cas incertains; le premier était probablement un dysthymique constitutionnel, le second un pervers. Les fugues prolongées, durables, sont en principe des fugues d'origine émotionnelle, des fugues par hyperthymie obsédante plus ou moins complexe, d'analyse difficile. Les troubles de l'attention vis-à-vis du monde extérieur et même à l'égard des gestes accomplis, s'expliquent par l'obsédance des idées et de la douleur morale. Ces états seconds hyper et parathymiques sont motivés; ils ne se produisent pas sans cause. L'appoint alcoolique quand il est constaté augmente la difficulté du diagnostic. S'il existe un état second épileptique vrai, il doit être sans motif, non incohérent et totalement amnésique.

6. **Autres névro-psychopathies épileptiques.** — Nous voulons dire un mot, ici, des névro-psychopathies épileptiques ou des psycho-névropathies épileptiques qui sont considérées en pratique comme *chroniques*. Il n'y a pas de délire épileptique à évolution chronique; nous avons signalé la rareté sinon l'inexistence du délire épileptique à évolution aiguë ou subaiguë. Si celui-ci était commun, comme par exemple il l'est sous l'influence de l'alcoolisme, on observerait, semble-t-il, des délires épileptiques à évolution chronique à la suite des délires épileptiques à évolution aiguë, au même titre que dans l'alcoolisme. Quid de la démence épileptique? Celle-ci est singulièrement complexe et à évolution curieusement rémittente. Elle est maintes fois illustrée d'épisodes confusionnels (durables de une à deux semaines), rarement d'épisodes oniriques, croyons-nous, jamais d'épisodes délirants. En revanche elle s'accompagne souvent d'accès asthéno-maniaques, de courte et surtout de longue durée. A l'observation et à la réflexion, il est permis de se demander si cette démence n'est pas simplement de l'asthénie chronique ou de l'asthénie atypique chronique compliquée par intervalles de manie. Les rémissions singulières constatées dans l'évolution du syndrome inclinent à cette interprétation parce que dans la prétendue démence épileptique la « perte des souvenirs » est bien plus marquée que la « perte des idées ».

Enfin nous avons observé un épileptique qui très nettement présentait de la manie intermittente. Cela indiquerait que l'épilepsie, exceptionnellement, peut engendrer la psychose périodique, laquelle serait une séquelle d'un premier accès asthéno-maniaque épileptique. L'étude de tels faits est à reprendre.

*
* *

Considérations thérapeutiques spéciales. — Les considérations thérapeutiques qui suivent ne porteront guère que sur le traitement de l'agitation chez l'épileptique. Il n'est pas indifférent de confondre manie et délire, et on ne voit pas encore, — faisons-le remarquer en passant, — comment on pourrait fixer ce diagnostic autrement que par l'analyse psycho-clinique. Trouvera-t-on un jour un signe organique qui dispensera l'observateur d'une

longue et difficultueuse étude? Cela paraît douteux. En principe, chez l'épileptique il s'agit de manie.

La balnéothérapie, sous forme de bains tièdes ou chauds, est le traitement de choix de la manie; elle ne guérit pas les états hypersthéniques; elle calme les malades en même temps qu'elle permet de réaliser une hygiène presque parfaite. Elle est assez souvent mal tolérée par le maniaque épileptique; un personnel de choix est, à ce poste, indispensable.

L'alitement, difficile à réaliser dans les hôpitaux et asiles, faute d'infirmiers stables et instruits, ne devra pas être pratiqué avec fixation sur le lit par la camisole de force et les entraves (ce qui est malheureusement courant). Cette thérapeutique est mortelle. La fixation prolongée dans une baignoire avec un tablier faisant carcan, est-elle sans danger, si elle permet de supprimer la camisole de force? C'est encore là pour nous une variété de supplice thérapeutique.

On mettra plutôt le patient dans une chambre d'isolement, sans lit, bien chauffée et matelassée. Revêtu du maillot, il pourra circuler. Certains sujets très violents déchirent et brisent : on évitera de les camisoler, puisque la camisole aggrave l'état de colère et nuit à la santé physique.

L'hyoscine, excellent calmant de l'excitation maniaque, doit être employée avec modération et d'une façon espacée. Il faut en surveiller personnellement l'administration. Le gardénal, les bromures, le somnifène, ne diminuent guère l'intensité de la manie épileptique (1).

JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES [2]

Vœux adoptés à l'unanimité à la suite des Journées médicales coloniales et des Congrès intercoloniaux et internationaux rattachés.

Vœu concernant la constitution d'un Comité permanent international, docteur FREYD (délégué de la Pologne) :

« Les Journées médicales coloniales, grâce au travail gigantesque accompli par les membres du Comité d'organisation et du secrétariat ont obtenu un succès qui a dépassé toutes les espérances.

Afin de poursuivre ces efforts et pour ne pas perdre le bénéfice de cette brillante réussite, il est nécessaire d'échanger des vues concernant les grands problèmes d'hygiène coloniale afin de mieux armer l'humanité contre les plus terribles fléaux, tels que le paludisme et la lèpre; ces fléaux intéressant au même degré les nations de l'univers.

Il faut créer une association internationale scientifique et pratique s'occupant spécialement de pathologie coloniale et exotique.

Je propose donc qu'on considère la séance d'aujourd'hui comme inaugurale pour l'élection du Comité provisoire d'organisation.

Le Comité d'organisation des Journées médicales coloniales est certainement le plus qualifié pour être élu, en raison de ses merveilleuses qualités scientifiques et organisatrices. »

Vœu du médecin inspecteur général LASNET, concernant le paludisme :

« Que, dans tous les pays tropicaux où existe le paludisme, soient recherchés toutes les plantes ou autres éléments dont l'emploi paraît donner des résultats dans le paludisme et que l'étude en soit faite avec le plus grand soin. »

Vœu sur l'éléphantiasis et la lymphangite des pays chauds :

« En raison de la proportion que prend cette maladie, qui décime les Antilles françaises et anglaises, le Congrès réuni à Paris à l'occasion des Journées médicales, émet les vœux suivants :

1° Que la question de l'éléphantiasis et de ses rapports avec la lymphangite endémique des pays chauds soit mise à l'ordre du jour du prochain Congrès de médecine coloniale;

2° Que la question soit étudiée de façon toute spéciale par les médecins chargés des laboratoires de Fort-de-France, de Pointe-à-Pitre et de Cayenne. »

Vœu du docteur SALLET :

« Considérant l'importance que présente au point de vue humain et au point de vue thérapeutique l'étude de la matière médicale utilisée en Indochine;

Considérant qu'il importe de dégager scientifiquement et en toute précision les valeurs créxitées dans cette médecine à des espèces déterminées;

Emet le vœu :

Qu'une organisation soit prévue qui permette les études utiles de cette matière médicale, organisation scientifique qui disposerait des moyens nécessaires à son action avec laboratoires, drogueries, jardins médicinaux. »

Vœu présenté par M. le docteur FOUGERAT DE LASTOURS :

« Le Congrès de médecine coloniale, réuni à l'occasion de l'Exposition Internationale, Paris 1931, appelle l'attention des Pouvoirs publics métropolitains et coloniaux sur les avantages que présente l'utilisation rationnelle du soleil en hygiène et tout spécialement sur les graves dangers de l'habillement systématique et obligatoire des populations indigènes qui, si elles peuvent avoir souvent besoin de protection pour les nuits fraîches, doivent pouvoir s'insoler largement dans la journée selon leurs salutaires coutumes séculaires. »

Vœu présenté par M. le pharmacien colonel COLIN :

« L'étude des divers moyens dont nous disposons actuellement pour stériliser les eaux nous montre que les procédés :

Physico-chimiques représentés par l'emploi :

a. De l'ozone;
b. Des rayons ultraviolets;
c. De l'électrolyse,

Et physiques représentés par l'application :

a. De la chaleur;
b. Des métaux sous forme de lames ou de spires et sous forme très divisée,

sont ou trop coûteux ou bien trop délicats dans leurs applications, ou bien trop inconstants dans leurs actions, ou bien ont encore besoin d'une étude approfondie pour être retenus, surtout dans leurs applications aux colonies, et qu'il reste à notre disposition, comme moyens sûrs, peu coûteux, ayant subi les épreuves de l'expérience :

Le chlore et le permanganate de potasse.

Bien que des faits nouveaux soient venus depuis quelques années bouleverser la conception admise jusqu'à présent, de

(1) R. BENON. L'asthéno-manie post-épileptique. *Gaz. des hôpit.*, 18-20 avril 1911; — Epilepsie et délire sans amnésie. *Gaz. des hôpit.*, 28 déc. 1909. (Dans ce cas, il s'agit de manie et non de délire : le diagnostic a été rectifié ultérieurement); — Epilepsie et délire. *Gaz. des hôpit.*, 6 juin 1925, n° 45, p. 738.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 64, p. 1212; n° 65, p. 1233, et n° 67, p. 1268.

faire précéder toute stérilisation par le chlore, de la détermination obligatoire du test d'absorption par la mise en œuvre :

1. De doses fixes, mais infimes (procédé Bunau-Varilla), applicables aux grandes masses d'eau;

2. De doses fixes, mais massives (procédé Cambier au charbon actif), applicables au traitement de faibles masses d'eau, qui tous deux libèrent de l'obligation de l'ingérence du laboratoire dans l'exécution de la stérilisation, il est nécessaire et souhaitable à l'heure actuelle :

1° De réserver le chlore, par le procédé actuellement en usage, dit de la javellisation, pour le traitement des grandes masses d'eau ;

2° De conserver le procédé de choix parfait qu'est le permanganate pour le traitement de masses d'eau moyennes ou faibles, avec la possibilité d'entrevoir, dans certains cas, l'application pour un traitement de même espèce, non en remplacement, mais concurremment avec l'emploi du permanganate et après confirmation par l'expérience du chlore à dose massive, sous la condition expresse de l'emploi du charbon actif comme adjuvant. »

Vœu présenté par Mlle LAVAL :

« Constatant la nécessité de traiter dans un établissement spécialement adapté les enfants des colonies françaises et plus particulièrement les enfants appartenant à des familles françaises d'outre-mer qui rentrent à la métropole, éprouvés par le séjour aux colonies.

Emet le vœu que soient créés pour eux un certain nombre de lits dans un préventorium du Midi situé dans les conditions les plus favorables. »

Vœux présentés par M. le médecin général inspecteur LASNET, à la suite de sa conférence sur la formation et le recrutement du personnel médical européen de l'assistance :

« 1° Que toutes les mesures possibles soient continuées pour assurer le même traitement aux médecins civils fonctionnaires et aux médecins militaires, de façon à éviter tout motif de mécontentement chez les uns ou les autres et développer entre eux les sentiments de confiance réciproque et de camaraderie ;

2° Qu'il soit prévu pour les médecins de l'Assistance devant sortir d'une Ecole de recrutement le même stage d'application coloniale que pour les médecins militaires sortant de Bordeaux, si possible de le faire accomplir à la même Ecole de Marseille dont les ressources vont encore se trouver accrues par la création prochaine d'un hôpital colonial;

3° Favoriser de toutes les manières l'installation aux colonies des médecins libres qui représentent un élément très important de colonisation ;

4° Pousser au recrutement des médecins contractuels, surtout des spécialistes, lorsque le recrutement des médecins des cadres réguliers est déficient ;

5° Que les médecins et pharmaciens munis du diplôme des Ecoles locales ne soient plus soumis aux dispositions restrictives de l'exercice de leur profession qui ne s'accordent plus avec le degré actuel de l'évolution des élites indigènes ; qu'en particulier l'obligation de servir pendant dix ans dans l'Assistance soit rapportée et que tout médecin ou pharmacien ayant supporté lui-même les frais de ses études ait toute latitude pour s'installer dans une localité de son choix ;

6° Que dans les grands groupements coloniaux soient organisées des Ecoles où seront formés les agents chargés, sous les ordres des médecins, de participer à l'exécution des mesures d'hygiène, d'éducation hygiénique des populations et de médecine sociale. »

Vœu présenté par M. GARRAT :

« Dans le but d'aider le Corps de santé colonial dans ses recherches et dans sa lutte contre les grandes endémies de nos possessions d'outre-mer, la pharmacie industrielle met à sa disposition des laboratoires qui s'orienteront avec satisfaction vers la thérapeutique coloniale. »

Vœu sur l'enseignement :

« 1° Qu'en Indochine les progrès de l'enseignement secondaire permettent de faire aboutir au plus tôt le projet de transformation de l'Ecole de médecine et pharmacie de Hanoï en Faculté mixte indochinoise fonctionnant selon la scolarité des Facultés de la métropole et formant des docteurs en médecine et pharmacie indochinois qui diffuseront dans toute la colonie la pratique de la médecine et de la pharmacie françaises;

2° Qu'au fur et à mesure des possibilités la même mesure soit appliquée dans les autres pays qui ont déjà des Ecoles mixtes de médecine et de pharmacie;

3° Qu'à l'Ecole de médecine de Tananarive il soit ouvert une section de pharmacie qui forme des pharmaciens locaux chargés du service pharmaceutique des hôpitaux de l'Assistance et assurant d'autre part l'exercice de la pharmacie dans les centres urbains non pourvus de pharmaciens universitaires. »

Vœu concernant l'établissement des statistiques médicales et démographiques dans les colonies françaises, présenté par M. le médecin général THIROUX :

« Considérant que certaines colonies françaises ou pays sous mandat comme le Togo et Madagascar, réussissent, malgré les difficultés, à fournir dans de nombreux centres des statistiques de natalité et de mortalité infantile conformes aux règles de la statistique internationale; que les renseignements fournis par d'autres colonies, établis sur d'autres bases, sont inutilisables parce qu'ils ne sont comparables aux statistiques d'aucun autre pays ;

Les membres des Journées médicales coloniales, réunis en assemblée plénière, émettent le vœu :

1° Que M. le ministre des Colonies donne les instructions nécessaires pour que tous les centres munis d'un personnel médical et administratif suffisant établissent les statistiques médicales et démographiques, et en particulier les statistiques de natalité et de mortalité infantile, suivant les règles internationales ;

2° Qu'un cours pratique, ou deux cours au maximum, sur la statistique médicale et démographique soient faits chaque année aux élèves sur le point de sortir de l'Ecole coloniale et de l'Ecole du Service de santé de Marseille. »

Vœu présenté par M. le médecin inspecteur général LASNET :

« 1° Qu'auprès de chaque gouvernement colonial soit constitué, sous la présidence du secrétaire général et la vice-présidence du chef du Service de santé et du chef des Services des Travaux publics, un Comité spécial de protection démographique chargé d'examiner toutes les mesures propres à favoriser l'accroissement de la population, aussi bien des Européens que des indigènes ;

2° Que les hôpitaux du Service général réservés dans les colonies à la population européenne soient pourvus de toutes les ressources nécessaires, qu'ils aient en particulier une maternité et des services d'enfants ;

3° Qu'aucune mesure administrative, économique, sociale ou autre, susceptible d'avoir de la répercussion sur le mouvement de la population, ne sera prise sans l'avis du chef du Service de santé et sans l'assentiment de son comité de protection démographique ;

4° Qu'une politique de l'alimentation des populations indigènes sera obligatoire dans toutes les colonies et que l'administration prendra toutes les mesures utiles pour assurer aux autochtones en même temps que des ressources vivrières,

tous les produits alimentaires d'origine animale utiles (pêche, chasse, élevages), etc ;

5° Que l'état civil soit progressivement établi et que des statistiques démographiques soient régulièrement établies dans toutes les colonies sans exception ;

6° Que dans toutes les colonies l'initiative privée soit encouragée à concourir à l'œuvre d'éducation hygiénique des populations et de protection sanitaire des nouveau-nés par la constitution de sociétés, de ligues dans lesquelles les femmes de fonctionnaires, de militaires, de colons auront le rôle essentiel à jouer. »

Vœu du professeur PERROT, concernant les stations expérimentales pour drogues médicinales :

« Considérant que la plupart de nos possessions d'outre-mer possèdent les conditions climatiques et autres permettant la culture industrielle des plantes médicinales dont le marché est tributaire de l'étranger ;

Emet le vœu :

Que les gouvernements coloniaux établissent des stations expérimentales judicieusement choisies et ayant les moyens financiers nécessaires dans chaque cas particulier pour fournir le marché des drogues médicinales que la France se procure hors de ses possessions.

Considérant que les stations hydrominérales des colonies, en particulier celles de l'Afrique du Nord, ne sont pas suffisamment mises en valeur pour retenir les colons et leurs familles, pour attirer les touristes,

Le Congrès émet le vœu :

Que ces stations soient organisées et développées à l'aide des pouvoirs publics et que tous efforts soient faits pour leur obtenir la plus grande publicité. »

Vœu de M. ABBATUCCI :

« Considérant que pour développer l'organisation des stations minérales et climatiques aux colonies et pour créer un mouvement de clientèle locale en leur faveur, il est indispensable que l'administration soit aidée par les soins de personnalités scientifiques et administratives particulièrement compétentes ;

Emet le vœu :

Qu'il soit institué auprès de l'inspecteur général du Service de santé au ministère des Colonies une commission consultative des stations minérales et climatiques chargée d'étudier toutes les questions qui y sont relatives et de présenter au ministre tous les projets, renseignements, études, qu'il voudrait bien lui demander. »

Vœu présenté par M. le docteur BOIGEY :

« Il serait désirable que des Maisons des coloniaux fussent organisées dans les stations thermales qui n'ont pas d'organisation de ce genre. »

Autre vœu :

« Que des missions d'ordre technique, nettement déterminées par des instructions fixées par l'inspection générale du Service de santé des colonies, puissent être confiées par le ministre des Colonies à des sommités médicales de l'Université ou de grandes institutions scientifiques,

Soit en vue de tracer des programmes d'action vis-à-vis des maladies endémo-épidémiques ou sociales,

Soit de faire des enquêtes sur la cause, l'origine et le moyen de combattre ces maladies,

Soit de vérifier l'application des moyens de lutter contre les maladies endémo-épidémiques et sociales. »

Vœu de MM. les docteurs JAMOT et CICIE :

« Que la Métropole contribue largement à toutes les dépenses imposées par la prophylaxie et le traitement des maladies pestilentielles et plus particulièrement de la maladie du sommeil, quand ces dépenses dépasseront les moyens budgétaires des gouvernements locaux qui n'arrivent à couvrir que leurs dépenses d'assistance médicale indigène. »

Vœu de M. GARUTI :

« Que l'initiative, soit gouvernementale, soit privée, soit encouragée dans les pays intéressés, pour que la solution de la question de la conservation des sucs d'agrumes soit obtenue le plus rapidement possible. »

Vœux de l'Aviation sanitaire :

Premier vœu. — Que les Gouvernements et Pouvoirs publics des colonies, pays de Protectorat ou sous mandat veuillent bien favoriser, par tous les moyens en leur possession, l'extension et le développement de l'aviation sanitaire dans ses différents domaines.

Deuxième vœu. — Que les organismes responsables veuillent bien prévoir, pour un avenir rapproché, l'extension à nos vieilles colonies de la Guyane, des Antilles et de l'Océanie des bienfaits que procure, au point de vue sanitaire, l'activité de nos escadrilles coloniales, dont bénéficient présentement l'Afrique Occidentale française, l'Indochine, Madagascar et l'Afrique Equatoriale française ;

Et dans cette prévision, pensent dès maintenant, à l'hydravion et à l'amphibie coloniaux répondant au programme des avions coloniaux en construction ;

Que leur attention soit également attirée vers l'utilisation pratique des hydroglisseurs dans les pays dotés de voies navigables difficilement ouvertes à la navigation fluviale ordinaire.

Troisième vœu. — Que toutes facilités soient accordées aux avions sanitaires et par priorité permanente pour obtenir rapidement tous les moyens de liaison et de transmission qui leur sont nécessaires (télégraphe, téléphone, T. S. F., etc.), ainsi que l'utilisation de tous les terrains d'aviation.

Quatrième vœu. — Que chaque ville ou poste soit pourvu, dans la mesure du possible, d'un terrain d'atterrissage ou d'un terrain auxiliaire à proximité immédiate du groupe hospitalier.

Cinquième vœu. — *a.* Que l'aménagement des appareils de transport, commercial ou postal, et notamment des avions gros porteurs à grand rayon d'action, soit envisagé en vue de permettre leur transformation rapide en appareil sanitaire offrant les plus grandes garanties de sécurité, de confort et de chargement des blessés, pour les évacuations permanentes aux colonies et pour les évacuations militaires.

b. Que les sociétés ou compagnies privées se proposant de construire ou d'utiliser des avions sanitaires, reçoivent des pouvoirs publics tous les appuis matériels et moraux, propres à favoriser leur entreprise.

c. Que, dans les contrats qui seront passés avec ces sociétés et compagnies pour l'aménagement de ces appareils en sanitaires, soit imposée l'installation d'un poste de T. S. F. émetteur et récepteur.

Sixième vœu. — *a.* Que soient prévus pour les colonies des appareils à rayon d'action suffisamment étendu pour correspondre à la superficie de chaque pays et disposant d'un excédent de puissance permettant des atterrissages et décollages sur terrains élevés.

b. Que soit poursuivie très activement la réalisation du programme d'avions coloniaux concernant notamment les appareils monoplaces petits porteurs dont l'utilisation économique correspond aux nécessités présentes.

Septième vœu. — Que les formations d'aviation militaire reçoivent les différentes catégories d'appareils prévus pour

les besoins à satisfaire et que ces appareils soient constamment prêts à intervenir sur demande des autorités médicales.

Huitième vœu. — Que toutes facilités soient données aux avions sanitaires pour survoler les territoires coloniaux des nations voisines quand il peut en résulter une diminution de parcours abrégeant la durée d'évacuation.

Neuvième vœu. — Que le Service de santé militaire soit autorisé à employer pour les évacuations aériennes des infirmiers ou infirmières, soit des sociétés de secours, soit militaires, en leur donnant pour ce service commandé, les garanties dont bénéficie le personnel militaire en service aérien commandé.

Dixième vœu. — Que des accords soient établis entre les gouvernements et les sociétés de la Croix-Rouge, de manière à permettre à celles-ci l'utilisation toujours plus grande de l'aviation en matière de transport des blessés et malades aussi bien en temps de paix qu'en temps de guerre, particulièrement aux colonies et à l'occasion des calamités publiques.

Onzième vœu. — Le Comité des « Journées d'aviation sanitaire coloniale » est autorisé à soumettre respectueusement au gouvernement helvétique le vœu que soit convoquée le plus tôt possible la conférence diplomatique prévue à l'acte final de la Convention de Genève du 7 juillet 1929, en vue de la signature d'une convention internationale appliquant à la guerre aérienne les principes de la Convention de Genève.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 AOUT 1931)

Etude de 45 éléments au point de vue de leurs propriétés curatives dans les spirilloses, la syphilis et les trypanosomiases. — MM. C. LEVADITI et P. LÉPINE.

CONGRÈS

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE à la Faculté de médecine de Paris, du 14 au 18 octobre 1931 (au cours de l'Exposition coloniale), sous la présidence de M. le professeur Ch. Achard, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Ordre du jour. — **Tuberculose (vaccination).** — RAPPORTS. — M. le professeur Calmette : « La vaccination antituberculeuse chez l'homme. »

M. le professeur Gerlach (de Vienne) : « La vaccination antituberculeuse chez les animaux. »

M. Watson (de Hall, Canada) : « Sur le B. C. G. »

Service provincial d'hygiène du Canada : « Sur le B. C. G. »

M. le professeur Kiouri : « Recherches sur la vaccination antituberculeuse curative par les sérums et plasmas tuberculeux toxiques. »

COMMUNICATIONS. — M. le docteur S. Frenkel : L'immunité par le B. C. G.

M. le docteur J. C. Bayle : La splénothérapie, traitement général de la tuberculose.

M. le professeur de Blieck (d'Utrecht) : L'immunité par le B. C. G.

Les brucelloses humaines et animales. — RAPPORTS. — M. Van der Hoeden (d'Utrecht) : « Les brucelloses. »

M. le docteur Martin Kristensen (de Copenhague) : « Brucelloses humaines. »

M. le professeur Oluf Bang (de Copenhague) : « Brucelloses animales. »

COMMUNICATIONS. — M. le docteur L. F. D. E. Lourens (de Rotterdam) : Sur les brucelloses.

M. le professeur M. Panisset (de Québec) : Sur les brucelloses.

M. le professeur Dnate de Blasi (de Naples) : Sur les phénomènes périodiques de l'agglutination, présentés par le sérum antimélitococcique.

M. le docteur S. Livierato (d'Athènes) : La brucellose en Grèce.

Le lait, agent pathogène. — RAPPORTS. — M. le docteur E. Lesné et Mlle le docteur Dreyfus-Sée : « Le lait, agent pathogène. »

MM. les professeurs Porcher et Tapernoux (de Lyon) : « Le lait, agent pathogène. »

COMMUNICATIONS. — M. le docteur Rowel (de Québec) : Sur la mammite streptococcique.

Les carences minérales. — RAPPORTS. — M. le professeur Simonnet et Mme L. Randoin : « Les carences minérales. »

M. Sjollema (d'Utrecht) : « Les carences minérales chez les animaux. »

M. Wester (d'Utrecht) : « Les carences minérales chez les animaux. »

M. H. B. Humphray (de Washington) : « Carences minérales des céréales. »

M. le professeur Jakob Eriksson (de Stockholm) : « Sur l'hivernation et la réapparition des maladies cryptogamiques chez les végétaux. »

M. le docteur Kootte (de Fribourg in B) : « Influence du pH sur le développement de quelques bactéries phytopathogènes. »

COMMUNICATIONS. — M. le professeur Corrado d'Alise (de Naples) : Erosions dentaires chez l'enfant et les carences minérales chez la mère.

M. le docteur Knudson (de Ithaca) : Carence du fer.

M. le docteur Hoagland (de Californie) : Carence du potassium.

MM. les docteurs Allison et Wedhworth (de Floride) : Carence du zinc.

M. le professeur Guillonneau (de l'Institut agronomique de Paris) : Carence du prunier.

M. Dufrenoy (de l'Institut des recherches agronomiques (de Paris) : Cytologie des cellules de plantules affamées.

M. le professeur Gabriel Bertrand (de Paris) : Carences.

M. le docteur Fulton (de Washington) : Maladie des citrons.

Mlle Westerdijk (d'Utrecht) : Carences chez les plantes.

Les ultravirus. — RAPPORTS. — M. le docteur Hauduroy (de Paris) : « Les ultravirus chez l'homme. »

M. le professeur Flu (de Leyde) : « Les ultravirus chez l'homme. »

M. Quanjer (de Wageningen) : « Les maladies à virus des plantes. »

M. le docteur Gussow (Canada) : « Maladies à virus dans le monde. »

M. le docteur von Brehmer (de Berlin) : « Sur le virus des maladies de différentes cultures de plantes. »

COMMUNICATIONS. — M. Domenico Carbone (de Milan) : La vaccination des plantes.

M. Baudys (de Brno) : Maladies à virus des pélargonies.

M. le docteur van Heelsbergen : Les ultravirus des animaux.

MM. les professeurs G. Sanrelli et A. Alessandrini (de Rome) : Sur la culture in vitro de l'ultravirus tuberculeux; — Sur les éléments ultrafiltrables des microbes pathogènes.

M. le professeur Ugo Soli (de Palerme) : Le tableau anatomique causé par l'ultravirus et le tableau anatomique causé par la tuberculose non évolutive chez le cobaye.

M. le docteur Lautier (de Nice) : Le rhumatisme est-il une maladie à ultravirus ?

M. le docteur Brandes (U. S. A.) : Maladie à virus de la canne à sucre.

M. le docteur Lee Hutchins (de Washington) : Maladies à virus du pêcher.

M. le docteur Mac Kinney (U. S. A.) : Maladies à virus du tabac et du blé.

M. le docteur Boodgett (U. S. A.) : Maladies à virus de la pomme de terre.

M. le docteur Hunkel (de New-York) : Maladies à virus.

M. le docteur Rivers (Rockfeller Fondation) : Maladies à virus.

M. le docteur Klebahn (Allemagne) : Maladies à virus.

M. le professeur Schuffnit (Allemagne) : Maladies à virus.

M. le docteur Handerson Smith (de Cambridge) : Maladies à virus de la pomme de terre.

M. le docteur Kennet Smith (de Cambridge) : Maladies à virus de la pomme de terre.

M. le docteur Murphy et Miss Clich (Irlande) : Maladies à virus de la pomme de terre.

M. le docteur Salaman (de Cambridge) : Maladies à virus de la pomme de terre.

M. le docteur von Euler (de Stockholm) : Recherches chimiques sur l'action des deux virus des végétaux.

M. M. T. Cook (de Porto-Rico) : Action inhibitrice des maladies à virus sur les cellules.

M. le professeur Beauverie (de Lyon) : La nature complexe des virus causant les mosaïques de la pomme de terre; leur analyse par les plantes indicatrices et par les méthodes sélectives de transmission.

M. le docteur Thung (Java) : Etiologie des maladies à virus du tabac.

M. le docteur White : Mosaïque des rosiers.

M. le docteur Reddick (Cornell University) : Transmission du virus de la mosaïque du haricot par le pollen.

M. le docteur Hurst (de Cambridge) : Cytologie des pommes de terre affectées par les maladies à virus.

M. le docteur von Brehmer (de Berlin) : Pathologie comparée et lutte biologique des maladies à virus général.

M. Storey H. H. (Annamai, Tanganyika) : Transmission des maladies à virus par les insectes.

Les helminthiases. — RAPPORTS. — MM. les professeurs Joyeux (de Marseille) et Baer : « Sur les helminthiases chez l'homme. »

M. Stevenel, médecin inspecteur général des Colonies : « La déparasitisation intestinale en France. »

M. Lefroux : « Le parasitisme intestinal en Afrique Noire. »

COMMUNICATIONS. — M. le docteur W. A. P. Schuffler (d'Amsterdam) : Helminthiases chez l'homme.

M. le docteur Garin (de Lyon) : Sur le traitement de l'ankylostomose.

M. le professeur docteur E. van Slogtoren (de Suisse) : Helminthiases chez les plantes.

M. le docteur Félix Coicou (de Port-au-Prince) : Sur le rôle des blattes comme hôtes de certains parasites intestinaux et sur la douve observée comme agent vecteur dans l'œuf de la poule.

M. A. Urbain : Sur les pyréthrines. Leur emploi dans les helminthiases équines. *(A suivre.)*

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

COLIQUE HÉPATIQUE

SIGNES ET DIAGNOSTIC

DÉFINITION

Manifestation paroxystique de la lithiase biliaire, liée ou non à la migration d'un calcul.

L'on conçoit son grand *intérêt diagnostique* de signe d'*alarme* ou d'*activité* lithiasique.

CLINIQUE

Plus fréquente chez la *femme*, comme la lithiase biliaire, elle apparaît souvent à l'occasion de *fatigue*, *émotion*, *phase menstruelle*, *grossesse*. Elle peut être précédée de *prodromes :* nausées, vague malaise douloureux épigastrique.

Signes fonctionnels. — 1. LA DOULEUR est le signe CAPITAL. Atroce, arrachant des cris au malade courbé en deux, elle siège dans l'hypocondre droit et l'épigastre, irradiant, dans la règle, à droite et vers le haut (sein, omoplate, épaule droites). Elle n'est guère calmée par les analgésiques habituels et ne cède guère qu'à la morphine. Elle s'accompagne de

2. *Vomissements* alimentaires, puis bilieux, avec *intolérance gastrique absolue*, et de
3. *Tendance lipothymique* avec pâleur.

Examen. — L'examen de l'abdomen est généralement impossible : le malade réagit fortement à toute pression, même douce, de l'hypocondre droit, mais l'on arrive cependant, par une palpation patiente, à localiser le point douloureux atroce, à la région vésiculaire.

Ce n'est qu'*au déclin* de la crise que l'on précisera mieux :

L'*état du foie :* souvent un peu gros ; de la *vésicule en général non perceptible* ; et les *points douloureux* cystique, vésiculaire, pancréatico-cholédocien, phrénique, scapulo-apexien. A dire vrai, la région vésiculaire est souvent la seule douloureuse, sans topographie aussi nette, et c'est déjà beaucoup pour le diagnostic.

Signes généraux. — La *température est souvent normale*, mais l'on ne sera pas étonné de voir le brusque clocher de la *fièvre hépatalgique* de Charcot. Suivant le terrain des individus, on peut voir des *sueurs profuses*, *de l'oligurie*, *des phénomènes convulsifs*. Du côté du cœur : on a signalé des manifestations du type angineux pouvant même individualiser une *forme angineuse de la colique hépatique*, et même, en cas de douleur tenace et prolongée, un galop droit.

Evolution. — 1. GUÉRISON. — Le plus souvent, la douleur évolue par alternation de mieux et de pire, pendant six à douze heures, et cesse brusquement, suivie de *polyurie*. Dès le lendemain, on recherchera : *a.* un *subictère* léger, souvent net aux seules conjonctives ; *b.* la présence de *calculs dans les selles*, soit petites pierres, soit boue biliaire. Le foie qui s'était dilaté revient en général à son volume normal.

2. COMPLICATIONS. — *c. Ictère.* — Toute la gamme des ictères par rétention est possible, depuis l'ictère franc ne durant que quelques jours, fréquent après les longues crises, jusqu'à l'ictère tenace traduisant l'obstruction calculeuse du cholédoque, avec tout ce qu'elle entraîne de menaces infectieuses et autres si l'on n'intervient pas chirurgicalement de façon opportune.

Formes cliniques. — I. *Colique vésiculaire.* — On lui attribue certains caractères particuliers : douleur plus sourde, à reprises ; troubles réflexes plus accentués avec état nauseux, sialorrhée ; vésicule perceptible, rénitente, arrondie ou globuleuse. En réalité, il semble que la vésicule ne reste pas étrangère à toutes les formes de colique hépatique.

II. *Formes frustes.* — Elles sont très fréquentes, à manifestations plutôt *pseudo-gastralgiques*, épisode paroxystique dans l'histoire de « l'estomac des biliaires ».

Diagnostic. — A. *Il est évident*, dans les *cas typiques*, et cela d'autant plus que le malade a eu, dans son passé lointain ou récent, des crises identiques suivies ou non de jaunisse.

B. *Il est discutable* SI C'EST LA PREMIÈRE CRISE, ou si le syndrome n'est pas au complet, posant la question des douleurs paroxystiques de la partie supéro-droite de l'abdomen.

C'est ainsi que l'on éliminera :

1. La crise douloureuse d'un *ulcus gastrique ou duodénal*, dont la douleur peut siéger à droite de la ligne médiane. Se baser sur le passé douloureux rythmé par les repas, les hématémèses ou le melæna, et ultérieurement, quand la douleur sera calmée, sur les signes radiologiques directs et indirects.
2. *La crise gastrique du tabes*, avec présence de signes tabétiques parfois frustes.
3. *La colique appendiculaire haute*, dont le point douloureux est tout de même moins nettement situé dans la région vésiculaire, et qui ne s'accompagne pas de passé lithiasique.
4. *La colique néphrétique*, plus postérieure et basse, avec ses irradiations aux organes génitaux, à la racine de la cuisse, son passé de lithiase urinaire, sa plus grande fréquence chez l'homme, l'absence de douleur vésiculaire et l'existence de points douloureux urétéraux.
5. *La colique saturnine* (profession, liséré de Burton, hypertension artérielle, etc.).
6. Beaucoup plus rarement : la *poussée de typhlite aiguë* ou même l'*obstruction intestinale*.

C. *La douleur étant rapportée aux voies biliaires, il peut être difficile de discerner une colique hépatique d'intensité moyenne et la douleur d'une cholécystite lithiasique.* Il s'agit d'ailleurs là d'un diagnostic qui voisine avec des discussions pathogéniques, et d'une question de degré dans les manifestations lithiasiques. Dans la cholécystite, on perçoit parfois une zone douloureuse, empâtée, ou au contraire une masse dure répondant à un ou plusieurs calculs. Le traitement d'urgence est le même : *la diète, la morphine et les compresses humides chaudes laudanisées ou la glace.*

Ultérieurement, et à distance de la bouffée douloureuse, on fera le point de la lithiase par la radioscopie des voies digestives, la radiographie des voies biliaires avant et après tétraiode, l'étude de la bile prélevée par tubage, orientant judicieusement le malade vers un traitement médical ou chirurgical.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La néphrose lipoïdique. Sa valeur nosologique, par MM. Houcke et Warembourg.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
CHRONIQUE
La cure sanatoriale à Briançon, par L. G.
CONGRÈS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — La première séance de l'épreuve orale du concours de l'internat en médecine est fixée au jeudi 8 octobre 1931, à 16 h. 45, à la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères.

GUERRE. — Service de santé. (Armée active.) — Liste nominative des médecins lieutenants qui doivent accomplir à l'Ecole d'application du Service de santé militaire un stage du 12 octobre 1931 au 5 mars 1932 (Service) :

MM. Abadie, Adrian, Albouze, Anthoine, Asperges, Auglas, Balay, Bastard, Baylot, Bertrand, Boisson, Boyer, Bru, Cantagrill, Cassignol, Cauvin, Cazalas, Cochard, Conze, Cornillet, Couderc, Counif, Dancenis, Danis, Delmas, Delvoye, Devy, Dhers, Dumond, Duran, Durand (E.), Durand (P.), Duroux, Duval, Escoubès, Faure, Favre, Fonteix, Froment, Fumaroli, Gabas, Gerbenne, Gillet, Groc, Guiguet, Hannequin, Hilaire, Huc, Jacquier, Jauze-Fredou, Jeanpierre, Joubert, Kerzreho, Lacombe, Lafargue, Lagrange, Lartigue, Laveau, Le Bihan, Lehmann, Long, Lubineau, Mahé, Malossane, Masson, Meyrueis, Millant, Millet, Montané, Moret, Morizet, Moroni, Mouliérac, Moutier, Nègre, Oiseau, Ormières, Pagès, Paléologue, Paraire, Paulus, Pérolini, Petiteau, Philibert, Ponsot, Portalier, Prat, Prost, Proust, Raffalli, Ratié, Revol, Rey, Rivet, Roumagnou, Rousseau, Rouvier, Roux, Rovegno, Senegas, Siegfried, Simon, Simonin, Solé, Stauffer, Surmely, Tarain, Thomas, Thomé, Thoulon, Tissandié, Tricault, Triffault, Tronyo, Valatx, Verrière.

Les officiers désignés ci-dessus devront se présenter à l'Ecole d'application du Service de santé militaire le 12 octobre 1931, à 8 h.; ils seront rayés à cette date des contrôles de leur hôpital.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. (Guerre.) — *Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Rone, Regaud.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Taste, Pérot, Meersmann, Guillermin, Hugenot, Layet, Roux, Breton, Desquené, Chalerie.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à titre posthume à M. le docteur Paul Sage, de la Tour-du-Pin (Isère), décédé victime de son dévouement.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante dans la catégorie des médecins, par suite du décès de M. le docteur Lortat-Jacob.

Les candidats ont un délai d'un mois, expirant le 15 octobre 1931, pour faire acte de candidature et exposer leurs titres, accompagnés d'un *curriculum vitæ*, au ministère de la Santé publique, 5e bureau de la direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 7, rue de Tilsitt.

SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert pour un poste de médecin adjoint au sanatorium de Tilleroyes, à Besançon (Doubs).

Adresser les demandes avant le 5 octobre, au ministère de la Santé publique (Direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une vive peine la mort du docteur Louis Goudard, ancien président de la Société médicale de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Châtelguyon après une courte maladie. Goudard était pour nous un bien vieux camarade, il avait été souvent un excellent collaborateur de la *Gazette des hôpitaux*. Tous ceux qui l'ont connu conserveront un souvenir ému de ce confrère dont la vie a été consacrée entièrement au travail et à son foyer. Nous prions tous les siens de recevoir l'expression de notre très profonde sympathie.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort

de Mme du Bouchet, femme de notre collègue et ami Ch. Winchester du Bouchet, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital américain à Paris, mère du docteur Marie du Bouchet-Laporte, belle-mère des docteurs Nadia Vilter du Bouchet et Antoine Laporte, auxquels nous adressons l'expression de nos condoléances bien vives. — Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Isaac Brühl, médecin honoraire des hôpitaux de Paris; du docteur Georges Veillard, décédé à l'Ile aux Moines (Morbihan), et du docteur Georges Ferry, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg, médecin capitaine de réserve, victime d'un accident d'avion au cours d'une période d'instruction.

CHRONIQUE

LA CURE SANATORIALE A BRIANÇON

Au mois d'octobre 1931 s'ouvrira, à Briançon, un sanatorium modèle : le Grand Hôtel des Neiges, qui permettra de réaliser la cure d'altitude combinée avec le régime hygiéno-diététique. Il sera réservé en principe aux femmes et aux jeunes filles.

Un établissement de ce genre, équipé de la façon la plus moderne, manquait dans cette région ensoleillée de Briançon, où les brouillards sont inconnus, et où il est remarquablement facile de s'abriter contre le vent.

L'Hôtel climatique des Neiges s'élève au milieu d'un grand parc de 32.000 mètres, à 1.350 mètres d'altitude. Il est situé à 1 kilomètre environ à l'ouest de la gare de Briançon, entre la route du Lautaret à Briançon et la route de Saint-Chaffray à Briançon, assez loin de ces deux routes, d'ailleurs parfaitement goudronnées, pour ne pas avoir à craindre les poussières.

Orienté en plein midi, très abrité, il jouit d'une vue splendide sur la vallée de la Durance. Sa situation privilégiée lui permet de profiter pleinement du climat merveilleux de cette haute vallée.

Le sanatorium lui-même comprend un bâtiment principal de cinq étages aux planchers insonores, reliés par des ascenseurs. Les chambres, au nombre de 126, sont munies de tout le confort moderne. Le plus grand nombre comporte des salles de bains et des water-closets privés. Chacune d'elles est précédée d'une terrasse de cure individuelle. Enfin, des chambres d'accompagnants sont prévues.

Les salons, hall, salle à manger sont vastes et ensoleillés. D'une façon générale, les architectes, MM. Joulie et Bissuel, ont banni tout luxe inutile et se sont attachés à donner aux malades le plus grand confort et la plus grande hygiène.

La partie médicale comprend des salles d'opérations, de radiographie, de stérilisation, un laboratoire, des chambres d'isolement, un solarium, etc.

Les services de désinfection et de blanchissage sont des plus complets.

La direction médicale sera assurée par M. le docteur Pin, assisté de Mme la doctoresse Pin-Sentis.

Un Comité consultatif, composé de M. le professeur Emile Sergent, de MM. les docteurs François Le Sourd et René Mignot, apportera son concours à la direction médicale.

Rappelons les principales indications de la cure à Briançon. Sont justiciables de la cure climatique à Briançon :

Les convalescentes de pleurésie.

Les sujets atteints de tuberculose ganglionnaire ou de tuberculose ganglio-hilaire.

Les sujets atteints de tuberculose au début.

Les tuberculeux communs, à prédominance fibreuse, apyrétiques, jeunes et résistants.

Ne seront pas envoyés à Briançon les sujets âgés, les grands nerveux, les malades dont le cœur est peu résistant, les tuberculeux porteurs de lésions bilatérales extensives et les sujets atteints de tuberculose évolutive fébrile.

L. G.

Renseignements généraux. — Briançon est relié quotidiennement, et pendant toute l'année, à Paris et à Lyon par un train rapide (voitures directes, couchettes 1re, 2e et 3e classes). Ce train part de Paris à 21 h., il arrive à Briançon à 12 h. Au retour, il part de Briançon à 17 h. 5, il arrive à Paris à 9 h. 5 le lendemain matin. Des relations par trains express existent encore avec Grenoble et Marseille par Veynes.

Enfin, pendant la belle saison, des autocars permettent de se rendre de Briançon à Grenoble (115 kilomètres) par le Lautaret et de Nice à Briançon et par la route des Alpes, vice versa et de Briançon à Turin (119 kilomètres).

Pendant la saison des sports d'hiver, de multiples distractions sont offertes aux hivernants.

Pour tous renseignements d'ordre médical, écrire au docteur Pin, à Briançon (Hautes-Alpes).

Pour les renseignements d'ordre matériel, prix de pension, etc., s'adresser à l'administration du Grand Hôtel des Neiges, à Briançon (Hautes-Alpes).

LE JEUDI 15 OCTOBRE 1931

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement salle des concours de l'Administration générale de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication de la fourniture d'*articles de coucher, linge, habillement et pansements* nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant l'année 1932.

Ladite fourniture, divisée en 88 lots, comprend les articles suivants : couvertures de laine, langes de laine et de coton, laine blanche, crin, plume, duvet, toiles diverses et étoffes de fil, cotonnades blanches et écrues, cotonnades de couleur, draperies, molleton, étoffes de laine et de laine et coton, toile imperméable caoutchoutée, bonneterie, chapellerie, sabots, chaussons, coton hydrophile et coton cardé, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin central des hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes jusqu'au vendredi 2 octobre 1931.

REVUE GÉNÉRALE

LA NÉPHROSE LIPOIDIQUE
SA VALEUR NOSOLOGIQUE

PAR MM.

HOUCKE, et WAREMBOURG,

Chef de clinique. Interne.

Travail de la Clinique médicale de l'hôpital de la Charité (Faculté de Lille), professeur Jean MINET.

LA NÉPHROSE LIPOIDIQUE

Historique. — Le mot néphrose a été employé pour la première fois en 1905 par Muller, qui désignait par là les formes de brightisme à gros rein blanc, avec albuminurie et œdèmes, par opposition aux néphrites à tendance hypertensive et azotémique répondant au petit rein rouge. La néphrose, pour Muller, tirait son individualité du caractère dégénératif, et non inflammatoire, des lésions rénales qui la conditionnent. Il s'agissait donc d'une entité anatomo-pathologique où prenaient place toutes les dégénérescences susceptibles de frapper l'épithélium rénal, qu'elles fussent nécrotique, amyloïde ou graisseuse.

Cette notion fut contestée par Aschoff, en raison de la difficulté qui existe à séparer d'une manière aussi catégorique dégénérescence et inflammation; et la néphrose tomba quelque peu dans l'oubli, jusqu'au jour où l'école allemande avec Volhard, Fahr, Munk, la remit en honneur, en décrivant le syndrome anatomo-clinique de la néphrose lipoïdique.

L'école américaine, avec Epstein surtout, puis Rabinovitch et Child, Kauffmann et Mason, Murphy et Warfield, fit de la néphrose lipoïdique une entité bien déterminée. Ils lui trouvèrent une autonomie clinique et biologique; et Epstein invoqua pour en expliquer l'existence, un mécanisme pathogénique sur lequel nous reviendrons.

En France, la notion de néphrose lipoïdique en tant que maladie isolée, n'a pas, jusqu'à présent, rencontré l'unanimité des suffrages qu'elle semble avoir recueillie en Allemagne et en Amérique.

Parmi les auteurs qui se sont occupés de la question, nous citerons MM. M. Labbé, Chabanier, Onell, Gallavardin, Harvier, Vedel, Ribadeau-Dumas, Bezançon, Merklen, Brulé, Achard, Lemierre, Lesné. Nous verrons combien diffèrent, sur ce point, leurs avis respectifs.

Définition. — Donner de la néphrose une définition exacte, n'est pas chose facile. Nous rapportons la dernière en date, exprimée par les auteurs belges Govaerts et Cordier, reprise par Chaumerliac : « On peut désigner sous le nom de néphrose lipoïdique, les variétés de néphropathie chronique qui se caractérisent cliniquement par l'abondance de l'albuminurie, l'absence ou l'extrême rareté de l'hématurie microscopique, la tendance prononcée aux œdèmes. Leur symptomatologie ne comprend ni hypertension, ni rétention uréique, ni lésion rétinienne, si ce n'est exceptionnellement et dans les périodes terminales. Leur évolution est très chronique, et leur pronostic relativement favorable. Elles correspondent anatomiquement à des altérations rénales surtout épithéliales se rapportant aux diverses variétés de dégénérescence.

Voyons comment les faits s'adaptent à cette définition.

Etiologie. — La néphrose lipoïdique apparaît avec une certaine fréquence chez l'enfant, mais on la rencontre aussi chez l'adulte jeune. Dans les antécédents des malades, on note parfois la tuberculose, parfois la syphilis (Labbé, Nepveux) ou diverses infections dont le rôle d'ailleurs est mal déterminé. Notons, à titre de curiosité, l'observation de Harvier où une néphrose survint chez un homme privé de viande depuis cinq ans.

Symptomatologie. — Cliniquement après une période de latence, apparaît l'œdème, tantôt généralisé d'emblée, tantôt lentement progressif. Dès ce moment, l'analyse des urines montre l'existence d'une grosse quantité d'albumine.

Insensiblement, l'affection arrive à la période d'état. Le malade se présente comme un œdémateux. Tantôt, il s'agit d'un véritable état d'anasarque, avec ascite, hydrothorax, parfois hydropéricarde. Parfois, les œdèmes sont plus discrets, n'infiltrent que les paupières, les chevilles, pour s'étendre ensuite suivant une évolution progressive. Ils sont blancs, prennent le godet, n'offrent de caractéristique que leur généralisation souvent étendue, leur mobilité, leur indifférence vis-à-vis des lois de la pesanteur, la fantaisie de leurs prédominances locales.

Examen des urines. — Le second symptôme essentiel de la maladie est l'albuminurie. C'est souvent une albuminurie massive, pouvant aller jusqu'à 60 grammes par litre (Volhard), oscillant fréquemment entre 20 et 30 grammes. Elle est constituée surtout par de la sérumalbumine (22 grammes de sérine pour 1 gramme de globuline dans le cas de Labbé et Nepveux) comme cela se voit dans les albuminuries, en général, en raison de la plus grande diffusibilité de la sérine. Knauer, toutefois, a noté un gros chiffre de globuline urinaire.

L'albuminurie des néphroses est sujette à des variations mal expliquées, nullement parallèles à l'évolution des œdèmes.

Le sédiment urinaire contient des leucocytes, des cylindres hyalins, pas de cylindres granuleux, s'il s'agit de néphrose pure. Mais le signe capital, que met en évidence l'examen microscopique des urines est la présence de corps biréfringents, considérés par Munk comme des cristaux de cholestérine, et que l'on rencontre, parfois très abondants, tantôt à l'état libre, tantôt inclus dans des cylindres hyalins. Nous reviendrons plus loin sur leur valeur diagnostique.

L'urine renferme encore, mais dans certains cas seulement, des graisses neutres, des acides gras (0.025 pour Labbé et Nepveux), de la cholestérine (0.021 pour les mêmes auteurs). Cette lipurie, lors-

qu'elle est abondante, peut donner à l'urine un aspect lactescent (Harvier, Bezançon).

A part ces troubles, les diverses fonctions rénales sont respectées dans la néphrose pure. On note parfois une légère oligurie dans la période de début : encore s'agit-il peut-être d'une poussée passagère de néphrite. Mais l'élimination de l'urée, des chlorures n'est pas modifiée. La constante d'Ambard est normale. L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine donne des chiffres satisfaisants.

L'élimination de l'ammoniaque que l'un de nous a montrée avec MM. Polonovski et Boulanger être très diminuée dans la néphrite œdémateuse, est ici au contraire normale ou exagérée (Magnus, Lévy); nous l'avons nous-mêmes vérifié dans un cas (0^g75 par vingt-quatre heures pour 0^g50 à 1 gramme normalement.

Examen du sang. — A l'examen du sang, les éléments figurés se révèlent peu modifiés. On note parfois une anémie modérée. Ebel et Kollert ont relevé une iso-agglutination des hématies et une grande rapidité de sédimentation des globules rouges, liée à une augmentation de fibrinogène.

C'est l'analyse chimique qui révèle les signes les plus importants.

Tout d'abord, le sérum est parfois lactescent. Cette propriété, rencontrée chez certains albuminuriques, avait été décrite déjà en 1896, par Widal et Sicard; Merklen y voit un excellent indice de néphrose. En fait, la lactescence du sérum, due à l'abondance des acides gras, se rencontre rarement en dehors de la néphrose lipoïdique, mis à part quelques cas de néphrite. Elle n'est pas liée obligatoirement, d'ailleurs, à la lipémie, qui existe souvent sans elle : d'où l'on conclut qu'un état physico-chimique spécial des graisses dans le sang est nécessaire à sa production.

Un signe constant de la néphrose lipoïdique est l'hyperlipidémie. Les acides gras, qui ne dépassent pas normalement 4 grammes par litre, atteignent ici 10,30, jusqu'à 60 grammes.

Le cholestérol est augmenté lui aussi. Comptant normalement 1^g30 par litre, il atteint fréquemment 2 ou 3 grammes, et parfois jusqu'à 15 et 20 grammes. Son augmentation, toutefois, est relativement moins élevée que celle des acides gras, de sorte que le coefficient lipocytique de Meyer et Schaeffer $\frac{\text{cholestérol}}{\text{acides gras}}$ dont la valeur normale est de 30, est souvent diminué ($11^{g}6$ pour Merklen). Parfois cependant le rapport est normal (Achard et Codounis). Les cas de dissociation complète entre le cholestérol et les acides gras, où par exemple on trouve le cholestérol diminué et les acides gras augmentés, sont exceptionnels; encore ne les a-t-on notés qu'en dehors de la néphrose vraie (observation II de Wahl, observation de de Gennes et Fouquet) de sorte que, pratiquement, reste vraie l'opinion de Widal, pour qui le cholestérol sanguin donne une mesure approximative des acides gras.

Récemment, on a noté également dans la néphrose une augmentation de l'insaponifiable X, corps qui ne se saponifie pas, et présente les mêmes caractères de solubilité que le cholestérol. Variant normalement de 0^g20 à 0^g50 par litre, il peut atteindre dans la néphrose jusqu'à 8 ou 9 grammes. Il nous a été donné de voir un malade à sérum lactescent, dont le cholestérol et les acides gras sanguins étaient normaux, mais qui avait une augmentation nette de son insaponifiable X : on voit l'importance que peut, dans certains cas, présenter ce dosage.

Le second trouble capital que manifeste le sérum dans les néphroses, concerne l'équilibre protéidique.

Le chiffre total des albumines, tout d'abord, est diminué; normalement de 70 grammes par litre environ, il peut descendre jusqu'à 30 grammes. Cette hypoalbuminémie, que les recherches récentes ont mise en évidence dans un grand nombre d'affections, est ici caractéristique, moins par sa présence que par son importance numérique, rarement atteinte en d'autres cas.

L'hypoprotéinémie n'est d'ailleurs nullement en rapport avec l'hydrémie, comme le montrent la quantité d'eau par litre de sérum et la numération des globules sanguins, l'une et l'autre peu modifiées.

Un autre signe de néphrose réside dans la diminution considérable du chiffre de la sérum-albumine, vis-à-vis de celui de la sérum-globuline, amenant une diminution, une inversion même dans le rapport de ces deux quantités.

Normalement, il existe dans le sérum 49 grammes de sérine pour 20 grammes de globuline, et le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ est de 2,45 environ. La sérine, dans la néphrose, peut s'abaisser jusqu'à 20 grammes, et parfois jusqu'à 6 ou même 4 grammes. Parfois, dans ces conditions, la globuline a un chiffre supérieur à la normale (30 grammes pour Labbé). Le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ diminue alors considérablement, s'inverse, tombant jusqu'à 0,60 ou 0,40.

Un autre trouble dans la composition des albumines a été récemment mis en évidence par Achard et Codounis : c'est la disparition, dans certains cas de néphrose, d'une globuline spéciale, décrite par Piettre, et appelée par lui la myxoprotéine.

Quant au fibrinogène (normalement 2 grammes), il a atteint 4 grammes par litre dans l'observation de Merklen.

La grosse diminution de la sérum-albumine dans le sang de la néphrose rend compte d'un autre phénomène important qui caractérise cette affection : la diminution de la pression osmotique des albumines plasmatiques. La pression osmotique de la sérine étant quatre fois plus élevée que celle de la globuline, comme l'a montré Govaerts, on comprend facilement que cette pression subisse dans la maladie d'Epstein un abaissement important ; de fait, au lieu du chiffre normal qui oscille entre 37 et 43 centimètres d'eau, on trouve, dans la néphrose, des valeurs qui varient entre 13 et 21.

Chez certains malades, le trouble des albumines sériques ne suit pas celui des lipides ; il existe une dissociation protéino-lipidique. Ainsi, un malade d'Achard avait dans le sang $14^{g}4$ de lipides, 3 grammes de cholestérol, 72 grammes d'albumines totales

et 45 grammes de sérine. Le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{lipide}}$ normalement de 8 environ, et très abaissé dans les cas complets de néphrose, était ici de 3,15. Cette dissociation protéino-lipidique se rencontrerait, d'après Codounis, soit au début de l'affection, soit plus tard dans son évolution : elle serait alors d'un pronostic favorable et annoncerait la guérison.

Il nous reste à étudier l'équilibre minéral du sang de ces malades : c'est là une question controversée, sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs. Nous nous contenterons, pour l'instant, de rapporter les résultats donnés par les divers auteurs.

La quantité de chlore sanguin par l. (normalement de 3,60) est en général peu modifiée : 3.05 pour Labbé, 3,7 pour Bezançon ; 3,07 pour Merklen. Le rapport $\frac{\text{Cl. globulaire}}{\text{Cl. plasmatique}}$ a été peu étudié ; dans les cas où on l'a mesuré, il s'est révélé normal.

Le sodium sanguin (normalement de 3,35) a donné des chiffres variables : 4,12 pour Labbé, 3,4 pour Bezançon, 3,06 pour Merklen. Ce qui fait pour le rapport $\frac{\text{Na}}{\text{Cl}}$ (normalement de 0,93) des valeurs tantôt supérieures au chiffre habituel (Labbé), tantôt voisines de ce chiffre (Merklen, Bezançon), le calcium (normalement 0,09) est tantôt abaissé (0,068 pour Merklen), tantôt voisin de la normale (0,09 pour Labbé). Il s'ensuit des modifications de l'équilibre minéral $\frac{\text{Na}}{\text{Ca}}$ (normalement aux environs de 37) et qui atteint 45 pour Labbé, 51 pour Merklen.

Le phosphore lipoïdique est augmenté (normalement 0,08 — 0,248 pour Merklen). Le taux de lécithine est également exagéré (normalement 2 grammes, Labbé ; 3g82 et 4g35, Merklen : 6,5). Le rapport $\frac{\text{P lipoïdique} \times 100}{\text{acides gras}}$ normalement de 1,2 est augmenté (1,6 pour Merklen). Le rapport $\frac{\text{lécithine}}{\text{acides gras}}$, normalement de 0,33, atteint 0,43 pour le même auteur.

Le chiffre d'urée sanguine n'est pas exagéré dans le cas de néphrose pure. L'azote total, l'azote résiduel du sérum n'offrent rien de remarquable.

Le métabolisme basal s'est trouvé diminué chez les malades de Bezançon, Merklen, Mason, Epstein avaient d'ailleurs apporté des résultats analogues, et des signes associés d'insuffisance thyroïdienne ont pu être décrits dans certains cas.

La glycémie, enfin, a été trouvée légèrement augmentée (1g33) pour de Toni.

Dans les exsudats et le liquide d'œdème, on note une faible teneur en albumine, avec égalité de la sérine et de la globuline et très peu de lipides (Achard et Codounis).

Tels sont, énumérés aussi complètement que possible, les signes cliniques et biologiques de la néphrose lipoïdique.

On conçoit qu'ils revêtent une inégale importance, et que, dans l'impossibilité où l'on se trouve de faire chez un malade toutes les recherches que nous avons relatées, il faille s'en tenir, pour établir un diagnostic, à quelques symptômes choisis parmi les plus importants : ils paraissent être les suivants :

L'œdème,
L'albuminurie massive,
L'augmentation du cholestérol et des acides gras du sang,
La diminution des protéides du sérum et l'inversion du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$,
La présence dans l'urine de corps biréfringents.

Évolution et pronostic. — Ainsi constituée, l'affection passe par des alternatives de rémission et de réveil, au cours desquelles on voit se modifier l'importance des œdèmes, le taux de l'albuminurie, le déséquilibre protéido-lipidique du sérum. Cette évolution, tantôt lente et chronique, tantôt étendue à quelques mois seulement, peut aboutir à la guérison sous l'effet d'un traitement approprié, ou même spontanément.

Dans d'autres cas, l'évolution se fait vers la néphrite, et le malade meurt comme un urémique ou un hypertendu. Ou bien encore, avant d'arriver à ce stade il est emporté par une affection intercurrente, souvent pneumococcique, comme l'ont remarqué Achard et Codounis.

Dans toutes ces éventualités, la néphrose fait figure d'affection autonome, occupant le premier plan du tableau clinique. Nous verrons quand nous envisagerons ses rapports avec les autres néphropathies comment elle peut constituer un syndrome passager, simple accident temporaire, au cours d'une autre affection rénale.

Formes cliniques. — A côté du type que nous venons de décrire, on pourrait noter quelques formes cliniques. Nous n'insisterons pas sur ce point, que nous avons en réalité traité chemin faisant. Il est superflu de revenir sur les variétés évolutives, incomplètes (sans trouble albuminémique). Nous décrirons dans un autre chapitre les formes associées.

Nous voudrions seulement insister sur certains cas récemment mis en lumière (Carrière, Boulanger et Cuvelier) où les œdèmes, le déséquilibre protéido-lipidique du sérum, la présence de corps biréfringents urinaires ne s'accompagnent pas d'albuminurie. Il ne s'agit pas là à proprement parler de néphrose lipoïdique dont l'albuminurie constitue un signe essentiel ; pourtant de tels cas lui sont très assimilables, et prennent dans la discussion des faits une importance capitale, comme nous le verrons plus loin.

Tel est le tableau clinique de la néphrose lipoïdique.

Sur quelle base anatomique repose-t-il ?

Anatomie pathologique. — A l'examen nécropsique, on constate que les reins sont augmentés de volume et de poids (200, 300 grammes), qu'ils sont pâles, mous, recouverts d'une capsule peu adhérente, offrant en un mot l'aspect typique du gros rein blanc.

L'évolution ne se fait vers le petit rein rouge que lorsqu'un processus de néphrite se surajoute à la néphrose.

Histologiquement, on constate un maximum net des lésions au niveau du tube contourné, surtout à sa partie terminale. Elles consistent en une infiltration de graisses neutres et de lipoïdes des cellules glandulaires, qui prennent, de ce fait, un aspect clair caractéristique. Govaerts et Cordier ont décrit une infiltration du tissu interstitiel par de la graisse et des lipoïdes biréfringents. L'appareil glomérulaire est peu touché dans ces cas purs.

Cette description donnée par les auteurs allemands a été vérifiée en France par Oberlin, chez la malade de Bezançon.

Pathogénie. — La pathogénie de la néphrose lipoïdique a donné lieu à de nombreuses hypothèses.

Munk admet une altération physico-chimique de tous les colloïdes, provoquant une hydrophilie exagérée des tissus. Le déséquilibre protéidique du sérum, témoin de ce remaniement colloïdal, déterminerait une floculation des lipoïdes et leur élimination par le rein. Cette hypothèse ne repose sur aucun fondement et nous ne la rappelons que pour mémoire.

Epstein en 1917 proposa l'explication suivante : le trouble humoral primitif réside dans l'hypercholestérinémie et la modification du quotient albumineux du plasma. Il s'ensuit de l'albuminurie et secondairement des lésions rénales. Il s'agit ainsi, en quelque sorte, d'un « diabète albumineux », et, en tout cas, d'un trouble primitif du métabolisme humoral, avec retentissement secondaire sur le rein. Pour le mécanisme de la production de l'œdème, Epstein invoqua l'abaissement de la pression osmotique des protéines lié à la diminution de la sérine plasmatique, suivant les travaux de Starling, de Krogh et de Bayliss sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre ici.

Govaerts envisage les choses un peu différemment. L'albuminurie est pour lui le phénomène initial; elle serait due à une altération primitive des capillaires glomérulaires et intertubulaires. Ceux-ci laisseraient filtrer les albumines à poids moléculaire faible : la sérine, et retiendraient la globuline et la fibrine, à poids moléculaire élevé. Cette altération des capillaires serait due à une cause toxique, responsable également, et en même temps, de l'hypercholestérolémie. Le cholestérol serait éliminé au niveau des anses glomérulaires et résorbé par les cellules des tubes contournés : celles-ci seraient ainsi le siège non pas d'une dégénérescence, mais d'une surcharge graisseuse et lipoïdique, ce qui expliquerait la possibilité de la guérison clinique, parfois notée.

L'hypothèse de Govaerts est séduisante, mais repose peut-être sur des bases fragiles. Quelle serait cette cause toxique spéciale qui donnerait naissance au tableau si particulier de la néphrose, alors que tant d'intoxications qui lèsent avec fréquence le rein, ne produisent aucun trouble analogue?...

Pourquoi, d'autre part, cette cause toxique entraînerait-elle une augmentation de la perméabilité des capillaires rénaux? Autant de questions auxquelles il paraît difficile de répondre. D'autre part, les modifications des albumines sériques ne sont pas constituées uniquement par la fuite de la sérine. N'avons-nous pas vu la disparition dans le sang de la néphrose de la myxoprotéine qui est une globuline?

Il y a, en plus de la perte de la sérine par l'urine, des modifications protéiques humorales que n'explique pas l'hypothèse de Govaerts.

Enfin, n'avons-nous pas vu qu'on vient de décrire récemment des cas d'œdèmes cryptogéniques où le syndrome humoral de la maladie d'Epstein se trouvait rassemblé au complet, exception faite toutefois de l'albuminurie complètement absente. Ces faits ruinent l'hypothèse de l'albuminurie primum movens des troubles humoraux dans la néphrose.

Pour Achard enfin, lipides et albumines du sang constitueraient un complexe lipoprotéique dont la dislocation dans la néphrose lipoïdique serait cause des œdèmes. Les lois de Meyer et Shaeffer sur le rapport $\frac{\text{cholestérol}}{\text{acides gras}}$, et la correspondance de l'indice lipémique à l'importance des œdèmes, conserveraient pour lui toute leur valeur dans cette affection.

Si, apparemment, les faits paraissent peu en accord avec cette opinion, si les rapports $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ et surtout $\frac{\text{cholestérol}}{\text{acides gras}}$ ne semblent pas parallèles à l'évolution des œdèmes, c'est que, dans les analyses pratiquées, on ne peut distinguer les graisses de surcharge, de celles qui sont intimement unies aux protéines et forment avec elles le complexe régisseur de l'hydrophilie tissulaire.

En vertu de ces considérations, voici comment Achard expliquait en 1919 la néphrose lipoïdique : une cause inconnue augmente la concentration des lipoïdes dans le sang et lèse légèrement les glomérules. Il s'ensuit une fuite de la sérumalbumine. Le complexe lipo-protéique s'en trouve disloqué : les lipoïdes floculent dans le plasma, et vont encombrer les cellules tubulaires et le tissu intertubulaire des reins. En fait, le mécanisme des œdèmes n'est pas essentiellement différent de celui que l'on invoque pour la néphrite hydropigène : seul le déséquilibre des lipoïdes donne à la néphrose son cachet particulier.

Ces hypothèses sont des plus séduisantes. Certains faits expérimentaux viennent à leur appui : ainsi Machebeuf a montré qu'un mélange de cholestérine et de lécithine, qui flocule quand il est pur, devient stable en présence d'albumine; Barker et Kirk, soumettant des chiens à la saignée plasmatique, ont vu se produire des lésions rénales et de l'hypercholestérinémie. D'autre part la présence de dépôts lipoïdiques uniquement dans le tissu rénal impose au premier abord la notion d'un processus rénal primitif.

Pourtant on peut relever contre la thèse d'Achard comme contre celle de Govaerts la notion d'un

trouble primitif des albumines du sérum, dont est témoin la disparition de la myxoprotéine, de même que l'existence de syndromes proches de la néphrose, mais sans albuminurie.

Tous ces faits inclinent à penser que le processus initial est plutôt d'ordre humoral, que, sous l'effet de causes indéterminées, il se produit un bouleversement du milieu intérieur, au cours duquel le complexe lipoprotéique se trouve disloqué, et que, secondairement, apparaissent les troubles urinaires, liés aux nouvelles conditions de travail auxquelles le rein est assujetti.

Traitement. — Enfin, pour ce qui est du traitement, on peut émettre les règles suivantes :

1° Réduction du chlorure de sodium. M. Labbé a, en effet, montré l'importance de cette pratique dans la néphrose pour la diminution des œdèmes.

2° Régime hyperalbumineux et pauvre en graisses. C'est la conclusion directe que l'on tire de l'état humoral des malades. On donnera de 2 à 4 grammes de protéine par kilogramme corporel, en surveillant de près l'évolution de l'urée, et l'on réduira le plus possible les graisses alimentaires.

Comme le fait remarquer Chaumerliac, le régime hyperalbumineux a encore l'avantage d'apporter à l'organisme de nombreux ions K. qui, d'après les travaux de Blum, tendent à déplacer les ions Na. et à réduire l'œdème.

3° Le traitement thyroïdien préconisé par Epstein pour empêcher la destruction des albumines est particulièrement de mise, quand il y a diminution du métabolisme basal. On donnera des doses croissantes, allant de 0g10 à 1 gramme par jour d'extrait thyroïdien.

Les résultats ont été variables.

Ribadeau-Dumas, Lévy, Chabrun ont rapporté, en 1928, chez un enfant la disparition, par l'extrait thyroïdien et le régime hyperalbumineux, d'un œdème qui avait résisté à toutes les autres méthodes de traitement.

Déjà, l'année précédente, Ribadeau-Dumas avait guéri par le régime carné un enfant de trois ans, œdémateux, soumis antérieurement à un régime hydrocarboné strict, et un second souffrant d'eczéma généralisé ; l'un et l'autre présentaient des troubles importants de la protéinémie.

Lesné a publié deux observations analogues de néphroses guéries par le régime déchloruré et l'extrait thyroïdien. Chabanier rapporte un cas où, sous l'action du régime hyperalbumineux et de la thyroïdine, non seulement les œdèmes et l'albuminurie disparurent mais encore les protéines plasmatiques passèrent de 58 à 72, le rapport de 0.76 à 1.48, la pression osmotique de 26 à 37, la cholestérine de 2.5 à 1.85.

Merklen décrit un cas de guérison clinique, avec disparition des œdèmes, mais sans rétablissement de l'équilibre humoral. Enfin Achard, Bariéty et Codounis viennent de rapporter deux observations de rémissions des syndromes clinique et biologique tellement prolongées, qu'on peut parler de guérison.

Par contre, M. Labbé, Lemierre, Vedel ont constaté chez leurs malades l'échec complet du traitement préconisé, susceptible seulement de créer ou d'exagérer l'urémie. M. Labbé a insisté sur l'action dans la néphrose lipoïdique du régime déchloruré et du chlorure de calcium, qui seuls lui ont donné de bons résultats.

VALEUR NOSOLOGIQUE DE LA NÉPHROSE

Nous venons d'étudier, d'une manière aussi complète que possible, la néphrose lipoïdique. Il est évident qu'elle répond à une réalité, et, sur ce point, tout le monde est d'accord. Mais les divergences se font jour, quand il s'agit de déterminer son importance et son autonomie. Comme nous l'avons vu, les Allemands et les Américains reconnaissent cette autonomie. Ils attribuent à la néphrose un tableau clinique, des lésions anatomiques, un mécanisme physio-pathologique, qui en font une entité définie. En France, l'accord est loin d'être aussi général. Si Ribadeau-Dumas, Chabanier inclinent à faire de la néphrose une maladie spéciale, Bezançon, Merklen, M. Labbé lui dénient, au contraire, cette qualité et ne la considèrent que comme un élément surajouté.

C'est dans l'étude des rapports de la néphrose avec les autres néphropathies, dans l'analyse critique des différents signes de la maladie d'Epstein, dans la possibilité de leur rencontre au cours d'autres affections, que nous pouvons puiser les éléments d'appréciation du problème : c'est ce que nous allons faire maintenant.

Rapports avec la néphrite. — Et tout d'abord, quels sont les rapports de la néphrose avec la néphrite? L'une et l'autre coïncident fréquemment. Volhard, Munk, Epstein l'avaient déjà signalé. Dans de nombreuses observations de néphrose, dit Chabanier, on relève des signes de néphrite, on note de la céphalée, des douleurs lombaires, les urines sont foncées, peu abondantes, renferment des cylindres granuleux ; il existe des troubles visuels ; l'Ambard est augmenté (Chabanier), l'élimination de la P. S. P. est compromise (Gallavardin) ; il existe de l'hypertension (Harvier), de l'azotémie (Bezançon). M. Labbé, Grossmann insistent sur cette intrication des deux maladies.

Dans tous ces cas, on se trouve en présence d'un état de fait, où l'on ne peut discriminer qui, de l'une ou l'autre affection, a débuté dans l'histoire du malade. Il n'en est pas toujours ainsi.

Parfois, une maladie d'Epstein, d'abord pure, évoluera ensuite vers la néphrite : tel le malade de Labbé et Nepveux, où l'on voit une néphrose se compliquer à la phase terminale d'hypertension et d'azotémie, et la mort survenir dans l'urémie.

Dans d'autres cas, c'est le syndrome de néphrose qui est secondaire : tel le cas de Lesne, Marquezy et Robert Wallich, où des désordres humoraux caractéristiques surviennent au cours d'un mal de Bright, et évoluent, dans la suite, parallèlement à lui.

Nous décrirons, pour terminer, les nombreux cas de néphrite où se retrouvent, plus ou moins nom-

breux, certains des signes de la néphrose lipoïdique.

Govaerts a montré que la néphrite œdémateuse hydropigène s'accompagnait fréquemment d'une diminution de la pression osmatique des protéines du plasma, diminution rapportée par l'auteur, d'une part à l'hydrémie, d'autre part à une inversion du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$. La néphrite simple est donc susceptible de s'accompagner de troubles dans l'équilibre protéidique de sérum.

Les modifications de l'équilibre lipidique ne sont pas moins fréquentes.

En ce qui concerne le cholestérol, Gavrila, reprenant récemment les recherches de Chauffard, Guy Laroche et Grigaut, montre que, dans la néphrite chronique, l'hypercholestérolémie s'observe dans 89 p. 100 des cas, peut atteindre jusqu'à 15 grammes, n'affecte aucun rapport avec l'urémie, la chlorurémie ou l'hypertension artérielle, mais semble suivre de plus près l'évolution de l'albuminurie.

L'augmentation des acides gras est moins nette, en général, que l'hypercholestérolémie, et Achard trouve en effet, dans la néphrite œdémateuse, une élévation du rapport $\frac{\text{cholestérine}}{\text{acides gras}}$: nous avons indiqué d'ailleurs comment il explique cette dissociation entre la néphrite et la néphrose. Il existe toutefois des cas où l'hyperlipémie, dans le mal de Bright, est importante. Widal, déjà, avait insisté sur la lactescence du sérum dans la néphrite, depuis on a souvent trouvé une forte augmentation de graisses sanguines dans cette affection : récemment encore, de Gennes et Fouquet rapportaient une observation de néphrite chronique sans œdèmes, où les lipides atteignaient 10.8 et le cholestérol 0.16, entraînant une diminution du rapport $\frac{\text{cholestérol}}{\text{acides gras}}$. Notons d'ailleurs que, dans cette observation, l'équilibre protéidique n'était pas troublé. C'est qu'en effet, dans tous ces cas, les différents signes surajoutés de néphrose se trouvent disséminés chez les malades différents et non réunis chez le même sujet : et, d'autre part, un signe capital sépare ces faits des associations vraies de l'une et l'autre affection : c'est l'absence de cristaux biréfringents urinaires sur lesquels nous reviendrons.

Rapports avec l'amylose. — Il est une autre néphropathie suceptible de contracter des relations avec la néphrose lipoïdique : c'est l'amylose rénale. M. Labbé et Boulin ont rapporté deux cas d'association de néphrose lipoïdique et d'amylose rénale où, à côté d'un ayndrome de dégénérescence amyloïde polyviscérale, existaient une réduction des albumines du sérum, une diminution du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$, un excès de cholestérol et de graisses sanguines, des corps biréfringents dans l'urine. L'une de ces observations est particulièrement suggestive : la maladie, en effet, y évolua en deux stades : dans une première période, on nota la coexistence de signes de maladie d'Epstein et d'amylose. Puis les symptômes de néphrose, en particulier l'hyperlipidémie, disparurent, tandis que s'établissait une néphrite azotémique : la néphrose lipoïdique, dans ce cas, avait constitué une association essentiellement transitoire.

Nous-mêmes avons rapporté récemment une observation où se surajoutaient les deux syndromes, le déséquilibre protéido-lipidique du sang et la présence de corps biréfringents urinaires s'associant à une amylose polyviscérale typique.

Achard, enfin, à la Société anatomique, vient de publier une coexistence de néphrite, néphrose et amylose.

Le cas de Merklen et Aron est un peu différent, où l'on voit, associée à un syndrome d'amylose, une augmentation de la cholestérine, des acides gras, de l'insaponifiable X, mais sans gros troubles de l'équilibre protéidique, ni présence de cristaux biréfringents urinaires. Ce cas est du même ordre que ceux où nous avons vu l'hyperlipémie isolée s'ajouter à la néphrite : il s'agit, non plus d'une association de deux maladies, mais d'un terme de passage de l'une à l'autre.

Il ne faudrait pas croire, d'ailleurs, que ces troubles du métabolisme se rencontrent obligatoirement dans la maladie amyloïde. Brulé vient de rapporter deux cas d'amylose où existait non une augmentation, mais au contraire une diminution du cholestérol et des acides gras sanguins.

Ainsi donc, la néphrose lipoïdique nous apparaît susceptible de compliquer la néphrite ou l'amylose rénale, ou d'être compliquée par elles. Fait plus important, elle peut ne constituer, au cours de ces affections, qu'un épisode éphémère : nous verrons l'importance qu'attachent à ce fait certains auteurs.

Tests de la néphrose. — La possibilité d'être rencontrés dans d'autres maladies enlève-t-elle aux symptômes de la néphrose leur valeur diagnostique ? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

Que faut-il penser tout d'abord du déséquilibre protéidique du sérum ? Nous avons vu qu'on rencontre l'hypoalbuminémie et l'inversion du quotient dans la néphrite, dans l'amylose rénale. Les recherches récentes en ont montré l'existence dans bien d'autres affections. Abrahmi et Wallich les ont notées dans la cirrhose du foie, Achard et Bariéty dans la tuberculose pulmonaire. Le désordre protéidique est donc loin de pouvoir suffire à caractériser la néphrose ; tout au plus l'intensité de l'hypoalbuminémie et de l'hyposérinémie peut-elle lui être attribuée en propre. D'ailleurs, comme nous l'avons vu, certains cas de néphrose vraie s'accompagnent d'une protéinémie normale.

Les troubles de l'équilibre sanguin lipidique présentent-ils une individualité mieux marquée ?

Sans insister sur les troubles de la cholestérolémie dans les infections, les intoxications, les maladies du foie et des voies biliaires, le diabète, nous avons vu que le cholestérol et les acides gras, l'insaponifiable X peuvent se trouver augmentés dans d'autres affections que la néphrose ; néphrite et dégénérescence amyloïde surtout. Là non plus, par conséquent, nous ne trouvons, pour déterminer la maladie d'Epstein, un test certain.

Reste un dernier signe important : la présence de corps biréfringents dans l'urine. Certains auteurs américains les auraient trouvés dans la néphrite chronique, Pick dans des cas de pyélite, de cystite ou de prostatite.

En réalité, chez plus de 1.500 sujets, Codounis n'a jamais rencontré ce symptôme en dehors de la néphrose et nous avons toutes raisons de croire qu'il constitue un excellent signe de cette affection, à tel point qu'associé à la cholestérolémie, il suffirait, d'après Codounis, à diagnostiquer la néphrose lipoïdique, en l'absence d'examens complémentaires.

De ces considérations, nous pouvons conclure que la réunion des divers éléments du syndrome, associée à la valeur quasi pathognomonique des corps biréfringents urinaires, permet d'attribuer à la maladie d'Epstein un test biologique particulier.

Nous passons rapidement sur la pauvreté de ses tests cliniques, l'œdème et l'albuminurie étant évidemment trop communs pour caractériser une affection.

Quant au test anatomique constitué par l'infiltration lipoïdique de l'épithélium rénal, il présente une grosse valeur, mais s'est révélé inconstant. Des syndromes classiques de néphrose n'ont pas montré, à l'autopsie, de lésions rénales particulières ; on comprend d'ailleurs aisément de tels faits, si l'on se rappelle le caractère parfois transitoire de la néphrose lipoïdique et l'état obligatoirement éphémère des lésions que doit présenter le rein en pareil cas.

Un test thérapeutique enfin pourrait être invoqué, lorsque, à l'exclusion de tout autre traitement, le régime hyperalbumineux et la thyroïdine font régresser les troubles.

Nosologie de la néphrose. — Nous venons, en somme, de résumer les arguments de nature à fixer dans le cadre nosologique la place de la néphrose lipoïdique.

Pour certains auteurs, cette place doit être celle d'une maladie autonome. Ainsi pensent Epstein et Mason en Amérique, Lohlein en Allemagne, Ribadeau-Dumas et Chabanier en France. La néphrose a pour ces auteurs la valeur d'une entité morbide déterminée. Elle a son syndrome biologique propre, que nous avons défini. Elle est marquée à l'autopsie par des lésions spéciales. Les œdèmes qui l'accompagnent s'expliquent suivant une pathogénie différente de celle que reconnaît l'hydropisie due à la néphrite ou à toute autre cause. L'essence même de l'affection, trouble primitif du métabolisme, avec retentissement rénal secondaire, l'écarte des états voisins, de la néphrite en particulier, affection primitivement rénale. Enfin, pour isoler la maladie, n'y trouve-t-on pas jusqu'à une thérapeutique spécifique seule capable, dans certains cas, d'entraîner la guérison.

A cette conception s'oppose celle de nombreux auteurs français, en particulier de M. Labbé, Bezançon, Merklen.

Pour eux, la néphrose lipoïdique ne constitue nullement une maladie particulière. Elle résulte seulement d'un ensemble de signes biologiques susceptibles de s'associer à une néphropathie quelconque. En ce sens militent les faits de combinaison de néphrose et de néphrite ou d'amylose, surtout ceux où l'association de la néphrose s'avère passagère et accidentelle.

M. Labbé, d'ailleurs, ne se contente pas de nier l'autonomie de la néphrose lipoïdique ; il se demande si les éléments, associés par elle aux affections qu'elle complique, ont une grosse importance dans la pathogénie des troubles, surtout de l'œdème, présentés par les malades. Dans plusieurs de ces cas de néphrose, comme nous l'avons vu, il met en évidence des troubles de l'équilibre minéral analogues à ceux observés dans la néphrite hydropigène : et il se demande si ces modifications ne suffisent pas à expliquer la production des œdèmes. Dans les mêmes cas, l'action du régime déchloruré et du chlorure de calcium, l'échec, au contraire, du régime hyperalbumineux et de l'extrait de thyroïde semblent venir confirmer cette opinion.

Contre celle-ci, pourtant, quelques faits sont à relever. Tout d'abord, il existe indiscutablement des cas de néphrite sans déséquilibre minéro-minéral, au cours desquels on ne peut donc invoquer, comme pour la néphrite œdémateuse, la seule intervention de la rétention rénale, suivant les lois de Widal et les travaux de Blum. Dans certains cas mêmes, voisins de la néphrose, et qui méritent d'en faire partie intégrante, tout trouble rénal important disparaît avec l'albuminurie, et l'on voit s'imposer de manière encore plus formelle, l'idée que la néphrose lipoïdique tire son origine d'un trouble humoral primitif, qui ne retentira qu'ensuite sur le rein. Le résultat exclusif, chez certains malades, d'un traitement quasi spécifique, vient encore fortifier cette façon de voir.

Que dans d'autres cas, la néphrose lipoïdique s'associe à des affections voisines comme la néphrite et l'amylose, que même parfois elle ne joue dans le tableau clinique qu'un rôle secondaire, le fait est abondamment démontré. L'importance que joue alors l'élément néphrose dans le complexe clinique est bien difficile à apprécier ; il est sans doute variable, suivant les cas, et certainement d'ordre secondaire, comme le pense M. Labbé, chez certains malades.

Conclusion. — En fait, il est bon d'adopter une opinion éclectique. Sans doute, il est des cas où la néphrose s'associe à titre de complication secondaire à diverses néphropathies ; son rôle alors est évidemment restreint, et il ne faudrait pas lui attribuer une importance que seuls revendiquent dans de telles conditions, le facteur de rétention rénale et le déséquilibre minéral.

Mais il faut bien avouer que, chez d'autres malades, la néphrose lipoïdique fait beaucoup plus figure d'affection autonome, possède des tests biologiques de haute valeur, impose l'idée d'une pathogénie des troubles nettement différente de ce que l'on voit dans la néphrite, guérit par un traitement qui lui est exclusivement approprié : dans ces conditions, et pour ces cas seulement, on ne peut s'em-

pêcher d'attribuer à la néphrose la valeur d'une entité morbide véritable.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMI et WALLICH. *Soc. de biol.*, 1929.
ACHARD, CACHERA et CODOUNIS. Troubles humoraux dans un cas d'anasarque sans néphrite, *Acad. de méd.*, fév. 1931.
ACHARD, BARIÉTY et CODOUNIS. Deux cas de néphrose lipoïdique avec rémission prolongée, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mars 1931.
ACHARD et ARCAND. Rapport entre les protéides et les lipides dans le sérum, *Soc. de biol.*, déc. 1929.
ACHARD et BARIÉTY. *Presse méd.*, nov. 1929.
ACHARD et CODOUNIS. Quelques cas de néphrose lipoïdique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930.
ACHARD, M. BARIÉTY, A. CODOUNIS et G. DESBUCQUOIS. Association de néphrite, néphrose et amylose, *Ann. d'anat. pathol.*, 1931, t. VIII, n° 3, p. 201.
BARKER et KIRK. Experimental œdema in dogs, *Arch. of intern. med.*, mars 1930.
BERGLUND. *Proc. Soc. exper. biol. e med.*, 1926-1927, t. XXIV, p. 528.
BEZANÇON, WAHL et GUILLAUMIN. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, déc. 1928.
BOX. *Brit. med. Journ.*, 1920, t. I, p. 494.
BRULÉ, LAUDAT, LENÈGRE et BARBAT. Etude chimique du sang dans un cas d'amylose rénale, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930 et 1931.
CARRIÈRE, BOULANGER et CUVELIER. Sur un cas d'anasarque cryptogénétique, *Acad. de méd.*, avril 1931.
CHABANIER. *Bull. Arch. de méd.*, 1927, p. 1612; — *Soc. franç. d'urol.*, 19 déc. 1927; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1929.
CHABANIER, LEBERT et LOBO-ONELL. *Acad. de méd.*, juillet 1927.
CHAUMERLIAC. La néphrose lipoïdique, *Journ. méd. franç.*, juin 1930.
CHRISTIAN. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1920, t. LXXIV.
CLIFFORD ALBUTT. *Brit. med. Journ.*, 1918, t. II, p. 395.
CODOUNIS. Diagnostic et pronostic de la néphrose lipoïdique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930.
DE GENNES et FOUQUET. Néphrite avec hyperlipidémie, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930.
DE TONI. *Minerva med.*, 1928, t. VIII, n° 2.
EPSTEIN. *Amer. Journ. med. sciences*, 1922, t. CLXIII, p. 167.
FAHR et SWENSON. *Arch. int. med.*, t. XXXVIII, p. 510.
FAURE-BEAULIEU et THOYER. *Journ. de diététique*, nov. 1928.
GALLAVARDIN, DEBRÉ et JOSSERAND. *Journ. de méd. de Lyon*, nov. 1927.
GAVRILA et BERARIN. Cholestérine et néphrites chroniques, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juin 1928, p. 645.
GEYELIN. *Progrès méd.*, déc. 1920.
GROSSMANN. *Wiener klin. Woch.*, 1928, n° 13.
HARVIER. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1928.
HOUCKE et WAREMBOURG. Signes de néphrose lipoïdique dans un cas d'amylose polyviscérale, *Soc. méd. des hôpit. de Lille*, avril 1931.
KEITH et BANNICK. *Journ. amer. med. Assoc.*, déc. 1928.
LABBÉ, NEPVEUX et DREYFUS. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, avril 1929.
LABBÉ et NEPVEUX. *Ann. de méd.*, mai 1929.
LABBÉ, NEPVEUX, DREYFUS et YUNG. Sur un cas de néphrose lipoïdique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, janv. 1929.



LABBÉ, BOULIN, AZERAD et JUSTIN-BESANÇON. Néphrite chez un tuberculeux et néphrose lipoïdique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mai 1930.
LABBÉ et BOULIN. Amylose rénale et néphrose, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mars 1931.
LABBÉ et NEPVEUX. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juillet 1927.
LABBÉ, BOULIN, AZERAD et JUSTIN-BESANÇON. Dégénérescence amyloïde et néphrose, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1929.
LABBÉ, NEPVEUX, DREYFUS et YUNG. Evolution comparée des œdèmes de la néphrose et de la néphrite hydropigène, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1929.
LABBÉ, BITH et LAUDAT. Néphrose lipoïdique chez un enfant, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930.
LEMIERRE, LAUDAT, RUDOLF et CATTAN. Sur un cas de néphrose lipoïdique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mai 1930.
LESNÉ, MARQUÉZY et WALLICH. Syndrome de néphrose consécutif à une néphrite chronique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930; — Deux cas de néphrose chez de jeunes enfants, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930.
LINDER, LUNDSGAERD et VAN SLYKE. *Journ. experim. med.*, 1924, t. XXXIX, p. 887.
MAC CAY. *Ind. Journ. med. Res.*, 1919, t. LIV.
MERKLEN, LEBRETON et KAHN. Sur un cas de néphrose lipoïdique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, fév. 1929.
MERKLEN et ARON. Amylose rénale pure avec troubles lipidémiques et protéidémiques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1929.
MUNK. Ueber lipoid degeneration, *Virch. Arch.*, 1908, t. CXCIV, p. 527.
NEWSBURG et MARSH. *Arch. int. de méd.*, 1925, t. XXXIV, p. 682.
PETERS. *Journ. amer. dietetic*, 1926-1927, A II, p. 137.
POLONOVSKI, BOULANGER et WAREMBOURG. Dysrégulation ammoniacale dans les néphrites, *C. R. de la Soc. de biol.*, avril 1929.
RABINOVITCH. *Arch. intern. de méd.*, 1923, t. XXXII, p. 758.
RIBADEAU-DUMAS et LÉVY. Protéines du sérum dans l'eczéma du nourrisson, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, janv. 1928; — Anasarque d'origine alimentaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juillet 1927.
RIBADEAU-DUMAS, LÉVY et CHABRUN. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juillet 1928.
SYMES. *Brit. med. Journ.*, 1920, t. I, p. 494.
VEDEL, VIDAL et FAYOT. *Presse méd.*, mai 1928.
VOLHARD et FAHR. *Die Brightsche Nierenkrankheiten*, Springer, Berlin 1914.
WIDAL, WEILL et LAUDAT. Lipémie des brightiques, *Semaine méd.*, nov. 1912.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE 1931)

La mission du *Pourquoi-Pas* au Scoresby-Sund. — Le commandant CHARCOT rend compte de la mission de préparation qu'il vient d'accomplir en vue de l'année polaire 1932-1933, placée sous le haut patronage de l'Académie. Avec la collaboration du professeur Mercanton (de Lausanne), de M. Garin et de M. Serène, il a pu commencer la construction de la station basse et ceux de la station d'altitude, de telle sorte que les membres de la mission de l'année polaire pourront commencer leurs observations dès leur arrivée en 1932.

CONGRÈS

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 74, p. 1394.) — **Le cancer.** — COMMUNICATIONS. — M. le docteur Korteweg (d'Amsterdam) : Le cancer.

M. le docteur J. M. Hoogland (d'Amsterdam) : Le cancer.

M. le docteur Aractingi (de Damas) : Sur le traitement du cancer dans la médecine arabe.

M. le professeur Pelczar et Kotoszynski E. (de Vilno) : Le thrombocyte dans le cancer expérimental.

MM. les professeurs Pelczar et Hofbauer : L'alexine et le cancer.

La psittacose. — COMMUNICATION. — M. le professeur Verge (d'Alfort).

L'anaphylaxie. — COMMUNICATIONS. — M. le professeur L. K. Wolff (d'Utrecht) : Anaphylaxie.

M. le professeur D. Storm van Leuwen (de Leyde) : Anaphylaxie.

M. le docteur G. Koepsenberg (de Groningen) : Anaphylaxie.

Sujets divers. — M. le docteur Jeudon : La fécondation artificielle chez la femme.

M. le professeur Dante de Blasi (de Naples) : Sur l'hématologie comparée.

M. Arpad de Degen (de Budapest) : Sur les actinomycètes.

M. Geraldino Brites : Sujet réservé.

M. Voronoff : Sujet réservé.

M. Franchini (de Modane) : Les flagellés des plantes à latex.

M. le docteur Beatty (de Washington) : Maladies des châtaigniers orientaux.

APRÈS LES JOURNÉES MÉDICALES COLONIALES. — Notre excellent confrère l'*Hygiène sociale* (1) vient de consacrer un très important numéro spécial aux Journées médicales coloniales. Dans ce numéro magnifiquement illustré, on trouvera une mise au point parfaite et complète des travaux du congrès. Nous devons féliciter tout particulièrement notre collègue G. Boyé d'avoir mis au point ce compte rendu après avoir été le grand animateur des Journées médicales coloniales.

(1) 112, boulevard Haussmann, Paris (VIIIe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 76. — MERCREDI 23 SEPT. 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 23 SEPT. 1931. — N° 76.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE. Compte rendu, par Mme Simone LABORDE.

TRAVAUX ORIGINAUX
« Angéiopter à mono-commande rapide » pour la mesure de la pression artérielle Mx, Moyenne, Mn et l'exploration vasculaire des membres inférieurs (avec 4 fig.), par M. le docteur A. WALTER.

LEXIQUE MÉDICAL
Le Dictionnaire de langue médicale de l'Académie de médecine.

NOTES POUR L'INTERNAT
Abcès du sein. Signes, diagnostic, traitement.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Lévy-Valensi, qui accepte ; Baudouin, May, Laroche, Huber, Chevassu, Bergeret, Leroux, Mocquot, Macé, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CHEFS DE LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE DES HÔPITAUX. — La réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude aura lieu le jeudi 5 novembre 1931, à 16 h. 1/2, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine et docteurs ès sciences désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours, les dimanches et jours de fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du jeudi 8 octobre au samedi 17 octobre 1931 inclusivement.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — REIMS. — Un concours pour trois places d'internes en médecine s'ouvrira le vendredi 16 octobre 1931, à 9 h. du matin, à l'hôpital civil.

Les candidats se feront inscrire au secrétariat des hospices, 1, place Museux. Les inscriptions devront être parvenues le 6 octobre au soir au plus tard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Les dates des compositions du concours de l'agrégation des facultés de médecine (section histologie), fixées primitivement aux 6 et 7 novembre 1931 sont reportées aux 12 et 13 novembre.

AVIS DE CONCOURS. — Un nouveau concours aura lieu dans les Landes pour la désignation d'un médecin spécialisé de dispensaires. En raison de l'urgence qu'il y a de procéder à cette nomination, les dossiers des candidats devront être adressés, avant le 20 octobre, à la Préfecture de Mont-de-Marsan, à qui on peut demander tous renseignements au sujet de ce poste.

— Un concours sur titres est annoncé pour la nomination d'un médecin spécialisé pour le département de l'Isère, avec résidence à Grenoble, pour entrer en fonctions à partir du 1er novembre prochain.

Les conditions de nomination et de traitement sont conformes au statut type des médecins spécialisés.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité départemental de lutte contre la tuberculose, à la préfecture de Grenoble, ou au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les dossiers devront être adressés avant le 14 octobre.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin général des troupes coloniales Couvy a été nommé, à compter du 1er octobre 1931, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille, en remplacement de M. le médecin général L'Herminier, placé à cette date dans la position de disponibilité.

GUERRE. — Récompenses honorifiques pour les soins aux militaires de la gendarmerie :

Lettre d'éloges officiels (délivrée après 10 années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Cara-Costéa (de Méréville), Perlis (d'Aulnay-sous-Bois), Vicherat (de Maule), Pierson (de Bezons), Kurzenne (de Jouy-en-Josas).

1re légion : MM. Ficheux (de Quesnoy-sur-Deule), Demarquilly (de Vitry-en-Artois), Gelain (de Saint-Pol-sur-Mer), Michel (de Croisilles), Lafaye (d'Auchel).

2e légion : MM. Delbecque (de Guiscard), Girod (de Pont-Sainte-Maxence), Beuzart (de Crépy-en-Valois), Mathieu (de Roye), De Saint-Fuscien (de Grandvilliers), Huré (de Rue).

3e légion : MM. Couture (de Saint-Valéry-en-Caux), Boucheron (de Rugles), Montel (d'Elbeuf), Sorel (de Livarot).

4e légion : MM. Remon (de Domfront), Vernié (de Rouessé-Fontaine), Morice (d'Orgère).

5e légion : MM. Sallé (de Varzy), Tourraton (de Châteaumeillant, Xémard (de Lamotte-Beuvron).

7e légion : MM. Billot (de Champagnole), Fievet (de Saint-Dizier).

8e légion : MM. Bollet (de Fontaine-Française), Nourrissat (de Saint-Bonnet-de-Joux), Moquet (d'Arnay-le-Duc), Pucheu (de Villenauxe), Vaudiaux (de Nolay), Beau (d'Arcis-sur-Aube), Collenet (de Beaune), Rasetti (de Charolles), Durand (de Saint-Germain-du-Bois).

9e légion : MM. Giraud (de Champdeniers), Pons (de l'Ile-Bouchard), Abritat (de Saint-Flovier), Hebert de la Rousselière (d'Angers), Voisin (de Ligueil).

10e légion : MM. Tizon (de Ducey), Levallay (de Villedieu), Le Branchu (de Rennes).

11e légion : MM. Bréard (de Muzillac), Guinaudeau (de Legé), Le Joliff (de Plabeunec), Deligné (de Sainte-Hermine).

12e légion : MM. Renault (de Saint-Sulpice-les-Feuilles), Conquet (de Villefranche-de-Longchapt), Thevenot (de Magnac-Laval), Thouvenet (de Nantiat), Durieux (de Ribérac), Lamy-Lapeyrière (de Mussidan), Labrue (de Saint-Astier), Roufflat (de Laroche-Canillac), Guilhou (de Cognac).

13e légion : MM. Pontarlier (de Pontaumaur), Roussignol (de Vichy), Claude (de Saint-Bonnet-le-Château), Gibault (de Montluçon), Mallet (de Saint-Flour), Bardet (de Cusset), Girard (de Noirétable), Alamartine (de Le Donjon), Genillier (de Sauxillanges), Dom (de Jaligny).

14e légion : MM. Vismard (de Montluel), Courjon (de Meyzieu), Valois (de Tullins), Philipp (d'Hauteville), Rochaix (de Pont-en-Royans), Dumont (de Saint-Priest), Maritoux (de Saint-Bonnet-de-Mure), Gay (d'Annemasse), Roz (de Modane), Guillermet (de Saint-Germain-de-Joux), Le Tessier (de Jujurieux).

15e légion : MM. Ciamin (de Saint-Sauveur), Bentkowski (de Saint-Hippolyte-du-Fort), Alphonsi (de Villefranche-sur-Mer), Tarbouriech (de Tarascon), Fanton d'Andon (de Grasse), Clergue (de Lezan), Sicard (de Mazargues), Sauze (de Septèmes), Jeanjean (de Genolhac).

Corse : MM. Giamarchi (de Vescovato), Canazzi (d'Almeto).

16e légion : MM. E. Parès, Fabre et G. Parès (de Rivesaltes), Palanqui (de la Nouvelle), Gazaniol (de Fabrezan), Sidras (de Leucate), Rougé (de Durban), Damagnez (de Roquecourbe), Dubarry (de Lautrec), Paulet (de Pézenas).

17e légion : MM. Redoulès (de Saint-Germain), Jaurréguiberry (d'Aspet), Artigues (d'Arbas), Maachou (de Nérac), Dupin de Laforcade (d'Aurignac), Oustry (de Caraman), Mazaud (de Saint-Girons).

18e légion : MM. Flurian (de Pauillac), Baratgin (de Lannemezan), Planté (de Lux-Saint-Sauveur), Cazanouve (d'Artix), Heugas (de Mauléon).

19e légion : MM. Pavillard (de Palikao), Boulard (de Teniet-el-Haad), Bernard (de Pont-de-l'Iser), Molinié (de Misserghin), Sabadini (de Sedrata), Salvan (de Flatters), Legroux (de Relizane), Colonna de Leca (de le Telagh).

Légion d'Alsace-Lorraine : M. Pierrat (d'Insming).

Tunisie : M. Le Faucheur (de Béja).

Réunion : M. Lallemand (de Saint-Benoit).

(A suivre.)

XVIIIe CONGRÈS ANNUEL D'HYGIÈNE. — Le XVIIIe Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique, s'ouvrira sous la présidence effective de M. Blaisot, ministre de la Santé publique; il tiendra séance les lundi 12, mardi 13, mercredi 14 et jeudi 15 octobre 1931, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le docteur Lesage, membre de l'Académie de médecine, président de la Société pour 1931.

M. Riché, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'Air, honorera de sa présence la première séance du Congrès, séance qui sera consacrée à la question de la protection des populations civiles contre les gaz de combat.

La Société de médecine publique assume tous les frais du Congrès; aucune cotisation n'est donc réclamée aux personnes qui désirent y assister.

LA TOMBOLA DE LA F. E. M. — Liste des numéros gagnants de la tombola organisée par la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins, F. E. M. Le tirage public a eu lieu à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

118	155	229	255	292	321	325
345	356	359	410	413	489	536
554	557	557	623	748	804	806
831	867	897	926	940	946	958
1.011	1.052	1.100	1.230	1.242	1.264	1.269
1.274	1.294	1.357	1.405	1.421	1.538	1.570
1.607	1.629	1.675	1.723	1.752	1.768	1.790
1.848	1.850	1.945	1.981	2.014	2.025	2.034
2.089	2.117	2.177	2.189	2.236	2.239	2.261
2.267	2.273	2.310	2.324	2.336	2.340	2.418
2.484	2.491	2.514	2.602	2.617	2.656	2.690
2.693	2.818	2.821	2.833	2.887	2.902	2.925
2.932	2.943	2.968	2.993	3.024	3.076	3.087
3.134	3.155	3.164	3.219	3.224	3.241	3.2[illegible]9
3.342	3.351	3.419	3.431	3.480	3.495	3.503
3.504	3.652	3.690	3.716	3.782	3.826	3.887
3.906	3.942	3.994	4.090	4.230	4.235	4.467
4.562	4.584	4.635	4.721	4.745	4.785	4.860
4.867	4.913	4.931	4.932	4.937	4.950	4.987
4.998	5.006	5.024	5.034	5.050	5.055	5.084
5.121	5.157	5.183	5.194	5.249	5.288	5.345
5.366	5.500	5.503	5.512	5.515	5.559	5.637
5.650	5.669	5.693	6.039	6.046	6.053	6.069
6.085	6.093	6.115	6.206	6.214	6.277	6.329
6.395	6.591	6.738	6.797	6.827	6.958	6.977
7.048	7.088	7.089	7.203	7.205	7.225	7.323
7.330	7.398	7.421	7.421	7.555	7.565	7.580
7.689	7.706	7.710	7.727	7.871	7.970	

Les numéros 557 et 7.421 sont sortis deux fois.

Les lots non réclamés au 31 décembre resteront la propriété de l'Œuvre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Roulin, ancien président de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, chevalier de la Légion d'honneur, à Paris; J. Kent-Gazet, à Aix-les-Bains.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CABINET MÉDICAL recherche collaboration exclusive médecin oculiste. — Ecrire : L. Cerf, 149, rue de Rome, Paris.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE RADIOLOGIE[1]

(26-31 juillet 1931)

Le IIIe Congrès international de radiologie s'est ouvert à Paris le dimanche 26 juillet, sous le Haut Patronage de M. le Président de la République, la Présidence d'honneur de Mme Curie et la Présidence du docteur Antoine Béclère. Le bureau était composé des docteurs Regaud, Belot, Réchou et Cluzet, vice-présidents ; du docteur Ledoux-Lebard, secrétaire général; des docteurs Gibert, Cl. Béclère, secrétaires adjoints; des docteurs H. de Rotschild, Morel-Kahn, trésoriers.

La séance d'ouverture du Congrès eut lieu dans le grand Amphithéâtre de la Sorbonne, devant plus de douze cents médecins venus de tous les pays.

M. A. Béclère, après avoir souhaité la bienvenue aux congressistes, rappela l'évolution progressive de la radiologie en un discours très applaudi.

Le professeur Forsell (Stockholm) fit, au cours de cette séance inaugurale, une conférence sur la *Lutte sociale contre le cancer* et proposa un programme pour l'organisation de cette lutte.

Six sections se partagèrent ensuite les travaux du Congrès, ceux-ci comportant des questions relatives au *radiodiagnostic*, à la *radiothérapie*, à la *radiophysique*, à la *radiobiologie*, à l'*électrologie* et à l'*héliothérapie*.

RADIOTHÉRAPIE

Les communications concernant la radiothérapie sont divisées en deux groupes, l'un comprenant le traitement des affections bénignes, l'autre le traitement des cancers.

Rœntgenthérapie et curiethérapie des affections bénignes.

Cette section fut présidée par MM. Beaujard et Zimmern.

Le professeur Milani (Pérouse) présente un rapport d'ensemble sur la **radiothérapie des affections inflammatoires** qui, en ces dernières années, a pris un développement considérable. Cette radiothérapie comprend soit l'irradiation directe du foyer, soit des irradiations à distance (rate, épiphyses).

On peut classer en cinq grands groupes les affections inflammatoires qui relèvent de la radiothérapie :

1° Maladies suppuratives en général (cutanées, de l'appareil visuel, des oreilles et du nez, des dents et des maxillaires, etc.); 2° affections inflammatoires des organes génitaux; 3° affections inflammatoires des os et des articulations; 4° affections broncho-pulmonaires ; 5° affections du système nerveux.

Les furoncles, les anthrax, les abcès cutanés et les phlegmons représentent, par exemple, un champ de succès incontestable : l'irradiation du foyer, effectuée à temps, peut provoquer la régression complète d'un furoncle même après une seule irradiation, et cela, sans cette formation dite bourbillon ; dans les cas les moins favorables, on observe la formation rapide du bourbillon dont l'élimination amène la guérison en général assez prompte.

Dans beaucoup de maladies on a tenté une radiothérapie indirecte, mais les recherches les plus nombreuses concernent la malaria aiguë, la tuberculose, les infections typhiques et paratyphiques.

La radiothérapie indirecte dans la malaria n'a pas donné de résultats concordants. Dans la tuberculose pulmonaire, la radiothérapie de la rate introduite par Manoukine a pu apporter quelques résultats favorables sur l'état général, mais non pas la guérison des lésions pulmonaires. De même dans le typhus et dans les affections paratyphiques, l'irradiation des épiphyses ne peut pas être considérée comme une méthode curative.

L'étude des modifications locales et générales qui se produisent par la radiothérapie directe et indirecte d'un foyer inflammatoire est intéressante, car elle peut nous servir de guide pour arriver à expliquer le mécanisme de l'action de la radiothérapie. Ces modifications peuvent être groupées en modifications d'ordre clinique, modifications locales portant sur le foyer, modifications du sang en circulation, modifications humorales (indice opsonique, indice phagocytaire, etc.).

La radiothérapie des affections inflammatoires donne les résultats les meilleurs dans le groupe des maladies suppuratives, dans lesquelles on irradie directement le foyer, mais la production d'anticorps, sous l'influence de la radiothérapie indirecte est controversée. Toutefois, on ne peut pas exclure l'intervention de facteurs possibles d'immunité, car la thèse de la défense humorale est en train de céder le pas à celle de la défense cellulaire dans l'explication des résultats obtenus par la radiothérapie. Quatre facteurs principaux peuvent entrer en ligne de compte à propos de l'action locale : action des radiations sur la circulation locale, action de nécrobiose sur les cellules et absorption des protéines (nécro-hormones), action sur la phagocytose, action sur le réticulo-endothélium; les deux derniers peuvent même être considérés comme n'en faisant qu'un. L'importance du système réticulo-histiocytaire cutané se dessine toujours comme de plus en plus considérable, non seulement par rapport à la phagocytose, mais encore en ce qui concerne les réactions possibles du tissu conjonctif. Sous l'action de l'irradiation, les cellules du réticulo-endothélium paraissent stimulées, les éléments réticulo-histocytaires présentent une prolifération, d'où formation de faisceaux de fibroblastes qui dressent une barrière au processus d'infiltration et de nécrose, contribuant ainsi à la « restitutio ad integrum » du tissu.

Une série de communications ont trait à la **Maladie de Basedow**.

MM. J. Serrand et J. Belot (Paris) présentent les excellents résultats qu'ils ont obtenus dans le Laboratoire central de l'hôpital Saint-Louis. Formellement indiquée dans le Basedow vrai, très efficace dans les syndromes frustes, la röntgenthérapie est rarement indiquée dans le goitre basedowifié. Le traitement général est indispensable, la röntgenthérapie n'en est qu'un élément, mais capital. Plus elle sera appliquée précocement, plus complets seront les résultats. Le traitement sera étalé sur plusieurs mois, par séance espacée de quinze jours, ce qui permet de surveiller les résultats et de suspendre le traitement en temps voulu.

La tachycardie diminue la première, avec l'instabilité du pouls. Bientôt les troubles nerveux régressent et le poids remonte. Diminuent ensuite le tremblement, le goitre et l'exophtalmie. Le métabolisme tend à la normale. En général, la dose donnée fut de 3 H ou 600 R Solomon par séance et par champ et le nombre de séances de 6 à 8, en trois mois. Le rayonnement généralement choisi correspond à une tension d'alimentation de 135 kv. max. et une filtration d'un centimètre d'aluminium.

Les cas chroniques laissent généralement persister un degré variable de goitre et d'exophtalmie. En cas de Basedow aigu, il peut être indiqué de recourir à la chirurgie : si celle-ci donne un résultat incomplet, la röntgenthérapie succédera à l'exérèse plus ou moins partielle. Dans les cas chroniques améliorés, mais non guéris par röntgenthérapie, l'as-

(1) *Association de la Presse médicale française.*

sociation de l'électrothérapie donne souvent de bons résultats.

MM. P. Gibert et I. Solomon (Paris) ont résumé les indications de la röntgenthérapie de la maladie de Basedow de la manière suivante :

1° Dans les syndromes hyperthyroïdiens peu accusés : iodothérapie ; en cas d'échec : röntgenthérapie ; 2° dans les syndromes thyroïdiens marqués au point de vue intensité ou durée : röntgenthérapie ; 3° dans les syndromes basedowiens, avec métabolisme voisin de la normale, mais dans lesquels il existe une sympathicotonie élevée : galvanothérapie ; 4° dans les syndromes thyroïdiens non influencés psr la röntgenthérapie : traitement chirurgical par des chirurgiens spécialisés.

Pour MM. Morel-Kahn et Delherm (Paris), tous les cas d'hyperthyroïdie, sauf ceux où la gravité menaçante des symptômes est telle qu'il faille envisager une intervention immédiate d'urgence, paraissent justiciables de l'électro-radiothérapie.

Les résultats de l'épreuve du métabolisme basal ont pour eux une importance considérable. Il est indispensable d'en suivre les variations au cours du traitement pour se mettre à l'abri d'un excès de dose susceptible de provoquer le myxœdème. La statistique du service d'électrothérapie de l'hôpital de la Pitié comporte 70 p. 100 de succès.

Les bons résultats obtenus par la radiothérapie du goitre exophtalmique sont également soulignés par une communication de Chapin (Jacksonville).

Butler (Montevideo) utilise la curiethérapie qu'il trouve égale, et même supérieure, à la röntgenthérapie. A l'application d'appareils de surface externe sur la région thyroïdienne il ajoute l'émanothérapie par voie intraveineuse (2 à 10 millicuries par semaine, en une à deux injections). Les résultats obtenus lui font préférer la curiethérapie à tout autre traitement.

L'action de la radiothérapie des **capsules surrénales** est étudiée par M. Desplats (Lille) qui, d'accord avec les recherches antérieures de Zimmern et Cottenot, a trouvé que sous l'influence de la radiothérapie moyennement pénétrante à dose moyenne (2 × 1.000 R Solomon sur chaque localisation), les troubles vasomoteurs des artéritiques, leurs douleurs, leurs troubles trophiques et gangréneux disparaissaient, sans que les phénomènes oscillométriques se modifient.

Les phénomènes inverses (vasodilatation) sont susceptibles de guérir par la même technique (cas d'érythromélalgie). Il y a là un fait paradoxal qui porte à croire que l'action sur les capsules surrénales n'est pas seule en cause et qu'il s'agit avant tout d'une médication régulatrice vasomotrice du système nerveux endocrinien.

En dehors des effets vasomoteurs, la radiothérapie des régions surrénales, comme aussi celle des régions latéro-cervicales, provoque des réactions humorales. Ces recherches ont déjà démontré l'action pour ainsi dire constante sur la calcémie dans le sens de l'augmentation, sur la glycémie dans le sens de la diminution. Ces constatations ouvrent la voie à toute une série d'essais thérapeutiques qui ont été amorcés, notamment sur le diabète sucré et qui font concevoir plus que des espérances.

Des faits analogues sont rapportés par MM. A. Zimmern, J. Chavany et R. Brunet (Paris) qui ont noté le bon effet de la **radiothérapie de la région surrénale** dans un certain nombre de cas de gangrène sèche par artérite.

Il est encore prématuré d'avancer une explication physicopathologique de ces surprenantes régressions. Mais il semble bien que le mécanisme ne soit pas éloigné de celui auquel on doit les améliorations, aujourd'hui nettement démontrées, dans la claudication intermittente. Une action sur le sympathique avec ses conséquences humorales ou fonctionnelles apparaît des plus vraisemblables.

M. Dufour (Mâcon) cite quelques observations concernant le **traitement radiothérapique des ossifications des parties molles de l'épaule**.

MM. L.-H. Tixier et G. Ronneaux (Paris) rapportent quinze observations de **poliomyélite antérieure aiguë** heureusement influencée par la méthode de Bordier qui consiste en l'association de la radiothérapie médullaire précoce, immédiatement après la période fébrile (trois séances chaque mois, trois jours de suite), de séries intercalaires de diathermie sur les membres en hypothermie, et dès que celle-ci a disparu, de galvanothérapie contre les atrophies pour aider à la réparation et aux suppléances. L'auteur croit que la radiothérapie est un adjuvant puissant à la diathermie et à la galvanothérapie et que son emploi abrège la durée du traitement.

Le traitement de la **Lymphogranulomatose** a donné lieu à une série d'intéressantes communications.

MM. Nahan et Belot étudient le rôle de la radiothérapie **dans le traitement de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë**. Après avoir décrit les caractères et l'évolution de cette maladie, les auteurs font remarquer qu'il est logique de tenter l'application de rayons X dont on connaît l'efficacité dans les états inflammatoires ganglionnaires subaigus ou chroniques. Ils exposent ensuite leur technique qui consiste à irradier les régions inguino-iliaques au moment d'un rayonnement pénétrant, en donnant 3.000 à 3.500 R Solomon par champ, étalés sur huit à dix jours. Ils ont obtenu, par cette méthode, d'excellents résultats.

Les **résultats éloignés du traitement de la lymphogranulomatose par la radiothérapie** sont exposés par MM. Gilbert et Babaiantz (Genève), qui indiquent chez leurs malades une survie moyenne de six ans à quatre mois depuis le début du traitement.

M. Pierquin (Paris) insiste également sur l'efficacité très réelle de la **röntgenthérapie pénétrante** vis à-vis des **manifestations cliniques de la lymphogranulomatose**. Mais les récidives extrêmement fréquentes, métastatiques (viscérales ou osseuses), quoique aussi bien traitables et guérissables que les manifestations primitives, assombrissent énormément le pronostic par leur précocité d'apparition, leur évolution parfois rapide et surtout leur nombre.

M. Sluys (Bruxelles) décrit sa **méthode de traitement de la lymphogranulomatose**. Elle consiste à ne laisser aucune région du corps en dehors de l'irradiation. A cette fin, l'auteur emploie : 1° la technique d'irradiation totale en champs séparés ; 2° la téléröntgenthérapie. La technique par champs séparés est la suivante : le corps humain est partagé en 10 à 14 portes d'entrée ; on utilise sur chaque porte d'entrée environ 1.000 R, le traitement étant étalé sur quatre mois environ. Les résultats immédiats sont bons et les symptômes principaux disparaissent au cours du traitement.

La téléroentgenthérapie consiste à irradier en une seule fois le corps entier. Dose initiale : 250 R, une séance tous les deux jours. Les doses employées sont relativement petites et les malades sont très rapidement soulagés.

La **radiothérapie en gynécologie** a été étudiée par Daniel (de Marseille) dans une communication où il montre que l'irradiation des parathyroïdes a une action hémostatique des plus nettes dans les hémorragies génitales fonctionnelles. D'autre part, l'auteur conseille de pratiquer au début de la ménopause naturelle la castration roentgénienne, à titre pro-

phylactique des néoplasmes. Il signale que le traitement des prolapsus utérins des femmes âgées par application de radium dans les culs-de-sac vaginaux amène une amélioration très appréciable.

Rœntgenthérapie et curiethérapie des cancers.

Cette Section fut présidée par Mme S. Laborde et M. O. Monod.

L'importante question du **traitement pré et post-opératoire du cancer du sein par les radiations** avait été mise à l'ordre du jour et M. J. Lynham (Londres) présente un important rapport sur ce sujet. Il rappelle tout d'abord que le cancer du sein a causé 57.000 morts en ces dernières années en Angleterre et au Pays de Galles et il montre toute la difficulté d'étude d'un tel sujet, si complexe. Le groupement des cas suivant le moment où a été effectuée l'intervention, lui semble être le meilleur qui ait été proposé jusqu'ici. « The British Empire Cancer Campaign » s'efforce d'éduquer le public, afin d'obtenir l'examen le plus précoce possible.

Alors qu'il y a peut-être un certain accord pour utiliser l'irradiation dans le but de prévenir les récidives, il y a divergence sur la technique à employer. L'irradiation préopératoire qui n'est que peu utilisée en Angleterre, peut être effectuée soit par appareils de radium en surface, soit par télécuriethérapie ou par rayons X. Cette dernière méthode paraît la plus pratique. L'irradiation post-opératoire a été pratiquée d'une façon plus générale. Elle peut être effectuée par l'application externe de radium, par la télécuriethérapie, par l'implantation d'aiguilles de radium ou par les rayons X. Les méthodes les plus pratiques sont l'application externe de radium ou les rayons X. Les statistiques de l'Institut du radium de Londres montrent un grand nombre de résultats satisfaisants, à la suite d'applications de radium, mais les rayons X sont également efficaces. Il n'existe pas de technique uniforme et on emploie : *a.* un traitement massif donné en un temps court ou en une seule séance ; *b.* la méthode de saturation préconisée par Pfahler; *c.* un traitement discontinu afin d'exercer une action biologique continue à des intervalles déterminés; *d.* une dose de rayonnement divisée et étendue sur une longue période. Toutes ces méthodes ont leurs partisans.

Le manque d'uniformité dans la technique utilisée rend difficiles des conclusions précises. L'auteur suggère la formation d'un Comité international, afin de recueillir les résultats obtenus dans chaque pays, de sorte qu'on en pourra tirer une idée précise sur la valeur de l'irradiation.

Un grand nombre de communications ayant trait au traitement du **cancer du sein** et dues à MM. Webster (Londres), de Backer (Gand), Pfahler (Philadelphie), Soiland (Los Angeles), Hoedt (Amsterdam), Holfeder (Francfort), Lemaitre (Lille), Lee et Pack (New-York), ont toutes conclu à la valeur prophylactique de l'application de doses modérées de rayons X au niveau de la cicatrice et des régions suspectes d'envahissement ganglionnaire.

M. Rubinrot (Varsovie) expose sa méthode du **pneumothorax artificiel au cours du diagnostic et du traitement radiologique des tumeurs du thorax.** 1° La pression d'air agit contre l'hyperémie ex vacuo après l'aspiration d'épanchement et par conséquent contre le rassemblement d'exsudat. 2° Le poumon refoulé échappe à l'irradiation inutile, ce qui simplifie la technique radiothérapique. 3° La compression élimine l'irradiation nocive des masses de sang inondant le poumon. 4° Pour les tumeurs pulmonaires l'irradiation homogène de l'organe entier devient possible, y compris les foyers de dissémination passés inaperçus. Ces considérations ont décidé l'auteur à essayer la collapso-radiothérapie dans dix cas de différentes tumeurs du thorax, et il observa des effets favorables. Vu son innocuité et la technique simple, ce procédé devrait, selon lui, être employé pour toute irradiation des tumeurs du thorax : métastases, tumeurs inopérables et pour l'irradiation préventive avant et après l'opération pour épithélioma du sein.

L'étude de la **technique en curiethérapie** n'a fourni qu'un nombre relativement restreint de communications.

M. Stahel (Bruxelles) expose ses idées sur **la filtration** et pense qu'il y aurait avantage à prendre comme filtre secondaire non pas, comme on le faisait généralement jusqu'à présent, des filtres de faible poids atomique (Al, caoutchouc, etc.) mais des filtres de poids atomique moyen (argent, par exemple). Le rayonnement secondaire dans les environs immédiats du tube est diminué de ce fait de 30 p. 100 environ. Des recherches biologiques à ce sujet ont confirmé ces résultats des mesures physiques.

MM. Corte-Real et Benard-Guedes (Lisbonne) décrivent la technique du professeur Gentil qui emploie **le bistouri diathermique pour la radiumpuncture,** remplaçant ainsi l'introduction directe d'aiguilles ou la perforation préalable des tissus au moyen d'un trocart ou d'un bistouri mince (dans les cas des tubes) par un canal ouvert par une électrode diathermique. On a noté que par ce procédé la cicatrisation se fait beaucoup plus rapidement et les auteurs pensent éviter ainsi la production possible de métastases.

MM. H.-E. Martin et Quimby (New-York) essaient de déterminer **une méthode de dosage tissulaire** en regard de la dose érythème et MM. Murdoch, Simon et Stahel (Bruxelles) apportent une importante contribution à l'étude de la **dosimétrie des radiations par masque radifère.**

Toute une après-midi fut consacrée à l'étude du **cancer du col de l'utérus.**

M. Hoedt (Amsterdam) insiste sur l'utilité de l'**examen bactériologique dans le traitement du cancer de l'utérus par les radiations.** Il étudie la nature des bactéries présentes à la surface des tumeurs et le pouvoir bactéricide du sang des malades contre ces microbes. Il distingue ainsi quatre groupes : 1° absence de streptocoque hémolytique, présence de pouvoir bactéricide; 2° présence de streptocoque hémolytique, présence de pouvoir bactéricide; 3° absence de streptocoque hémolytique, absence de pouvoir bactéricide; 4° présence de streptocoque hémolytique, absence de pouvoir bactéricide.

Dans le groupe I, il n'y a presque jamais eu d'infection et en tout cas, jamais d'infection mortelle; dans les groupes II et III, il s'est présenté des infections plus graves, jusqu'à présent cependant sans issue mortelle; tandis que dans le groupe IV il y a eu un nombre très alarmant de complications graves qui, dans plusieurs cas, ont même causé la mort. Pour cette raison, les rayons de Röntgen ne sont appliqués que très prudemment aux malades de ce groupe et elles ne sont jamais traitées au radium avant que, par la vaccination et la désinfection de la tumeur, on ait pu les faire passer dans un des autres groupes. De cette manière, on peut arriver à éviter les complications les plus graves.

M. Benard-Guedes (Lisbonne) apporte sa statistique de **traitement du cancer du col par les radiations** après cinq ans.

La moyenne des guérisons globales de 198 cas fut de 18,1 p. 100. La moyenne des guérisons suivant l'étendue des lésions fut de 60 p. 100 pour le stade I, 30 p. 100 pour le stade II, 12 p. 100 pour le stade III, et 0 p. 100 pour le stade IV. La plupart de ces malades furent traitées seulement par le radium et l'auteur a employé la méthode mixte (curie-

thérapie intracavitaire et röntgenthérapie profonde) chez un nombre très réduit de malades (seulement 15). Ce n'est qu'en 1928 que l'auteur a commencé à employer systématiquement la radiothérapie combinée. On peut affirmer dès à présent que la méthode mixte semble préférable.

La statistique de MM. S. Laborde et Y. L. Wickham (Paris) qui concerne la **radiothérapie du cancer du col de l'utérus** chez les malades traitées au Centre anticancéreux de la Banlieue parisienne, donne, après cinq ans, un pourcentage de guérisons de 23,7 p. 100. Les résultats relatifs au degré d'extension des cancers sont les suivants : degré I : 80 p. 100 ; degré II : 55,5 p. 100 ; degré III : 23,4 p. 100 ; degré IV : 0 p. 100.

Dans la plupart des cas, le traitement comporte l'association d'une irradiation utéro-vaginale à l'aide du radium et de l'irradiation des paramètres au moyen de la radiothérapie pénétrante.

M. Orndoff (Chicago), à propos du **traitement du cancer du col,** expose surtout l'importance des lésions inflammatoires du col qu'il considère comme lésions précancéreuses.

M. Gunsett (Strasbourg) insiste sur la nécessité du **dosage intravaginal dans la roentgenthérapie des cancers du col de l'utérus.** Cette méthode consiste à mettre en place dans le vagin à proximité immédiate du col une chambre d'ionisation de Solomon ou celle de Hammer, si l'on veut doser en unités internationales. D'après l'expérience que l'auteur a acquise dans les trois dernières années, cette dose ne saurait être inférieure à 2.000 et même 2.500 R internationaux, en étalant le traitement sur trois à quatre semaines et à condition d'employer un filtre de 2 mm. Cu + 2 mm. Al, et des rayons sous 200 kv. On peut ajouter un traitement curiethérapique utéro-vaginal à dose modérée (30 à 40 mcd). Les réactions rectales sont légères.

M. Mitra (de Calcutta) dans un important travail sur le **cancer du col de l'utérus dans l'Inde,** expose sa méthode de traitement qui consiste en l'association de radium à la radiothérapie pénétrante. Les doses qu'il utilise sont analogues à celles qui nous sont habituelles et dans sa statistique, il ressort que la guérison après cinq ans est obtenue dans 20 p. 100 des cas.

Le **traitement du cancer du corps de l'utérus** par les radiations a été l'objet des communications de MM. Heyman et Reuterwal (Stockholm) et de Healy (New-York) qui concluent à l'action favorable de la radiothérapie sur ces cancers. M. Buben (Budapest) considère, au contraire, que seuls les cas anatomiquement ou cliniquement inopérables sont justiciables de la radiothérapie.

Une importante discussion permet d'entendre des opinions tout à fait divergentes et d'où il résulte qu'en France on continue à considérer le cancer du corps de l'utérus comme justiciable avant tout de l'intervention chirurgicale.

MM. Levesque et Gauducheau (Nantes), d'une part, MM. Hautant et Monod (Paris), d'autre part, exposent leurs **techniques de traitement radiochirurgical des tumeurs du massif facial** et ils concluent que la chirurgie seule échoue contre ces tumeurs, alors que l'ablation chirurgicale, suivie immédiatement de curiethérapie, améliore considérablement le pronostic.

M. Quick (New-York) rapporte les bons résultats obtenus dans le **traitement du cancer de la langue** par la curiethérapie de la lésion locale et la combinaison de l'irradiation et de l'ablation chirurgicale pour le traitement des métastases ganglionnaires.

M. Coutard (Paris) rend compte des résultats de la **röntgenthérapie des cancers épithéliaux du larynx** au cours des années 1920 à 1926. De 1920 à 1926, il a été traité par les rayons X dans le service de l'Institut Curie, 77 patients atteints d'épithélioma du larynx, dont 22 (28 p. 100) sont actuellement vivants, après une survie comprise entre quatre ans et neuf ans. L'auteur insiste sur les diverses variétés très nombreuses de cancers du larynx et distingue les cancers de la corde, les cancers de la bande, les cancers de la cavité ventriculaire. Les premiers guérissent par l'exérèse, mais se montrent très sensibles à la röntgenthérapie. Les cancers de la bande sont des épithéliomas à type des muqueuses assez radiosensibles, qui atteignent assez rapidement le cartilage thyroïdien. Quand celui-ci est envahi, on n'observe pas de guérison, sinon, on peut obtenir de bons résultats (10 cas guéris sur 20). Les cancers de la cavité ventriculaire, malgré leur gravité apparente, peuvent guérir par les rayons X. En résumé, il est actuellement difficile de dissocier les cas justiciables de la röntgenthérapie ou de la chirurgie, ou de l'association des deux méthodes : on peut cependant déclarer que les cancers du larynx à forme infiltrante, à point de départ cordal ou sous-glottique, qui après avoir immobilisé totalement les muscles du larynx, ont envahi le cartilage, ne sont pas, sauf lorsqu'il s'agit d'une espèce histologique très radiosensible, du ressort de la röntgenthérapie seule ; une intervention chirurgicale consistant dans la résection des cartilages et des muscles, sans que le chirurgien ait besoin de tenter une ablation totale du cancer, permet l'efficacité de la röntgenthérapie.

M. Belot (Paris) décrit sa méthode de **traitement des épithéliomas cutanés** qui consiste à pratiquer, avant toute radiothérapie, un raclage à la curette des tissus néoplasiques, de façon à enlever la plus grande partie de ceux-ci, en s'arrêtant au plan de résistance qui limite les tissus sains.

Sur cette surface cruentée est appliquée une forte dose de rayons X, modérément pénétrants (120 kv) sans filtre ; cette dose varie entre 15 et 25 unités H selon les cas. Lorsque le raclage a montré des infiltrations néoplasiques se propageant vers la profondeur, la dose est de 30 à 35 unités H, sous filtration d'un demi-millimètre à un millimètre de cuivre, avec tension de 200 kv (rayons pénétrants). Une seule application suffit ordinairement ; la cicatrisation est rapide, le résultat esthétique parfait. La statistique de l'auteur dépasse douze mille cas, avec un pourcentage de guérisons de 85 p. 100 environ.

Récemment, l'auteur a utilisé une nouvelle méthode mixte, contre les volumineux épithéliomas végétants, infiltrants de la peau et même de la lèvre inférieure, le plus souvent spinocellulaires. Elle consiste à appliquer d'abord une dose de radiothérapie pénétrante de 5.000 R sous filtration sélective importante, puis de racler la lésion environ huit jours après l'application, de façon à faire sauter tous les tissus bourgeonnants. Sur la surface cruentée, on applique alors une dose de 4.000 à 5.000 R de rayons X modérément pénétrants (125 kv) sans filtration. Ce raclage est fait parfois à la curette diathermique. Enfin l'électro-coagulation est parfois combinée à la radiothérapie.

Mlle Baud (Paris) rapporte vingt-deux observations de **traitement de cancers développés sur lupus** et elle conclut que les radiations X et surtout γ permettent, dans la plupart des cas où la lésion n'est pas trop étendue, la guérison du cancer. Une série de photographies illustrent les bons résultats qu'elle a obtenus.

La persistance des lésions lupiques et par conséquent la possibilité d'apparition de nouveaux cancers assombrissent le pronostic éloigné.

Simone Laborde.

« ANGÉIOPTER A MONO-COMMANDE RAPIDE »

Pour la mesure de la pression artérielle Mx, Moyenne, Mn et l'exploration vasculaire des membres inférieurs.

Par le docteur A. WALTER.

Le 11 juillet 1930, M. le professeur agrégé N. Fiessinger présentait à la Société médicale des hôpitaux le premier modèle d'un appareil visuel que j'avais réalisé pour mesurer facilement les pressions artérielles. Depuis, tenant compte des remarques que M. Fiessinger avait formulées à ce moment, j'ai étudié notamment une méthode susceptible de rendre les lectures plus claires et plus précises, en adoptant une *poche à air sélective* en vue de l'extinction du champ supra-maximal. Par la même occasion, cet appareil subissait des modifications utiles.

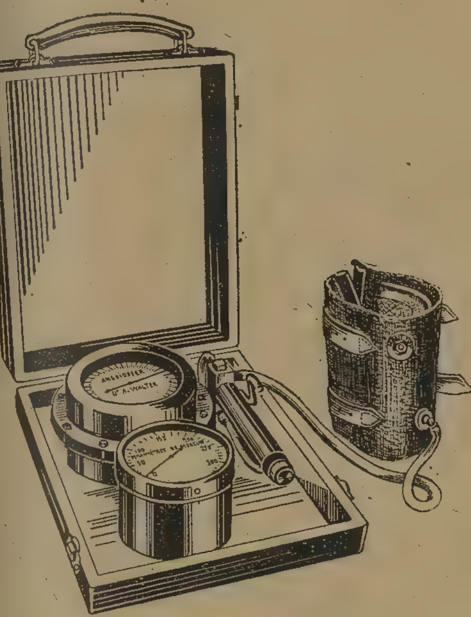


FIG. 1.

En quelques mots, les caractéristiques de ce nouveau modèle (fig. 1) :

Différentes phases du fonctionnement réglées par un organe de commande unique ;

Fausses manœuvres impossibles ;

Temps de fonctionnement : 12-30 secondes ;

Détection des pulsations les plus faibles ;

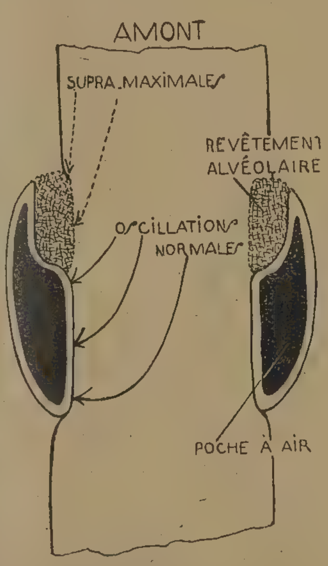


FIG. 2.

Brassard à *poche à air sélective* éliminant le champ supra-maximal ; courbe des oscillations *aiguës* pour la lecture facile de la pression moyenne, grâce à une zone très large réservée aux oscillations normales (fig. 2).

Boîtier des pressions important : *mouvement tubulaire* à grande puissance ; cadran à large visibilité ; stabilité et rigueur des indications ; remise automatique à zéro ; *pas de réglages*.

Aiguille à course libre *sans blocage* ; cadran des oscillations à graduations circonférencielles non chiffrées et lecture simplifiée par la méthode des *images angulaires* (fig. 3).

Les valeurs n'étant que relatives et variant selon les sujets, aucun chiffre n'a été figuré sur le cadran des oscillations. Chaque pulsation se manifestant par un mouvement de l'aiguille, l'angle formé par ses deux positions extrêmes a été représenté ci-dessous par un trait plein et un deuxième trait en pointillé. De pratique courante, il est conseillé d'apprécier un « album » d'images angulaires que l'on fera apparaître par la *mono-commande rapide*. Cette perception imagée est la seule utile. Par contre, les lectures chiffrées se feront sur le cadran manométrique :

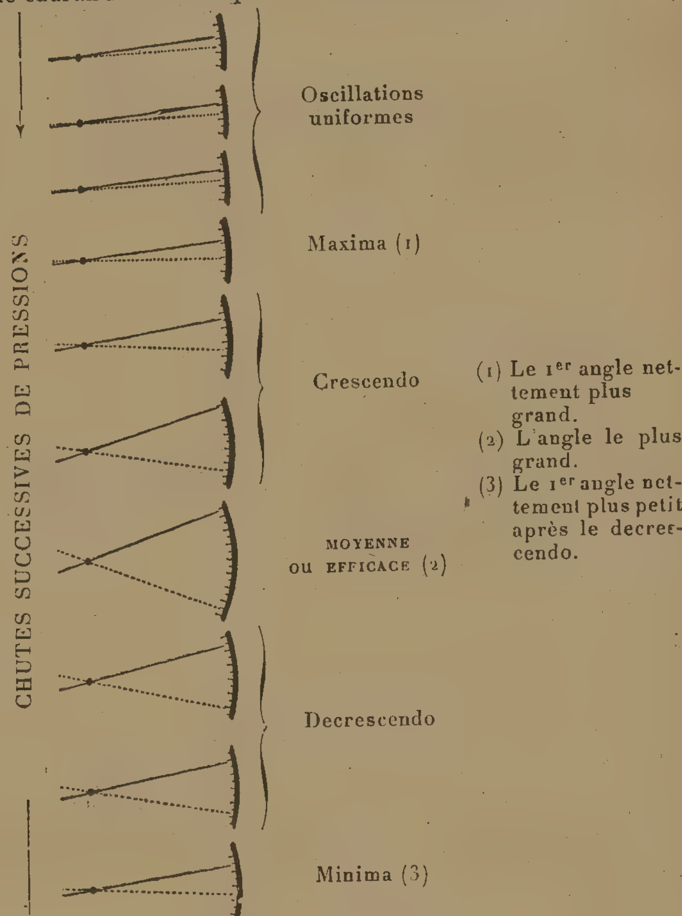


FIG. 3.

On remarque la lisibilité parfaite de la pression moyenne dite « efficace » mise en lumière récemment par les travaux de MM. les professeurs Pachon et Vaquez.

La haute sensibilité de la capsule anéroïde permet la détection des pulsations les plus faibles, condition nécessaire pour l'exploration vasculaire des membres inférieurs au moyen d'un « cuissard spécial ».

Enfin, un *bracelet* se visse sur le tambour d'un *Stétho-marteau* (présenté à la Société médicale par M. le professeur agrégé M. Chiray), afin d'ajouter la méthode auscultatoire à la méthode visuelle (fig. 4).



FIG. 4.

Grande commodité de maniement : la construction étant d'un seul tenant, il n'y a qu'à retirer le brassard *seul mobile* ;

Pratique : absence de raccords, vis de manœuvre, pas de manipulations fastidieuses de montage ou de jonction.

Transportable : suspension élastique intérieure anti-chocs et montage flexible des organes. Peut s'expédier aux colonies.

L'appareil que je viens de décrire sommairement a été accueilli très favorablement par la direction technique du Service de santé militaire. Les confrères pourront l'examiner au Congrès de chirurgie où il sera exposé dans plusieurs stands.

LE DICTIONNAIRE DE LANGUE MEDICALE
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE [1]

[Nous publions aujourd'hui le texte des premiers mots du Dictionnaire élaboré par l'Académie de médecine. M. le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie, en nous le communiquant, nous a fait savoir qu'il serait heureux de recueillir les suggestions de nos lecteurs au sujet de ce dictionnaire. Nous prions donc nos abonnés qui auraient des remarques à formuler de bien vouloir les adresser à M. le Secrétaire général de l'Académie, 16, rue Bonaparte à Paris. — *N. D. L. R.*]

A (*a* privatif) préfixe. — Se place au commencement des mots. Ex. : *atrophie*, mais quelquefois, pour des raisons d'euphonie, en cas de mots composés, devant la partie du mot à laquelle s'applique le caractère privatif ; ex. : *amyotrophie* au lieu de *myoatrophie*.

A, *a* ; *AA*, *aa*. — Lettres simples ou doubles, surmontées d'un trait, abréviation du mot grec ana. Signe indiquant, dans les formules pharmaceutiques comprenant plusieurs substances, une égale quantité de chacune. Actuellement le signe *aa* est seul usité en France.

Ab. — Préposition latine employée comme préfixe. Indique un point de départ : *aberrant*, ou a un sens privatif : *ablation*.

Abaisse-Langue, s. m. — Instrument servant à déprimer la base de la langue, pour l'examen de la gorge.

Abaissement, s. m. — Déplacement spontané ou provoqué d'un organe de haut en bas ; se dit d'opérations ayant pour objet d'abaisser un organe, ex. : *opération de la cataracte par abaissement*.

Abaisse-Paupière, s. m. — Instrument servant à abaisser la paupière inférieure.

Abaisseur, adj. — Qui peut être pris pour s. m. — Qui abaisse : Muscles abaisseurs.

Abajoue, s. m. — Poche située entre la joue et la mâchoire, chez certains animaux (Quadrumanes, Cheiroptères, Rongeurs) où ils mettent en réserve des aliments (grains et fruits).

Abaptista ou *Abaptiston*, s. f. ou s. m. (*abaptista* sous-entendu *terebella* ; *Abaptiston*, de *a* privatif et Baptizein, plonger). — Trépan à pointe épaisse et conique, qui l'empêche de s'enfoncer brusquement dans le crâne (Galien). *Périmé*.

Abarticulaire, adj. — Qui est en dehors de l'articulation. (Complications abarticulaires du rhumatisme.)

Abarticulation, s. f. *ab* indiquant la séparation, *articulation*. — Synonyme inusité de Diarthrose (voir ce mot).

Abasie, s. f. (*a* privatif, et *Basis*, marche). Perte de la faculté de marcher, sans troubles de la force musculaire ni de la sensibilité. Ordinairement associée à l'astasie : astasie. Abasie.

Abatage, s. m. — Mise à mort des grands animaux domestiques pour l'alimentation ou pour cause de maladies.

Abâtardissement, s. m. (de *abâtardir* : *a* et *bâtard*. — Déchéance physique et morale d'un individu ou d'une race.

Abattement, s. m. — Diminution notable et plus ou moins rapide des fonctions nerveuses, spécialement des fonctions psychiques.

Abattoir, s. m. — Lieu destiné à l'abatage des animaux pour l'alimentation.

Abaxial, adj. — Qui n'est pas dans l'axe.

Abcédé, adj. — Qui est à l'état d'abcès.

Abcès, s. m. (*abcessus*, de *abcedere*, s'écarter ; signifie littéralement : le dépôt du pus dans l'écartement des tissus. — Collection de pus dans les tissus ou les cavités de l'organisme. On distingue des *abcès chauds* avec signes d'inflammation aiguë, et des *abcès froids*, à marche chronique ; des *abcès migrateurs* ou par *congestion*, venant par extension d'un point plus ou moins éloigné ; des *abcès de fixation* (voyez ce mot) ; des *abcès métastatiques* (voir ce mot) ; des abcès en *bouton de chemise*, formés de deux collections de pus dans des plans différents, réunis par un canal étroit.

Abderhalden (Réaction d'). — Basée sur l'hypothèse que, lorsqu'une protéine hétérogène est introduite dans le sang, l'organisme réagit en élaborant un ferment protecteur (abwehrfermente) qui décompose la protéine. Ce ferment est spécifique pour la protéine qui a provoqué sa formation.

Réaction employée au diagnostic de la grossesse, du cancer, de la démence précoce, de la syphilis, de la tuberculose et d'autres infections.

Abdomen, s. m. (de *abdere*, cacher). — Région du corps qui renferme les organes de la moitié sous-diaphragmatique du tronc.

Abdominal, adj. — Qui appartient ou se rapporte à l'abdomen : *cavité abdominale*, paroi abdominale, etc.

Abdomino-. — Dans certains mots composés indique qu'une partie de ces mots se rapporte à l'abdomen : *abdomino-scrotal* ; *abdomino-thoracique*, etc.

Abdominoscopie, s. f. (de *abdomen* et *scopein*, examiner). — Examen de l'abdomen. (*Mot hybride à rejeter*).

Abducteur, *trice*, adj. s. m. (de *ab*, indiquant éloignement, ducere, mener). — Qui produit l'abduction.

Abduction, s. f. de *Abductio*. — Ecartement d'un membre ou d'un segment de membre qui s'éloigne de l'axe du corps. Se prend dans un sens actif : mouvement d'abduction, ou dans un sens passif : attitude d'abduction.

Abeille, s. f. — Insecte hyménoptère, produisant le miel et la cire, et dont la piqûre est venimeuse.

Aberrant, adj. (de *ab*. loin, *errare*, s'écarter). — Qui s'écarte ou dévie de la normale.

Aberration, s. f. (de *ab*, indiquant l'éloignement, et *errare*, errer). Dérangement ; déviation hors de l'état normal : *aberration des sens*, du jugement, *aberration mentale* ; *aberration de réfraction*, de *sphéricité*.

Abiétine, s. f. (de *abiès*, sapin). — Substance cristallisable retirée de la térébenthine.

Abiogénèse, s. f. (de *a* privatif ; *Bios*, vie et *genesis*, génération.) — Génération ne tirant pas son origine d'un être vivant. (Théorie de la génération spontanée.)

Abiotique, adj. (de *a* privatif et *Bios*, vie). — Contraire à la vie ; rayons *abiotiques*.

Abiurétique, adj. (de *a* privatif, *biuret*). — Qui ne donne pas la réaction du biuret.

Ablactation s. f. (de *a* privatif, et *lac*, lait). — Cessation de l'allaitement par une nourrice. (*Peu usité*.)

Ablation, s. f. (de *ablatus*, part. pas. de *auferre*, enlever). — Opération supprimant un organe ou production pathologique : ablation d'un membre, d'une tumeur, etc.

(1) A titre provisoire et par nécessité dactylographique, les mots grecs ont été transposés en caractères français.

Ablépharie, s. f. (de *a* privatif, de *blépharon*, Paupière). — Absence congénitale des paupières.
Ablepsie, s. f. (de *a* privatif, et blepein, voir). — Perte de la vue, synonyme de Cécité. (*Peu usité.*)
Abluant, adj. et s. m. (de *abluere*, laver). — Médicament liquide permettant de nettoyer la surface des muqueuses. (*Inusité.*)
Ablution, s. f. (de *abluere*, laver, ôter en lavant). — Lavage de la peau, des muqueuses accessibles et des plaies.
Abolition, s. f. (de *abolitio*, supprimer). — Indique la suppression passagère ou définitive d'une fonction : (abolition de la vision, de l'ouïe, etc.).
Abnormité, s. f. (de *a*, privatif, et *norma*, règle). — Synonyme d'anomalie; se dit d'une chose anormale : abnormité congénitale.
Aboiement, s. m. — Se dit du cri pathologique ressemblant à celui du chien.
Abortif, adj. (de *ab*, privatif et *ortus*, naissance). — 1° qui avorte : (ex. : forme abortive d'une maladie); 2° qui naît d'un avortement, p. ex. : fœtus abortif ou avorton; 3° qui fait avorter, p. ex. : drogue abortive.
Abortif, s. m. — Substance qui provoque l'avortement.
Abouchement, s. m. — Arrivée d'un conduit dans un autre plus grand. Opération qui fait communiquer deux conduits ou deux cavités entre elles. (Voir Anastomose.)
Aboulie, s. f. (de *a*, privatif, et *boulè*, volonté). — Trouble psychique consistant en la perte de la volonté.
Aboulique, adj. — Qui est atteint d'aboulie.
Aboutir, s. m. — Finir, se terminer. Terme vulgaire indiquant la suppuration des foyers inflammatoires.
Abrachie, s. f. (de *a*, privatif, et *brachion*, bras). — Absence congénitale des bras.
Abrachiocéphale, s. m. — Monstre sans bras ni tête.
Abrachiocéphalie, s. f. (de *a*, privatif; *brachion*, bras, et *xephalè*, tête). — Absence congénitale des bras et de la tête.
Abrams (Réflexe cardiaque d'). — Diminution du volume du cœur après irritation de la peau de la poitrine ou percussion de la paroi thoracique.
Abrams (Réflexe pulmonaire d'). — Contraction réflexe du poumon après excitation de la peau de la poitrine.
Abraser, V. — Faire une abrasion.
Abrasion, s. f. (*abrasio*, de *ab* et *radere*, raser). — Excision des bords déchiquetés d'une plaie pour la rendre nette.
Abscision ou *abscisshim*, s. f. (de *abscidere*, couper). — Synonyme inusité d'excision (voir ce mot).
Absence, s f. — Troubles psychiques consistant en la suspension momentanée des fonctions intellectuelles, avec perte du souvenir (réservé dans le langage médical aux épilepsies dont elle est une forme larvée).
Absinthe, s. f. — Plante (Artemisia absinthium), employée comme stimulant, anthelmintique et emménagogue. Essence toxique.
Absinthéine ou *absinthine*, s. f. — Substance toxique retirée de l'absinthe.
Absinthisme, s. m. — Intoxication par abus des liqueurs d'absinthe.
Absolu, adj. — En chimie : sans mélange : alcool absolu, c'est à dire sans eau.
Absorbable, adj. — Qui peut être absorbé.
Absorbant, adj. et s. m. — Qui absorbe; substance absorbante (ouate, charpie, amidon, etc.). Poudre absorbante.

En anatomie : désigne les vaisseaux de l'absorption : vaisseaux absorbants ou lymphatiques ; système absorbant ou lymphatique.

Substantivement : les *absorbants*.
Absorption, s. f. (*Absorptio*, de *ab* de, et *sorbare*, boire).

Action d'absorber. En physiologie : « Acte par lequel des substances pénètrent sans lésions traumatiques, dans l'intérieur d'un organe vivant. En physique : Phénomène consistant dans l'attraction et la condensation d'un fluide ou d'un liquide par un corps solide ou liquide : absorption de la lumière.
Abstème, s. m. (de *abs*. privatif, et *temetum*, vin). — Qui ne boit pas de vin.
Abstergent, adj. et sm. (de *abstergere*, nettoyer). — Qui est propre à nettoyer les plaies : médicaments abstergents.
Abstersion, s. f. — Action de nettoyer: abstersion d'une plaie, ou effet des médicaments abstergents.
Abstinence, s. f. (de *abstinere*, s'abstenir). — Privation de l'usage de certaines choses, p. ex : des aliments, des boissons, des plaisirs. Employé à tort comme synonyme de diète, qui signifie régime et manière de vie.
Abstractif, adj. (de *abs* de, et *trahere*, tirer). — Se dit des produits retirés des plantes par distillation.
Acacia, s. m. — Genre de plantes légumineuses dont une espèce produit la gomme arabique.
Acampsie, s. f. (de *a* négatif, et *xamptô* fléchir). — Impossibilité de plier une articulation. (*Inusité.*)
Acanth. (de *axantha*, épine). — S'emploie dans la formation de mots composés pour désigner soit des altérations épineuses macroscopiques, soit des altérations microscopiques des cellules épineuses de l'épiderme.
Acanthopelvis (de *axhanta*, épine et *pelvis*, bassin). — Anomalie du bassin : consistant dans la présence d'arêtes tranchantes sur l'éminence ilio-pectiné, qui peut provoquer des accidents au cours du travail.
Acanthosis nigricans, n. f. (de *axantha*, épine, et *nigricare*, être noirâtre). — Etat rugueux de la peau avec végétations papillomateuses et pigmentation. C'est la *dystrophie papillaire et pigmentaire* de Darier.
Acanthose (du gr. axantha, épine). — Epaississement du corps muqueux que l'on observe dans certaines altérations de la peau.
Acanthocéphale (de *axantha*, épine, *xéphalè*, tête). — Désigne des nemathelminthes dépourvus du tube digestif à toutes les périodes de leur existence et possédant une trompe protractile munie de crochets.
Acanthodermie, s. f. (du gr. *a* privatif, *axantha*, épine, *derma*, peau). — Hypertrophie de la couche cornée de l'épiderme qui pousse des prolongements en forme d'épine. Peu usité.
Acapnie, s. f. (de *a* négatif, et xapnos, fumée, par comparaison avec les déchets d'une combustion).

Diminution de l'acide carbonique du sang, à laquelle Mosso attribuait le mal des montagnes.
Acaratoxique, adj. — Qui a la propriété de détruire les acariens et de guérir la gale.
Acardiaque, adj. (de *a* privatif, *kardia*, cœur). — Monstre privé de cœur.
Acardie adj. (de *a* privatif, et *kardia*, cœur). — Monstruosité caractérisée par l'absence du cœur.
Acare, *Acarus*, s. m. (de akari, petit insecte). — Désigne des animaux de la classe des Arachnides, de l'ordre des Acariens. S'applique plus particulièrement au sarcopte de la gale.
Acariase, s. f. — Nom donné quelquefois à la gale.
Acarien, s. m. — Animal de l'ordre des Acares. Cet ordre comprend les Ixodes, les Sarcoptes, etc.
Acarophobie, s. f. (de *Akari*, insecte et *phobos*, crainte). — Crainte anxieuse de la gale).
Acatésie, s. f. (du gr. *a* privatif, katizein, faire asseoir). — Impossibilité de s'asseoir ou de rester assis.
Acaudé, adj. (*Acaudatus*, de *a* privatif et *Cauda*, queue). — Se dit de l'anomalie par manque de queue ou de coccyx.
Accablement, s. m. (du bas latin *cadabulum*, machine de guerre (Littré). — Diminution des forces morales et physiques, plus accusée que dans l'abattement.
Accélération, s. f. (*Acceleratio*, de *ad* à et *celerare*, hâter). — Augmentation normale ou pathologique de la vitesse ou de

la fréquence de certains phénomènes organiques (pouls, respiration, etc.).

Accessoire, adj. (de *accedere* ; *ad* vers et *Cedere*, aller). — Qui s'ajoute, auxiliaire ; glande accessoire ; muscle accessoire ; nerf accessoire, etc. Se prend aussi comme substantif m. pour désigner un organe auxiliaire ou supplémentaire : l'accessoire du long fléchisseur commun des orteils (muscle du pied). Canal accessoire du pancréas. Rates accessoires.

Accès (du l. *accessus*, *accedere*, survenir). — Phénomène morbide qui survient et disparaît avec une certaine brusquerie et peut se répéter avec ou sans périodicité (accès de fièvre, de toux) ; fièvre d'accès ; fièvre intermittente paludéenne. Ne doit pas être confondu, comme on le fait dans le langage courant, avec crise.

Accident, s. m. (de *accidere*, arriver, survenir). — Tout événement fortuit survenant chez un sujet normal (accident proprement dit, chute, blessure) ou à l'état pathologique (symptôme accidentel ou épiphénomène).

Accidentel, adj. — Qui survient par accident. Ce terme a été employé pour désigner des productions morbides considérées comme étrangères à la structure normale des tissus.

Acclimatation, s. f. (de *ad.* vers et climat).

1° Action d'acclimater, c'est-à-dire d'accoutumer un être vivant à un nouveau climat ;

2° Action de s'acclimater.

Acclimatement, s. m. — Résultat de l'acclimatation : état d'un être acclimaté, dont l'organisme, placé dans un milieu nouveau, s'est mis en harmonie avec ce milieu.

Acclimaté, adj. — Qui a subi l'acclimatation.

Acclimater, V. a. — Soumettre un homme ou un être vivant à l'action biologique d'un autre climat.

Acclimater (s') V. pr. — S'habituer à un autre climat.

Accommodateur, adj. — Qni produit l'accommodation (muscle ciliaire ou accommodateur).

Accommodation, s. f. (du lat. *Accommodatio*, ajustement.

En opthalmologie : propriété que possède l'œil de s'adapter à différentes distances pour lui permettre de voir nettement les objets les plus rapprochés ou les plus éloignés.

En biologie : adaptatation des organismes ou des éléments cellulaires à des conditions vitales diverses.

En obstétrique : modification de l'attitude du fœtus dans les trois derniers mois de la grossesse.

Accouchement, s. m. (du lat. *accubare*, se mettre au lit). — Action de mettre au monde un enfant. Expulsion spontanée ou extraction artificielle d'un fœtus et de ses annexes.

Accouchée s. f. — Femme qui vient de mettre au monde un enfant.

Accoucher, V. tr. — Mettre au monde un enfant.

Accoucheur, se, s. m. et f. — Homme ou femme pratiquant l'art des accouchements.

Accoucheur (main d'...). — Attitude particulière de la main qui s'observe dans la tétanie : les doigts contracturés sont serrés les uns contre les autres en formant un cône.

Etude médico-légale critique sur les brûlures imputées aux coups de feu, par le professeur CHAVIGNY, médecin général de l'armée, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Strasbourg. Ouvrage couronné par l'Institut : Prix Bellion (1929). In-4 carré de 58 pages avec 11 figures. — Prix : 15 fr. — Les Editions universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Université, Strasbourg (France).

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ABCÈS DU SEIN

SIGNES, DIAGNOSTIC, TRAITEMENT

Prendre comme type les *abcès aigus de l'allaitement*, consécutifs le plus souvent à une *crevasse infectée* du mamelon.

ETIOLOGIE

1. **Conditions adjuvantes.** — Du côté de la mère :
La primiparité;
Certaines malformations du mamelon;
L'absence de soins avant et après la tétée, favorisant la *crevasse* du mamelon.
Du côté de l'enfant : toutes les infections digestives, buccales et naso-pharyngées.

2. **Causes directes.** — Germes très variables : staphylocoque, streptocoque, et même colibacille, gonocoque.

SYMPTOMES

Cliniquement, deux sortes d'abcès du sein :
— *Abcès précoces* : dans les dix premiers jours succédant à une lymphangite;
— *Abcès tardifs* : mastite aiguë ou abcès sous-mammaire plus importants.

1° **Abcès précoces.** — Stade initial : *lymphangite du sein*, sixième jour après l'accouchement.

Début aigu. — SIGNES FONCTIONNELS. — Douleur, tension.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Céphalée, malaise, température à 39-40 degrés.

SIGNES PHYSIQUES. — Une simple plaque rouge de lymphangite au niveau du sein.

Période d'état. — Mais alors qu'habituellement la lymphangite rétrocède en quelques jours, ici :
— La température reste à 38°5-39°.
— Localement : rougeur, induration plus étendues, puis un point fluctuant.
— Souvent ganglion axillaire.
C'est l'*abcès pré mammaire* lymphangitique, peu grave, et qu'il suffit en pratique de débrider.

2° **Abcès tardifs.** — Quinzième au vingtième jour après l'accouchement. Peuvent réaliser :
— La *mastite aiguë*, la plus fréquente, d'origine glandulaire;
— L'*abcès sous-mammaire* ou inframastite, plus grave.

A. **Mastite aiguë.** — **Début.** — Stade de galactophorite (dixième jour).

SIGNES FONCTIONNELS. — Douleurs vagues, devenant vives à la succion.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Malaise, courbature, température à 38 degrés.

SIGNES PHYSIQUES. — Le sein est gros, tendu, douloureux, mais pas de localisation précise.
A l'expression du mamelon sur un coton, lait mêlé de pus (signe de Budin).
Pas d'adénopathie.

Période d'état. — Quinzième, vingtième jour.
Souvent le traitement reste inefficace; évolution vers l'abcès glandulaire.

SIGNES FONCTIONNELS. — Douleur vive, lancinante; succion impossible.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Fièvre (38-39°). Malaise général.

SIGNES PHYSIQUES. — Sein déformé :
— Une saillie rouge, tendue, indurée, douloureuse;
— Fluctuation tardive, difficile à percevoir.

ÉVOLUTION

Sous l'influence de l'incision, sédation. Mais savoir que l'abcès du sein est essentiellement *tenace et récidivant* : surveiller le sein à distance, et l'autre côté.

Des complications sont possibles; citer :
— Adénite, adénophlegmon;
— Abcès profond, sous-mammaire;
— Du côté de l'enfant si l'allaitement n'a pas été interrompu à temps :
— Gastro-entérite;
— Bronchopneumonie.

Enfin des *séquelles* sont fréquentes :
— Fistulette lactée (sans gravité);
— Evolution vers l'*abcès chronique* (mastite chronique);
Douleur diffuse, mais persistante, sans fièvre;
Localement tumeur indurée, mal limitée, mais évoluant par poussées (règles) pendant des mois (diagnostic avec cancer du sein).

B. **Abcès sous-mammaire.** — Rare mais très sérieux, serait en réalité un abcès en *bouton de chemise* à point de départ glandulaire.

SIGNES FONCTIONNELS et SIGNES GÉNÉRAUX plus accentués.

SIGNES PHYSIQUES. — Sein soulevé en masse, de coloration normale.
Au palper, sensation de résistance élastique.
Puis bourrelet d'œdème sous et péri-mammaire avec fluctuation plus ou moins nette.
Cet abcès qui peut donner de graves décollements, atteindre même la plèvre, doit être incisé précocement.

FORMES CLINIQUES

Nombreuses formes :
Suivant le siège : Abcès de l'aréole;
— Abcès multiples pouvant détruire la glande.
Suivant la nature : Mastite gangréneuse.
Suivant le terrain : Mastites graves, étendues des débilitées;
— Mastites du nouveau-né;
— Mastites de la puberté, d'un diagnostic facile, mais aboutissent rarement à l'abcès vrai.

DIAGNOSTIC

I. **Abcès précoces.** — En présence d'accidents aigus fébriles chez une accouchée récente, on pense :
1. Simple *constipation*;
2. *Endométrite* : examen des lochies et toucher vaginal;
3. *Pyélonéphrite* : examen des urines.

II. **Abcès secondaires.** — Deux diagnostics classiques :

1. **L'engorgement du sein**, mais pas de pus à l'expression, pas de rougeur localisée.

2. **Les cancers aigus de la lactation**, mais souvent bilatéraux, non fluctuants, avec mauvais état général.

TRAITEMENT

1. **Prophylactique.** — Rôle essentiel.
Dès avant l'accouchement, soins d'hygiène pour éviter les *crevasses*.

2. **Curatif.** — *A.* **Dès le début des accidents**, faire cesser l'allaitement du côté douloureux.

B. Traitement proprement dit : banal.
— Compresses chaudes, alcoolisées.
— Vaccinothérapie locale ou générale (auto-vaccins, bactériophage).
— Surtout *incision* :
Précoce et large;
Soit rayonnée à partir de l'aréole;
Ou sous-mammaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Chirurgie générale, par M. le docteur DARIAU.
JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION
Le droit de critique scientifique.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1930-1931.
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — PRIX FILLIOUX. — En conformité du legs fait à l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement en 1931, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1931, le concours sera ouvert le jeudi 10 décembre 1931.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, du 3 au 14 octobre 1931 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le mercredi 14 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

CONDITIONS DU CONCOURS. — I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire manuscrit et inédit sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomopathologique ;

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de :

Pour le mémoire. . . . . 30 points
Pour l'épreuve clinique. . . . . . . 20 —

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants ;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

— PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert en 1931, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale, au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du Service de santé) le 16 novembre 1931, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

MONUMENT PAUL LECÈNE. — L'inauguration du monument élevé à l'hôpital Saint-Louis de Paris en mémoire du professeur Paul Lecène aura lieu le mardi 6 octobre 1931, à 11 h.

GUERRE. — Récompenses honorifiques pour les soins aux militaires de la gendarmerie (suite, voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 76, p. 1414) :

Médaille de bronze (délivrée après 15 années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Markuszewski (de Pierrefitte), Thouvenel (d'Antony).

2e légion : MM. Monflier (de Gamaches), Agricole (d'Ambleny).

3e légion : MM. Serre (de Mondeville), Chatel (de Duclair).

4e légion : M. Bouquet (de Nogent-le-Roi).
8e légion : M. Guenot (du Creusot).
10e légion : MM. Lebrun (de Tessy-sur-Vire), Lemoine (d'Agon).
11e légion : MM. Ezano (de Saint-Mars-du-Désert), Garçon (de Ploërmel).
12e légion : MM. Fargeot (de Lisle), Caruel (de Saint-Aulaye).
13e légion : MM. Francoz (de Saint-Gervais-d'Auvergne), Avril (de Charlieu).
14e légion : MM. Jaume (de Pierrelatte), Bidon (de Lyon), Guyonnet (de Saint-Etienne-de-Saint-Geoire), Turc (de Virivile), Germain (de Montluel).
15e légion : M. Maestraggi (de Rognac).
Corse : M. Martinetti (de Chisonaccio).
16e légion : M. Gau (d'Espezel).
17e légion : M. Dufaur (de Valense-d'Agen).
18e légion : MM. Velsemburger (de Carcans), Aunis (de Langoiron), Duval (du Bouscat), Gauzerc (de Tartas).
20e légion : MM. Etienne (de Pont-à-Mousson), Stevenel (de Raon-l'Etape).

Médaille d'argent (délivrée après vingt années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Julia (de Paris), Gosselin (d'Argenteuil), Montalli (La Garenne-Colombes), Huleux (de Nogent-sur Marne), Crosse (de Gentilly), Rabourdin (d'Argenteuil), Maurel (de Saint-Chéron).
1re légion : MM. Widehen (d'Etaples), Durot (d'Iwuy).
2e légion : MM. Bernard (de Nesle), Hannebelle (de Friville-Escarbotin), Lemper (de Marle), Rouvillain (de Villers-Bretonneaux).
3e légion : MM. Lesbroussart (de Caen), Mahé-Desportes (de Brionne), Collignon (de Routot), Quesnet (de Balleroy), Heurteaud (de Dives-sur-Mer), Leherissey (de Villers-sur-Mer), Lacaine (d'Aunay-sur-Odon), Abbadie (de Beaumont-le-Roger), Leportier (de Gaillefontaine).
5e légion : MM. Charpentier (de Prémery), Lemaire (de Cosne), Rivaillon (d'Entrain), Dirigoin (de Le Châtelet), Gourdou (de La Machine), Guyot (de Châteaumellant), Calvaing (de Decize).
7e légion : MM. Monot (de Maiche), Larue (de Le Russey), Simeray (de Moirans), Savouret (de Chaumont).
8e légion : MM. Galluchon (de Charny), Hausmann (d'Estissac), Laverrière (de Cuisery), Joccotton (de Le Creusot), Descombins (de Montceau-les-Mines).
9e légion : MM. Gascouin (de Sainte-Maur), Chapu (de Buzançais), Cluzeau (de Châtillon-sur-Indre), Gabory (de Tiercé).
10e légion : MM. Baize (de Coutances), Chéret (de Châteaubourg), Maillard (de Bécherel), Brizé (de Châteauneuf).
11e légion : MM. Putot (de Penhuët-en-Saint-Nazaire), Mignen (de Les Essarts), Mabin (de Malestroit), Amerand (de Chantonnay).
12e légion : MM. Laborie (de Carlux), Beyly (de Thiviers), Feuillet (de Villefagnan), Vidalin (de Tulle), Brunie (de Seilhac).
13e légion : MM. Frelut (de Lavoûte-Chilhac), Perrin (de Lapalisse), Laurent (de Buxières-aux-Mines), Espagnon (de Jumeaux), Gras (de Murat), Dullège (de La Bourboule), Ginet (de Montfaucon).
14e légion : MM. Roux (de Saint-Gervais), Grumbach (de Le Péage-de-Roussillon), Lalande (de Saint-Jean-de-Maurienne), Perret (de Vonnas), Volpelière (de Bourdeaux), Thiriet (de Guillestre), Voiturier (d'Ambérieu-en-Bugey), Rey (de Saint-Bonnet), Maillard (de Fleurie).
15e légion : MM. Gassend (de Digne), Barthélemy (de Fuveau), Cambassédès (de Valleraugue), Bastide (de Saint-Ambroix), Dehan (de Vernoux), Sabatier (de Lambesc), Richard (de Bessèges), Roche (de Les Vans), Escarras (de Castellane), Passeron (de Lantosque), Espagne (d'Aumessas).
Corse : M. Martelli (Santa-Réparata-di-Balagna).
16e légion : MM. Lapeyre (de Meyrueis), Magne (de Villefranche-de-Rouergue), Bedos (d'Olonzac), Galabra (de Bousquet-d'Orb).
17e légion : MM. Boube (de Pamiers), Bacqué (de Damazan), Cartault (de Vic-Fezensac).
18e légion : MM. Erny (de Sauveterre), Souberbielle (d'Ustaritz), Artigne (de Lormont), Pareau (de Castres), Castaing (de Saint-Médard-en-Jalles), Portes (de Bagnères-de-Bigorre).
19e légion : M. Bordères (de Saint-Cloud).
20e légion : M. Job (d'Homécourt). *(A suivre.)*

HÔPITAL TENON. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LES GRANDS SYNDROMES CARDIAQUES (INSUFFISANCE CARDIAQUE, ANGINES DE POITRINE, DOULEURS PRÉCORDIALES, SYNCOPES). — Ce cours qui aura lieu du 9 au 19 novembre 1931, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves, MM. Haguenau, médecin des hôpitaux; H. Welti, chirurgien des hôpitaux; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux; Gilbert-Dreyfus, P. Puech, Alibert, P. Merklen, Odinet et Racine, anciens internes et internes du service; R. Barrieu (de Royat); M. Marchal, assistant d'électroradiologie, chargé de la radiologie du service; Bréant, chef du laboratoire du service.

Tous les matins à 10 h., Conférence clinique avec projections. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi : à 15 h. et à 17 h. 1/2, deux Conférences cliniques avec projections; à 16 h., démonstration pratique.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1. arythmies; 2. grands syndromes cardiaques; 3. artères, veines et capillaires; 4. endocarde, péricarde, myocarde et aorte. Le cours de juin 1932 portera sur les maladies des artères, veines et capillaires; il sera suivi d'un voyage aux stations hydro-minérales cardio-vasculaires.

S'inscrire, ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours de 9 h. à 11 h. et de 14 h. à 17 h. (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien à l'hôpital Tenon, auprès du docteur Blondel, premier assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription : 250 fr.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par M. le docteur DARIAU,

ASSISTANT DE CHIRURGIE DE L'HOSPICE PAUL BROUSSE.

Le choix d'un anesthésique en chirurgie. (H. Bompart. *Journ. méd. franç.*, avril 1931.) — Il n'y a pas, dans l'état actuel de nos connaissances, d'anesthésique vraiment universel. Si les préférences générales vont surtout à l'éther, et si le chloroforme a manifestement perdu de son succès, il n'en reste pas moins que chacun des produits dont nous disposons présente des indications nettes et que son administration exige certaines conditions rigoureuses d'expérience personnelle.

Longtemps on a tenu compte seulement de la nature de l'anesthésique; puis on s'est avisé que le malade jouait aussi un rôle de premier plan; enfin la technique employée, bien mise en relief par Auvray, constitue également un facteur important de succès.

Anesthésie locale. — Elle donne d'excellents résultats si l'opérateur est suffisamment patient et d'une douceur de mouvements parfaite. Cette douceur des gestes est sans doute la cause principale de la diminution du shock chez les opérés sous anesthésie locale.

Du côté du malade certaines conditions doivent être réalisées. Sa confiance, son calme sont nécessaires. Aussi est-il toujours indiqué au cours de l'intervention de lui parler de façon à occuper son esprit.

L'usage de la morphine dans les heures qui précèdent est de bonne pratique. On doit instruire l'opéré du fait qu'en dépit de l'anesthésie il persiste une sensation de contact légèrement désagréable mais jamais douloureuse. L'infiltration doit être largement conduite. Il ne faut jamais céder à la tentation d'opérer, ne fût-ce qu'un instant, au delà du territoire anesthésié sous prétexte qu'un coup de ciseau est vite donné. A partir du moment où la sensibilité douloureuse réapparaît, la confiance s'évanouit et l'anesthésie demeure compromise pour toute la suite de l'opération.

La cocaïne ne s'emploie plus en chirurgie générale. C'est à la novocaïne qu'on s'adresse le plus souvent, ou à ses succédanés; on utilise une solution à 1 p. 200 sans addition d'adrénaline.

A cette dernière substance on a reproché des accidents de gangrène locale, extrêmement rares du reste. Mais elle a surtout pour effet de créer une vaso-constriction temporaire et trompeuse, bientôt suivie d'une dilatation génératrice d'hémorragie à « retardement ».

Opérer sans adrénaline c'est prolonger quelque peu le temps opératoire puisqu'on est ainsi tenu de réaliser sur-le-champ une hémostase minutieuse, mais c'est aussi se mettre à l'abri des hématomes dans les jours qui suivent.

Anesthésie rachidienne. — Elle doit être précédée d'une piqûre de caféine une demi-heure avant l'opération. On doit la rejeter chez tous les hypotendus et les hémorragiques graves.

Il semble que l'anesthésie soit meilleure quand on laisse couler quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien avant l'injection et quand on pratique le « barbotage », réalisant ainsi un mélange plus intime du liquide rachidien et de la solution anesthésiante.

Le lieu de l'injection varie naturellement avec les zones à anesthésier.

Anesthésie épidurale. — Peu employée, elle donne cependant des résultats parfaits quand il s'agit d'intervenir sur le périnée. Sa technique est un peu délicate car il convient de repérer parfaitement l'orifice inférieur du canal sacré par où doit être poussée l'injection.

On a proposé récemment d'utiliser la méthode dans la chirurgie abdominale inférieure en augmentant les doses et en plaçant le sujet en position déclive vingt minutes avant l'opération.

L'éther. — C'est la méthode la plus simple, la moins dangereuse, surtout depuis que nous possédons le masque d'Ombrédanne.

Le seul inconvénient est la fréquence des complications pulmonaires. Elles vont depuis la simple bronchite jusqu'au réveil fatal des lésions bacillaires même très anciennes. D'où la nécessité d'étudier soigneusement l'état de l'appareil respiratoire chez tous les futurs opérés.

Le chloroforme. — Est d'un maniement délicat. La syncope blanche à laquelle il expose est manifestement un accident redoutable. Mais il faut savoir qu'on peut la prévenir et la traiter. Elle s'observe chez les vagotoniques, dont le réflexe oculo-cardiaque s'accompagne de ralentissement du pouls. Une injection préalable d'atropine évite cet accident. La même substance injectée dans le cœur permet aussi de faire cesser la syncope; il en est de même de l'adrénaline. Toutefois, ces produits ne sauraient être utilisés dans les cas de syncope tardive, toxique; ils ne donneraient que des désastres. Le chloroforme doit être proscrit chez les hépatiques, en raison des ictères mortels qu'il peut produire rapidement.

Le mélange de Sehleich. — Est sans doute plus maniable que le chloroforme, mais il peut cependant donner des syncopes sérieuses.

On l'administre souvent avec l'appareil d'Ombrédanne. C'est une erreur, car cet appareil ne tient aucun compte des degrés de volatilité très différents des trois corps constituants du mélange. Il va de soi, dans ces conditions, que la proportion des vapeurs inhalées n'est pas la même aux périodes successives de l'anesthésie et il est fréquent de noter un sommeil irrégulier.

Mieux vaut se servir de l'appareil de Besset, dont l'auteur donne un schéma et une description détaillés.

Le chlorure d'éthyle. — Le sommeil est instantané, le réveil immédiat.

Les syncopes sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'imagine et leur gravité est augmentée par l'existence constante d'un trismus rendant impossible toute traction de la langue.

Il est donc indiqué de mettre en place un ouvre-bouche avant d'endormir le malade. Le danger est moindre si, aux doses massives, on préfère les doses minimes et répétées comme permet de les administrer l'appareil de Besset.

**

LE PROTOXYDE DE L'AZOTE. — Est le moins choquant des anesthésiques employés couramment. Il convient parfaitement aux sujets fatigués ; mais il exige un anesthésiste très entraîné, un matériel encombrant et coûteux ; du reste, pour obtenir un silence abdominal complet, il est nécessaire de lui ajouter quelques bouffées d'éther.

L'AVERTINE. — Vulgarisée en France par Gosset et Thalheimer, est l'anesthésique-type des opérations longues, car son emploi n'entraîne aucun shock appréciable. Le sommeil est progressif, sans période d'excitation ; le réveil est facile, sans effort de vomissement.

Le produit s'emploie par voie rectale, mais presque toujours pour obtenir une narcose complète, quelques bouffées d'éther ou de chlorure d'éthyle sont nécessaires.

Ayant ainsi passé en revue les anesthésiques les plus employés, l'auteur, dans un second chapitre, traite du choix de l'anesthésie en fonction de l'opération à réaliser.

TUBE DIGESTIF. — L'anesthésie locale est particulièrement indiquée dans la cure des hernies où elle donne une insensibilité très suffisante et met à l'abri sinon des complications pulmonaires, du moins de la toux si pénible et si préjudiciable à la solidité des sutures.

La gastro-entérostomie est aisément réalisable sous anesthésie locale dans presque tous les cas, mais il faut faire précéder l'intervention d'une piqûre de morphine. Il reste indispensable de réduire au minimum les manipulations viscérales ; si la sensibilité de l'estomac et de l'intestin est nulle à la section, les tractions des méso sont toujours très pénibles.

Par contre, dans l'appendicite l'anesthésie générale est préférable. L'infiltration de novocaïne ne permet guère les mouvements nécessaires à la libération d'un appendice très adhérent et d'ablation difficile. Pourtant si l'on croyait devoir dans un cas donné utiliser l'anesthésie locale, il faudrait injecter la base du méso, sa section restant douloureuse.

La rachi-cocaïnisation qui procure un silence abdominal parfait est particulièrement favorable en cas d'intervention portant sur le côlon et le rectum. Elle réussit également dans les gastrectomies, mais alors la ponction doit porter entre la XIIe dorsale et la Ire lombaire. Cette rachi haute donne encore des résultats avantageux dans la chirurgie des voies biliaires.

L'anesthésie épidurale n'est guère de mise que dans les interventions portant sur l'extrémité inférieure du tube digestif : hémorroïdes, fissures, fistules. Elle donne dans ces cas une insensibilité complète avec relâchement musculaire parfait.

L'anesthésie splanchnique est peu employée. Il faut toujours la compléter par une infiltration de la paroi. Sa technique difficile exige, pour donner de bons résultats, des mains expérimentées.

GYNÉCOLOGIE. — L'anesthésie locale est indiquée dans les bartholinites, les amputations et les réfections du col utérin. Pratiquée avec méthode elle permet encore les curettages, voire l'hystérectomie vaginale. Mais, en principe on peut dire qu'en gynécologie il faut recourir à l'anesthésie générale.

L'épidurale reste indiquée dans les périnéorraphies et l'anesthésie rachidienne dans toutes les laparotomies sous-ombilicales, notamment dans l'opération de Wertheim et la Césarienne.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE DE L'HOMME. — L'anesthésie des muqueuses par contact simple s'obtient à l'aide de solutions variant de 2 à 5 p. 100 : uréthrotomies internes, cystoscopies délicates.

Par infiltration on utilise la solution ordinaire à 1 p. 200 ; elle permet de mener à bien la cystostomie, et, en suivant la méthode de Legueu, la prostatectomie.

L'opération du phimosis exige très souvent l'anesthésie générale. L'épididymectomie et la castration peuvent être réalisées sous anesthésie locale par infiltration de la peau, puis du cordon.

L'épidurale est l'anesthésie de choix dans les cystoscopies difficiles, l'urétrorraphie et le phimosis ; elle est moins bonne dans la prostatectomie où il faut toujours lui associer une infiltration de la paroi.

La rachidienne est peu favorable à la chirurgie urinaire sauf peut-être dans certaines interventions vésicales.

L'anesthésie générale : éther, chloroforme, Sleich convient parfaitement à la chirurgie du rein ; cependant dans les néphrectomies pour tuberculose, l'éther n'est pas à conseiller.

Le chlorure d'éthyle, ici, n'a que de rares indications. Il est indiqué dans les cas d'infiltration d'urine où le malade grandement choqué ne supporterait pas une narcose prolongée.

CHIRURGIE D'URGENCE. — Exception faite de cure de la hernie étranglée et de l'établissement d'un anus artificiel où l'on doit toujours recourir à l'anesthésie locale, c'est à la rachi-cocaïnisation et à la narcose complète qu'il convient de s'adresser.

La rachi est spécialement indiquée dans l'occlusion, car elle donne une résolution parfaite tout en excitant la contractilité intestinale. Par contre, on ne doit l'employer sous aucun prétexte dans les ruptures de grossesses tubaires en raison des syncopes graves qu'elle présente parfois.

CHIRURGIE INFANTILE. — Le psychisme de l'enfant ne permet pas d'utiliser l'anesthésie locale. Chez les très jeunes sujets atteints de sténose hypertrophique du pylore, on doit se passer de toute anesthésie, leur état précaire interdisant toute narcose véritable.

L'anesthésie générale est de réalisation facile en chirurgie infantile ; la dose nécessaire est toujours minime. Mais chez les nourrissons, elle expose à l'apparition du syndrome pâleur du visage, hyperthermie de pronostic toujours grave.

CHIRURGIE DE LA TÊTE ET DU COU. — L'anesthésie locale convient particulièrement aux trépanés. De Martel a montré que l'ablation des tumeurs cérébrales était possible après la seule anesthésie des téguments par infiltration.

Il en est de même des interventions intéressant la thyroïde. Après une anesthésie traçante sous-cutanée aux lieu et place de la future incision, il est bon de pratiquer une anesthésie régionale à distance, au niveau des branches du plexus cervical, dès leur sortie des trous transversaires.

C'est encore à cette méthode qu'on doit recourir dans la phrénicectomie.

L'anesthésie générale garde cependant des indications nettes dans la chirurgie cervicale. Mais son administration à l'aide d'un masque ne laisse pas d'être gênante dans l'ablation d'un cancer de la langue ou la réfection d'un bec-de-lièvre, aussi conseille-t-on, dans ces cas, d'insuffler le chloroforme par une sonde nasale ou d'utiliser la voie rectale (solution huileuse d'éther ou avertine).

CHIRURGIE DU THORAX ET DU RACHIS. — C'est le triomphe de l'anesthésie locale et régionale. Dans les pleurésies purulentes, les thoracectomies larges, dans la chirurgie du poumon, elles ont amélioré les statistiques d'une façon manifeste.

L'anesthésie générale ne saurait être supplantée dans les ostéo-synthèses pour mal de Pott.

La plupart des plaies du cœur peuvent être suturées sans anesthésie.

CHIRURGIE DES MEMBRES. — S'il s'agit de petites interventions, telle celle de l'ongle incarné, il va de soi que l'anesthésie locale s'impose.

Dans les panaris, il faut systématiquement employer une anesthésie régionale en bague à la base du doigt et rejeter la classique application du chlorure d'éthyle qui ne permet

pas une exploration suffisante des lésions, ni la recherche d'un trajet en bouton de chemise ou d'un point d'ostéite persistant.

L'anesthésie tronculaire à la base du membre, l'anesthésie par voie veineuse après ligature à la racine du bras ou de la jambe ont été tentées, mais en principe, c'est à la narcose complète qu'il faut s'adresser dans les amputations, les désarticulations et les résections.

L'anesthésie rachidienne convient admirablement dans la réduction des fractures du membre inférieur.

L'anesthésie générale n'en concerne pas moins des indications étendues.

Au niveau du membre supérieur, elle convient seule.

De cette étude analytique, il n'est pas aisé de tirer des conclusions définitives. L'anesthésique idéal n'est pas trouvé et la multiplicité des procédés préconisés en est la preuve.

Il est certain cependant que l'emploi plus fréquent de l'anesthésie locale a abaissé la mortalité en raréfiant les complications pulmonaires et le shock.

Mais cette méthode ne peut être généralisée ; elle a ses limites. Et c'est une question de doigté que de savoir choisir dans chaque cas, en tenant compte de l'état du malade et de la nature de l'opération à pratiquer.

Traitement du tétanos déclaré. (Robert KAUFMANN. *Revue de chir.*, mars 1931.) — On est actuellement d'accord pour reconnaître que la sérothérapie constitue l'élément important du traitement du tétanos. Mais les avis diffèrent quand il s'agit de choisir la voie d'injection du sérum et d'en fixer les doses thérapeutiques.

Il est probable qu'il y aura toujours des infections massives génératrices à bref délai d'intoxications suraiguës que le sérum ne pourra juguler. Ces cas seront moins fréquents quand on pratiquera systématiquement la sérothérapie à hautes doses. Du reste, le sérum nouveau de l'Institut Pasteur représente environ 500 unités antitoxiques par centimètre cube, alors que l'ancien n'en contenait que 150.

Leisman et Smalman ont constaté que la mortalité pendant la Grande Guerre s'est abaissée de 20 p. 100 sur le front anglais et de 25 p. 100 à l'intérieur dès qu'on a injecté plus de 20.000 unités antitoxiques.

La peur de la maladie du sérum fait encore reculer bon nombre de chirurgiens devant la progression des doses préconisées depuis quelque vingt ans.

A vrai dire, les accidents sériques sont un ennui de la méthode, un danger peut-être quand on se voit contraint de continuer longtemps le traitement. Des séquelles sont toujours possibles : albuminurie, mort subite, sans parler de ces cas vraiment troublants où la maladie sérique simule à s'y méprendre une reprise du tétanos. A ce point de vue, il ne faut jamais oublier de recourir à la méthode de Besredka. Si, en dépit de cette précaution, les accidents sériques éclatent, on se souviendra que les injections d'autosang, à la dose de 15 à 20 centimètres cubes, peuvent les faire disparaître en quelques heures. Le chlorure de calcium, à raison de 4 grammes par jour, n'a peut-être pas l'efficacité qu'on avait espérée.

Mais le sérum n'est pas tout, et la voie d'administration a bien aussi son importance tant au point de vue de l'activité thérapeutique qu'au point de vue de la prophylaxie des accidents sériques.

La voie sous-cutanée s'accompagne d'une absorption lente permettant la saturation du malade d'une façon continue ; elle est d'exécution facile ; elle évite « les grands drames de l'anaphylaxie ». C'est la méthode de choix en présence d'un tétanos léger, mais elle est insuffisante en cas de tétanos aigu grave.

Injecté dans les muscles, le sérum s'absorbe trois fois plus rapidement. Dans les veines, il peut produire des accidents mortels. Cette méthode des injections intraveineuses devrait être d'une grande efficacité si on y recourait toujours au moment précis où le sang du tétanique transporte la toxine ; mais comment dépister cliniquement ce moment favorable ?

La voie sous-arachnoïdienne, dont Camus a montré l'efficacité, ne semble pas présenter de danger spécial si on l'emploie sous anesthésie générale comme l'a prouvé Dufour. Elle a cependant de nombreux détracteurs. On a rapporté des cas de méningite sérique rapidement mortels.

Quand on soigne un tétanique, il ne faut jamais perdre de vue qu'une excitation quelconque peut provoquer un spasme fatal ; aussi Brisset donne-t-il le conseil de ne quitter le malade « ni jour ni nuit, le chloroforme à la main ».

Depuis longtemps déjà cet anesthésique était considéré comme un médicament symptomatique de la crise tétanique. En 1847, Escallier, interne de Velpeau, l'utilisait à ce titre dans le traitement d'un blessé qui du reste ne guérit pas. Quelques années plus tard Prévost citait 22 guérisons contre 16 décès.

Tout près de nous Le Clerc montre que l'éther réussit *in vitro* mieux que le chloroforme. Pour cet auteur l'anesthésique agit en défixant la toxine, d'où la nécessité de saturer l'organisme d'antitoxine avant, pendant et après la chloroformisation.

Des expériences de Bazy, Cruchet et Billard il résulterait que le chloroforme se fixe sur les lipoïdes du névraxe et qu'il empêche la toxine de les imprégner.

Koch et Mlle Collin ont publié, depuis, un cas de tétanos très grave guéri par le chloral sans sérothérapie.

Mais c'est tout récemment que Dufour et ses élèves établissent les multiples avantages du chloroforme chez le tétanique. Il empêche le malade de souffrir, augmente l'efficacité du sérum, écarte les accidents anaphylactiques et permet l'utilisation de la voie sous-arachnoïdienne, la plus active de toutes.

Il faut avouer que l'administration du chloroforme chez de tels sujets n'est pas sans danger. Quoi qu'on en ait dit, le bulbe excité n'est pas du tout réfractaire à l'intoxication anesthésique.

La ponction lombaire est généralement facile dans ces conditions. La quantité de liquide rachidien qu'il convient de soustraire est de 30 centimètres cubes chez l'adulte et de 20 chez l'enfant. On injecte une quantité égale de sérum. Le malade est alors placé en position déclive afin que le liquide vienne baigner le segment supérieur du névraxe.

Cette méthode paraît à l'auteur des plus intéressantes. C'est peut-être la meilleure dont nous disposions, encore qu'elle ne soit pas sans danger et qu'elle reste souvent impuissante dans certaines formes particulièrement sérieuses, le tétanos utérin en particulier.

Quoi qu'il en soit, contre un mal si redoutable il convient de tout mettre en œuvre pour obtenir la guérison. La sérothérapie est beaucoup ; elle n'est pas tout dans le traitement du tétanos. Il y faut ajouter certaine précaution d'hygiène générale : isolement du malade dans une atmosphère silencieuse ; s'efforcer de calmer sa nervosité en le maintenant dans un état de demi-somnolence à l'aide du somnifène intraveineux ; surveiller ses évacuations et surtout le faire boire abondamment.

Le sucre en injections intrarectales ou intraveineuses est précieux chez ce blessé qui dépense une énergie musculaire considérable.

Enfin, le traitement chirurgical de la plaie tétanigène s'impose dans tous les cas. La suppression de cette plaie quand elle est accessible et connue doit être effectuée sans retard. Quand cette extirpation radicale n'est possible qu'au prix d'une amputation, il ne faut nullement hésiter.

Ces interventions même minimes seront toujours réalisées sous anesthésie générale. On procédera avec soin à la libération des corps étrangers. On pansera la plaie au sérum.

Diagnostic et traitement des tumeurs cérébrales. (E. Sachs. Professeur de clinique neuro-chirurgicale à l'Université de Washington.) — La littérature concernant le diagnostic des tumeurs du cerveau est plutôt restreinte, c'est pourquoi l'auteur a entrepris d'écrire cet important travail.

Le chapitre des localisations basées sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux est spécialement développé; on y trouve notamment une topographie détaillée du cerveau avec ses projections sur la tête, la face et le cuir chevelu.

Un second chapitre traite des méthodes radiographiques permettant l'étude des lésions de l'hypophyse et de la selle turcique, ainsi qu'une technique minutieuse de la pneumoventriculographie. De nombreux clichés sont reproduits.

Puis viennent l'étude des signes généraux, de l'hypertension, des symptômes locaux des néoplasmes cérébraux, protubérantiels et médullaires.

Un chapitre spécial est consacré aux maladies avec lesquelles ces tumeurs sont le plus souvent confondues.

Enfin, l'ouvrage s'achève par un traité de technique opératoire et de soins à donner dans les jours qui suivent l'intervention.

Le chirurgien-neurologiste lira avec intérêt cette publication qu'illustrent un grand nombre de gravures presque toutes originales.

Les tumeurs primitives des articulations. (MM. Razemon et Bizard. *Revue de chir.*, avril 1931.) — Ce sont des lésions mal connues. Les auteurs ont rassemblé 73 observations, à l'occasion d'un cas opéré récemment par Lambret, et leur travail très consciencieux donne une idée générale de la question.

Par « tumeurs primitives des articulations » il faut entendre toutes les tumeurs développées aux dépens de la synoviale ou des tissus juxtasynoviaux et dont l'évolution, tout au moins au début, se fait à l'intérieur de l'article.

Les unes sont bénignes : lipomes, fibromes, angiomes; les autres malignes : sarcomes banaux, globo-cellulaires, fuso-cellulaires, myxo-sarcomes auxquels il faut ajouter une variété fort intéressante dont la structure rappelle celle de la synoviale et que Lejars et Rubens-Duval ont différenciée sous le nom d'endothéliome synovial.

Sur les 73 cas considérés, 45 fois la tumeur était bénigne, 29 fois maligne.

63 fois elle siégeait au genou, 8 fois au cou-de-pied ou au pied, 1 fois au coude, 2 fois la localisation n'était pas indiquée.

Etude anatomique. — *Les lipomes* affectent des formes variables. Les uns, de beaucoup les plus fréquents ont une origine inflammatoire ou traumatique. D'autres sont à la fois extra et intra-capsulaires; ce sont des « lipomes-tumeurs ».

Les fibromes, au moins à l'état de pureté sont rares. Sountag en a cependant observé un cas récent. La tumeur grosse comme une noix siégeait au genou et faisait saillie dans l'articulation. Le point de départ paraissait être la partie fibreuse de la capsule. L'examen histologique montrait des faisceaux fibreux irréguliers et des cellules conjonctives allongées sans caractères particuliers.

Les *angiomes* intra-articulaires seuls considérés dans ce travail sont à distinguer des angiomes juxta-articulaires de Gangolphe développés dans les muscles.

Ils présentent des caractères suffisamment nets pour être diagnostiqués avant l'incision de la peau. Celle-ci est en effet sillonnée de varicosités multiples : véritables angiomes superficiels.

Au cours de l'opération l'angiome est parfois visible à travers la capsule distendue sous forme d'une masse à reflets bleuâtres. La capsule ouverte laisse s'écouler un liquide hématique assez abondant.

Tantôt l'angiome affecte une forme limitée, circonscrite; tantôt il envoie des prolongements dans les tissus de voisinage; tantôt enfin, l'articulation entière et la synoviale son recouvertes de portions tumorales gorgées de sang.

La tumeur, habituellement molle et spongieuse, a la consistance de la gomme. Son incision donne naissance à une abondante hémorragie.

Du point de vue anatomo-pathologique les angiomes sont le plus souvent du type caverneux avec de larges lacunes remplies de sang. Ils peuvent être du type capillaire simple avec des pelotons à parois épaissies que réunit du tissu conjonctif.

Histologiquement ce sont des tumeurs bénignes; elles le sont aussi cliniquement, car elles ne s'accompagnent jamais de métastases. Elles peuvent cependant récidiver *in situ* après une extirpation incomplète. Il n'y a pas d'adénopathie.

Ce sont des tumeurs congénitales sans doute, et le rôle du traumatisme invoqué quelquefois est loin d'être démontré.

A ces variétés de tumeurs bénignes il convient d'ajouter d'autres tumeurs également bénignes, à cellules lipoïdiques et à cellules géantes, riches en amas de pigment ocre. Bien étudiées par Lecène, Moulonguet et Talbot, elles sont désignées d'ordinaire sous le nom de « tumeurs à myéloplaxes ». On peut distinguer une forme limitée et une forme diffuse.

Dans le premier cas, un pédicule plus ou moins volumineux implante la tumeur en un point quelconque de la synoviale. Dans le second cas, à côté de la masse principale, on trouve une collection de petites tumeurs envahissant la séreuse, et, contrairement à ce qu'on observe dans les formes limitées, il existe ici un épanchement articulaire sanglant ou citrin.

La pathogénie des tumeurs à myéloplaxes est mal connue. En France, on les considère avec Lecène comme le résultat d'un processus inflammatoire à évolution lente. Wustmann voit leur origine dans une augmentation notable du taux de la cholestérine du sang. Pour d'autres, le facteur étiologique principal serait un traumatisme ancien.

Les tumeurs malignes des articulations sont très rares. Diffuses ou circonscrites, elles sont parfois franchement pédiculées, sessiles et limitées. Leur consistance est molle; leur coloration varie du gris rosé au brun rougeâtre. Elles ne possèdent pas de capsule. La présence d'un épanchement est exceptionnelle, sauf dans les tumeurs diffuses où l'on peut rencontrer du liquide citrin ou séro-hématique, voire du sang pur.

Ces tumeurs sont, ou bien des sarcomes du type banal : *liposarcomes*, *myxo-sarcomes*, *fuso-cellulaires*, *globo-cellulaires*, ou des sarcomes rappelant leur origine synoviale.

Etude clinique. — Ces affections ont peu de symptômes propres. Elles évoluent sous l'aspect d'une séquelle traumatique ou d'une arthrite chronique. Les erreurs de diagnostic sont donc fréquentes.

On peut cependant réduire leur physionomie à quatre types cliniques :

I. Des tumeurs très mobiles dites « souris articulaires ».
II. Des tumeurs localisées immobiles.
III. Des tumeurs diffuses simulant la tumeur blanche.
IV. Des tumeurs ulcérées.

Le rôle de la radiographie est considérable.

Cliniquement, l'ulcération de la tumeur et la présence de métastases permettent à un stade avancé d'affirmer la malignité. Mais pour s'éclairer sur la nature exacte de l'affection au début, il faudrait avoir recours systématiquement à la biopsie suivie d'un examen extemporané. Même dans ces conditions l'erreur est encore possible.

Traitement. — Il doit tendre dans tous les cas à réaliser une ablation complète.

S'agit-il d'une tumeur bénigne? L'opération consistera, soit dans l'exérèse simple, soit dans une synovectomie, soit enfin dans une résection articulaire plus ou moins étendue.

En face d'une tumeur maligne, la conduite la meilleure sera de recourir à l'ablation large, quitte à amputer secondairement si une récidive se produit.

Les ostéomes du coude. (Raphaël MASSART. *Gaz. méd. de France*, mai 1931.) — Les ostéomes sont une complication sérieuse et fréquente des traumatismes du coude. On les observe surtout dans le brachial antérieur, plus rarement en avant de l'articulation, en arrière au niveau de l'olécrane, latéralement sur l'épitrochlée.

Ils succèdent à une lésion de l'extrémité inférieure de l'humérus, de l'extrémité supérieure du radius ou du cubitus, surtout quand le traumatisme s'est accompagné d'une rupture vasculaire importante.

On les rencontre aussi après les luxations du coude s'il y a eu arrachement juxta-épiphysaire.

Ce sont presque toujours des formations pédiculées dont le joint d'implantation se fixe soit sur la tête radiale, soit sur la tubérosité bicipitale, l'épitrochlée, l'épicondyle ou l'olécrane. Mais certaines sont libres complètement, et dans ce cas il est permis de penser que le pédicule trop grêle s'est rompu et que l'ostéome a continué à se développer d'une façon aberrante.

Quand ils siègent en arrière de l'articulation, ces ostéomes n'apportent pas d'obstacle sérieux aux mouvements du coude. Il n'en est pas de même s'ils siègent en avant. C'est sur ces derniers que se fixe particulièrement l'attention de l'auteur. On en distingue trois variétés :

1° *La forme antibrachiale* qui, partie de l'extrémité supérieure du cubitus ou de la tête radiale par un tendon rétréci, s'épanouit en un bouquet dans l'épaisseur du muscle;

2° *La forme huméro-antibrachiale*, constituée par un véritable point osseux dont les deux extrémités se fixent sur l'os;

3° *La forme engainante*, qui est plus rare. Elle siège au niveau de l'interligne, créant l'ankylose du coude et donnant naissance à des troubles nerveux par compression.

Ces tumeurs, quelle que soit leur variété, se développent rapidement.

S'agit-il de la forme antibrachiale? Ce n'est guère avant cinq ou six mois que l'extirpation de la tumeur est possible au moment où elle est « toute osseuse » et susceptible d'être isolée complètement du tissu musculaire.

L'intervention est plus simple quand l'ostéome revêt la forme d'un pont. Partant du pédicule le plus opaque aux rayons, on extirpe la masse par voie rétrograde. Elle est habituellement facile à isoler. Si le pont est très volumineux on le sectionne par son milieu pour extraire chaque fragment séparément.

L'ostéome engainant est d'ablation difficile et les résultats fonctionnels sont médiocres. Les troubles nerveux cèdent parfois, mais l'articulation reste compromise.

Au traitement chirurgical on a opposé la radiothérapie et l'immobilisation. L'une et l'autre méthode auraient donné d'excellents résultats allant même jusqu'à la fonte de la tumeur. Mais l'auteur qui a eu l'occasion d'observer une douzaine d'ostéomes n'a jamais assisté à de pareils succès. Il a recherché pourquoi l'ostéome est si fréquent au niveau du coude, lequel ne paraît pas plus exposé aux traumatismes que la cheville ou le poignet. Il fait remarquer judicieusement que cette complication est l'apanage des sujets jeunes arrivés à la fin de leur croissance et il conclut que le cartilage conjugal doit jouer un rôle important dans la pathogénie de cette affection.

Le coude est particulièrement bien pourvu en joints d'ossification et en cartilages épiphysaires; il y a là chez les sujets jeunes de l'os en pleine activité de formation, au contact de masses charnues prêtes en cas de traumatisme à donner du sang, milieu favorable, comme l'a enseigné Ollier, pour qu'un transplant osseux vive et prolifère à l'excès.

De cette théorie pathogénique découle une indication thérapeutique : immobiliser pendant quelques jours à l'aide d'un anneau plâtré ou une bande de cutiplaste tous les petits traumatismes du coude, surtout si l'examen radiographique montre qu'il existe des arrachements osseux juxta-épiphysaires et si l'article paraît distendu par une hémorragie importante.

Hernie diaphragmatique droite. (G.-H. LEMOINE et R. CULTY. *Journ. des prat.*, 13 juin 1931.) — Il s'agit d'un homme de trente-huit ans dans le passé pathologique duquel on relève une blessure perforante de l'hémithorax droit, par balle, remontant aux premiers jours de la guerre.

La guérison s'est faite sans incident ni séquelle importante et le blessé a pu rapidement reprendre sa place aux armées. Les hostilités terminées, il est si peu diminué par son ancienne blessure qu'il exerce la pénible profession de maçon.

Depuis quelque temps, il éprouve dans l'hémithorax lésé des sensations de bouillonnements, et deux ou trois fois par mois il a des crises de vomissements bilieux.

L'examen radiographique montre qu'une grande partie du côlon transverse est située dans l'hémithorax droit. Dans le décubitus dorsal cette portion du tube digestif atteint la clavicule après avoir présenté un certain rétrécissement au niveau d'un orifice anormal du diaphragme livrant passage aux anses afférentes et efférentes. Dans la station verticale l'intestin hernié s'affaisse et le poumon reprend sa place dans la cage thoracique.

Les auteurs pensent qu'on se trouve en présence non d'une hernie congénitale, ni même d'une hernie traumatique primitive, mais d'une hernie secondaire par rupture de cicatrice probablement occasionnée par un effort récent, plus de dix ans après la blessure du thorax.

Traitement des coliques de gaz post-opératoires par le lavement salé hypertonique. (G. JEANNENEY. *Bordeaux chir.*, janv. 1931.) — L'accumulation de gaz au niveau de l'intestin dans les jours qui suivent une intervention abdominale est due à des causes multiples. Les plus évidentes sont :

I. Les phénomènes paralytiques réflexes résultant d'une légère infection du péritoine même après une intervention aseptiquement conduite. Ces phénomènes se traduisent par une dilatation atonique incontestable puisque la sonde rectale poussée très haut dans le sigmoïde n'amène qu'une émission incomplète des gaz.

II. Les spasmes qui produisent çà et là sur le tractus intestinal de véritables anneaux de contracture contre lesquels lutte l'intestin et qui sont l'origine des coliques douloureuses.

III. L'absence de sollicitation de l'évacuation rectale. La réplétion de l'intestin constitue le meilleur excitant de la contraction intestinale; or l'ampoule rectale d'un opéré est vide, parce qu'il n'a pas été alimenté, parce qu'on l'a purgé ou lavementé.

IV. L'impossibilité des efforts d'expulsion à cause de la douleur vive au niveau de la plaie opératoire que fait naître la contraction musculaire nécessaire à la libération des gaz.

De ces notions étiologiques l'auteur conclut que l'émission des gaz ne peut être obtenue qu'en provoquant le relâchement du spasme sphinctérien de l'anus tout en laissant au repos les muscles pariétaux.

C'est donc à l'intestin seul qu'il faut s'adresser en s'efforçant de réveiller son péristaltisme normal.

Et d'abord, la veille de l'opération, on se gardera d'évacuer l'intestin par purgation. On se contentera de donner l'avant-veille un peu de sulfate de soude qui réalisera une chasse biliaire. A la rigueur un petit lavement huileux videra le rectum au dernier moment. On pourra prescrire une poudre ou une pâte susceptible de « faire masse » dans le gros intestin et d'absorber les gaz au fur et à mesure de leur formation.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

LA CORSE A 24 HEURES DE PARIS. — Les horaires de la Compagnie Fraissinet au départ de Nice sont établis de telle sorte que la Corse n'est réellement qu'à 24 heures de Paris.

Il est aussi facile d'excursionner en Corse que de s'y rendre. D'ajaccio, Bastia, Corte, Calvi, Ile Rousse, les cars P.-L.-M. permettent de visiter les sites les plus réputés de l'Ile : Calanques de Piana, Golfe de Porto, falaises de Bonifacio, Col de Bavella, marine de Porto-Vecchio, Cap Corse, Cartagniccia, défilé de l'Inzecca, etc.

Les principales gares P.-L.-M. délivrent les billets et enregistrent directement les bagages pour les ports d'Ajaccio, Bastia, Calvi et Ile Rousse, les gares de Corte, Ghisonaccia et Vizzavona.

Au cours de l'opération, les manœuvres brutales ou septiques portant notamment sur l'intestin seront évitées. On se gardera d'utiliser la morphine; le goutte à goutte à la Murphy légèrement laudanisé lui sera préféré.

Dès la trentième heure postopératoire on s'efforcera de réveiller la contraction intestinale par les « excitants normaux ». Ceux-ci peuvent s'administrer soit par la voie hypodermique, soit par la voie veineuse ou la voie rectale.

On peut injecter sous la peau à la façon de Kirmisson l'extrait hypophysaire ou la péristaltine, ou, comme le conseille Gaston, un dérivé soluble de la phénolphtaléine : le sodaphtalyl.

Ces procédés ont donné à l'auteur des résultats assez satisfaisants.

Par la voie veineuse, on obtiendra souvent des effets inespérés en injectant, suivant la méthode de Gosset, Petit-Dutaillis et Binet, 10 centimètres cubes de sérum hypertonique à 10 p. 100. L'injection, qui peut être renouvelée, est suivie d'un violent péristaltisme; le ventre est plus souple et parfois une émission précoce de gaz se produit.

Enfin, l'auteur a eu l'heureuse idée dès 1929 de donner aux opérés de petits lavements d'une solution salée concentrée : une cuillère à soupe de sel de cuisine pour un verre d'eau. L'injection de cette solution provoque un appel liquide assez faible, mais elle entraîne une contraction rapide du rectum et un relâchement net des sphincters avec évacuation de l'ampoule rectale.

Chez les malades fatigués et tympanisés à l'excès il est bon d'ajouter au lavement salé deux injections intraveineuses hyperchlorurées suivant la méthode de Gosset.

Sur un cas rare d'occlusion intestinale. (A. LEFEBVRE et R. CUVELIER. *L'Echo méd. du Nord*, 23 mai 1931.) — Un homme de trente-cinq ans est pris brusquement d'une violente douleur dans la fosse iliaque gauche qui le courbe en avant et l'immobilise. Rapidement elle s'étend à tout l'abdomen et s'accompagne de vomissements porracés; arrêt des matières et des gaz; transpiration abondante; pouls à 90 bien frappé.

Le ventre, immobile, présente à gauche une voussure audessus de l'arcade de Fallope. La palpation est douloureuse, mais il n'y a pas de contracture. La percussion, au niveau de la voussure, donne un son tympanique.

Rien n'est à noter dans le passé du malade, excepté une intervention pour hernie inguinale double. Lors de cette opération, le chirurgien aurait été amené à supprimer le testicule gauche trouvé en ectopie. Le sujet n'a en effet qu'un testicule dans le scrotum.

On porte le diagnostic d'étranglement interne et l'on opère immédiatement. Laparotomie médiane sous-ombilicale; écoulement de liquide citrin dès l'ouverture du péritoine, et découverte dans la fosse iliaque gauche de plusieurs anses dilatées et noirâtres.

On se rend compte que l'agent d'étranglement n'est autre qu'un cordon fibreux fixé à l'orifice profond du canal inguinal gauche.

En dépit de la précocité de l'intervention, la paroi de l'intestin est tellement altérée qu'une résection s'impose.

Le cordon fibreux responsable des accidents se poursuit en dedans et en haut par un testicule de volume normal muni de son épididyme et qu'un court ligament fixe à la paroi abdominale postérieure. Les suites opératoires sont normales.

Les auteurs insistent sur la netteté du signe de Von Wahl et la rapidité d'évolution des lésions intestinales.

Mais l'intérêt de cette publication réside surtout dans le mécanisme de cette occlusion. Il semble en effet que l'agent d'étranglement soit le ligament inguino-génital d'un testicule en ectopie iliaque, et l'existence de ce ligament s'expliquerait par la persistance d'une disposition fœtale.

Au milieu du deuxième mois de la vie intra-utérine, les glandes génitales sont munies de méso les rattachant au corps de Wolff, à la paroi abdominale, au diaphragme. Leur pôle inférieur est relié à l'anneau inguinal par un ligament inguino-génital : le gubernaculum testis qui soulève le péritoine. Si, chez l'adulte, la migration du testicule ne s'effectue pas normalement, la disposition fœtale peut persister. C'est exactement ce qui s'est produit chez l'opéré en question.

Reste à expliquer comment ce ligament inguinogénital a pu devenir une formation libre dans l'abdomen, alors que chez le fœtus elle ne fait que soulever la séreuse en une sorte de pli. Les auteurs font l'hypothèse de l'accolement d'abord, puis de la résorption des deux feuillets péritonéaux qui constituent justement ce pli.

Obstruction pylorique par lithiase vésiculaire infectée. (LEGRAND. *Soc. belge de gastro-entérologie*, 31 janv. 1931.) — Un homme de soixante-cinq ans présente depuis quinze jours des troubles digestifs caractérisés par des douleurs gastriques et des vomissements, après quoi cessent ces douleurs.

Le malade obèse a maigri de 5 kilos.

Il présente par intermittence des poussées fébriles ne dépassant pas 38, et la palpation profonde de la région gastro-hépatique est un peu douloureuse.

Un examen radiographique révèle une sténose serrée du pylore avec dilatation gastrique et évacuation presque nulle six heures après le repas opaque.

On croit à une sténose pylorique et l'on opère.

Le pylore, le duodénum et la vésicule biliaire sont intimement confondus en un bloc adhérent. Au cours de la dissociation de ce bloc, des calculs s'échappent de la vésicule.

On pratique une cholécysectomie, puis une gastro-entérostomie.

L'examen de la vésicule la montre remplie par une trentaine de calculs. Le malade succombe rapidement.

Cette observation est curieuse d'abord par ce fait qu'aucun accident lithiasique n'a pu être retrouvé dans les antécédents du sujet; puis par l'évolution silencieuse et cependant rapide des phénomènes infectieux ayant amené une péricholécystite aussi intense.

Tumeur carcinoïde de l'appendice. (LUQUET. *Bull. et mém. de la Soc. des chir. de Paris*, séance du 15 mai 1931.) — Une malade de trente-sept ans est opérée d'une rétroversion utérine. Elle éprouvait de vagues douleurs abdominales au moment des règles. Pas de grossesse, pas de fausse couche. Constipation habituelle, mais rien dans son passé qui puisse faire penser à une crise appendiculaire.

L'intervention ne présente rien de particulier ; les annexes sont saines, les ovaires un peu petits. L'utérus est uni au rectum par des adhérences lâches qui cèdent facilement. On le fixe à la paroi abdominale par l'intermédiaire des ligaments ronds suivant le procédé de Doleris.

Avant de suturer la paroi, l'auteur se propose de pratiquer une appendicectomie, par principe seulement, car il n'y a à cela aucune indication clinique.

L'organe est du reste libre et son ablation facile. Près de sa pointe siège une bosselure grosse comme un pois, résistante, blanchâtre; on dirait d'un petit fibrome.

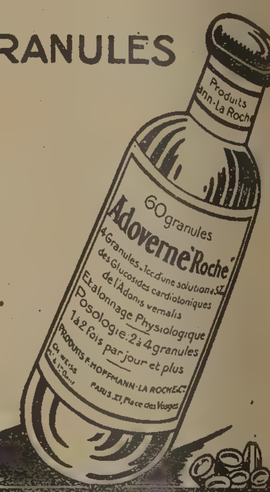
Les suites opératoires sont parfaites.

L'examen histologique pratiqué par Rubens-Duval montre que la tumeur siège surtout dans la sous-muqueuse et qu'il s'agit d'un carcinoïde.

De telles tumeurs au niveau de l'appendice ont longtemps passé pour très rares. On en publie cependant des cas de plus en plus fréquents : (Ribeiro, Peraire, Massart, Léo).

L'auteur fait justement remarquer que cette lésion ne se manifeste souvent par aucun symptôme. Ce fut dans le cas donné une véritable trouvaille opératoire. Il n'y avait pas de ganglion et l'appendice était libre.


Produits Hnn-La Roche
15 c.c
Adoverne
"Roche"


Produits Hnn-La Roche
60 granules
Adoverne "Roche"

Ces tumeurs, au dire de Masson, sont de véritables épithéliomas de la glande endocrine intestinale. Malignes en apparence, par certains côtés de leurs lésions histologiques, elles demeurent bénignes le plus souvent, dans leur évolution. Exceptionnellement, on a pu signaler quelques métastases ganglionnaires dans le péritoine, mais celles-ci cèdent rapidement à un traitement radiothérapique.

Appendicite aiguë avec symptômes urinaires. (P. Lombard et Lagrot. *Algérie méd.*, avril 1931.) — Un garçon de seize ans est pris brusquement, au cours de son travail, de douleurs épigastriques. Il déjeune, mais deux heures après son repas, les douleurs augmentent; un vomissement se produit et le malade se couche.

La miction devient alors difficile, quasi impossible, ne se faisant que goutte à goutte. Après quarante-huit heures, les douleurs, qui n'ont pas cessé, se localisent au niveau de la fosse iliaque droite. Les mêmes phénomènes urinaires persistent.

Un examen minutieux montre alors que le maximum de la douleur siège un peu en dedans du point de Mac Burney. La palpation y révèle une tuméfaction boudinée transversalement disposée. Le signe de Rowsing est positif.

Aucune contracture pariétale. Pas de douleur lointaine. Pas d'irradiation génito-crurale. La température est normale; le pouls est à 84.

Le toucher rectal réveille la douleur. La miction se fait toujours goutte à goutte; la vessie cependant ne paraît pas dilatée.

Malgré l'absence de toute contracture, on pose le diagnostic de crise appendiculaire et l'on opère.

Une radiographie montre que l'hypothèse d'un calcul urétral n'est pas fondée et l'examen du sang donne une formule leucocytaire normale avec 71 p. 100 de polynucléaires.

A l'opération, on découvre un appendice volumineux, gros comme l'index, rouge, tuméfié, adhérent sur toute sa longueur à la paroi abdominale postérieure qu'il tapisse transversalement. Son extrémité distale s'étend jusqu'au promontoire. Ablation de l'organe. Fermeture de la paroi sans drainage.

A l'examen de l'appendice, on se rend compte que sa cavité ne contient pas de pus. Sa muqueuse est gangrenée dans les deux tiers de sa longueur. Il paraît évident que la tuméfaction sentie à la palpation était l'appendice lui-même. Sa position transversale croisant l'uretère explique suffisamment le mécanisme des troubles urinaires. Du reste, dès le soir de l'opération, ces troubles disparaissent. Le malade guérit en douze jours. On a souvent signalé les modifications de la miction dans l'appendicite pelvienne et dans l'appendicite chez les enfants. Il semble que ce soit en réalité un symptôme à rechercher dans tous les cas.

Les suites opératoires de la pylorotomie dans la sténose du nourrisson. (Gordik. *Journ. des prat.*, 13 juin 1931.) — Le diagnostic de la malformation est actuellement facile et son traitement chirurgical bien réglé.

On connaît moins la thérapeutique post-opératoire dont l'importance est capitale.

1° Immédiatement après l'opération, il faut lutter contre le refroidissement par des enveloppements ouatés et des bouillottes, par des injections de sérum glycosé sous la peau ou en goutte à goutte intrarectal, ou par des piqûres d'huile camphrée à petites doses répétées.

Les premières heures sont souvent angoissantes; une hémorragie est toujours possible, car il s'agit souvent d'hérédo-syphilitiques hémophiles ayant eu du melæna ou des hématémèses. On observe aussi, exceptionnellement, le redoutable syndrome : pâleur, hyperthermie.

2° Dans les jours qui suivent, les vomissements peuvent persister. On les a expliqués par une distension gazeuse de la poche gastrique, par une alimentation reprise trop vite, par une opération insuffisante, le chirurgien n'ayant sectionné qu'incomplètement le myome pylorique.

Il faut donc redoubler de prudence, réduire l'alimentation, traiter le spasme toujours présent dans la sténose congénitale du pylore, soit par l'atropine, soit par les lavages gastriques.

La diarrhée et la gastro-entérite s'observent souvent; elles réclament une thérapeutique active, car elles sont toujours graves chez ces enfants affaiblis et déshydratés.

3° Dans les semaines qui suivent, on peut assister à des complications locales : désunion de la suture abdominale avec éviscération, car l'enfant crie et par conséquent « pousse toujours »; d'où la nécessité de suturer la paroi à la soie en un seul plan. Les fils seront maintenus jusqu'au vingtième jour.

Parfois l'enfant présente une infection ombilicale susceptible de se propager à la plaie opératoire. On a préconisé à ce sujet les pansements au collargol à 1 p. 10.

La péritonite, due à l'ouverture malencontreuse de la muqueuse duodénale mal réparée, est tout à fait exceptionnelle.

Mais des complications d'ordre médical sont possibles également : l'urémie, notamment, qui sera combattue par des injections de glucose à 10 ou 20 p. 100.

L'alimentation consistera d'abord en quelques cuillerées à café d'eau sucrée toutes les heures.

Après la première journée, on donnera deux cuillerées à café de lait de la mère toutes les deux heures également.

Le troisième jour seulement, l'enfant sera mis au sein.

Dans les mois qui suivent, il est curieux de noter combien le petit malade se développe et devient superbe

Kyste du mésentère. (J. Martin. *Soc. de chir. de Toulouse*, séance du 30 mai 1930.) — Une femme de quarante-deux ans qui présente depuis longtemps des troubles gastro-intestinaux consulte pour des douleurs paroxystiques péri-ombilicales survenant à des moments variables du jour et de la nuit, sans relation bien nette avec les repas.

L'examen clinique met en évidence une tumeur abdominale située à gauche de l'ombilic, du volume d'un poing d'adulte, arrondie, mobilisable d'un flanc à l'autre, et presque fixée de haut en bas.

On pose le diagnostic de kyste du mésentère, d'autant que la radiographie ne révèle aucune modification du calibre intestinal.

Sous anesthésie rachidienne complétée par quelques bouffées de balsoforme, on procède à une laparotomie. La tumeur, lisse, de consistance élastique, est vraiment située dans le mésentère. Elle commence à 5 ou 6 centimètres du bord intestinal et s'étend vers le bord adhérent jusqu'à la colonne vertébrale.

Les feuillets mésentériques semblent ne faire qu'un avec la masse dont l'énucléation paraît impossible.

Les parties profondes de la tumeur affectant avec l'insertion du mésentère et l'artère mésentérique des rapports très intenses, on juge très difficile une exérèse en masse intestino-mésentérique. Mais comme il n'y a pas d'autre méthode à suivre, que le sujet est jeune et que l'évolution de la tumeur livrée à elle-même paraît fatale, on se décide cependant pour cette ablation.

Section large de l'anse et incision cunéiforme du mésentère. Arrivé au pôle supérieur de la tumeur, on s'efforce d'épargner l'artère mésentérique; l'exérèse est réalisée du reste sans qu'il ait été nécessaire de lier de gros vaisseaux.

La portion inférieure de l'intestin est parfaitement irriguée, mais sa portion supérieure ne recevant plus que des branches vasculaires terminales juxta-intestinales, il paraît prudent, avant de rétablir la continuité du tube digestif, de réséquer encore 25 centimètres d'intestin à ce niveau.

Ceci fait, on pratique une anastomose latéro-latérale dans de bonnes conditions. Le rapprochement des lèvres mésentériques est pénible. Une hémorragie en nappe assez peu abondante nécessite toutefois un tamponnement à la Mikulicz. On espère que les adhérences qui naîtront au voisinage des compresses parachèveront l'obturation de la brèche mésentérique.

Les suites opératoires furent à peu près normales ; l'ablation du sac, cependant, ne put se faire que le dixième jour.

Le kyste ne présentait qu'une seule poche contenant de la matière sébacée, pas de poils, pas d'éléments cutanés. L'examen histologique a montré qu'il ne s'agissait nullement d'un kyste dermoïde, mais vraisemblablement d'un « chylangiome ».

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu chez une fillette de six ans. (Ethier. *L'Union méd. du Canada*, avril 1930, n° 4.) — Une enfant sans passé pathologique, sans hérédité chargée, présente pour la première fois, vers six ans, des règles normales et non douloureuses.

L'écoulement dure cinq jours et se renouvelle le mois suivant dans les mêmes conditions.

A l'examen, on remarque un développement exagéré des seins et du système pileux. Dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction est perceptible.

On pense à l'existence d'un kyste de l'ovaire, bien que la radiographie plaide en faveur d'une tumeur mésentérique.

Une laparotomie met en évidence un kyste ovarien droit dont le pédicule s'est tordu à demi.

L'enfant quitte l'hôpital le dix-septième jour et revoit ses règles un mois après l'intervention. Celles-ci ne reparaissent plus dans la suite.

Il est curieux de noter qu'à partir de ce moment, les seins et le système pileux ont cessé de se développer.

Technique de la cystectomie totale pour cancer de la vessie. (B. Fey et H. Bompart. *Journ. de chir.*, avril 1931.) — La cystectomie totale est à peu près complètement délaissée par les chirurgiens en raison de sa mortalité immédiate fort élevée, en raison également de la triste infirmité qu'elle entraîne.

Les auteurs pensent que si nous sommes impuissants contre l'infirmité, nous pouvons au contraire beaucoup, grâce à une technique étudiée et bien réglée, contre une mortalité aussi grande.

Les cas publiés sont d'environ 80, avec 50 p. 100 de décès. Mais il faut reconnaître que dans ces cas rentrent pour une forte part des cystectomies réalisées trop tardivement, souvent sans méthode, alors qu'on avait essayé tous les traitements avant de recourir à la chirurgie.

La dérivation des urines doit précéder toute cystectomie, et la méthode la meilleure est celle préconisée par Papin, qui exclut la vessie par une urétérostomie cutanée iliaque bilatérale. C'est là déjà une intervention grave, mais c'est le procédé le plus sûr pour mettre le rein à l'abri des infections ascendantes.

Faut-il de suite procéder à l'ablation de la vessie, ou laisser s'écouler un temps plus ou moins long après l'établissement de la dérivation ?

Il y a des arguments pour et contre. Le plus souvent, ce sera une question de circonstance et d'état moral du malade qui fixera la décision du chirurgien.

Dans tous les cas, l'intervention sera poursuivie en dehors du péritoine, la vessie cancéreuse étant habituellement septique et une faute de technique toujours possible risquant d'infecter irrémédiablement la grande séreuse.

Il est nécessaire d'intervenir d'une façon précoce. Dans ces conditions, en effet, le fonctionnement meilleur du rein expose moins le malade à l'urémie ; l'infection vésicale moins accusée permet d'éviter plus facilement la cellulite post-opératoire ; la tumeur encore très localisée peut être extirpée en bloc avec la totalité de la vessie sans lésions opératoires des organes voisins.

Le second temps sera tenté après cicatrisation parfaite des uretérostomies. Les deux uretères seront munis pendant et après l'opération de sondes à demeure permettant un recueil facile et propre des urines.

Dans les jours qui précéderont l'intervention, la vessie sera lavée régulièrement.

Le malade sera placé en position déclive à 45 degrés.

Tous les détails opératoires sont minutieusement décrits et les auteurs insistent sur la nécessité de refaire une bonne paroi, d'autant que l'application d'un Mikulicz leur paraît s'imposer dans tous les cas, à la fois pour assurer le drainage de la large plaie opératoire et pour arrêter une hémorragie en nappe toujours présente et dont aucune ligature ne permettrait l'asséchement.

Le troisième jour qui suivra l'opération, on pratiquera un grand lavage intestinal. Le pansement sera renouvelé toutes les vingt-quatre heures. Il suffit au début de changer les compresses souillées, mais dès le cinquième ou sixième jour, on décollera progressivement les mèches du Mikulicz à l'eau oxygénée. Leur ablation se terminera autour du douzième jour avec l'extirpation du sac. A ce moment on utilisera un drain qu'on remplacera six jours plus tard par un tube de Carrel permettant des instillations au Dakin.

Le malade se lèvera un mois après l'opération.

Kyste hydatique primitif rétro-vésical chez un homme. (Ducuing et Giscard.) — Un homme de cinquante ans présente à quelques jours d'intervalle trois rétentions d'urine complètes nécessitant le sondage. Les urines sont claires, la prostate est petite.

Pendant trois semaines, le malade vide spontanément sa vessie, et cependant le cathétérisme urétral est impossible; quel que soit l'instrument utilisé celui-ci s'arrête invariablement en avant du col vésical.

De nouveaux accidents de rétention se produisent bientôt et, seule, une sonde béquille d'enfant (n° 8) peut accéder dans la vessie; on l'y laisse à demeure.

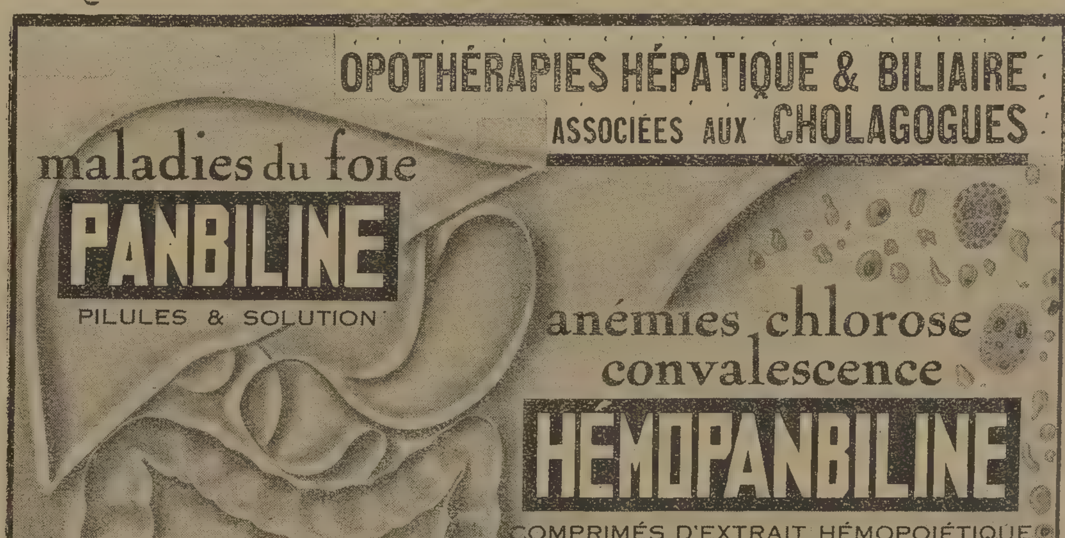
Le malade raconte alors un traumatisme survenu quelques jours avant les premiers accidents et auquel il n'avait pas cru devoir attribuer d'importance. Ouvrier électricien, occupé à tendre un câble au sommet d'un poteau, il avait glissé le long de ce poteau et était tombé sur le siège d'une hauteur de 10 mètres.

Il n'y eut pas alors de troubles vésicaux, pas d'hématurie, pas même d'hématome. Les auteurs en concluent qu'il est difficile dans ces conditions d'admettre une rupture de l'urètre prostatique expliquant la dysurie actuelle.

Grâce à des dilatations successives aux béniqués, les mictions deviennent aisées et même normales. Cependant les urines sont troubles et purulentes. La centrifugation, outre la présence du pus met en évidence quelques crochets. Il s'agit donc d'un kyste hydatique rompu dans les voies urinaires. Bientôt le malade rejette des vésicules vides, qui remplies devraient avoir la grosseur d'une noix.

Les reins étant de volume normal et l'expulsion des vésicules ne s'étant accompagnée d'aucune douleur, il n'est pas permis de localiser le kyste au niveau des reins. On ne peut pas davantage le localiser à la vessie ou à l'urètre postérieur, l'examen cystoscopique étant négatif; il montre cependant une certaine voussure au niveau de la lèvre inférieure du col vésical et de la partie antérieure du trigone; en même temps, le toucher rectal profond combiné au palper abdominal permet de sentir au-dessus de la prostate une masse arrondie grosse comme une orange.

Tous les organes abdominaux paraissent normaux. Le malade est opéré sous rachi-anesthésie. Une laparotomie médiane permet d'explorer le foie, puis de décoller l'S iliaque


OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
maladies du foie
PANBILINE
PILULES & SOLUTION
anémies chlorose
convalescence
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS D'EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE
DE FOIE ET PANBILINE
10 À 20 PAR JOUR
constipation
autointoxication intestinale
artério-sclérose
RECTOPANBILINE
LAVEMENT
ET SUPPOSITOIRES
DE BILE ET PANBILINE
ECHANTILLONS, LITTERATURE :
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY Ardèche FRANCE

qui manifestement recouvre une tumeur se moulant sur les formes du petit bassin. Cette tumeur adhère à la vessie et au rectum. On la libère et par un méchage à la Mikulikz on l'isole de la grande cavité péritonéale. L'incision du pôle supérieur de cette tumeur kystique donne issue à 150 grammes d'un liquide louche, à une dizaine de vésicules filles et à des lambeaux de membrane. Curettage de la poche, marsupialisation, méchage et drainage. Fermeture de la paroi et sonde urétérale à demeure. Les suites opératoires sont normales.

L'intérêt de cette curieuse observation réside surtout dans ce fait que la rupture du kyste s'est faite pour ainsi dire en deux temps. Dans une première phase, sous l'effet du traumatisme une partie seulement des tuniques se rompt, laissant subsister une cloison kyste-vessie et ne troublant pas l'aspect des urines. Dans une seconde phase, les tuniques restantes s'altèrent, bombent, gênent la miction, s'infectent, finissent par céder et amènent la transformation purulente des urines.

Les auteurs font remarquer que l'éosinophilie était peu élevée chez leur malade, sans doute parce que le kyste était mort et infecté. Mais ils rappellent certains cas où l'éosinophilie était nulle et le Weinberg négatif. Ils en concluent que des examens hématologiques ou sérologiques ne doivent pas faire rejeter définitivement le diagnostic de kyste hydatique.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LE DROIT DE CRITIQUE SCIENTIFIQUE

Le Tribunal civil de Lille, saisi d'une instance en dommages-intérêts intentée au docteur David, a rendu, dans son audience du 21 juillet 1931, un jugement déboutant le docteur X... de sa demande en deux cent mille francs de dommages-intérêts contre le docteur David pour abus du droit de critique.

Ce jugement offrant un intérêt général, nous en publions, à titre documentaire, les passages suivants :

..... Attendu que le docteur X..., qui avait inventé et mis depuis quelques années en application, une méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire (leucothérapie, conjuguée à la diathermie) et avait créé à ..... un dispensaire où cette méthode était employée, a été l'objet d'une critique de la part du docteur A. David, secrétaire adjoint du *Journal des sciences médicales de Lille*, qui avait dans le numéro 15 de ce journal du 14 avril 1929, écrit sur le traitement institué par le demandeur un article où on lit les passages suivants :

« Il y a quelque dix mois, on a parlé dans la région, d'une méthode de traitement due à l'un de nos contrères de ... et qui aurait donné des résultats surprenants. Suivant les indications fournies par l'auteur lui-même, il s'agit d'une médication leucogène administrée sous forme de pilules et activée par des séances de diathermie, auxquelles les malades sont soumis tous les deux jours, pendant une demi-heure, à des intensités de 2 ampères 1/2 à 3 ampères. Je n'ai aucune précision sur la composition des pilules employées, mais je pense qu'il s'agit d'une association de collargol, d'acide nucléinique et de cinnamate de soude. »

« En octobre 1927, l'auteur s'est adressé au Comité départemental de préservation antituberculeuse du Nord, pour demander la nomination d'une commission de contrôle. J'ai été désigné pour faire partie de cette commission. Ni mes collègues, ni moi-même n'avons pu obtenir de précisions scientifiques suffisantes pour établir en nous une conviction sur la valeur de cette nouvelle méthode de traitement..... J'ai prié l'une des infirmières de mon dispensaire de me rassembler tous les dossiers de tous les malades ayant fréquenté peu ou prou ma consultation, et qui avaient été traités par la nouvelle méthode. Ce sont ces documents que je vous soumets dans toute leur simplicité et que je me suis borné à résumer à votre intention. »

Attendu que dans la suite de cet article, le docteur David présentait à ses lecteurs dix-neuf observations ; qu'il retenait seulement sur les dix-neuf cas présentés, quinze tuberculeux positifs soignés par le docteur X et remarquait que sur ces quinze, il n'y avait que dix survivants ; qu'il ajoutait : « La proportion est peu encourageante, » et plus loin : « Il est évident que le traitement n'a été favorable à aucun de ces malades, il n'est pas téméraire de penser que chez certains d'entre eux, il a provoqué une extension rapide du processus » ;

Attendu que le docteur David indiquait aussi dans son article, que les séances répétées de diathermie étaient très fatigantes pour bon nombre de malades et que, par les transpirations abondantes qu'elles provoquaient, elles entraînaient une perte de poids rapide, quelquefois considérable ; qu'il signalait la fréquence des hémoptysies, liées à des poussées congestives intenses et qui nécessitaient trop souvent l'interruption du traitement ;

Attendu qu'en résumé, sur les quinze cas de tuberculose pulmonaire avérée, le docteur David avait le regret de n'enregistrer aucune guérison, qu'il voyait, à la méthode, un certain nombre d'inconvénients, sans discerner aucun avantage sérieux pour les malades ;

Attendu que le docteur David concluait : « La méthode ne me paraît donc pas avoir fait ses preuves, au moins à l'heure actuelle. Je ne critique pas, je constate. Et si j'interviens aujourd'hui, c'est parce qu'il me paraît pour le moins imprudent de donner à des malades, habituellement considérés comme incurables, des espérances que ne justifient pas les réalités. »

Attendu que la simple lecture de cet article démontre que le docteur David, en exposant et en étudiant la méthode du docteur X..., d'après les résultats constatés sur des sujets soignés à l'aide de cette méthode, n'a fait qu'exercer son droit de libre critique et de libre investigation scientifique, qu'il l'a fait en termes précis, les expressions qu'il a employées ne révèlent point d'intention malveillante ni de mauvaise foi, ni le but de dénigrer systématiquement la méthode employée par son confrère ou de se livrer contre lui à des attaques personnelles dont le résultat aurait été une perte de clientèle.

Attendu que la critique médicale scientifique, comme la critique littéraire et artistique, ne saurait motiver, contre son auteur, des sanctions d'ordre civil, que si celui-ci commet une faute en excédant la mesure et la limite d'une critique loyale et honnête, dans son esprit, juste et mesurée dans ses termes ; que si l'auteur de l'article use de son droit de critique pour nuire personnellement à celui dont il critique l'œuvre ou pour le ridiculiser professionnellement ;

Attendu que le docteur David n'a pas eu l'intention de s'attaquer à la personnalité même de son confrère, ni de porter atteinte à sa probité professionnelle ; qu'il n'a même pas désigné son confrère par son nom ;

Que d'ailleurs des critiques du même genre avaient été faites à d'autres méthodes de guérison de la tuberculose, notamment à la vaccination par le B. C. G. du docteur Calmette : Réflexions du professeur Lignières à l'Académie de médecine le 30 juillet 1929 et communication faite par le même savant : Le Comité d'hygiène de la Société des Nations et le vaccin B. C. G. ; que semblable critique se rencontre encore en ce qui touche le sérum antidiphtérique (*Le Siècle médical* du 7 mai 1931) ;

Attendu que le fait que le docteur David aurait puisé les renseignements nécessaires à son article, en examinant des malades que lui adressait le docteur X..., n'est pas de nature à constituer une faute reprochable au défendeur ; que celui-ci avait la liberté de mettre à profit dans l'intérêt de la science,

comme il lui convenait, les constatations faites sur ces malades ;

Attendu que la critique de la méthode du docteur X... s'expliquait d'autant plus que celle-ci était prônée dans des journaux de la région, *La Dépêche*, *L'Echo du Nord* et dans le journal *Le Soir*, de Bruxelles, et que cette méthode ainsi vulgarisée devait nécessairement attirer l'attention de certains contradicteurs; que d'ailleurs la critique du docteur David ne s'est exercée que dans une revue technique et ne devait toucher qu'un public restreint de professionnels;

Attendu que le docteur David n'a pas été seul à critiquer la méthode X... ; que le docteur Guinard, dans une brochure de la *Revue de phtisiologie*, a traité des « Faux remèdes de la tuberculose », où il critique d'une façon générale les remèdes secrets inventés par des guérisseurs;

Que dans le numéro du *Journal des sciences médicales de Lille* du 5 mai 1929, les docteurs Langeron et d'Hour étudièrent les radiographies d'une tuberculose pulmonaire avant et après traitement diathermique et constatèrent une aggravation de la maladie;

Que le docteur Combemale, dans un article de l'*Echo médical du Nord* du 5 mai 1928, critique aussi la méthode du docteur X..., qu'il prétendit n'être pas absolument efficace et devoir provoquer des aggravations certaines ;

Qu'un éminent professeur de la Faculté de médecine de Lille a estimé, parlant le 26 octobre 1927, au Comité départemental de préservation antituberculeuse, qu'il fallait plusieurs années et des études approfondies pour apprécier la valeur d'un traitement, que la commission instituée par le Comité départemental et dont faisait partie le docteur David, ayant demandé des précisions au docteur X... sur sa méthode et insisté particulièrement sur la nécessité d'organiser d'urgence un contrôle scientifique, faisait connaître à M. le préfet du Nord, le 29 février 1928, que, malgré tous ses efforts, il lui avait été impossible d'obtenir les précisions qu'elle désirait et d'établir un contrôle; que dans ces conditions, elle se trouvait dans l'impossibilité absolue d'émettre un avis et de formuler des conclusions, que d'un autre côté, le professeur de clinique médicale, chargé d'observer dans son service les malades soumis au traitement préconisé par le docteur X..., a déposé le 19 mars 1928, au Comité sus-visé, un rapport très documenté et très complet sur les observations qu'il a pu faire, d'une façon objective, sur les malades, non seulement au point de vue clinique, mais en utilisant les méthodes d'investigation les plus scientifiques et les plus modernes, examens bactériologiques, radiographie, études sérologiques, qu'il a indiqué que la méthode proposée n'avait pas influencé d'une façon favorable l'évolution des lésions pulmonaires tuberculeuses, qui avaient continué à s'étendre, malgré le traitement institué (V. procès-verbal de la réunion du Comité départemental de préservation antituberculeuse du 31 mars 1928) ;

Attendu qu'en présence des conclusions ci-dessus du Comité, le docteur David a pu se croire autorisé à publier le résultat de ses observations et à formuler son avis personnel dans son article du 14 avril 1929; qu'il n'était pas seul à être de cet avis et qu'eût-il exprimé uniquement son opinion personnelle, il eût été encore fondé à agir ainsi, puisque son article ne dépassait pas les justes limites de son droit de critique..... »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire pratique d'oto-rhino-laryngologie suivi de notions de thérapeutique médicale sur les affections les plus courantes en oto-rhino-laryngologie, par le docteur Henri-Fischer. Préface du docteur Ed. Caumier (de Tours). Un volume in-18 de 194 pages. — Prix : broché, 18 fr. — Paris, Vigot frères.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1930-1931

Doctorat d'Etat. — 32. Anselme-Martin. — L'association sucre-insuline en thérapeutique cardiaque.

35. Alger. — Le paludisme dans la région Languedocienne. Autrefois et aujourd'hui.

47. Bagarry. — La méthode de Whipple plus particulièrement considérée dans ses résultats éloignés.

20. Bassaget. — Le chimisme gastrique après histamine. Etude comparée des résultats obtenus par repas d'épreuve et par injection sous-cutanée d'histamine.

19. Blanc. — Contribution à l'étude du traitement des arthrites chroniques de la hanche par la radiothérapie.

53. Bonelli. — Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich.

44. Calas. — Contribution à l'étude des paralysies radiculaires traumatiques du plexus brachial.

46. Carratier. — Etude sur le traitement hydrominéral des syndromes douloureux et en particulier sur la cure de La Malou.

11. Cat. — Rénovation de l'établissement thermal d'Aix-en-Provence et application thérapeutique de ses eaux.

50. Chaudon. — Comment diagnostiquer le Kala-Azar méditerranéen. Sa fréquence. Son traitement.

1. Coste. — Contribution à l'étude du traitement des fractures cervico-trochantériennes du fémur.

16. Cotsaftis. — De l'emploi prophylactique et thérapeutique du sérum de convalescents dans certaines maladies contagieuses.

27. Daniel. — Contribution à l'étude de la torsion des kystes du parovaire.

36. Dejean. — Contribution à l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu.

14. Enjalric (Mlle). — Contribution à l'étude des fibromes du ligament large.

43. Esprit. — Jus de raisin chez l'homme sain, chez l'homme malade.

9. Fau. — Contribution à l'étude des accidents nerveux au cours des leucémies.

40. Fourcade. — Les accidents thérapeutiques de la chrysothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

48. Fraissinet. — Contribution à l'étude de la technique de l'extension continue. Présentation d'un dispositif nouveau.

34. Gaiqui. — Invagination intestinale chronique de l'adulte. Etude d'ensemble.

29. Galtier. — Importance de l'association des kystes et des corps microbiens en bactériologie. Les amphovaccins.

7. Gondard. — Métabolisme basal dans le diabète. Effet du traitement par l'insuline.

28. Granel. — Contribution à l'étude du marrube blanc. Son emploi dans le traitement de l'arythmie extrasystolique.

6. Guillier. — Contribution à l'étude des syndromes extra-pyramidaux. Quelques types cliniques de dystonies. Essai de pathogénie.

38. Guiot. — Contribution à l'étude des décollements épiphysaires de l'extrémité inférieure de l'humérus.

18. Illaire. — Contribution à l'étude des « orchites » de cause mécanique. La torsion du cordon spermatique chez le nourrisson.

23. Korrynski. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iode colloïdal.

39. Langlade-Carayon (Mme). — Les médecins-propharmaciens et l'exercice de la propharmacie.

55. Lévy. — Le traitement de la morphinomanie par le laudanum de Sydenham.

31. Lioure. — La fièvre boutonneuse de Tunisie.

49. LONJON. — L'exploration de la cavité utérine dans le diagnostic gynécologique.
42. MALLET. — De la surmortalité dans un secteur d'hygiène de l'Hérault. Etude épidémiologique et statistique.
3. MASSEGUIN. — Contribution à l'étude de l'hérédité de la lèpre et diagnostic sérologique de la syphilis chez les lépreux,
26. MAZAURIC. — Sénescence et morbidité sénile. Nécessité d'une prophylaxie élargie et d'un traitement de base commun aux maladies de l'âge mûr et du grand âge. Essai de redressement biologique antisénile.
10. MEINNIER. — Contribution à l'étude de l'occlusion aiguë du pylore et tétanie gastrique.
52. MICAS. — L'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse (procédé de Paul Delmas). Etude critique et statistique.
4. MONNIER. — Sur la répartition entre les globules et le plasma sanguin de quelques non-électrolytes envisagée au point de vue physico-chimique.
13. MOTTE. — La tumeur à bactérium tumefaciens et le cancer. (Essai analytique).
2. MOULIÉRAC. — Contribution à l'étude de l'évolution de la lèpre dans le Comté de Nice.
33. OLIEU. — Le test thermique appliqué à l'actinothérapie des tuberculoses abdominales.
12. PAIN. — Contribution à l'étude des rapports de la psychiatrie et du roman moderne.
30. PAUZIET. — Contribution à l'étude de la chimiothérapie de la fièvre ondulante.
12. POULAIN. — Contribution à l'étude des abcès des os.
45. RAMONET. — Essais de thérapeutique spécifique de la tuberculose au sanatorium marin de Palavas.
15. RATIÉ. — L'œdème aigu du poumon considéré comme équivalent épileptique.
37. RAYNARD. — Le traitement de la luxation congénitale de la hanche par l'appareil plâtré de R. Ducroquet.
8. RÉDARÈS. — Epilation par l'acétate de thallium dans le traitement des teignes.
24. REDON. — Contribution à l'étude du bactériophage de d'Hérelle dans l'infection.
25. REYMOND. — Les troubles laryngés des parkinsoniens.
21. REYNÈS. — Du traitement des coxarthries non tuberculeuses de l'adulte par l'opération de Robertson-Lavalle.
51. RIMATTEI. — Recherches sur la conductivité électrique de quelques sérums thérapeutiques et des sérums de tuberculeux dans différentes formes de bacillose pulmonaire.
41. ROSSI. — La séro-vaccinothérapie des broncho-pneumonies. Etude de la posologie vaccinale par la recherche des réactions leucocytaires et des modifications de l'intradermo-réaction aux vaccins.
54. SALAN. — Fièvre ondulante et tuberculose. Contribution à l'étude des pseudo-tuberculoses pulmonaires mélitococciques.
5. TARBOURIECH. — Contribution à l'étude du traitement de la paralysie générale par le stovarsol combiné au dmelcos.
17. VIALA. — La rétention d'urine dans l'évolution des fibromes de l'utérus.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 7. AVELLA. — Le traitement curiethérapique dans les cancers épithéliaux du voile du palais et de la loge amygdalienne.
1. BARKER (Mlle). — Contribution à l'étude des rapports réciproques des kystes de l'ovaire et de la puerpéralité.
13. BEILINSON. — A propos d'un cas d'anophtalmie congénitale.
14. FARAMAWI. — L'étiologie sinusienne postérieure des névrites optiques rétrobulbaires.
5. JAGLOM. — De l'amputation de jambe pour troubles trophiques du pied consécutifs à une lésion traumatique du nerf sciatique.
10. LANDAU. — Le facteur héréditaire dans le diabète.
9. MOHAREB. — Contribution à l'étude des myiases oculaires dues à « l'œstrus ovis » ou au « rhinœstrus purpureus ».
4. NOCHLIN. — Un cas de tuberculose de l'endomètre avec péritonite bacillaire.
11. SAHEB. — Les phénomènes congestifs et fluxionnaires au cours de la tuberculose pulmonaire.
12. STEPHAN. — Le cœur des sportifs.
2. STOYANNOFF. — Contribution à l'étude d'une variété particulière d'ostéomyélite de la hanche. L'ostéomyélite du grand trochanter.
3. VASQUEZ. — Contribution à l'étude des relations réciproques de l'encéphalite épidémique et de la puerpéralité.
6. WASERCWAJG. — Contribution à l'étude des ostéites juxta-articulaires. Les indications thérapeutiques dans la tuberculose cervico-trochantérienne.
8. WIGLE VAN ANDRINGA. — La chaîne sympathique lombaire et ses rameaux communicants. Etude anatomique et déductions thérapeutiques.

LIVRES NOUVEAUX

Étude clinique de la tuberculose infantile (1), par le docteur Jean LEVESQUE.

Quelle conception générale se former touchant la tuberculose infantile? Les théories de Ranke et celles qui en sont issues ne sauraient être acceptées. M. Levesque considère que la distinction des tuberculoses infantiles en tuberculoses de primo-infection et tuberculoses de réinfection est plus propre à synthétiser nos connaissances et permet au médecin d'établir des conclusions cliniques pronostiques et thérapeutiques; en même temps cette distinction s'accorde aisément avec l'étiologie et l'anatomie pathologique.

Au cours de son résumé clinique l'auteur montre l'importance de la porte d'entrée et de la lésion première d'où dépendent en grande partie l'extension éventuelle et le pronostic. L'évolution de la primo-infection tuberculeuse n'est pas, malgré les différences évidentes, sans analogie avec celle des affections contagieuses; il faut à cette période attacher la plus grande importance à la cuti-réaction positive, aux résultats radiographiques.

Aucune transition patente ne réunit à cette forme les accidents de réinfection; il y a plus ou moins longtemps un sommeil complet de l'infection; les localisations sont les mêmes que chez l'adulte avec, en plus, les bacilloses chirurgicales.

L'étude du diagnostic donne à l'auteur l'occasion de reviser et de critiquer tous les symptômes communément admis comme indices de terrain : si les lésions scrofuleuses et dermatologiques conservent toute leur valeur il faut élever bien des réserves au sujet des « signes d'imprégnation » et des adénopathies trachéobronchiques.

Cuti-réaction négative, étude des conditions de contage, examen radiologique complet, examen bactériologique des fèces et du contenu gastrique sont des éléments de première importance pour le diagnostic positif et différentiel. Quant au pronostic c'est surtout à la clinique qu'il faut demander son orientation.

Surtout préventif lors de la primo-infection, le traitement sera surtout curatif lors des réinfections.

Cette étude remarquable de précision s'accompagne d'une collection de clichés radiographiques démonstratifs et de nombreux schémas.

L. B.

(1) Médecine et chirurgie pratiques, Paris 1931, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Péritonites à pneumocoques, par M. Marcel Fèvre.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1930-1931.
PRATIQUE MÉDICALE
La fonction calcipexique, par M. A. Savigny.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Les arrêtés du ministre de l'Instruction publique du 21 et du 22 juillet 1931 et le remaniement du projet de loi Armbruster, par M. le docteur G. Dhers.
NOTES POUR L'INTERNAT
Formes cliniques des purpuras.
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Le jury est définitivement composé de MM. Lévy-Valensi, Baudouin, May, Laroche, Huber, Chevassu, Bergeret, Leroux, Mocquot, Macé.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — VERSAILLES. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint à l'hôpital civil de Versailles sera ouvert le lundi 16 novembre 1931, à 9 h. du matin, au siège de la Faculté de médecine de Paris.

Les candidats pourront avoir des renseignements au cabinet du directeur, à l'hôpital civil, de 9 à 11 h. et de 14 à 16 h., dimanches et fêtes exceptés.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour deux emplois de chefs de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 26 octobre 1931, à 8 h. 1/2 du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les docteurs qui désirent concourir peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 h. et de 16 à 18 h., jusqu'au 21 octobre 1931 inclus.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Le tirage au sort des membres des jurys des concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine ouverts en novembre 1931, aura lieu le jeudi 1er octobre 1931, à 11 heures, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — *Médaille d'or.* — M. Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

GUERRE. (Active.) — Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Pourcines, Capdevielle et Fayet.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Legendre, Lacaze, Gobinot, Darthenay, Pirsche, Martin, Bergès et Sergeant.

Au grade de médecin commandant. — MM. Marcelin, Giraud, Ravoux, Clerc, Dano, Helmsch, Luc, Guyonnet, Chabanier, Pellotier, Gérôme, Bergeret, Richbourg et Barraux.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Montagard, Baroni, Menet, Baenziger, Coutié, Nogardel, Le Quément, Miquel, Dupuy et Laverré.

— (Troupes coloniales. Active.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Lacroix et Mouillac.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Rouzoul, Renaud et Sice.

Au grade de médecin commandant. — MM. Gonzalez, Girard, Lacommère et Legendre.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Bare, Benoît, Roy, Le Bihan, Lamy, Perrin, Garaud, Charpentier, Fabry et Proust.

SERVICE DE SANTÉ. — Le *Journal officiel* du 27 septembre 1931 publie la liste des jeunes gens ayant obtenu le brevet de préparation militaire supérieure en 1931 au titre du Service de santé.

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bayonne (Basses-Pyrénées).

Le traitement alloué est fixé à 24.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Léon Grimbert, membre titulaire

de l'Académie de médecine dans la section de pharmacie, décédé à Paris; M. le docteur R. Petiteau, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Cognac.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — TRAVAUX PRATIQUES DE CHIMIE (série supplémentaire). — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie aura lieu à partir du 15 octobre 1931.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque.

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la session d'examens du mois de novembre.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 200 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., à partir du 2 octobre 1931.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ARRÊTÉS DU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE DU 21 ET DU 22 JUILLET 1931 ET LE REMANIEMENT DU PROJET DE LOI ARMBRUSTER.

> La certitude est la première dignité des lois....., la meilleure loi est celle qui laisse le moins à la disposition du juge et c'est un avantage qui résulte de sa certitude.
>
> F. BACON. *De la dignité et de l'accroissement des sciences*, Livre VIII.

Ne nous réjouissons pas trop des deux arrêtés pris par le ministre de l'Instruction publique en date du 21 et du 22 juillet 1931, supprimant le privilège dont jouissaient les Roumains et les Mauriciens de postuler notre diplôme d'Etat de docteur en médecine avec leurs baccalauréats nationaux — j'ai montré, l'an dernier, que ce privilège était sans fondement (1); — souhaitons seulement que ces arrêtés ne soient pas un prétexte à enterrer la loi Armbruster; car, si la loi n'est pas votée, qui nous dit qu'un nouvel arrêté ne viendra pas, dans un temps plus ou moins lointain, abroger ou modifier ceux des 21 et 22 juillet 1931?

D'autre part, j'ai été bien déçu à la lecture du projet Armbruster remanié par le docteur Dentu, sénateur de l'Orne; en effet :

1° On y abandonne la réglementation de l'exercice de la médecine dans les Colonies et cet abandon a l'air d'être une acceptation de cette éventualité pourtant inacceptable, à savoir que des médecins étrangers pourvus seulement d'un diplôme étranger pourraient être admis à exercer la médecine officiellement dans nos Colonies.

2° Les originaires de pays protégés par la France, peuvent, s'ils sont bacheliers français, exercer la médecine en France alors qu'ils ne sont pas soumis à la loi sur le recrutement;

3° Les élèves de la Faculté libre de médecine de Beyrouth pour qui le baccalauréat français est facultatif, peuvent toujours venir s'installer en France (1); or, il est inadmissible que la Faculté *libre* de Beyrouth soit autorisée à délivrer le diplôme d'Etat de docteur en médecine à des étudiants auxquels une Faculté *nationale* ne pourrait délivrer que le diplôme d'Université;

4° Puisque le baccalauréat n'est déclaré obligatoire que trois ans après la promulgation de la loi (2), nous allons encore voir pendant quatre ans au moins des équivalences accordées sur recommandations politiques, à des Français munis seulement d'un diplôme de l'enseignement primaire ou « licenciés primaires ».

Les médecins français demandent que le diplôme d'Etat de docteur en médecine ne soit pas accessible à quelques-uns, Français ou étrangers, au moyen d'équivalences qui ne sont que des passe-droits.

Est-ce donc là une prétention si extravagante qu'ils aient tant de mal à obtenir gain de cause?

Il suffirait pour cela, d'ajouter à la loi du 30 novembre 1892, un article 1 *bis* ainsi conçu :

« Nul ne peut postuler le diplôme d'Etat de docteur en médecine français s'il n'est Français et s'il n'est pourvu :

1° Du baccalauréat de l'enseignement secondaire français (1re et 2e parties). (Trois ans après la promulgation de la présente loi, le baccalauréat latin-grec sera seul admis);

2° Du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Aucune équivalence ne peut, en aucun cas, être admise. »

Et c'en serait ainsi fini avec toutes les exceptions actuelles dont aucune ne peut se justifier.

Cela serait sans doute trop simple; et on va, probablement, voter une loi incomplète qui, comme beaucoup d'autres, n'aura pas la certitude qui enlève au juge — en l'espèce le ministre de l'Instruction publique — la possibilité d'interpréter à sa façon des textes vagues ou incomplets.

Dr G. DHERS.

(1) G. DHERS. A propos d'un projet de loi réglementant l'exercice de la médecine en France par les étrangers. *Journ. des prat.*, 24 mai 1930, n° 21.

(1) Dans un article paru le 10 août 1931 dans la *Vie médicale*, le R. P. VERNET écrit : « A partir de 1932 il faudra, pour entrer à la Faculté ou le diplôme de bachelier français (1re et 2e parties) ou le diplôme de bachelier libanais ou syrien, officiellement déclarés équivalents au diplôme français. »

C'est bien la confirmation de ce que je dis, à savoir que le baccalauréat français continuera à être facultatif.

(2) La loi du 30 novembre 1892 qui réglemente actuellement la scolarité médicale ne dit pas que le baccalauréat est nécessaire pour être admis dans une Faculté de médecine.

LES PROCHAINS CONGRÈS. (PARIS, octobre 1931.) — *Vendredi 2 octobre.* — IIe Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, 14 h. 30, Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Lundi 5 octobre. — XLe Congrès de l'Association française de chirurgie, Faculté de médecine, grand amphithéâtre, 14 h.

Lundi 5 octobre. — Séance annuelle de la Société française de gynécologie, salle des thèses n° 2, 17 h.

Mardi 6 octobre. — XXXIe Congrès français d'urologie, petit amphithéâtre, 14 h.

Jeudi 8 octobre. — Congrès français d'orthopédie, Faculté de médecine.

Lundi 12 octobre. — XVIIIe Congrès de l'hygiène, Institut Pasteur.

Mercredi 14 octobre. — IIe Congrès international de pathologie comparée, Faculté de médecine.

PÉRITONITES A PNEUMOCOQUES

Par M. Marcel FÈVRE.

La question des péritonites à pneumocoques est actuellement à l'ordre du jour. C'est là une des raisons pour lesquelles nous en rapportons une série clinique de treize cas, bactériologiquement prouvés. Onze furent opérés, deux non opérés. Le nombre des péritonites à pneumocoques non opérées est beaucoup plus élevé que ne l'indique ce résultat statistique. Mais on conçoit la difficulté de faire la preuve bactériologique de l'affection dans les cas non opérés. Ce fait entraîne comme conséquence l'élimination des cas les plus typiques dans toutes les séries où l'on a voulu, comme dans la nôtre, la preuve bactériologique pour affirmer l'affection.

Notre série d'observations concerne des enfants du service du professeur Ombrédanne, enfants dont nous nous sommes occupé personnellement et avec les internes du service.

Ces observations nous ont permis quelques remarques sur l'existence de formes intermédiaires entre la péritonite aiguë et la péritonite enkystée, sur l'étude de la leucocytose sanguine et des pertes vaginales, étude entreprise dans nos derniers cas à l'instigation de M. Mondor.

La nécessité de poser un schéma thérapeutique net a peut-être fait simplifier un peu trop les formes cliniques, puisqu'il est devenu classique d'opposer deux formes cliniques : forme diffuse, forme localisée, ayant chacune des deux leur thérapeutique particulière (abstention opératoire dans le premier cas, évacuation et drainage d'une collection purulente dans le second). Si ce grand schéma est vrai dans l'ensemble et peut être gardé au point de vue des indications du traitement, il ne correspond pas cependant à toutes les modalités cliniques de l'affection. Quelques-unes de nos observations cliniques vont nous montrer l'existence de quatre formes ou de quatre étapes de ces péritonites à pneumocoques. Nous aurions tendance à classer ainsi ces formes : 1. Septicémie pneumococcique à tableau péritonéal prédominant, sans pus franc dans le péritoine; 2. Péritonite pneumococcique purulente généralisée; 3. Abcès de la totalité de la grande cavité péritonéale; 4. Péritonite localisée.

Voici d'abord un premier exemple de septicémie pneumococcique sans pus dans le péritoine (obs. X, résumée) : « L'enfant L... (Robert) est pris brusquement à l'heure du déjeuner d'une douleur abdominale extrêmement violente et présente plusieurs vomissements bilieux. Vu six heures plus tard à l'hôpital, cet enfant présente l'aspect d'un malade atteint de septicémie à allure toxémique : son facies est pâle, fatigué, sa température s'élève à 39,5, son pouls, faible, bat à 160. Au palper, douleur et contracture abdominale avec un maximum droit absolument indéniable. Aucune selle, aucun signe pulmonaire. La recherche directe du pneumocoque dans le sang est négative; la leucocytose sanguine dépasse 22.000 avec 92 p. 100 de polynucléaires. A l'intervention on trouve *à peine une cuillerée de liquide louche dans la fosse iliaque droite*. La fin du grêle est le siège d'un piqueté hémorragique entre un diverticule de Meckel qui sortit du ventre dès péritoine ouvert, et la région cæcale. On enlève appendice et diverticule. *On essaie de trouver un peu de liquide péritonéal à prélever pour examen. C'est impossible* : il ne s'en trouve plus à droite et il n'en existe ni à gauche, ni dans le Douglas! Fermeture. Décès le jour suivant. » Même à l'intervention on ne pouvait préciser le diagnostic de ce cas. Le diagnostic de septicémie pneumococcique ne fut posé que par le résultat positif de l'hémoculture, pratiquée une vingtaine d'heures après le début et qui prouva l'existence du pneumocoque.

L'observation de G... (Hélène) [obs. IV] est assez analogue, mais ici, plus de trente heures après le début, il existe déjà un léger épanchement. Il ne s'agit pas de pus franc, mais de liquide louche, roussâtre, inodore. Ce liquide contenait d'ailleurs des pneumocoques à l'examen bactériologique.

Un degré de plus et l'on trouvera parfois du liquide louche, sans pus, mais avec déjà quelques fausses membranes. Dans l'observation III, par exemple, la petite D... (Paulette), qui a eu la chance de guérir, présentait des lésions un peu plus avancées : trente-six heures après le début, si le liquide intra-abdominal est seulement louche, on trouve déjà quelques fausses membranes.

Un fait curieux à noter dans ces cas sans pus franc, opérés très tôt, c'est le résultat extrêmement surprenant que donne le drainage par gros drain de caoutchouc. La petite G... (Hélène) [obs. IV] n'est décédée que le sixième jour après l'intervention. Jamais son drain, cependant perméable, n'a donné de pus. De même ce n'est que vers le septième jour, alors que la septicémie était en pleine décroissance, que le drain de l'enfant D... (Paulette) [obs. III] laissa enfin couler un pus abondant. Dans ces cas à début très grave tout paraît en somme se passer comme si l'organisme ne pouvait suffisamment se défendre pour former du pus franc. Celui-ci apparaît lorsque l'organisme réagit et que l'état général s'améliore.

La suppuration par le drain et autour du drain serait en somme le témoignage d'un véritable abcès de fixation et sa valeur serait peut-être plus grande au point de vue du pronostic, qu'au point de vue thérapeutique. Ce fait contribue également à montrer combien l'intervention est en somme illusoire dans les conditions de ces septicémies avec un peu de liquide louche dans le péritoine, mais sans pus franc.

La péritonite pneumococcique purulente généralisée paraît répondre à un stade un peu plus tardif. Si très vite après le début de l'affection on trouve parfois du pus franc dans l'abdomen, il n'existe en grande quantité qu'au bout de quelques jours. Dans le cas de l'enfant R... (Aline), alors que le diagnostic était déjà posé, l'interne du service de médecine où l'enfant était soignée n'hésitait pas à ponctionner le péritoine pour contrôler ce diagnostic, tellement l'épanchement lui paraissait net. Cette ponction, pratiquée vers le septième ou huitième jour de l'affection, permettait de retirer du pus contenant des pneumocoques. Ce n'est également qu'au bout

de quelques jours d'évolution de l'affection que fut opérée l'enfant Bl... (Lucienne) qui nous paraît présenter un tableau typique de la phase de *péritonite purulente pneumococcique généralisée.*

Voici cette observation (obs. IX) résumée : « Bl... (Lucienne), huit ans et demi, entre en médecine le 28 juin 1927 pour une affection mal déterminée datant de quelques jours. Une chute de température brusque et un vomissement amènent à examiner l'abdomen : on porte le diagnostic de perforation typhique. A l'intervention il s'échappe du péritoine une formidable quantité de pus. Celui-ci remplit l'abdomen, libre entre les anses grêles, remplissant les fosses iliaques, existant dans le Douglas, peu abondant par contre dans l'étage sus-mésocolique. Aucune perforation digestive. Mickulicz. — L'examen du pus montre l'existence du pneumocoque, guérison. » — Il s'agit donc ici d'une de ces formes de péritonites à pneumocoques qui donnent au bout de quelques jours une énorme quantité de pus. Ce qu'on prit pour la chute de température d'une perforation n'était qu'une grande oscillation comme en présentent parfois ces enfants lorsque au plateau de la septicémie succède une température oscillante de suppuration. Peut-être d'ailleurs dans ces cas la phase septicémique est-elle moins accentuée que dans les formes non purulentes.

Nous voulons maintenant présenter une troisième forme très particulière de péritonite à pneumocoques. Nous ne l'avons rencontrée qu'une fois, mais elle constitue une véritable transition entre les formes purulentes généralisées et les péritonites enkystées. Il s'agit d'un énorme abcès de la totalité de la grande cavité péritonéale! Il s'agit de l'enfant de l'observation VIII : « V... (Yolande) présente depuis trois semaines une température oscillante et de la diarrhée. Elle est soignée en ville pour entérite jusqu'au jour où du pus apparaît à l'ombilic. On constate en effet, lorsque l'enfant s'assied, qu'une goutte de pus crémeux apparaît à travers un orifice punctiforme centro-ombilical. On porte le diagnostic de péritonite à pneumocoques et l'abdomen étant extrêmement dilaté alors que l'orifice est minuscule, on décide d'intervenir. Sous anesthésie générale on incise de quelques centimètres la région sous-ombilicale. Un flot de pus sort en geyser d'abord, à la pression de l'abdomen ensuite. On constate au doigt, puis avec deux écarteurs une disposition très particulière : l'épiploon forme manteau, *tapissant et recouvrant tout l'intestin jusqu'au bassin.* C'est entre épiploon et péritoine pariétal qu'était le pus. Un gros drain et une mèche, 3 crins de rapprochement. Guérison. » Cette forme anatomique de péritonite nous avait vivement frappé : il s'agissait d'un véritable abcès de la totalité de la grande cavité péritonéale, le pus allant du diaphragme au fond du Douglas en hauteur, d'un flanc à l'autre en largeur. Mais la totalité de l'intestin grêle et des viscères s'était agglutinée devant la colonne vertébrale, recouverts d'une membrane jaunâtre que nous avions qualifiée de fausse membrane et d'épiploon en nous étonnant de l'aspect et de la disposition de cet épiploon. Aujourd'hui nous pensons qu'il s'agit peut-être d'une forme particulière de péritonite encapsulante. Evidemment il s'agit d'une forme différente de la forme typique que viennent de nous faire connaître en France, Wilmoth et Patel, puisque cette forme est caractérisée par l'absence d'épanchement intrapéritonéal et l'existence d'une fausse membrane encapsulant l'intestin. Dans notre cas cette membrane encapsulante existait, mais l'intestin encapsulé était ainsi séparé d'une grande cavité péritonéale non pas vide, mais pleine de pus. En tout cas on ne peut qualifier ce cas de péritonite à pneumocoques enkystée, puisque le pus remplissait toute la cavité péritonéale.

La *péritonite à pneumocoques* enkystée paraît rare. Nombreux sont les cas de péritonite généralisée disparaissant sans laisser de traces (obs. XII, par exemple). Mais on peut aussi observer la péritonite enkystée comme aboutissant de formes aiguës ou subaiguës. Nous en avons deux exemples dans notre série d'observations. L'enfant X... Y... (obs. XIII) que nous avons vue en 1927 dans le service du docteur Aviragnet et pour laquelle nous avions porté à la phase aiguë de péritonite généralisée le diagnostic de péritonite à pneumocoques, présente au bout de plusieurs semaines d'évolution une collection pelvienne accessible au toucher rectal. On pensait intervenir lorsque la débâcle purulente survint. Le pus contenait des pneumocoques en abondance et quelques coli-bacilles. Dans d'autres cas la phase aiguë a échappé à l'observation ou a été moins violente. C'était le cas de l'enfant A... (Julien) [obs. VII], entré en médecine le 8 avril 1929, soigné pour péritonite bacillaire et pour lequel on ne songea à la péritonite à pneumocoques qu'en présence d'un abcès sous-ombilical avec un ombilic saillant prêt à s'ouvrir. L'enfant fut ponctionné et du pus retiré (pus à pneumocoques). Bientôt du pus et des matières apparurent par l'orifice de ponction et l'abcès pyo-stercoral fut évacué par incision sans qu'on puisse trouver la perforation intestinale. « La poche de pus était isolée par les anses grêles. Mèche dans la paroi et non au contact des anses. » Décès.

Nous venons de voir toute une gamme de péritonites à pneumocoques de gravité décroissante. Evidemment, les cas les plus angoissants, posant les problèmes les plus difficiles de diagnostic et de thérapeutique, sont les cas aigus. Ce sont eux que nous allons maintenant étudier signe par signe pour voir la fréquence et la valeur de ces signes dans notre série d'observations. Répétons qu'ayant rassemblé ici seulement des cas bactériologiquement prouvés, les signes classiques se trouveront souvent en défaut car les cas les plus typiques, non opérés, n'ont pas eu de sanction bactériologique, mis à part les deux derniers cas de notre série (un cas suivi de pleurésie à pneumocoques, un autre d'ouverture de collection enkystée du Douglas, dont le pus contenait des pneumocoques en abondance).

Nos cas, naturellement, concernent surtout des fillettes : douze filles, deux garçons. Sur les onze cas opérés, il y eut quatre guérisons : deux guérisons sur sept péritonites généralisées, une guérison pour les cas d'abcès de la totalité de la grande cavité péritonéale, une guérison sur deux cas de péritonite enkystée. Les deux cas non opérés ont guéri, l'un

après évacuation d'un abcès par le rectum, l'autre après intervention pour pleurésie purulente à pneumocoques.

Dans les cas aigus, le début est en règle « brusque », « brutal ». L'heure peut souvent en être précisée. Les enfants ont été vus quelques heures, sept heures, vingt-quatre heures après le début dans les formes suraiguës. Dans les cas où l'on n'est pas intervenu, les enfants ont été vus un peu plus tardivement. Le diagnostic est d'ailleurs souvent plus facile à poser au bout de trois, quatre jours, que tout au début. Mais il est possible aussi que les formes vues à un stade plus tardif soient moins graves et de début moins brutal.

A la période aiguë, les éléments classiques du diagnostic sont des signes fonctionnels : douleurs, vomissements, diarrhée ; des signes physiques : contracture assez spéciale ou simple défense ; des signes généraux : fièvre, aspect trémulant, facies à pommettes rouges ; des signes concomitants de pneumococcémie, herpès en particulier ; des signes d'infection ailleurs : vulvite, amygdalites, lésions pulmonaires, qui pourraient constituer le foyer initial d'infection. Enfin, il existe en plus des signes fournis par les examens de laboratoire : examen des pertes vaginales, examen du sang aux points de vue leucocytose et polynucléose, recherche directe du pneumocoque dans le sang, hémoculture.

Tous ces signes n'ont pas été toujours recherchés ou notés dans nos observations. On a eu tendance surtout à noter les signes positifs et à omettre de signaler les signes manquants.

Le premier signe fonctionnel est en règle la douleur abdominale que les petites malades localisent souvent assez mal dans les régions périombilicale, sous-ombilicale, et qu'ils accusent spontanément comme une douleur plus vive à droite (obs. IV).

Les vomissements sont très fréquents, souvent on les note « répétés » (obs. III, X); parfois ils sont moins nombreux (deux vomissements, un seul (obs. IX). Ces vomissements sont d'ailleurs inconstants : l'enfant de l'observation IV n'avait jamais vomi. Ces vomissements sont banaux, muqueux ou souvent bilieux lorsqu'ils sont répétés.

La diarrhée est loin d'avoir, dans notre série, la constance qu'on lui attribue : neuf fois le fonctionnement intestinal est soigneusement noté : sur ces neuf cas, la diarrhée manquait quatre fois. L'enfant de l'observation XII, en particulier, recevait de son médecin des petits lavements pour la soulager, car elle était constipée et n'allait pas à la selle spontanément. Dans un de ces quatre cas cependant, on note un fait particulier : un enfant vu à la septième heure, constipé disent les parents, présente cependant un peu de matières noirâtres pulvérulentes autour de l'orifice anal dont le sphincter paraît incontinent. Nous nous demandons si ce signe particulier n'avait pas quelque valeur. Dans quatre autres cas par contre, soit dans la moitié seulement, il existait de la diarrhée nette. Enfin, une enfant avait eu en vingt-quatre heures une seule selle : il ne s'agissait pas de diarrhée liquide, mais d'une selle pâteuse, copieuse, dont le caractère le plus marquant était la fétidité.

L'examen de l'abdomen permet de noter la douleur provoquée dont parfois l'intensité contraste avec une contracture seulement relative (obs. III). Cette douleur est souvent plus accusée à droite. Quant à la réaction pariétale, elle semble presque toujours généralisée : il s'agit soit de simple défense, soit de contracture absolue avec ventre de bois, suivant les cas. La réaction pariétale et la contracture nous ont paru correspondre à deux types : tantôt le maximum de ces symptômes est indiscutablement au niveau de la fosse iliaque droite ; tantôt il semble que ces signes débutent au niveau du pelvis et remontent, tant à droite qu'à gauche, en marée ascendante, comme une pelvi-péritonite se généralisant. Ces deux cas différents ont été très nettement notés dans deux observations récentes. C'est ainsi que dans l'observation X, nous voyons un jeune garçon présenter un maximum des signes physiques à droite de façon indiscutable, tandis que pour la fillette de l'observation IV, les signes physiques évoluent comme ceux d'une pelvi-péritonite se généralisant de bas en haut. Or, ceci a son importance, nous semble-t-il, pour discuter la voie d'infection suivie par le pneumocoque : le garçon présentait sur l'intestin grêle un piqueté de points hémorragiques sur tout le segment étendu d'un diverticule de Meckel à l'appendice, qui tous deux siégeaient dans la fosse iliaque droite ; la petite fille, elle, avait une vulvite. Or, chez le garçon, l'examen histologique de l'appendice se résume par « appendicite aiguë sur un organe chroniquement enflammé » et le diverticule de Meckel présente également, mais en un seul point, une réaction inflammatoire : « Muqueuse bien conservée, sauf en un point très limité où elle disparaît, cependant qu'à ce niveau, la sous-muqueuse est le siège d'une réaction inflammatoire ». Il est donc logique de penser, avec de nombreux auteurs, que les altérations appendiculaires et de la fin du grêle servent de voie de passage au pneumocoque, expliquant le maximum droit de la douleur. Mais la voie ascendante, d'origine génitale, tant invoquée par certains Américains, nous paraît fréquente : dans l'observation de notre petite fille, l'examen du pus de la vulvite indique : « Pneumocoques, Pus à polynucléaires non altérés avec quelques moyens et petits monos ». La fréquence de la péritonite à pneumocoques chez les fillettes s'expliquerait bien par l'existence de cette voie génitale pour l'infection.

Les signes généraux sont des plus utiles à analyser pour poser le diagnostic de péritonite à pneumocoques. L'aspect du malade est celui d'un septicémique. Mais il ne s'agit pas toujours du facies rouge, aux yeux brillants, des grands fébriles. Nous relevons pour l'enfant de l'observation X : « Facies *pâle*. Aspect de septicémie à forme toxémique », et dans l'observation V : « Facies *intoxiqué*, langue sèche ». Mais cet aspect de grand intoxiqué ne correspond qu'à des formes particulièrement graves. Par contre, au bout de quelques jours, l'aspect est suffisamment bon pour contraster avec les ventres très ballonnés, distendus, contracturés, qui font penser à une péritonite généralisée à la phase terminale. Ce contraste est noté dans l'observation XII : « Le fa-

cies n'est pas celui d'une péritonite appendiculaire au quatrième jour », et c'est là un des éléments qui ont permis le diagnostic dans ce cas et dans celui de l'observation XIII.

L'aspect rouge des pommettes sur lequel on a insisté est un signe dont nous nous méfions : deux fois nous avons retardé de quelques heures des interventions pour de véritables appendicites chez des petites filles qui présentaient des pommettes avec plaques rouges analogues à celles que l'on voit dans la pneumonie. Par contre, nous n'avons pas relevé cette rougeur dans nos cas les plus récents de péritonites à pneumocoques.

L'herpès nous a paru le plus souvent faire défaut. Evidemment, lorsqu'il existe, c'est un excellent signe. Encore faut-il qu'il soit net et ne pas retarder une intervention nécessaire, sous prétexte de vagues lésions péri-buccales, comme nous l'avons fait récemment.

La fièvre est constante, élevée à 39-40 degrés au début. En général, elle semble se maintenir élevée durant toute la période qui doit correspondre à la septicémie, soit sept, huit jours. Cependant, à côté de cette fièvre en plateau il existe également une fièvre oscillante : celle-ci fait son apparition au bout de quelques jours et la température peut alors faire des écarts de 39 à 36°6, de 40 à 38 degrés. On conçoit donc qu'une enfant, entrée depuis peu à l'hôpital et présentant une chute brutale de température avec un syndrome péritonéal, ait pu être opérée avec le diagnostic de perforation typhique (obs. IX).

Il faut également chez les enfants suspects de péritonite à pneumocoques rechercher s'il n'existe ni lésions pulmonaires, ni amygdalite, ni vulvite. Les lésions pulmonaires cliniquement perceptibles sont rares. Il s'agit parfois de lésions antérieures comme chez la fillette de l'observation XII (antécédents de coqueluche, puis de lésions pulmonaires assez récentes). Il s'agit, en d'autres cas, plus nombreux, de lésions en évolution, mais si une petite toux sèche paraît très fréquente, par contre, les signes stéthoscopiques sont rares : sur six cas où l'examen pulmonaire est noté avec précision, il n'a été possible de déceler quelques signes stéthoscopiques que dans deux cas : « quelques râles au sommet droit » (obs. IV), et « signes de bronchite diffuse » (obs. V). Dans quatre cas sur six la recherche soigneuse des signes pulmonaires a, par contre, été négative.

L'examen de la gorge doit toujours être pratiqué : on note une angine récente dans l'observation III. Chez un garçon qui ne se plaignait de rien de ce côté nous avons trouvé à cet examen une amygdale un peu rouge (obs. IX).

Mais il nous paraît bien plus essentiel de rechercher la vulvite chaque fois qu'il s'agit d'une fillette. Depuis que nous faisons systématiquement cet examen, il nous semble souvent positif. Dans nos cas II et IV la vulvite était indiscutable. Parfois, il existe seulement quelques petites pertes vaginales (obs. XI). L'existence d'une vulvite ne suffit pas à elle seule à faire penser au pneumocoque, mais c'est un signe qui s'ajoute aux autres. Mais il faut aller plus loin et vérifier la nature des pertes au laboratoire. Cet examen n'a été pratiqué que dans nos derniers cas. On ne doit lui attribuer quelque valeur que si les pneumocoques sont très abondants dans le pus vaginal (obs. IV). Par contre, la présence de « quelques pneumocoques » n'a pas de valeur : il s'agissait d'une appendicite méso-cœliaque perforée chez cette petite qui présentait à l'examen des pertes : « de nombreux cocci, quelques pneumocoques ». Cet examen pourra parfois différencier une péritonite à gonocoques d'une péritonite à pneumocoques.

Le laboratoire peut-il nous apporter d'autres appuis? Dans nos derniers cas, nos recherches ont porté sur trois points : recherche directe du pneumocoque dans le sang, numération leucocytaire, hémoculture.

La recherche directe du pneumocoque dans le sang a été faite deux fois : elle fut malheureusement négative dans ces deux cas alors que l'hémoculture était positive (obs. IV et X).

La numération leucocytaire semble très intéressante à étudier. Mais nos recherches entreprises sur le conseil de M. Mondor sont vraiment trop peu nombreuses pour une conclusion ferme. La leucocytose atteignait 38.400 (36 heures après le début de la maladie, au lendemain de l'opération) chez la fillette de l'observation IV. Elle se maintenait à 37.200 deux jours plus tard. La polynucléose atteignait 95 p. 100 au premier examen, 96 p. 100 au deuxième.

Dans un second cas (obs. X), avant l'intervention, à la sixième ou septième heure après le début de l'affection, le nombre des leucocytes était de 22.000 (avec 92 p. 100 de polynucléaires). Ce sont là des chiffres élevés. Par contre, nous trouvons seulement 11.200 leucocytes (avec 82 p. 100 de polynucléaires) chez la fillette de l'observation XI. Mais cet examen n'a été pratiqué que plus d'une semaine vraisemblablement après le début de l'infection, à la phase d'oscillations de température.

En somme, à la période initiale, la leucocytose paraît élevée dans la péritonite à pneumocoques. Des recherches concomittantes, encore insuffisantes, tendraient à nous faire dire qu'elle est plus élevée, en général, que dans l'appendicite aiguë, et moins élevée que dans la péritonite à gonocoques. Mais dans cette dernière affection il s'agit d'une flambée et la leucocytose retombe très vite.

Dans trois cas d'appendicites aiguës examinées à ce sujet, la leucocytose atteignait 19.200, 21.300 et 30.200. Il s'agissait de cas sérieux, le troisième concernant une appendicite gangréneuse très grave. Ces cas ont été examinés plus tard que les deux premiers cas de péritonites à pneumocoques.

Dans un cas de péritonite à gonocoques très vraisemblable, la numération leucocytaire indiquait 53.600 leucocytes le lendemain du début et de l'intervention. Mais la flambée infectieuse disparut rapidement et huit jours après le nombre des leucocytes n'était plus que de 11.600.

L'hémoculture est un moyen de diagnostic tardif, c'est entendu. Elle ne joue donc pas pour la décision opératoire. Mais ne devrait-on pas l'employer comme moyen de contrôle dans tous les cas de péritonites dites à pneumocoques pour lesquelles on

n'intervient pas? Elle s'est montrée positive dans les deux cas où nous l'avons fait pratiquer (trente-six heures et vingt heures après le début de l'injection). Elle seule a permis de poser un diagnostic exact pour l'enfant de l'observation X, car même à l'intervention on n'avait pu poser de diagnostic ferme.

Le diagnostic de péritonite à pneumocoques a été posé dans 5 cas sur les 13 de notre série d'observa tions bactériologiquement vérifiées. Dans deux de ces 5 cas on n'est pas intervenu, dans deux autres le diagnostic fut posé tardivement en présence d'une péritonite enkystée. Dans le cinquième cas, il s'agissait d'une fillette soignée dans un service de médecine, pour laquelle nous avions confirmé le diagnostic déjà posé, mais qu'on essaya de sauver par intervention quelques jours plus tard alors que son état était devenu désespéré. Dans les autres cas le diagnostic fut discuté sept fois avec l'appendicite. Les autres diagnostics erronés furent : perforation typhique, entérite et péritonite tuberculeuse.

Il est particulièrement intéressant d'examiner les cas où l'on s'est abstenu d'intervention parce qu'on avait cru à une péritonite à pneumocoques. Nous n'avons commis, croyons-nous, que deux erreurs temporaires dans ce sens : nous ne sommes intervenu qu'avec sept heures de retard dans une appendicite méso cœliaque perforée : ce retard n'a pas nui à la fillette qui a parfaitement guéri. Nous avons dans un autre cas mis en observation une perforation du diverticule de Meckel chez une fillette ! Heureusement que notre camarade Garnier, de garde ce jour-là, s'est déterminé à intervenir devant la modification des symptômes et a sauvé l'enfant. Si ces deux erreurs ne furent que temporaires et sans conséquence grave, c'est parce que l'on sut réformer le diagnostic devant les modifications des symptômes. Ces faits indiquent bien la nécessité d'une surveillance systématique et d'examens répétés dans les cas où lors d'un premier examen on a conclu à la non-intervention.

Le traitement actuellement classique peut se résumer : phase aiguë, abstention opératoire; péritonite localisée, intervention. Les faits que nous avons observés appuient cette manière de voir. Mais il semble difficile de ne pas admettre des étapes entre la phase septicémique et la phase d'abcès. Nous avons suivi dans le service un jeune garçon de la salle Giraldès pour lequel on avait porté le diagnostic de péritonite à pneumocoques : après avoir semblé localiser une collection, alors qu'on se félicitait de l'abstention opératoire, l'état de l'enfant s'aggrava brusquement et il mourut avec des signes de généralisation de l'infection péritonéale. A l'autopsie il existait du pus abondant dans la grande cavité péritonéale; l'appendice n'était pas en cause et tout semblait confirmer le diagnostic de péritonite à pneumocoques. Bien que ce cas n'ait pas été bactériologiquement prouvé, nous n'avons pu nous empêcher de discuter la question de savoir si une intervention non primitive, mais retardée, n'aurait pas réussi à sauver cet enfant.

C'est dans des conditions un peu analogues que nous sommes intervenu pour une enfant du service du docteur Apert (obs. XI). Le diagnostic avait été posé devant un tableau classique et l'on avait décidé l'abstention opératoire. Six jours après on nous rappelait auprès d'elle : nous avions la consternation de retrouver une fillette en état lamentable et dont l'état général s'aggravait d'heure en heure. M. Apert, persuadé que les moyens médicaux étaient absolument inefficaces pour espérer sauver l'enfant dans le cas présent, demandait si on ne pouvait pas essayer une intervention chirurgicale. On se trouvait en effet en présence d'un épanchement de pus abondant (vérifié par la ponction du péritoine), la période septicémique passée, et peut-être à la phase intermédiaire entre péritonites généralisée et localisée.

Suivant les réflexions notées au cahier opératoire « Peut-être l'évacuation d'une grosse quantité de pus serait-elle à tenter à cette période intermédiaire? C'est un problème qui se pose. Sans grand espoir on se décide donc à intervenir ». Décès le lendemain. Il semble bien cependant qu'il existe dans certains cas un moment où l'abondance du pus peut faire discuter l'intervention : dans notre observation IX, l'enfant a guéri, or il existait une énorme quantité de pus; dans notre observation VIII, guérison également. Or il s'agissait d'un abcès de la totalité de la grande cavité péritonéale avec une formidable quantité de pus. Nos cas personnels sont en nombre insuffisant pour conclure, mais pour ces cas intermédiaires qui ne rentrent plus dans le schéma classique, on peut se demander si la notion d'une énorme distension abdominale jointe à l'aggravation progressive de l'état général ne seraient pas deux signes faisant pencher vers l'intervention. L'amélioration de l'état général impliquerait au contraire de continuer l'abstention primitive.

Le traitement dans nos treize cas a été deux fois l'abstention opératoire et traitement médical, avec deux succès, onze fois l'intervention, pratiquée trois fois avec un diagnostic posé, huit fois pour erreur ou hésitation dans le diagnostic. Trois cas aigus, dont un sans pus dans le péritoine, ont été refermés avec trois décès; trois autres ont été traités par drainage avec un Mikulicz avec un succès; trois autres ont été drainés avec un gros drain de caoutchouc et l'un d'eux a également guéri. L'abcès du grand péritoine a guéri par mèches et drain, tandis qu'une péritonite enkystée avec phlegmon pyo-stercoral mourait malgré l'intervention. Différentes méthodes thérapeutiques ont donc été essayées dans les cas aigus ouverts le plus souvent par erreur de diagnostic. Nos tendances actuelles sont les suivantes : si l'on est intervenu et qu'on découvre une péritonite à pneumocoques, ne pas refermer le péritoine, mais drainer. Le drainage se fera par gros drain de caoutchouc dans les cas précoces; ce drain ne sera peut-être d'ailleurs que l'agent localisateur d'un abcès de fixation. Dans les formes avec pus abondant, le drainage par Mikulicz nous semble au contraire plus indiqué.

Aucun des moyens médicaux n'a été négligé et le vaccin antipneumococcique a été employé dans plusieurs cas.

Il faut enfin envisager la question de l'anesthésie dans les interventions exploratrices pour diagnostic hésitant. Nous avons employé 10 fois l'anesthésie générale (éther 5 fois, chloroforme 1 fois, balsoforme 2 fois, non indiqué 1 cas), et 1 fois l'anesthésie locale. Dans le cas où nous avons utilisé l'anesthésie locale (obs. IV), nous hésitions entre péritonite à pneumocoques et appendicite aiguë. Chez cette fillette maigre et très prostrée, toute l'intervention a été exécutée facilement ainsi, y compris l'appendicectomie, sans douleur, ni poussée de l'enfant. Ce mode d'anesthésie réduit évidemment le choc opératoire au minimum et évite l'anesthésie par inhalation chez des sujets à poumons parfois touchés. Malheureusement la locale chez l'enfant ne peut pas être employée systématiquement. L'expérience montre cependant que c'est un mode d'anesthésie parfois possible chez des enfants raisonnables. Nous n'avons pas encore employé dans la péritonite à pneumocoques l'anesthésie à l'avertine. Elle aurait évidemment l'avantage de réduire au minimum l'anesthésie par inhalation et son emploi serait logique.

Observations résumées. — Ces observations sont extrêmement résumées. Certaines d'entre elles et certains faits (hémoculture, examen des pertes vaginales, leucocytose sanguine, etc.) ayant été présentés presque intégralement dans le texte ne seront pas répétés ici.

OBSERVATION I. — M... (Christiane), six ans, opérée le 16 janvier 1930, avec le diagnostic d'appendicite. Péritonite généralisée à pneumocoques. Fermeture. Décédée le 24 janvier 1930.

OBS. II. — J... (Paulette), six ans : ni diarrhée, ni signes pulmonaires, vulvite. Opérée le 23 février 1930 avec le diagnostic de péritonite appendiculaire vraisemblable. Péritonite purulente à pneumocoques. Mikulicz. Décédée le 2 mars 1930.

OBS. III. — D... (Paulette), neuf ans et demi. Vue trente-six heures après le début, la diarrhée étant le seul signe qui puisse faire penser à la nature pneumococcique de la péritonite généralisée. Intervention le 15 juillet 1930 avec un diagnostic hésitant : péritonite purulente à pneumocoques. Un gros drain. Sortie guérie le 24 août 1930.

OBS. IV. — G... (Hélène), huit ans. Entre le 15 juillet 1930. Pas de diarrhée nette (une seule selle pâteuse et fétide), mais l'impression de septicémie, un peu de toux, une vulvite font penser à la péritonite à pneumocoques et différer l'intervention. L'aggravation de l'état général fait décider l'intervention par crainte d'une erreur de diagnostic. A l'anesthésie locale, on opère et on ne trouve qu'un peu de liquide louche, roussâtre. On enlève un appendice un peu rouge et place un gros drain. Décès sept jours après.

OBS. V. — Cl... (Gabrielle), sept ans. Relève d'une bronchite. Signes pulmonaires. Trois selles. Opérée le 30 avril 1929 avec diagnostic hésitant. Liquide louche et fausses membranes. Mikulicz. Décès le lendemain.

OBS. VI. — S... (Germaine), quatre ans. Ni diarrhée, ni lésions pulmonaires. Quelques lésions péribuccales éveillant un moment l'idée de péritonite à pneumocoques. Mais on pose le diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Intervention le 6 juin 1929. Péritonite généralisée avec petits foyers purulents plus accentués à droite. Appendicectomie. Fermeture sans drainage. Décès le 9 juin 1929.

OBS. VII. — A... (Julien), neuf ans et demi. Soigné en médecine d'abord avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Passé en chirurgie le 18 juin 1929. Abcès sous-ombilical : on pose le diagnostic de péritonite à pneumocoques, vérifié par une ponction. Par l'orifice s'écoulent ensuite pus et matières. Intervention : incision ; on ne voit pas la perforation. Mèche dans la paroi. Décès le 4 juillet 1929.

OBS. VIII. — V... (Yolande), neuf ans. Entrée le 7 octobre 1928 avec une fistule ombilicale minuscule, après avoir été soignée pour entérite. Température oscillante. Intervention : flot de pus. Cas très particulier d'abcès de la totalité de la grande cavité péritonéale (voir texte). Sortie guérie le 3 novembre 1928.

OBS. IX. — Bl... (Lucienne), huit ans et demi. Entrée en médecine pour typhoïde : un vomissement, une chute de température brutale, de la contracture abdominale, font porter le diagnostic de perforation typhique. Opérée le 30 juin 1927 : péritonite purulente à pneumocoques. Appendicectomie. Mikulicz. Retournée guérie en médecine un mois et demi plus tard. Revue en 1931 : éventration légère, parfait état général.

OBS. X. — L... (Robert), cinq ans (détails dans le texte). Entré le 2 décembre 1930 pour douleur brutale, vomissements bilieux. Aspect de toxémie. 30 degrés de température. Pouls à 160. Pas de diarrhée (mais sphincter béant). Amygdale droite un peu rouge. Maximum droit indéniable des signes physiques. Ablation d'un appendice, d'un diverticule de Meckel (premier organe qui se présente et s'érige hors du ventre, dès péritoine ouvert). Pas de pus dans l'abdomen. A peine un peu de liquide louche à l'ouverture péritonéale. Le diagnostic n'avait pas été précisé par l'intervention. Il n'est posé que par le résultat positif de l'hémoculture. (Voir le texte.)

OBS. XI. — R... (Alice), quatre ans et demi. Enfant soignée dans le service du docteur Apert. Le diagnostic avait été posé. Mais après six à huit jours de traitement médical, devant l'aggravation progressive, l'état lamentable de l'enfant, la mort paraissant prochaine, devant l'existence d'un pus bien lié retiré par ponction péritonéale, on discute et finalement décide de tenter une intervention qui paraît le seul espoir de sauver l'enfant, si elle évacue une très grosse quantité de pus. Intervention le 8 janvier 1931. Pus libre abondant. Drain. Décès vingt-quatre heures plus tard.

OBS. XII. — U... (Anne-Marie), trois ans et demi. Vue en février 1930. Coqueluche, puis lésions pulmonaires. Phénomènes péritonéaux au quatrième jour. Constipation. Diagnostic posé. Traitement médical. Diagnostic vérifié un mois plus tard par apparition d'une pleurésie purulente à pneumocoques. Revue en mai 1931 en parfait état.

OBS. XIII. — X... (Y.), cinq ans environ. Vue à la salle Henri-Roger en 1927. Diagnostic posé. Ouverture spontanée d'un abcès dans le rectum quelque temps plus tard. Le pus contenait des pneumocoques abondants et quelques colibacilles seulement. Le diagnostic se trouvait donc vérifié. Guérison. L'enfant a été revue le 25 septembre 1930 en parfait état, mais présentant encore quelques pertes vaginales pour lesquelles on l'a ramenée consulter.

Etude médico-légale critique sur les brûlures imputées aux coups de feu, par le professeur CHAVIGNY, médecin général de l'armée, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Strasbourg. Ouvrage couronné par l'Institut : Prix Bellion (1929). In-4 carré de 58 pages avec 11 figures. — Prix : 15 fr. — Les Editions universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Université, Strasbourg (France).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1930-1931 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 23. ACHARD (Mlle). — Contribution à l'étude des propriétés physiques des suspensions d'hématies.

25. ADNOT. — Contribution à l'étude des protides du sérum. Dosage de la globuline et de la sérine par une nouvelle méthode.

2. ANDLAUER (Mlle). — Du traitement de la sclérose en plaques par le phlogétan.

16. BAUER. — Recherches expérimentales sur les mucocèles vésiculaires.

3. BURCKARD. — Les conceptions psychiatriques de Wernicke.

4. CARTAULT. — Traitement du cancer de la vessie par l'électro-coagulation. Etincelage à vessie ouverte.

8. CONRATH. — Contribution à l'étude de l'infiltrat sous-claviculaire tuberculeux.

18. GRÜNEWALD. — Contribution à l'étude de la cataracte sénile.

22. HENRIET. — Contribution à l'étude de la distribution, dans le pelvis, du nerf grand sympathique.

12. HÜCKEL. — Du mysticisme à la médecine.

19. JHUBOO. — Le professeur Villars : un ancien doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

38. KARCHER. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement du cancer recto-sigmoïdien.

37. LAGRANGE. — Contribution à l'étude de la cyclodialyse.

6. LÉVY (Henri). — La névrite optique rétrobulbaire comme signe précoce de tumeur intracranienne.

1. PÉTREQUIN. — Etude physio-pathologique des anuries. Applications thérapeutiques.

11. PHÉLIZOT. — Etude physio-pathologique des déshydratations du nourrisson.

7. RÉGULA. — Indications thérapeutiques fournies par la rétraction thoracique dans la tuberculose pulmonaire.

9. SAMUEL. — La ponction du sinus maxillaire par la voie du méat inférieur.

10. SCHLUMBERGER. — Considérations sur l'anachlorhydrie avec précisions d'ordre technique.

21. STAHL. — Recherches sur un principe hyperglycémiant d'origine pancréatique.

5. TROESCH. — Traitement de certaines urticaires par le jaborandi.

15. VOELTZEL. — Contribution à l'étude des luxations traumatiques de la colonne vertébrale cervicale.

24. WALTER. — L'électrocoagulation dans les tumeurs malignes de la peau.

14. WEIL. — Les poisons du bacille tuberculeux et les réactions cellulaires et humorales dans la tuberculose. Esquisse d'une conception nouvelle des processus pathogéniques de la tuberculose.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 20. ANAGNOSTOPOULOS. — Contribution à l'étude des paraphrénies confabulantes.

17. BERTOLIATTI. — De l'amélioration de la constante uréo-sécrétoire par les diurétiques.

13. ZIVONI (Mme), née Klauzner. — Contribution à l'étude du kératocône.

RÉGIME LOCAL. — 1. HAAS (Mlle). — L'humeur aqueuse dans le glaucome.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, Montpellier, n° 77, p. 1450.

PRATIQUE MÉDICALE

LA FONCTION CALCIPEXIQUE (1)

Par A. SAVIGNY.

La question de l'assimilation et de la fixation du calcium dans l'organisme est une des plus importantes qui soient au point de vue de la prophylaxie et de la guérison de beaucoup d'affections.

L'auteur établit que cette fixation est sous la dépendance d'une véritable fonction — qu'il dénomme la fonction calcipexique — et qui correspond, non pas à une fixation arbitraire en quelque sorte du calcium, mais pour une fin physiologique précise : accroissement du squelette ou réparation de ses traumatismes; isolement des foyers microbiens, maintien de l'équilibre acido-basique, etc.

La fonction calcipexiqne, ainsi envisagée, peut être troublée dans son processus; elle peut être déficiente, inhibée ou exaltée. Les endocrines, le sympathique, les vitamines, les radiations ultraviolettes représentent les facteurs principiaux de ses fluctuations.

Deux éléments associés en occupent le premier plan : le phosphore et le calcium. De leur assimilation et de leur désassimilation dépend la régularisation de la fonction. Ses troubles peuvent être divisés en anaboliques, par destruction massive des réserves calciques, et en cataboliques, par insuffisante assimilation du calcium : ils s'observent surtout dans le rachitisme, au cours de la grossesse, dans les affections (tuberculose en particulier), dans les déficiences endocriniennes, associées souvent aux troubles du système nerveux végétatif. La fonction calcipexique, insuffisante ou déviée, peut être améliorée par les apports vitaminiques, l'héliothérapie, la reminéralisation phosphocalcique. On utilisera dans ce but, chez l'adulte, les extraits phosphatés végétaux (phytine), une endocrinothérapie adéquate à chaque cas, certains aliments riches en calcium; chez l'enfant rachitique, on utilisera l'ergostérol irradié, associé au phosphore suivant le précepte d'Armand Delille, en recourant aux préparations exactement dosées et ne donnant pas lieu à intolérance, telles que, par exemple, le fortossan irradié. Chez l'adulte et le vieillard, le régime et la médication doivent tendre à favoriser la résorption des exsudats et leur élimination par voie rénale : le régime hypoazoté, fruitarien, les cures hydro-minérales dissolvantes trouvent alors leur indication.

LIVRES NOUVEAUX

Clinique des maladies de la première enfance. 1re série (2), par A.-B. MARFAN.

Le beau livre que nous présente aujourd'hui le professeur Marfan s'occupe, tout spécialement, des maladies de la première enfance. Après quelques généralités sur l'enfance, voici les affections principales que l'on peut observer à cet âge : *débilité congénitale, ictère des nouveau-nés, anomalies de la dentition, affections de la bouche, végétations adénoïdes, diphtérie, broncho-pneumonie, tuberculose, scrofule, stridor laryngé, malformations congénitales du cœur*, etc. On y retrouvera, non seulement les qualités didactiques habituelles : maîtrise dans l'exposition, clarté latine, érudition, mais encore une admirable conscience. A la place de l'auteur, combien, forts de l'expérience acquise, se contenteraient de

(1) *Paris méd.*, 26 juillet 1930.

(2) In-8 de 715 p. — Prix : 75 fr. — 2e édition. Paris, Masson et Cie, 1931.

reproduire, sans changements, une leçon déjà ancienne, un article qui date? Loin de lui, ces manières de faire! M. Marfan vérifie toutes ses citations, revoit de fond en comble son ouvrage, et passe les idées au crible de la plus sévère critique, tenant à honneur qu'il soit digne du lecteur.

Exemple qu'il a toujours donné, qu'il donnera toujours et qui explique la respectueuse reconnaissance que depuis longtemps lui ont vouée les pédiatres.

L. BABONNEIX.

Clinique médicale des enfants. Affections des organes hémo-lymphopoiétiques et du sang (1), par P. NOBÉCOURT.

Continuant son œuvre, dont sept volumes ont déjà paru et dont certains sont depuis longtemps épuisés, le professeur Nobécourt consacre le huitième aux affections des organes hémo-lymphopoiétiques et du sang. Affections très diverses, entre lesquelles il n'est pas toujours possible de découvrir une parenté, et pourtant du plus haut intérêt! Parmi les *anémies*, l'auteur ne traite-t-il pas des anémies des nourrissons hérédo-syphilitiques, de l'anémie scorbutique de la première enfance, des anémies graves de la première enfance, des anémies simples de la grande enfance, des anémies avec splénomégalie? Il étudie ensuite la *maladie de Werlhoff*, les *purpuras*, l'*hémophilie*, l'*ictère hémolytique congénital*, les *méno et métrorragies de la puberté*, les *adénopathies chroniques*, dont la lymphogranulomatose maligne, les *tumeurs cancéreuses dites multiples des os du crâne*. Leçons nourries de faits, fondées sur la clinique, mais éclairées par tout ce que le laboratoire peut apporter comme ressources à la solution d'un problème difficile et qui font le plus grand honneur à l'éminent professeur des Enfants-Malades.

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 432 p. — Prix : 60 fr. — Masson et Cie, Paris 1931.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire médical de spécialités classées par indications, met les spécialités pharmaceutiques en ordre et en lumière.

Le Livre blanc est à la fois un consultaire et un formulaire :

Un « consultaire » par sa première partie qui comprend une série de consultations médicales suivies chacune d'un tableau de spécialités pharmaceutiques susceptibles d'être prescrites.

Un « formulaire » par sa deuxième partie qui est un recueil alphabétique de notices à la fois concises et détaillées sur les spécialités citées à la première partie.

Luxueux, résistant, peu encombrant.

Joli volume in-16 (14 × 11), relié couverture pleine toile pégamoïd lavable avec deux plats cartonnés mi-souples rehaussés de fers couleur, gaufrés à chaud.

Prix de vente : 20 francs à la librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, à Paris. Chèques postaux Paris 103.

Les enfants syphilitiques (1), par L. TIXIER.

Ils sont légion, les enfants syphilitiques, mais ils ne sont pas légion, ceux qui savent les bien soigner. Et pourquoi? Parce que, pour arriver à de beaux résultats, il faut non seulement connaître la pratique du traitement, mais encore et surtout ne rien ignorer des notions théoriques relatives à l'hérédo-syphilis. Comment se transmet-elle? Quels sont ses signes principaux, d'ailleurs variables selon qu'elle est précoce ou tardive? Comment la diagnostiquer? Voilà les questions qu'envisage l'éminent médecin de la Charité avant d'aborder le chapitre thérapeutique. Celui-ci occupe le tiers du volume. Et à bon droit. Ne s'agit-il pas, pour le praticien, de savoir choisir entre le mercure, le bismuth, les arsenicaux tri ou pentavalents, l'iodure, ou, plutôt, de savoir comment les associer? Tâche délicate, mais dont l'auteur s'est brillamment tiré. N'est-il pas un spécialiste de la syphilis infantile? N'a-t-il pas, à l'école de notre vieux maître Hutinel, acquis ce solide bon sens clinique, qui est à la base même de la médecine? N'allie-t-il pas à la maturité du chef la fougue de la jeunesse?

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

FORMES CLINIQUES DES PURPURAS

Le purpura, cliniquement caractérisé par l'*éruption des taches hémorragiques spontanées*, dites encore ecchymoses ou pétéchies, est un syndrome à la base duquel se trouvent des troubles sanguins communs à toutes les formes, dans leurs grandes lignes, mais auquel il faut *toujours chercher une cause* si l'on veut faire un traitement utile. Cette notion est fondamentale.

Cliniquement, le purpura peut être *simple* ou *hémorragique* et s'accompagner de signes que nous retrouverons diversement groupés suivant la forme clinique.

Hématologiquement, bien qu'il y ait des *variantes*, il existe des *stigmates sanguins quasi obligés* de purpura. Ils sont surtout nets dans le purpura hémorragique aigu où l'on trouve :

1° *La diminution du nombre des hématoblastes* avec *diminution de la rétractilité du caillot*, signes très importants, surtout dans le purpura hémorragique;

2° *L'hypocoagulabilité du sang*, souvent *discrète* et hors de proportion avec les hémorragies;

3° *L'augmentation du temps de saignement*;

4° Accessoirement : déglobulisation avec réaction myéloïde ;

5° Enfin, dans certains cas, le *signe du lacet* extériorisant la *fragilité capillaire*.

En clinique, les purpuras peuvent être aigus ou chroniques ou en apparence primitifs ou évidemment secondaires. Il est, en tout cas, capital de faire en face d'un purpura, non seulement des *examens de sang répétés* mais une *enquête étiologique serrée*.

I. PURPURAS EN APPARENCE PRIMITIFS A FORME AIGUE.

Schématiquement, et bien qu'il y ait des formes de passage, on en décrit trois types qui s'observent surtout chez *les femmes, les sujets jeunes, les enfants*.

(1) In-18 de 350 p., nombreuses figures et hors-textes. Bibliothèque de pathologie infantile. — Prix : 30 fr. — Paris 1931. L'Expansion scientifique française.

A. **Purpura rhumatoïde**, *le plus commun.* — Après des prodromes banaux, surviennent : *du purpura*, en général peu hémorragique; 2° des *douleurs rhumatoïdes*; 3° des troubles *gastro-intestinaux*. L'évolution se fait, après des poussées successives, vers la *guérison* en quinze jours. L'avenir peut être grevé de nouvelles poussées, de purpura orthostatique, de transformation en purpura infectieux grave.

B. **Purpura d'allure infectieuse.** — Prodromes plus intenses et plus longs, puis c'est le même tableau renforcé par des hémorragies multiples, des ecchymoses très longues, souvent provoquées par une piqûre, une pression et surtout un *état général grave* avec fièvre, adynamie, ayant valu à ce tableau le nom de *typhus angio-hématique*. La MORT est très fréquente en deux à trois semaines. Quand la guérison survient, elle est lente, et menacée de reprises.

C. **Purpura ecchymotique et maladie de Werlhof.** — Une fille de dix ans est prise d'épistaxis, de gingivorragie, puis son corps se couvre d'ecchymoses sans qu'elle en paraisse incommodée. Pas de fièvre. Guérison, mais crainte de récidives. Il faut lui opposer le

D. **Purpura fulminans de Hénoch**, qui survient chez le petit enfant et le tue en peu de jours. C'est presque toujours une *méningococcémie* à forme purpurique.

II. PURPURAS CHRONIQUES

L'hématologie a enrichi depuis quelques années le cadre du purpura de nouveaux groupes. Il faut citer :

a. **Le purpura chronique** intermittent, hémorragique ou non, et en rapprocher

b. **L'hémogénie** avec prolongation du temps de saignement, irrétractilité du caillot;

c. **La thrombosthénie hémorragique héréditaire** où il y a seulement irrétractilité du caillot.

III. FORMES ÉTIOLOGIQUES

Il est *capital* de faire une enquête étiologique serrée et de rechercher, à la base d'un purpura :

1. *Les infections*, parfois *évidentes* (fièvres éruptives graves, septicémies à divers germes, vaccination anti-typhique), souvent latentes : endocardite maligne, blennorragie, MÉNINGOCOCCÉMIE avec ou sans signes méningés. Il faut répéter les *hémocultures*, *faire une ponction lombaire*, chercher le germe en cause par *scarifications des pétéchies*, et penser à la fréquence des *méningococcies latentes* ;

2. *Les intoxications*, surtout à l'iode, à l'*arsénobenzol* qui peut donner en même temps de l'*agranulocytose*;

3. *Les maladies du sang* : leucémie aiguë, anémie pernicieuse, scorbut.

Si l'on ne trouve rien, comme c'est fréquent dans les purpuras chroniques, il faut explorer avant tout l'*état du foie*, de la *rate*, des *glandes endocrines*, du *rein*. On incrimine spécialement la rate dans la chronicité de ces purpuras chroniques. Elle serait un foyer de destruction des globulines et la *splénectomie*, faite à bon escient, serait la seule thérapeutique efficace de ces états hémorragiques chroniques.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION. 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . : 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Voies d'abord de l'articulation de la hanche (avec 15 fig.), par MM. A. FOLLIASSON et M. JOLY.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
LIVRES NOUVEAUX
CONGRÈS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Edel, Soustelle, Wenger, Thiers, Messon, Millet, Dugois, Bernardi, Contamin, Brun, Roget, Boulez, Trillat, Chauviré, Charton, Bucher, Boudènes, Riou, Loras, Aufrère, Simon, Hsu.

Sont admis à faire des suppléances. — MM. Blein, Piaget, Tillier, Marmet, Bolot, Blanc, Raccouchot, Vausteenberghe, Mlles Barral (Madeleine), Bourgeois, MM. Francillon, Montagard, Mme Vausteenberghe, M. Vincent, Mlle Barral (Marguerite), MM. Bouquin, Colas, Bertrand, Revol, Granon, Leclerc, Vernus, Ballivet, Mathieu, Mlle Anselme.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Belletrud, conseiller général des Alpes-Maritimes ; Brémont, conseiller général du Cantal.

GUERRE. — Récompenses honorifiques pour les soins aux militaires de la gendarmerie (fin, voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 76, p. 1414, et n° 77, p. 1429) :

Médaille de vermeil (délivrée après 25 années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Boissou (de Suresnes), Binet (du Raincy).

1re légion : MM. Hernu (de Bruay-en-Artois, Dupas (de Sin-le-Noble), Brabant (de Somain), Horel (de Oignies).

2e légion : MM. Noël (de Fressenneville), Lecomte (de Le Nouvion), Joux (de Hangest-en-Santerre), Boudeaux (de Montcornet).

3e légion : MM. Letellier (de Caen), Lahaye (de Breteuil), Lebreton (de Falaise).

4e légion : M. Bouessée (de Gorron).

5e légion : MM. Bramard (de Luzy), Duval (de Vierzon). Vilbonnet (de Blet).

6e légion : M. Robert (de Revigny).

7e légion : MM. Bouquet (de Ronchamp), Sommelet (d'Arc-en-Barrois), Masson (de Joinville).

8e légion : MM. Simonet (de Givry), Narjoux (de Nolay), Beaudot (de Paray-le-Monial), Bietrix (de Blanzy).

9e légion : M. Michon (de Sainte-Maure).

10e légion : MM. Codet (de Saint-Brieuc), Grasset (de Fougères), Pigaux (de Montmartin), Duchêne (de Saint-Malo).

11e légion : MM. Bastard (de Bournezeau), Féval (de Pont-château), Lemaire (de Saint-Mars-la-Jaille), Halgrand (de Savenay).

12e légion : MM. Houselot (de Gouzon), Lescure (de Bort).

13e légion : MM. Besserve (de Pont-du-Château), Miodet (de Saint-Dier), Papon (de Combronde), Dumas (de Thiers), Galland (d'Allègre), Guillaumont (de Couprière), Picandet (de Montmarault), Fradier (de Chantelle).

14e légion : MM. Giraud (de Vinay), Lafaury (de Tain), Guibert (de Pierrelatte), Berthier (de Meximieux), Guillat (de Saint-Jean-en-Royans), Eynard (de Saint-Nazaire-en-Royans), Bernard (de Nyons).

15e légion : MM. Daveo (de Saorge), Barral (de Vaison), Cadet (de Tournon), Charra (de Lamastre), Tiollier (de Serrières), Bertet (de Gilette).

16e légion : MM. Fraysse (de Rignac), Rancoule (d'Alzonne) ; Cros (de la Salvetat-sur-Argoût).

17e légion : MM. Linon (de Caylus), Dubarry (de Casteljaloux), Laurent (de Mazères), Ouvrieu (de Limogne), Utéza (de Mijanès).

18e légion : MM. Ernautène (de Saint-Palais), Dotezac (de Cambo), Dupouy (de Pomarez), Bézos (de Brocas), Dupouy (de Pissos), Dourthe (de Sabres), Prantois (de Bordeaux), Naureils, (de Ygos).

19e légion : MM. Choussat (de Molière), Bonfils (de Akbou), Cambillet (de Boukanefis), Wolters (de Trolard-Taza).

20e légion : MM. Grosjean (de Gérardmer), Grosjean (de Mirecourt), Noisette (de Jœuf), Voirin (de Vittel).

MINISTÈRE DE LA MARINE MILITAIRE. — Les concours pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes, annoncés au *Journal officiel* du 9 mai 1931, auront lieu à Toulon aux dates indiquées ci-après :

A. **Concours de médecine.** — Le jeudi 5 novembre 1931 :

1° MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Jury d'examen.* — Président : M. l'inspecteur général du Service de santé.

Membres : MM. Plazy, médecin en chef de 1re classe; Hederer, médecin en chef de 2e classe.

Membre suppléant : M. Barthe, médecin en chef de 1re classe.

2° BACTÉRIOLOGIE ET ANATOMO-PATHOLOGIE. — *Jury d'examen.* — Président : M. l'inspecteur général du Service de santé.

Membres : MM. Plazy, médecin en chef de 1re classe; Marcandier, médecin en chef de 2e classe.

Membre suppléant : M. Baixe, médecin principal.

3° MÉDECINE LÉGALE ET NEURO-PSYCHIATRIE. — *Jury d'examen.* — Président : M. l'inspecteur général du Service de santé.

Membres : MM. Hederer et Artur, médecins en chef de 2e classe.

Membre suppléant : M. Hesnard, médecin en chef de 2e classe.

4° DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE. — *Jury d'examen.* — Président : M. l'inspecteur général du Service de santé.

Membres : MM. Barthe, médecin en chef de 1re classe; Esquier, médecin principal.

Membre suppléant : M. Goere, médecin principal.

5° ELECTRORADIOLOGIE ET PHYSIOTHÉRAPIE. — *Jury d'examen.* — Président : M. l'inspecteur général du Service de santé.

Membres : MM. Le Coniac, médecin en chef de 1re classe; Hederer, médecin en chef de 2e classe.

Membre suppléant : M. Baixe, médecin principal.

B. **Concours de chirurgie.** — Le jeudi 12 novembre 1931 :

1° CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Jury d'examen.* — Président : M. l'inspecteur général du Service de santé.

Membres : MM. Le Berre, médecin en chef de 1re classe; Coureaud, médecin principal.

Membre suppléant : M. Dalger, médecin principal.

2° OPHTALMOLOGIE ET OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Jury d'examen.* — Président : M. l'inspecteur général du Service de santé.

Membres : MM. Le Berre, médecin en chef de 1re classe; Yver, médecin en chef de 2e classe.

Membre suppléant : M. Cras, médecin en chef de 1re classe.

3° STOMATOLOGIE. — *Jury d'examen.* — Président : M. l'inspecteur général du Service de santé.

Membres : MM. Coureaud et Larroque, médecins principaux.

Membre suppléant : M. Fermond, médecin en chef de 2e classe.

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS EST RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE. — L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, fondée en 1902, vient d'être reconnue d'utilité publique par décret présidentiel du 17 juillet 1931.

Par ce geste symbolique le Gouvernement a voulu témoigner aux futurs médecins qu'il approuvait leur « politique » essentiellement d'ordre corporatif, le médecin dans ses fonctions ne devant jamais agir en homme de parti. Tout le monde connaît les services rendus par l'Association de la rue Dante, par ses bibliothèques et ses conférences très fréquentées par la jeunesse médicale. Mais parallèlement à son action professionnelle, l'Association corporative a toujours tenu à défendre vigoureusement les intérêts moraux des étudiants en médecine. Quelques faits saillants le prouveront simplement et l'on doit les rappeler car ils sont inscrits dans ses lettres de noblesse :

En *1912*, sa campagne en faveur de l'extension du stage hospitalier à tous les services hospitaliers. — En *1917*, son intervention auprès du général Lyautey, ministre de la Guerre, pour obtenir le décret du 21 janvier 1917 qui permit la nomination de 1.200 médecins-auxiliaires étudiants comme aides-majors. — En *1921*, sa collaboration avec le Parlement pour fixer le statut militaire actuel des étudiants en médecine qui a fait de tous des gradés du Service de santé pendant leur service actif. — En *1922*, sa campagne en faveur de la restauration des humanités à la base de toute culture médicale. — Enfin, depuis *1929*, son action tenace en faveur de la loi Armbruster.

De tels états de service légitiment la reconnaissance par l'Etat d'une œuvre de premier plan comme celle de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris dont le développement est une nécessité pour le Corps médical.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DE LA LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME. — La prochaine réunion aura lieu le 10 octobre 1931, à Paris.

Le matin, à 10 h., présentation de malades, et discussion de cas cliniques à l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières à la Salpêtrière (Service du docteur Crouzon).

A 16 h. 30 (12, rue de Seine), à la salle de Société de chirurgie, présentation d'une étude sur l'arthrite traumatique par MM. les docteurs M.-P. Weil et Moulonguet.

Communications diverses et libres pour lesquelles on est prié de s'inscrire au début de la séance.

La réunion scientifique sera suivie d'une séance administrative (admission de membres nouveaux, etc.).

Pour tous renseignements, on est prié de s'adresser au Secrétariat-Trésorerie : 51, rue Bonaparte, à Paris.

DÉMONSTRATIONS OPÉRATOIRES. — A l'occasion du Congrès de chirurgie M. Calot (de Berck) fera le vendredi 9 octobre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations :

1° Réduction de luxations congénitales non encore traitées. Réduction de luxations récidivées.

2° Valeur comparée de la méthode conservatrice (ponctions, injections) et de la méthode opératoire sanglante dans le traitement des tuberculoses « chirurgicales » (adénites cervicales, abcès froids, fistules, mal de Pott, coxalgies, tumeurs blanches, épididymites). Présentation de sujets en cours de traitement et après traitement.

3° Les notions indispensables à tous sur la rénovation de la pathologie de la hanche par les travaux d'après-guerre.

REVUE GÉNÉRALE

VOIES D'ABORD DE L'ARTICULATION DE LA HANCHE [1]

PAR MM.

A. FOLLIASSON, Interne des hôpitaux de Paris, Chef de laboratoire à la Faculté.

et

M. JOLY, Médecin capitaine, assistant de chirurgie des hôpitaux militaires.

La chirurgie de l'articulation de la hanche a des indications de plus en plus étendues, et aux anciennes voies d'abord étroites qui répondaient aux besoins d'une chirurgie de drainage : arthrotomie, résection, se sont ajoutées des *voies d'accès larges* à « ciel ouvert » nécessaires à une chirurgie orthopédique dont le domaine s'agrandit de plus en plus, qu'il s'agisse d'arthrodèse, de butées ostéoplastiques, de pseudarthrose du col fémoral ou de reposition sanglante de luxations traumatiques.

Aussi, nous a-t-il paru intéressant d'exposer la technique, de schématiser et les indications et les avantages respectifs de ces différentes voies d'abord.

DIFFICULTÉS

Il faut bien savoir qu'à la chirurgie de la hanche les difficultés ne manquent pas. Elles sont de plusieurs ordres.

a. D'ordre *anatomique* : profondeur de l'articulation dont la capsule très épaisse en avant et en haut est masquée sur sa face antérieure par une sorte de barrière à « claire-voie », barrière formée par des muscles à direction perpendiculaire à celle du col fémoral (pectiné psoas iliaque droit antérieur, couturier, tenseur du fascia lata) et dont les interstices ne sont pas tous utilisables (présence des vaisseaux fémoraux, du nerf crural dans l'interstice psoas-pectiné) où le sont seulement sur une étendue relativement restreinte (la présence des vaisseaux circonflexes antérieurs et surtout des nerfs du quadriceps bride en bas les interstices compris entre tenseur du fascia lata et couturier superficiellement, droit antérieur et psoas iliaque profondément).

En haut et en arrière sous la masse et l'épaisseur du grand fessier, les tendons des pelvi-trochantériens convergent parallèlement au col fémoral sur le grand trochanter, masquant ainsi complètement l'articulation.

Il faut compter aussi avec deux massifs osseux para-articulaires : le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Nous verrons plus loin combien leur suppression donne de jour sur l'article.

b. A ces obstacles anatomiques s'ajoutent encore des difficultés provenant de ce que le membre inférieur constitue un *très gros bras de levier* difficile à mobiliser au cours des différents temps de l'intervention, ce qui peut être fort gênant, les manœuvres directes dans le foyer opératoire n'étant pas toujours possibles (Cunéo).

Aussi beaucoup de chirurgiens admettent-ils la nécessité d'opérer sur des tables orthopédiques, genre table de Lance, de Ducroquet, de Howley modifiée.

c. Enfin, du fait de la profondeur de l'articulation, d'une part, de la présence de masses musculaires importantes à son voisinage d'autre part, l'acte opératoire est souvent long, pénible et ne va pas sans s'accompagner d'un certain *état de shock.*

Ajoutons que, nulle part ailleurs, on ne trouvera région plus prédisposée à l'*infection post-opératoire*. A la fragilité bien connue d'une articulation vis-à-vis des germes microbiens s'ajoutent : l'éventualité fréquente d'hématomes abondants, l'existence surtout de *contusion musculaire*, contusion relevant du traumatisme chirurgical et qui sera d'autant plus prononcée qu'une voie d'abord mal choisie aura forcé à des débridements intempestifs et à des manœuvres brutales d'écartement. [Signalons en passant que l'interposition systématique entre muscles et écarteurs de petits champs imbibés de sérum chaud évite dans une certaine mesure les inconvénients pouvant résulter de cette contusion musculaire.]

En dehors des facilités de manœuvres, c'est vraisemblablement à cette crainte justifiée du shock et de l'infection qu'il faut attribuer la tendance actuelle à utiliser les voies d'abord les plus larges, les plus anatomiques, les moins hémorragiques.

LES VOIES D'ABORD. CLASSIFICATION

Leur nombre (Bournoville, dans son excellente thèse, en compte vingt-trois) et leur diversité sont impressionnants et démontrent suffisamment les difficultés de l'accès à cette articulation.

Nous n'étudierons que les principales, beaucoup en effet ne consistant qu'en modifications de détail d'un procédé princeps.

On peut grouper les voies d'abord de l'articulation de la hanche en :

— *Postérieures*,
— *Externes*,
— *Antérieures*,
— *Antéro-externes*,
— *Interne ou obturatrice.*

Chacun de ces groupes comprend lui-même :

Des voies simples, linéaires,
Des voies élargies à lambeaux.

Quoi qu'il en soit, avant de passer à la description de ces différentes techniques il nous faut insister sur les quelques points suivants :

1° On assiste à l'abandon complet ou presque des voies classiques postérieures — celles que Farabeuf disait : sèches, sûres, brèves, faciles — au profit des voies antérieures et surtout antéro-externes.

(1) Nous rappelons que la *Gazette des hôpitaux* a publié en 1920, n° 49, une Revue générale de M. Boppe sur les voies d'abord de l'articulation du genou, et en 1926, n° 5, une Revue générale de MM. Iselin et Leibovici sur les voies d'abord de l'articulation de l'épaule. — *N. D. L. R.*

Il y a à cela de nombreuses raisons :

— Manœuvres opératoires plus aisées,

— Pansements faciles,

— Eloignement de l'orifice anal et éventuellement d'escharre de décubitus.

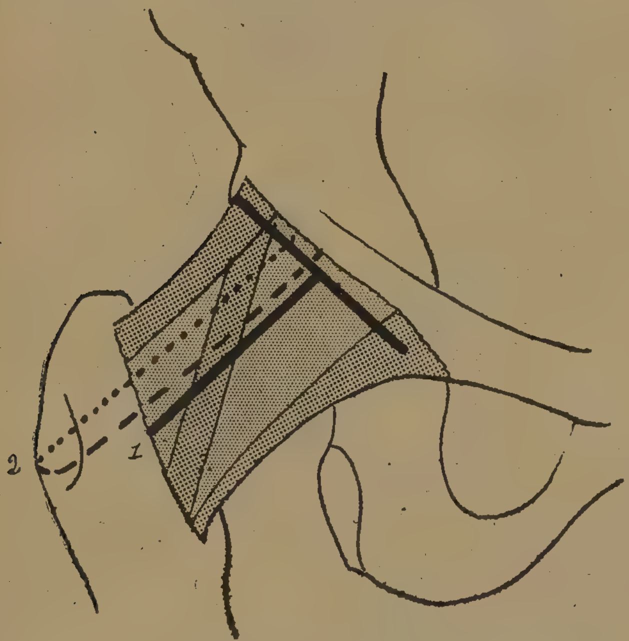


Fig. 1. — 1. Incision de la capsule à la manière d'Albee, en T. — 2. Ostéotomie du grand trochanter et ouverture de la capsule à la manière de Gatellier et Merle d'Aubigné.

— Le délabrement du plan fessier et de la partie postérieure de la capsule ne va pas sans compromettre plus ou moins gravement la statique articulaire.

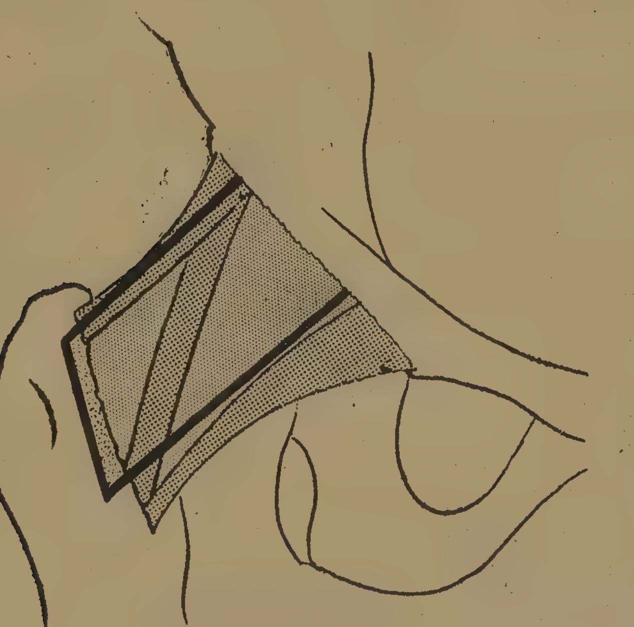


Fig. 2. — *Procédé de Hey-Groves.*

2° L'incision linéaire de la capsule articulaire, tracée parallèlement au col fémoral, est peu mutilante mais ne donne qu'un jour restreint sur la tête et sur le col. Aussi la tendance actuelle est de faire plus large (fig. 1-2-3-4).

— Gaudier (de Lille) préconise l'incision en croix de la capsule,

— Albee — reprenant en cela une idée émise autrefois par Farabeuf — fait une incision en « arbalète » de la capsule : la branche horizontale étant tracée à 2 centimètres environ du sourcil cotyloïdien, dans le but de rendre plus facile la réparation de la brèche capsulaire.

— Hey-Groves relève la capsule en un lambeau à pédicule cotyloïdien après avoir détaché au ciseau la ligne intertrochantérienne antérieure — façon de faire qui a été adoptée par Dujarier.

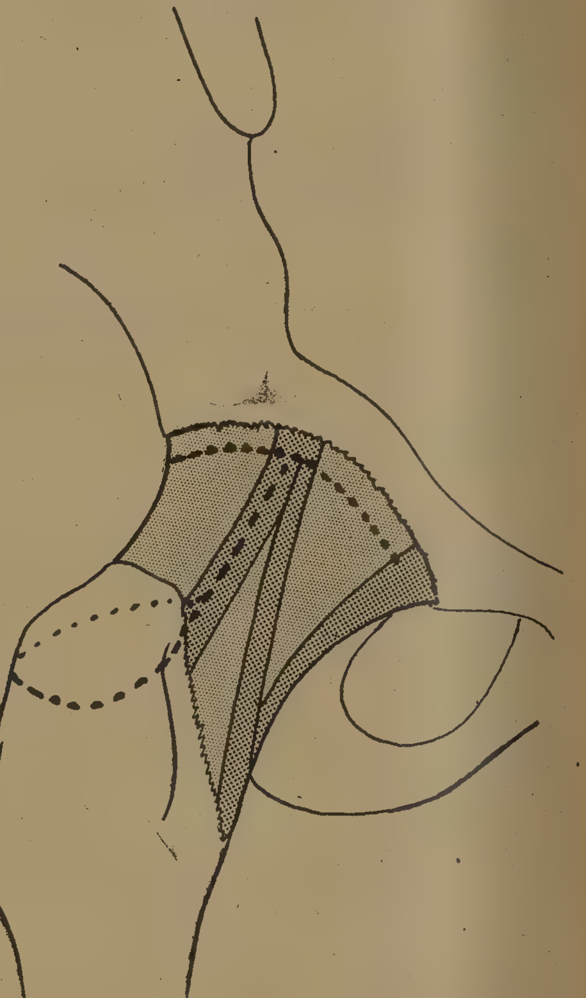


Fig. 3. — Incision de la capsule et ostéotomie du grand trochanter, à la manière de Mathieu.

— Mathieu ouvre la capsule à la manière d'Albee, mais à la face supérieure de l'articulation et après détachement temporaire du grand trochanter et des muscles moyen et petit fessiers s'y insérant. Mais à son avis « il faut attendre bien plutôt la reconstitution d'un nouvel appareil ligamenteux que chercher à conserver intacte une capsule qui doit être largement ouverte ».

— Le professeur Paitre (du Val-de-Grâce) préconise l'ouverture capsulaire par une incision coudée à trois branches : la branche postérieure menée au ras du sourcil cotyloïdien, la branche moyenne à la face supérieure du col, longeant le faisceau horizontal du ligament de Bertin, la branche antérieure descendant parallèlement à la ligne intertrochantérienne antérieure.

— Enfin, Gatellier et Merle d'Aubigné (fig. 1 et II) — reprochant d'une part au procédé d'Albee de

sacrifier le faisceau horizontal du ligament de Bertin ; d'autre part au procédé de Hey Groves d'être de reconstitution difficile et précaire — préconisent « le rabattement de toute la partie supérieure de la capsule vers le haut avec le trochanter sur lequel elle s'insère et les muscles fessiers qui lui adhérent ». Cette manœuvre donne un jour considérable sur l'articulation et le col sans aucune section musculaire ni ligamenteuse ; elle permet de faire toute la réparation par la seule fixation du grand trochanter.

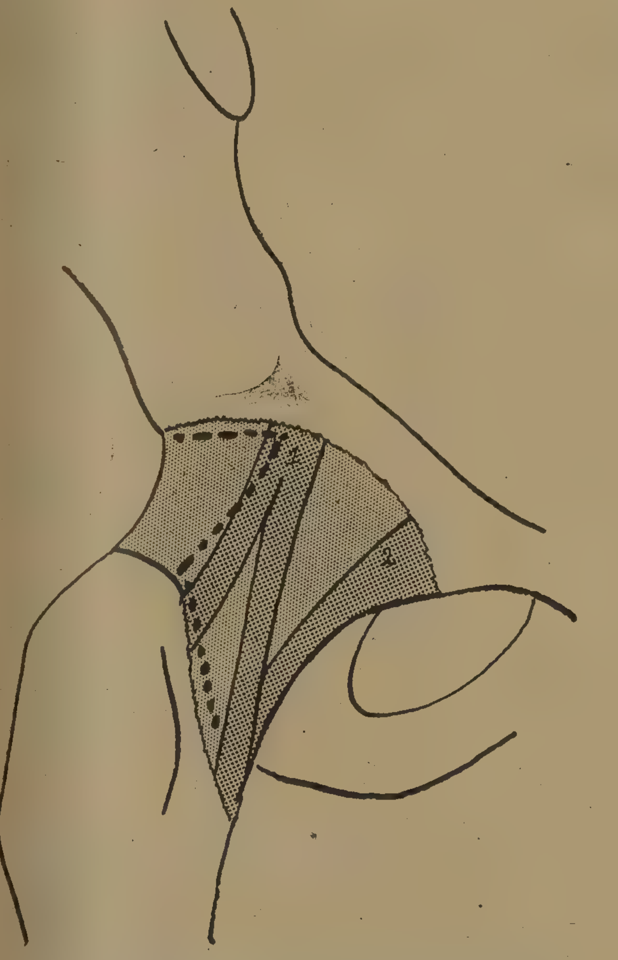


Fig. 4. — *Incision de la capsule* (professeur Paitre).
1. Ligament de Bertin. — 2. Ligament pubo-fémoral.

3° Enfin, il y a un très gros intérêt pour l'avenir de la fonction articulaire, à ménager les *insertions iliaques des moyen et petit fessiers*. Hormis l'arthrodèse — seul cas où l'on puisse faire fi de ces muscles — il ne faut pas oublier que ceux-ci jouent dans la statique de la hanche un rôle de premier plan et que c'est à cette articulation que s'applique le mieux l'axiome de Kocher : « Il vaut mieux sectionner un os qu'un tendon, un tendon qu'un muscle, un muscle qu'un nerf. »

TECHNIQUE DES PRINCIPALES VOIES D'ABORD

I. **Voies antérieures.** — *A.* **Simples-linéaires** (fig. 5). — *a.* Procédé de Vidal (de Cassis). — L'incision partant de l'épine iliaque antérieure et inférieure se dirige vers le sommet du grand trochanter, parallèle au col fémoral, les muscles, couturier, tenseur du fascia lata et droit antérieur, sont sectionnés transversalement [Roser y ajoutait même la section de l'iliaque, le nerf crural restant en dedans (Farabeuf)]. Employée dans la coxalgie fistuleuse par Ménard, par Auguste Broca, cette incision a connu sous l'impulsion de Bérard un certain regain de faveur pendant la guerre. Mais si Bérard utilisait le même tracé que Vidal, par contre une fois les téguments divisés il respectait les muscles et le bistouri était mené profondément dans l'interstice compris entre le tenseur du fascia lata et le petit fessier en dehors, le bord externe du couturier et du psoas en dedans. Les muscles étant fortement réclinés par des écarteurs, la cuisse placée en demi-flexion et légère abduction, on incisait en T la capsule articulaire mise à nu sur toute sa face antérieure de façon à dégager au maximum le pourtour de la tête fémorale (Alquier et Tanton).

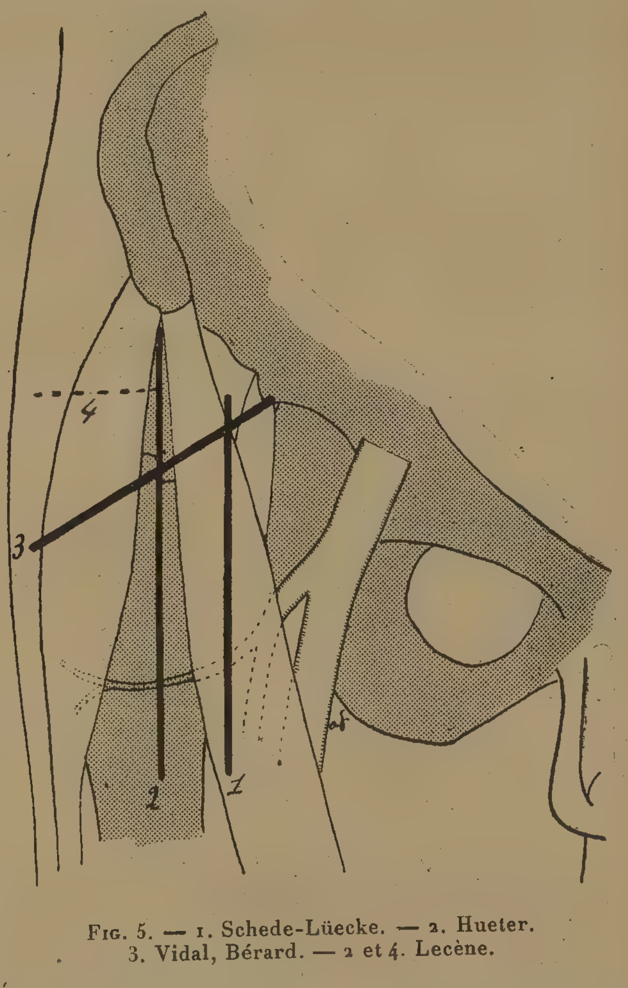


Fig. 5. — 1. Schede-Lüecke. — 2. Hueter.
3. Vidal, Bérard. — 2 et 4. Lecène.

b. Procédé de Hueter. — L'incision verticale part de l'épine iliaque antérieure et supérieure et suit sur une longueur de 12 centimètres le relief du bord externe du muscle couturier.

Après incision du fascia lata on pénètre dans l'intervalle compris entre le couturier en dedans et le tenseur du fascia lata en dehors. Ces muscles réclinés on aperçoit dans la profondeur le muscle droit antérieur et son tendon d'origine. Le bord externe du droit est libéré. Il faut quelquefois lier les vaisseaux circonflexes antérieurs qui émergent de la face profonde du droit antérieur au niveau du grand trochanter. La cuisse est alors placée en flexion, abduction et rotation externe légère. En réclinant énergiquement en dedans le droit antérieur et le psoas on découvre toute la face anté-

rieure de la capsule articulaire. Cette voie antéro-externe de Hueter a les faveurs de Putti et de Lecène. Rapide, peu sanglante, peu traumatisante, elle permet la résection de drainage dans les arthrites suppurées.

c. Voie de Schede et Lüecke. — Verticale ou légèrement oblique, l'incision part à un travers de doigt, en dedans de l'épine iliaque antérieure et inférieure pour descendre parallèlement au couturier sur une longueur de 10 à 12 centimètres. On pénètre dans la gaine du couturier dont on libère le bord interne que l'on confie à un écarteur. Dans ce premier temps on coupe et lie les vaisseaux circonflexes iliaques superficiels qui traversent la partie supérieure de l'incision.

Dans la profondeur on libère le bord interne du droit antérieur en sectionnant une cloison fibreuse résistante tendue entre le psoas et le droit antérieur.

En bas il faut isoler et récliner les nerfs du quadriceps sous un écarteur, lier les vaisseaux circonflexes antérieurs émergeant de dessous le droit antérieur. Le psoas est libéré à son tour. La cuisse est placée en légère flexion en abduction et en rotation externe. La capsule articulaire apparaît dans toute son étendue.

d. Nélaton, Rocher abordent l'articulation en dehors du couturier — qui est fortement récliné en dedans, puis ils passent entre psoas et droit antérieur, — leur procédé n'étant qu'une simple variante du procédé précédent.

B. **Élargies à lambeaux** (fig. 5-6-7). Lecène-Dujarier. — Les voies antérieures élargies dérivent de l'incision de Hueter plus ou moins étendue vers le bas et sur laquelle se branche un débridement qui peut être :

a. Supérieur et externe, avec section du tenseur du fascia lata (Lecène). — D'après cet auteur on aurait ainsi une large mise à nu de la face antérieure de l'articulation coxofémorale.

b. Inférieur et externe (Dujarier). [Procédé décrit dans la thèse de Funck-Brentano]. — Le sujet étant en décubitus dorsal on incise sur la ligne : épine iliaque antérieure et supérieure, bord externe de la rotule. L'incision déborde en bas la base du grand trochanter qu'on circonscrit à distance par une incision perpendiculaire à la première. Les deux incisions dessinent donc un L majuscule. On trouve l'interstice couturier-tenseur du fascia lata. Incision du fascia lata et section en bas du tenseur. Un écarteur repousse en dedans le couturier et le droit antérieur dont on voit la corde du tendon réfléchi. En haut on voit descendre les deux fessiers profonds. Le petit fessier sera écarté en dehors. On a ainsi un jour considérable sur l'articulation, avec un minimum de délabrement musculaire.

II. **Voies externes** (fig. 8-9-10-11). — *A.* **Simples linéaires.** — *a.* Incision d'Ollier. — C'est une incision verticale externe descendant de la partie moyenne de la crête iliaque jusqu'à la base du grand trochanter et passant successivement à travers les fibres du moyen et du petit fessier. Cette incision pouvant être reportée en avant ou en arrière dans cette zone qu'Ollier appelait zone de tolérance et

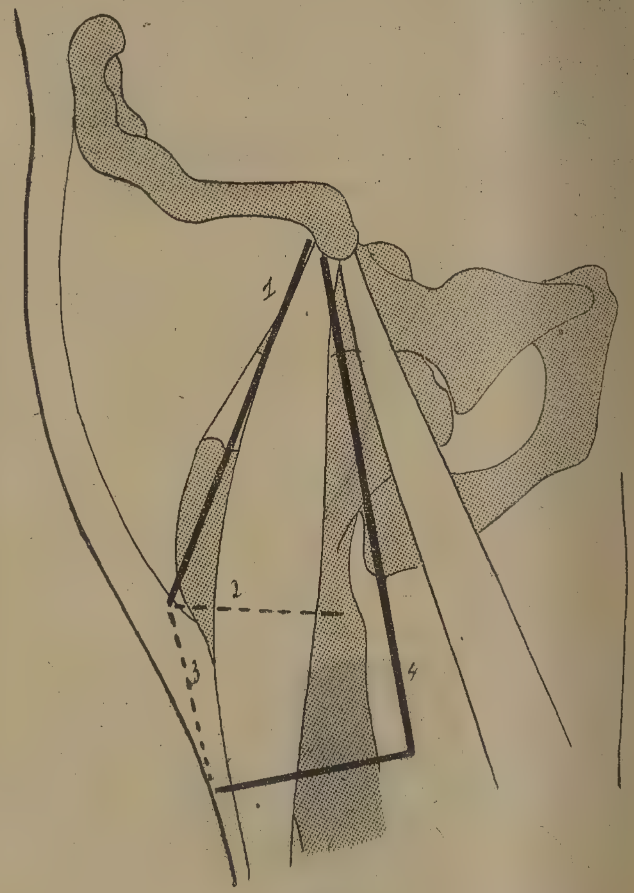


Fig. 6. — 1. Procédé de Calot. — 1 et 2. Procédé d'Alglave. — 1 et 3. Procédé de Lambotte-Fluit. — 4. Procédé de Dujarier.

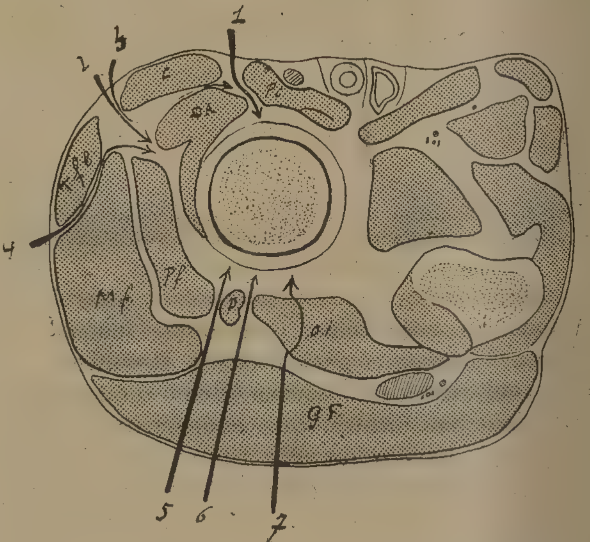


Fig. 7. — *Coupe transversale de la hanche* (d'après Testut et Jacob). — 1. Schede-Lüecke. — 2. Hueter-Putti. — 3. Nélaton-Rocher. — 4. Calot. — 5. Langenbeck. — 6. Kocher. — 7. Ober.
Pi. Psoas iliaque. — C. Couturier. — Da. Droit antérieur. Tfl. Tenseur du facia lata. — Mf. Moyen et petit fessier. — P. Pyramidal. — Gf. Grand fessier. — Oi. Obturateur interne.

qui est représentée par un Y dont la branche inférieure est parallèle au bord postérieur du fémur, la branche antérieure à mi-distance des épines iliaques antérieure et supérieure et postéro-supérieure, sa

branche postérieure se terminant à l'épine iliaque postéro-supérieure.

Cette incision est passible de plusieurs critiques :

— Menée à fond jusqu'au plan osseux, elle traverse deux muscles parallèlement au sens de leur fibre, ce qui ne présente aucun inconvénient, mais par contre, prive la partie antérieure du moyen fessier, ainsi que le tenseur du fascia lata de leurs vaisseaux et de leurs nerfs, organes cheminant sous le moyen fessier et parallèlement à l'insertion supérieure du petit fessier sur la ligne semi-circulaire inférieure.

— Dans le cas particulier de l'arthrodèse pour coxalgie cette incision pénétrant profondément à travers les muscles moyen et petit fessiers au contact d'une capsule articulaire suspecte risque de faire ouvrir un abcès ou de placer le greffon trochantéro-iliaque au contact même du foyer évolutif (F. Bérard).

b. Pour éviter ces différents ennuis, cette incision première d'Ollier a été un peu modifiée. C'est ainsi que Sorrel mène une incision verticale « parallèlement aux fibres des fessiers depuis le rebord iliaque jusqu'au grand trochanter sur lequel elle empiète largement. Elle doit être poussée à fond jusqu'à l'os en haut, au niveau de la crête iliaque, rester légère et n'intéresser que les fibres superficielles du moyen fessier dans sa partie moyenne recouvrant l'articulation et être à nouveau profonde au niveau du trochanter. La taille d'un petit volet iliaque, la fente verticale au ciseau du trochanter en son milieu permettent de placer, après écartement des fessiers, le greffon prélevé sur le tibia après repérage exact au compas de la distance à franchir entre les deux points extrêmes ».

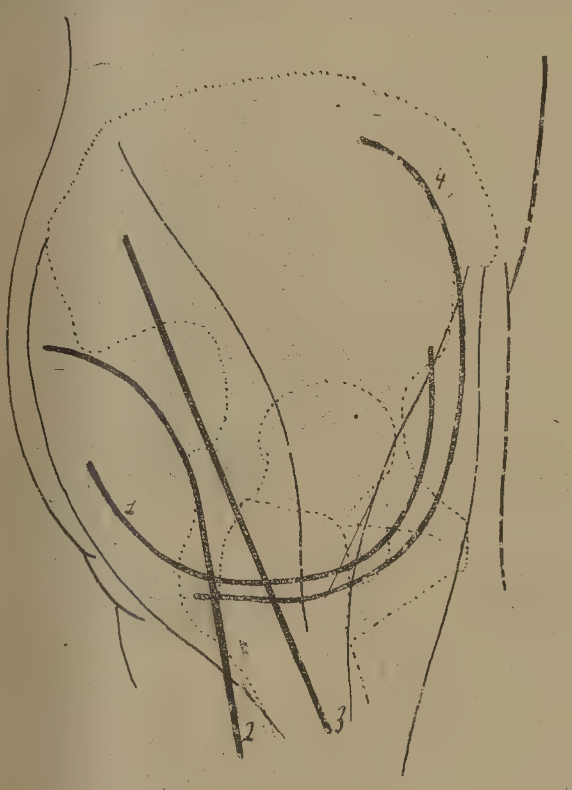


FIG. 8. — 1. Ollier. — 2. Kocher. — 3. Langenbeck. 4. Sorrel.

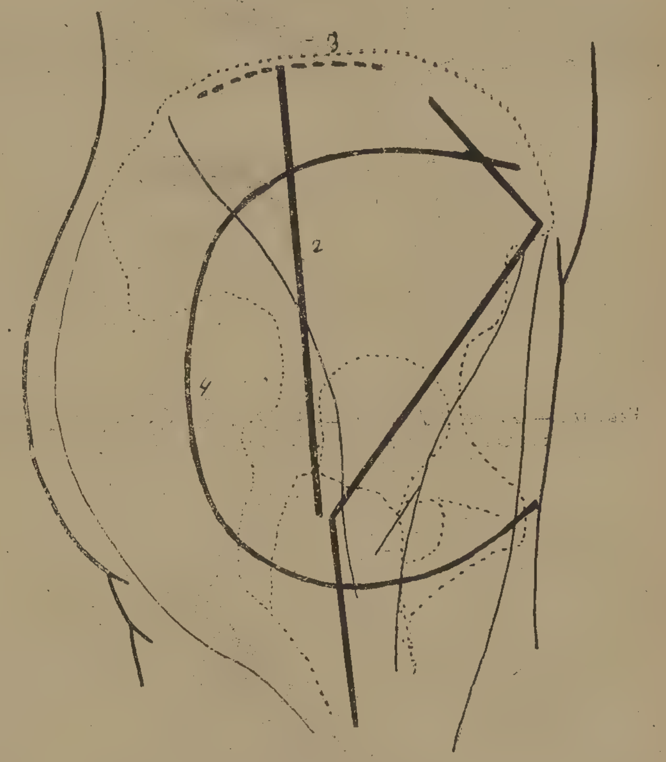


FIG. 9. — 1. Ombrédanne. — 2. Ollier-Sorrel. 2 et 3. Calvé. — 4. Dupuy de Frenelle.

B. Elargies. — *a*. INCISION EN T DE CALVÉ. — Elle comprend une branche verticale, analogue à l'incision de Sorrel et sur laquelle se branche, au niveau de la crête iliaque une branche horizontale permettant le débridement des incisions supérieures iliaques du moyen fessier.

On peut écarter aussi en deux volets antérieur et postérieur la masse musculaire du moyen fessier, ce qui donne un excellent jour sur la partie haute de la fosse iliaque et permet, si on reste dans le plan du moyen fessier, de ménager la branche profonde de la fessière et le nerf fessier supérieur (F. Bérard).

b. PROCÉDÉ DE LA TABATIÈRE D'OLLIER. — Avec cet excellent procédé on a beaucoup de jour, on ménage parfaitement les insertions musculaires, on conserve également aux muscles tous les nerfs qui les animent, enfin on supprime temporairement l'obstacle constitué par cet auvent osseux qu'est le massif trochantérien.

Position du sujet. — Il est couché sur le côté sain, la cuisse malade fléchie à 45 degrés et portée en adduction de façon à faire saillir le grand trochanter. Le chirurgien repère par le palper le bord supérieur du grand trochanter qui se termine par deux saillies, l'une antérieure, l'autre postérieure, facilement perceptible chez les sujets maigres. Chez les sujets adipeux, on peut toujours arriver à reconnaître le bord antérieur et le bord postérieur du grand trochanter.

Incision. — De gauche à droite, on trace une incision courbe, semi-lunaire à convexité inférieure, dont le point infime se trouve sur la face externe du grand trochanter à 45 millimètres au-dessous de son bord supérieur, dont l'extrémité antérieure est à 5 centimètres en avant de la saillie antérieure du

bord supérieur du grand trochanter et dont l'extrémité postérieure est à 4 ou 5 centimètres en arrière



Fig. 10. — *Procédé d'Ollier.* — Section du grand trochanter. Séparation du plan fessier et de la capsule.



Fig. 10 *bis.* — *Procédé d'Ollier élargi* (Sorrel). — Aux temps de l'opération d'Ollier, Sorrel ajoute la désinsertion des moyen et petit fessiers, de la fosse iliaque externe.

de la saillie postérieure du bord supérieur de ce même trochanter. Le bistouri sectionne successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose fémorale en avant, au niveau de l'interstice tenseur du fascia lata moyen fessier, l'aponévrose fessière en arrière, dans la direction des fibres du grand fessier.

Section du grand trochanter. — Ces plans incisés les lèvres de la plaie s'écartent et l'on voit la face externe du grand trochanter recouvert à la base par l'aponévrose nacrée du vaste externe. Il faut, avec le bistouri, tracer la voie à la scie. Pour cela l'incision aura sur l'os la même direction que l'incision cutanée, elle sera semi-lunaire à convexité inférieure. Le bistouri tracera donc la voie à la scie en passant entre les muscles tenseurs du fascia lata et moyen fessier en avant, entre les faisceaux musculaires du grand fessier en arrière et en



Fig. 10 *ter.* — *Procédé du professeur Ombrédanne.* — Après section du grand trochanter, séparation du plan fessier de la capsule, on désinsère les muscles moyen et petit fessier de la fosse iliaque externe.

incisant au niveau de la face externe du trochanter le revêtement aponévrotique et périostique qui le recouvre.

La section du grand trochanter peut se faire de dehors en dedans à la scie à chantourner ou avec un ciseau large, ou de dedans en dehors à la scie de Gigli. Chez l'enfant, le massif trochantérien cartilagineux se laisse généralement couper par le couteau ostéotome. Pour donner à la section osseuse une bonne direction, il faut user d'un petit artifice de technique qui consiste à passer au-dessous des tendons du moyen et du petit fessier, au-dessus du col fémoral une sonde cannelée recourbée ou des ciseaux courbes. La section osseuse sera dirigée vers ce repère de bas en haut, la scie ou le ciseau faisant avec l'axe du fémur un angle de 45° environ.

La section osseuse achevée, une pince de Museux saisit le couvercle trochantérien avec les muscles qui

s'y insèrent, on dégage aux ciseaux courbes en avant et en haut les adhérences que présente le petit fessier avec le plan capsulaire, l'articulation est alors largement exposée. L'opération terminée, le trochanter est remis en place et fixé par une vis ou par une solide suture fibro-périostique.

Telle est l'excellente incision d'Ollier. Si son principe et ses mérites ne sont pas discutés, par contre entre certaines mains, son exécution a été quelque peu modifiée.

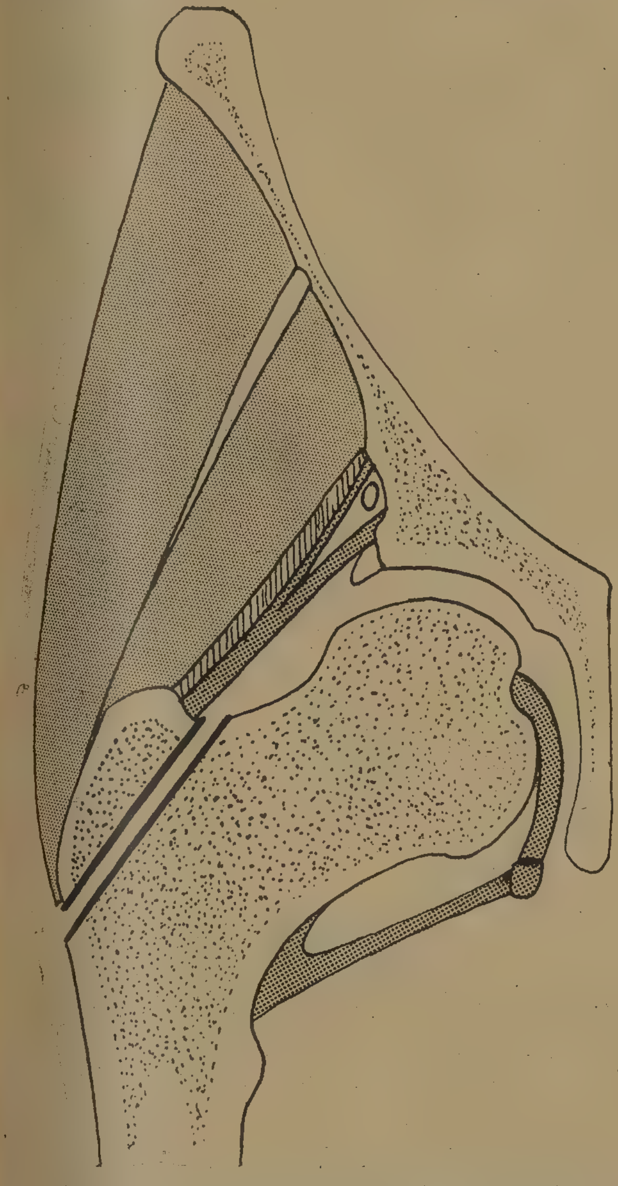


Fig. 11. — *Procédé d'Ollier modifié par Gatellier et Merle d'Aubigné.* — Avec le grand trochanter on relève à la fois les fessiers et la partie supérieure de la capsule.

— Auguste Broca ajoutait à une incision du type Langenbeck l'ostéotomie du grand trochanter. Après avoir traversé le grand fessier dans le sens de ses fibres, il pouvait ainsi relever en volet les muscles pelvi-trochantériens.

— Vignard utilise une incision cutanée en U, incision dont les branches antérieures et postérieures montent directement jusqu'à la crête iliaque. En arrière, après avoir sectionné les fibres les plus antérieures du grand fessier, il recherche l'interstice qui sépare le bord supérieur du pyramidal, du bord postérieur et inférieur du petit fessier.

— Murphy taille un lambeau en U à base supérieure comprenant en son centre le sommet du grand trochanter. Le lambeau ainsi circonscrit est large d'environ 8 à 10 centimètres et long de 12 centimètres environ. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia lata sont incisés à la fois de façon à relever en un seul bloc toute l'épaisseur des tissus incisés. Après section du grand trochanter, relèvement du moyen et du petit fessier et incision de la capsule, Murphy conseille de sectionner les muscles pelvi-trochantériens dont on repère la tranche de section en passant des fils dans les deux bouts de chaque muscle. En fin d'opération les tendons des pelvi-trochantériens sont reconstitués et le grand trochanter vissé.

— Delanglade combine à la voie antérieure, type Hueter, la section du grand trochanter ; pour ce faire il branche sur l'incision antérieure verticale un débridement atteignant le bord postérieur du grand trochanter qui est décapité.

— Whitman trace une incision curviligne commençant à 2 centimètres au-dessous et en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure, de là elle descend obliquement sur le fémur qu'elle croise à 8 centimètres sous le grand trochanter.

L'interstice tenseur du fascia lata et moyen fessier est ouvert pour exposer la capsule, la base du trochanter est sectionnée au ciseau obliquement, dans la direction du col fémoral.

— Rechtman, après avoir dessiné sur la face externe de la hanche une incision en L, sépare moyen fessier et tenseur du fascia lata, puis sectionne le grand trochanter.

— Le professeur Cunéo utilise une incision d'Ollier très élargie : « Elle part de l'épine iliaque antérieure et supérieure, passe très en dessous du grand trochanter et remonte tout en arrière du moyen fessier dont la partie postérieure est découverte en rabattant en arrière la partie supérieure du grand fessier, ce qui est facile lorsqu'on a incisé le tendon aponévrotique de ce muscle. Cette incision donne un jour considérable. »

— Le professeur Ombrédanne préconise une longue incision en Z qui suit le tiers antérieur de la crête iliaque, puis se recourbe pour gagner le bord postérieur du grand trochanter à partir duquel elle descend verticalement le long du fémur.

A la partie inférieure de l'incision cutanée, au niveau de la bourse séreuse trochantérienne, on amorce l'incision du fascia lata et on la poursuit aux ciseaux en remontant vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. On sectionne le grand trochanter suivant le procédé d'Ollier, puis avec une bonne rugine maniée de bas en haut, on décolle de la fosse iliaque l'éventail des fessiers sur la hauteur nécessaire. L'un de nous, durant son année d'internat dans le service du professeur Ombrédanne, a été à même de se rendre compte du jour vraiment formidable que donne cette voie.

— Sorrel, dans le cas d'arthrodèses mixtes pour coxalgies en fin d'évolution ou coxalgies anciennes avec grosse destruction osseuse, a modifié l'incision d'Ollier de la façon suivante. Partant peu en arrière du grand trochanter, il prolonge le segment anté-

rieur de l'incision d'Ollier le long de la crête iliaque pour découvrir, après désinsertion des fessiers, la partie antérieure de la fosse iliaque externe. Cette incision d'Ollier, agrandie à la manière de Sorrel, a permis à Charrier de faire facilement la reposition sanglante de luxations traumatiques irréductibles de la hanche.

— Tout récemment Gatellier et Merle d'Aubigné ont apporté à la technique primitive d'Ollier les modifications suivantes :

a. Leur incision, arciforme, a une flèche deux ou trois fois plus grande que l'incision d'Ollier ;

b. Ils ne sectionnent pas le tenseur du fascia lata, mais passent verticalement entre ce muscle et le moyen fessier ;

c. Enfin — et c'est là vraiment le changement important apporté au procédé d'Ollier — ils rabattent avec le trochanter, sur lequel elle s'insère, la partie supérieure de la capsule ainsi que les muscles fessiers qui lui adhèrent. Par cette manœuvre : 1° ils évitent la dissection toujours pénible entre le petit fessier et les ligaments de la hanche, le muscle et la capsule étant étroitement intriqués ; 2° ils ont un jour considérable sur l'articulation et sur le col.

Toute la réparation se fait par la seule fixation du grand trochanter.

III. **Voies antéro-externes** (fig. 6 et 12). — *A*. **Simple linéaire**. — Le type en est l'incision de Calot. Cet auteur fait une incision partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure et aboutissant à la base du grand trochanter. L'incision longe le bord externe du tenseur du fascia lata et se dirige en bas et en dehors sur une longueur d'environ 8 centimètres. On fait écarter fortement en arrière le moyen fessier, en avant le droit antérieur recouvert par le tenseur du fascia lata.

B. **Elargies**. — Les voies antéro-externes élargies dérivent toutes de l'incision de Calot que nous venons de décrire, les chirurgiens les utilisant y ayant ajouté soit des débridements cutanés ou musculaires, soit une section osseuse temporaire.

a. Incisions antéro-externes élargies par simple débridement cutané. — A l'incision partant de l'épine iliaque antéro-supérieure et aboutissant au bord supérieur du grand trochanter, Alglave ajoute un débridement antérieur, débridement grâce auquel on a un jour important sur le sourcil cotyloïdien.

Lambotte et Flint prolongent en bas et en avant l'incision de Calot.

b. Incisions antéro-externes élargies par débridement musculaire. — Ce débridement musculaire consiste à désinsérer de la fosse iliaque externe les muscles moyen et petit fessier.

Ce procédé a été préconisé par Smith-Petersen (1), adopté et modifié par Mathieu et Wilmoth, Dupuy de Frenelle.

— Incision de Smith-Petersen. Elle suit la crête iliaque depuis le milieu environ jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, puis se coude et descend verticale sur la face antérieure de la cuisse sur une longueur de quatre ou cinq pouces (10 à 12 centimètres).

En traçant le premier segment (horizontal) de l'incision, on va à fond jusqu'à l'os, sectionnant le moyen fessier. Avec une rugine tranchante, le périoste est détaché de l'iléon, entraînant avec lui la masse musculaire. La cavité opératoire est bourrée de gaze. La branche verticale de l'incision intéresse l'aponévrose intermédiaire du couturier et du tenseur.

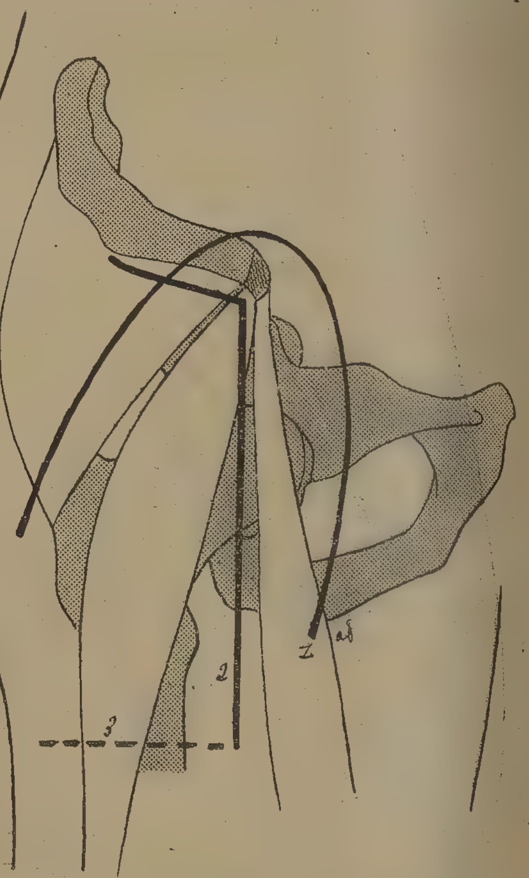


Fig. 12. — 1. Procédé de Gaudier. — 2. Procédé de Smith-Petersen. — 2 et 3. Procédé de Mathieu.

La face antérieure de l'articulation étant ainsi dégagée, la capsule est ouverte le long de la portion ilio-fémorale du ligament en Y. Une fois l'opération terminée, le lambeau est rabattu après suture de la capsule, le moyen fessier est refixé dans ses attaches périostales, le segment vertical de l'incision est refermé en plusieurs plans.

— Mathieu et Wilmoth ajoutent à l'incision de Smith Petersen une incision inférieure et externe de dégagement sous-croisant la base du grand trochanter, et qui permet de découvrir et de sectionner transversalement le tenseur du fascia lata.

— Dupuy de Frenelle taille un lambeau en U à sommet postéro-inférieur répondant à la base du grand trochanter. Cette incision donnerait le maximum de jour et faciliterait le drainage. Elle part de l'épine iliaque antéro-supérieure, se dirige en

(1) Une méthode semblable était employée par Sprengel, en Allemagne (il y a cent ans) et ensuite par Enderson, en Angleterre. Rocher décrit cette méthode dans la résection de l'iléon. Bérard et Vignard, en 1913, usaient d'une incision à peu près analogue pour réduire une luxation ovalaire ancienne de la hanche. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Lyon*, 18 déc. 1913. In *Lyon chir.* 1914.

arrière parallèlement à la crête iliaque, mais à un bon travers de doigt au-dessous de cette crête. Arrivée vers le milieu de la crête iliaque, cette incision descend vers le versant postérieur du grand trochanter qu'elle circonscrit très largement. Puis elle devient horizontale d'arrière en avant pour croiser la base du grand trochanter et venir se terminer dans le triangle de Scarpa à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. L'incision achevée, Dupuy de Frenelle décolle de bas en haut la masse commune du moyen et du petit fessier, à l'aide de la large rugine de Lambotte, il charge sur l'index la masse musculaire décollée et la débride en la sectionnant très nettement d'avant en arrière, autant que cela est nécessaire pour avoir un accès suffisamment large sur l'articulation, le muscle sera reconstitué avec précision après l'opération. Suivant les nécessités de chaque cas, tantôt il sectionne, tantôt il désinsère le tenseur du fascia lata. Il agit de même pour le couturier.

c. Incision antéro-externe-élargie par section osseuse temporaire de l'épine iliaque antérieure et supérieure. — C'est le procédé du professeur Gaudier (de Lille), procédé décrit avec détail dans la très bonne thèse de Bournoville :

« *Position du sujet.* — Il est dans le décubitus dorsal, les jambes en extension et la hanche malade fortement relevée par un étroit mais très haut coussin.

L'incision cutanée en forme d'U ouvert à convexité supérieure commence au niveau du bord postérieur de la base du grand trochanter qui saille fortement en faisant porter la cuisse en adduction. L'incision remonte vers l'épine iliaque antéro-supérieure parallèlement au tenseur du fascia lata et à deux travers de doigt en dehors de son bord externe.

Elle arrive derrière cette épine, monte à 2 centimètres au-dessus d'elle, la contourne en décrivant une boucle arrondie. Elle redescend obliquement vers le pli de l'aine, croisant ce pli à angle aigu pour se terminer légèrement en dehors des vaisseaux fémoraux à la hauteur d'une horizontale passant par la partie moyenne du trochanter. On lie les vaisseaux circonflexes iliaques superficiels. La branche postérieure de l'U est dirigée dans le sens des fibres les plus antérieures du moyen fessier. La branche antérieure répond au bord interne du couturier.

Le revêtement aponévrotique et périostique qui recouvre l'épine iliaque antéro-supérieure est incisé, puis décollé légèrement à la rugine, on sectionne l'épine au ciseau, détachant ainsi avec elle les insertions du couturier et du tenseur du fascia lata, ainsi que la petite portion antérieure des muscles moyen et petit fessier qui s'y attachent.

Le volet ainsi constitué est rabattu facilement, un plan de clivage des plus nets séparant le tenseur et le couturier des muscles du plan profond, on place des écarteurs, l'un réclinant fortement le droit antérieur en dedans, l'autre écartant en dehors et en bas la masse des moyen et petit fessiers. Le jour obtenu est grand : on voit facilement tout le bord antérieur du grand trochanter et sa face externe, les trois portions du col fémoral, la tête fémorale, le sourcil cotyloïdien, la fosse iliaque externe dans sa portion sus-métabulaire. En fin d'opération l'épine iliaque sera refixée par deux vis de Lambotte ou par deux clous de tapissier. Elle se consolidera parfaitement, surtout si l'on a pris grand soin de suturer minutieusement la sangle aponévrotique au niveau de l'ostéotomie. (Bournoville) ».

IV. **Voies postérieures** (fig. 8 et 13). — Ne comprenant que des incisions linéaires, elles sont au nombre de trois :

Voie de Langenbeck;
Voie de Kocher;
Voie d'Ober.

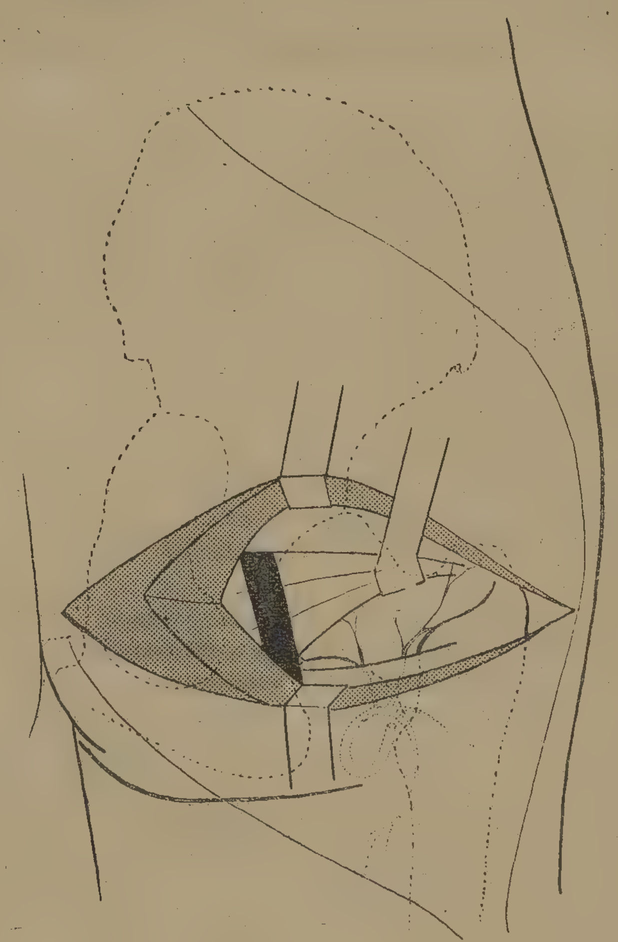


Fig. 13. — *Incision d'Ober* (d'après R. Massart).

a. Procédé de Langenbeck. — Le sujet repose sur le côté sain en position latéro-ventrale, il tourne le dos à l'opérateur, la cuisse malade est fléchie à 45 degrés sur le bassin et placée de telle façon qu'en prolongeant la direction du fémur en ligne droite sur la fesse on aboutisse à l'épine iliaque postérieure et supérieure.

Plus ou moins longue, 8 à 12 centimètres suivant la taille du sujet et l'épaisseur des parties molles, elle est rectiligne, prolongeant l'axe du fémur vers l'épine iliaque postéro-supérieure et a environ les deux tiers de sa longueur sur la fesse, l'autre tiers sur le trochanter.

On incise les téguments et le tissu cellulaire souscutané. A la base du trochanter on rencontre quel-

ques rameaux de la circonflexe externe qui sont coupés et liés.

Sur la face externe du grand trochanter on divise l'épais tendon aponévrotique commun au grand fessier et au fascia lata, puis on remonte sur la fesse en séparant les faisceaux charnus du grand fessier dans le sens de leur longueur, de manière à passer entre deux faisceaux. On peut aussi libérer le bord supérieur du grand fessier et le faire écarter vers le bas.

Après avoir traversé une couche graisseuse plus ou moins épaisse on recherche l'interstice séparant le moyen fessier et le petit fessier du pyramidal, la rotation interne du membre inférieur favorise cette recherche en exposant au maximum l'angle postéro-supérieur du grand trochanter.

Ces muscles, séparés, sont écartés respectivement en haut et en bas, la face postérieure de l'articulation est largement découverte.

b. Procédé de Kocher. — Il ne diffère du précédent que : 1° par le tracé de l'incision qui suit d'abord la face postérieure du grand trochanter jusqu'à son sommet, puis à partir de ce point se réfléchit obliquement en haut et en dedans dans la direction des fibres du grand fessier ; 2° par le fait que Kocher passe une fois le grand fessier incisé entre le pyramidal en haut et le jumeau supérieur en bas.

c. Procédé d'Ober. — Sur le malade couché à plat ventre, on trace une incision horizontale ou presque partant du bord postérieur du grand trochanter près de son sommet et aboutissant en un point correspondant à l'articulation sacro-coccygienne.

Les fibres du grand fessier sont divisées, la masse adipeuse sous-jacente au muscle est écartée par dissociation en évitant le nerf sciatique qui se trouve dans la région moyenne de l'incision. Le tendon de l'obturateur interne, le carré crural et les jumeaux, ainsi que le pyramidal, sont isolés et écartés, ce qui découvre la face postérieure de la capsule articulaire.

Le voisinage immédiat du grand sciatique et de l'arcade artérielle rétro-cervicale, la difficulté des pansements, font de cette voie, préconisée par Ober pour drainer l'articulation, une voie d'exception.

V. **Voie interne ou obturatrice.** — Cette dernière n'a été utilisée que pour contre-inciser certaines collections d'origine articulaire, diffusées dans ce sens (Picqué). Aussi ne nous retiendra-t-elle pas.

— Nous devons toutefois signaler que récemment Mutel et Defoug, envisageant des cas bien particuliers de luxation congénitale de la hanche, incoercibles par interposition, ont préconisé à la suite de Deutschlander, de Ludloff l'accès sur la capsule articulaire par voie interne et inférieure :

— La cuisse étant en position de réduction, une incision est menée, partant du pli de l'aine, parallèle à l'axe du membre, à égale distance du trajet de la fémorale et de la corde des adducteurs. On passe dans l'interstice pectiné-moyen adducteur, dans le fond duquel apparaît le tendon blanc nacré du psoas descendant sur le petit trochanter. La circonflexe interne croisant le champ opératoire est écartée ou liée. On récline le psoas et on découvre la capsule articulaire dans la partie rétractée à inciser ou à exciser.

INDICATIONS. VOIE D'ABORD TOTALE (fig. 14 et 15).

Les indications de ces multiples voies d'abord peuvent se résumer ainsi :

— Pour les opérations de drainage, les voies antérieures sont les plus indiquées car elles sont rapides et peu mutilantes.

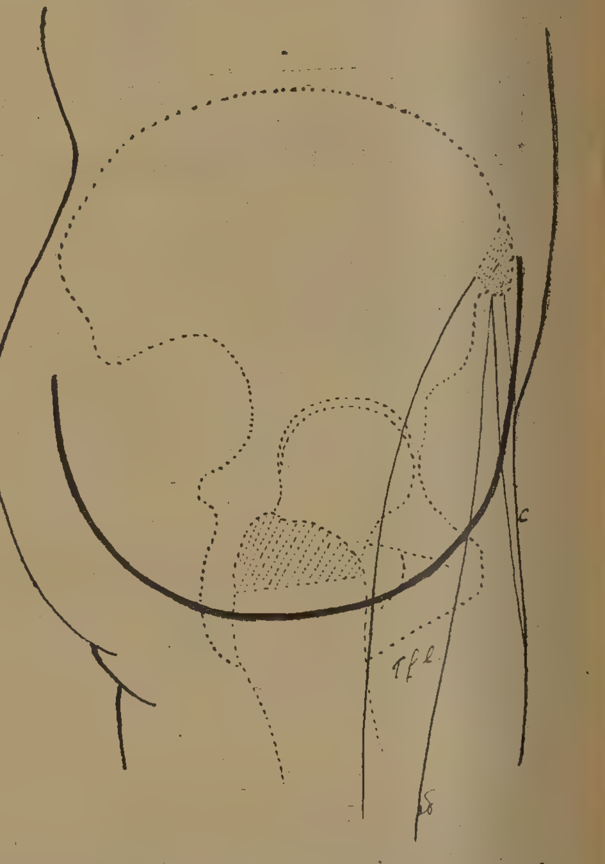


Fig. 14. — *Incision de découverte élargie « totale » de l'articulation.* — Les hachures en pointillé indiquent les segments osseux temporairement réséqués : grand trochanter et épine iliaque antéro-supérieure. C. Couturier. — Tfl. Tenseur du fascia lata.

— Si pour les opérations orthopédiques, l'incision d'Ollier, celle de Mathieu et celle de Gaudier, chacune correspondant à des indications tirées du siège de la lésion et du type de l'opération à exécuter, ont rallié le maximum de suffrages, il n'en reste pas moins que le grand nombre de voies d'abord préconisées laisse un peu rêveur sur la valeur respective de chacune d'elles.

Il n'y en a pas qui découvrent vraiment *en entier l'articulation donnant toute liberté de manœuvres aussi bien en avant qu'en haut et en arrière.*

De fait, il y a à la découverte large « *totale* » de la coxo-fémorale **trois grands obstacles**, à savoir :

— Le grand trochanter,

— Les muscles moyen et petit fessier s'insérant sur cette saillie osseuse,

— L'épine iliaque antérieure et supérieure.

Nous avons recherché par quel procédé on pourrait bien tourner ces trois obstacles sans créer des délabrements nuisibles au bon fonctionnement ultérieur de l'articulation, et nos études cadavériques nous amènent à proposer la technique suivante : elle consiste à combiner les avantages du procédé d'Ollier et ceux du procédé de Gaudier.

Technique. — On fait une incision conforme à la manière d'Ollier, mais, plus grande, elle s'étend d'un peu en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à l'épine iliaque postéro-inférieure, passant à deux travers de doigt au-dessous du sommet du grand trochanter.

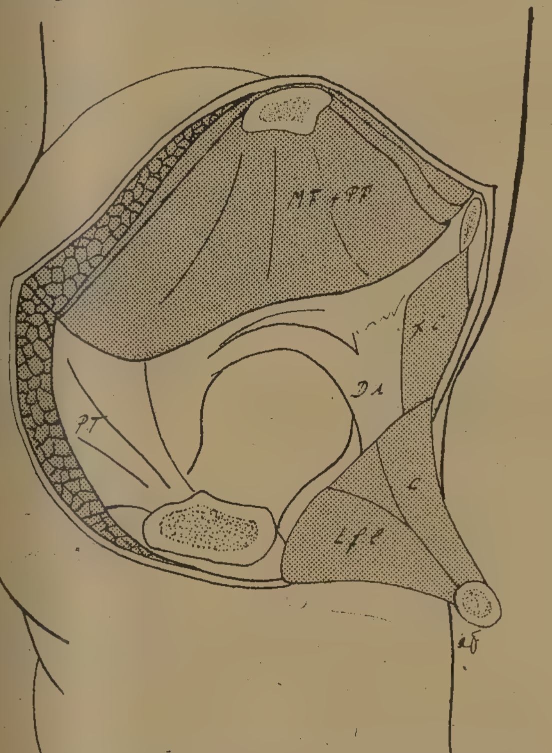


Fig. 15. — *Voie « totale »*. — Le grand trochanter est rabattu vers le *haut* avec le grand fessier, le moyen et le petit fessier. L'épine iliaque antérieure et supérieure est rabattue vers le *bas* avec le couturier et le tenseur du fascia lata. En arrière de l'articulation les pelvitrochantériens PT, en avant le droit antérieur DA et le psoas iliaque pi.

Une fois les téguments incisés, on divise en arrière les fibres du grand fessier, on recherche en avant l'interstice entre tenseur du fascia lata et moyen fessier, ceci fait on détache le grand trochanter au ciseau et on relève l'éventail fessier comme dans le procédé d'Ollier.

L'épine iliaque antéro-supérieure est dégagée et sectionnée au ciseau et on l'abat vers le bas avec le couturier et le tenseur du fascia lata comme dans le procédé du professeur Gaudier. On a, par cette technique, l'articulation en totalité sous les yeux.

— La section du muscle grand fessier parallèlement à ses faisceaux permet de *travailler en arrière*.

— La section du grand trochanter et le relèvement des moyen et petit fessiers donne un large accès sur la *face supérieure du col fémoral et sur le sourcil cotyloïdien*.

— *La face antérieure de l'articulation est dégagée entièrement par le rabattement, vers le bas de l'ensemble : épine iliaque antérieure et supérieure, couturier et tenseur du fascia lata*. Il est facile d'isoler le tendon du droit antérieur et, si besoin est, le psoas dont on aperçoit les fibres les plus externes.

En fin d'intervention, le trochanter est remis en place, suturé ou vissé, l'épine iliaque est réinsérée ou enclouée.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que la section temporaire de ces deux massifs osseux, grand trochancher et épine iliaque antérieure et supérieure, clef de l'articulation de la hanche, donne avec le minimum de délabrements, le maximum de jour.

BIBLIOGRAPHIE

[On trouvera une bibliographie complète de la question dans : 1° Les thèses de F. Bérard, Lyon 1929; Bournoville, Lille 1930; 2° Une communication de R. Massart. *Bull. de la Soc. des chir. de Paris*, mai 1928, t. XX, p. 430, n° 9.]

— Funck-Brentano. *Th. de Paris*, 1930.

— Professeur Paitre. *Cours de technique chirurgicale (membre inférieur)*.

— Gatellier et Merle d'Aubigné. *Journ. de chir.*, juillet 1931, t. XXXVIII, n° 1.

— Mathieu. *Journ. de chir.*, juillet 1931, t. XXXVIII, n° 1.

— Charrier. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 11 juillet 1931, t. LVII, n° 24.

— Mutel et Defoug. *Revue d'orthopédie*, sept. 1928, t. XV, n° 5.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 21 septembre 1931)

La mesure des grandes chronaxies (à propos d'une note de M. Bourguignon). — M. Louis Lapicque.

Sur quelques réactions de certains dérivés barbituriques (véronal, dial, gardénal, etc.). — MM. J. Bougault et J. Guillou.

LIVRES NOUVEAUX

Le diagnostic précoce de la syphilis par la recherche du tréponème dans le suc de l'adénopathie primaire (1), par le docteur P. Boutteau.

Dès 1905, Hoffmann et Schandian avaient proposé de rechercher le tréponème dans le suc ganglionnaire par ponction de l'adénopathie satellite du chancre. Pour diverses raisons ce procédé de recherche est demeuré exceptionnel en clinique. L'excellente monographie de M. Boutteau témoigne de l'intérêt qui de nouveau s'attache à cette question.

La technique de la ponction ni de l'examen ultramicroscopique n'offrent rien de particulier; il faut toutefois que l'examen soit assez patient car il ne semble pas que la recherche soit aussi fréquemment positive que sur une ulcération intacte. Il semble par ailleurs que le tréponème soit d'autant plus aisément reconnu dans le suc ganglionnaire que la recherche

(1) Paris 1931, Jouve et Cie.

est plus précoce. Si l'on rapproche de ce fait la rapidité avec laquelle on sait que le tréponème diffuse à partir de son point de pénétration, on doit se louer que cette technique permette de gagner du temps pour le diagnostic et le traitement.

Mais c'est surtout dans des cas plus particuliers que cette recherche présente de l'intérêt ainsi que le montrent les nombreuses observations dont quelques-unes personnelles rassemblées par l'auteur : chancres syphilitiques atypiques, chancres mixtes où la coexistence des deux infections ne paraît pas nuire à la clarté des résultats, au rebours de ce qui se passe pour l'ulcération ; chancres modifiés par un traitement intempestif; chancres inaccessibles; syphilis sans chancre.

Il est à noter que dans les cas d'ulcérations buccales suspectes la ponction ganglionnaire permet un diagnostic précis; la présence des autres spirilles buccaux n'a en effet jamais été constatée dans le ganglion.

L. B.

L'œuvre du service de santé militaire en Algérie [1830-1930] (1).

Lorsque au moment de la célébration du Centenaire de l'Algérie française, la *Gazette des hôpitaux* consacra un numéro à l'œuvre médicale au cours de l'expédition d'Alger, nous avons constaté qu'aucun ouvrage d'ensemble n'avait été publié sur les travaux si considérables du service de santé militaire.

Cette lacune a été comblée. La direction du Service de santé au ministère de la Guerre vient de faire paraître un remarquable volume sur l'œuvre du service de santé militaire en Algérie.

Tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de l'Afrique du Nord voudront lire ce bel ouvrage que le médecin général inspecteur Toubert a préfacé d'une façon vibrante.

Ce livre d'or montre combien fut belle l'œuvre médicale, scientifique et sociale du service de santé militaire en Algérie depuis 1830.

Comment ne pas dire toute l'admiration et la reconnaissance que l'on doit au service de santé qui réalisa l'œuvre chirurgicale avec Baudens, Sédillot et leurs successeurs; l'œuvre médicale avec Maillot, Kiener, Kelsch, Laveran, H. Vincent; l'œuvre sociale enfin, avec tous les médecins militaires qui furent les premiers à réaliser l'assistance médicale indigène dans les territoires du Sud?

« Envoyez-moi quatre médecins, écrivait Lyautey quand il était à Madagascar, et je vous renverrai quatre compagnies. » Cette parole pourrait s'appliquer à toute l'histoire de l'Algérie où les toubibs furent les meilleurs agents de la pacification et de la pénétration française.

F. L. S.

(1) Un vol. in-8. Charles Lavauzelle, éditeur. — Paris, 1931.

Pathologie du nourrisson (1), par Jean Cathala.

C'est aux étudiants déjà pourvus de connaissances générales en pathologie, mais désireux de s'initier à la pathologie spéciale qu'est destinée — ce qui ne veut pas dire réservée — la présente étude. Les quatre mois qui suivent la naissance sont une période de transformation si importante pour le jeune organisme que toute la pathologie s'en trouve influencée.

Aussi est-ce avec raison que la partie proprement pathologique du présent ouvrage est précédée d'un bref, mais très substantiel chapitre d'étiologie générale qui témoigne de l'importance de certaines prémisses physiologiques pour l'étude de la pathologie du nourrisson. La croissance du jeune organisme et la sauvegarde d'une température invariable commandent à la fois, pour le jeune organisme, sa vulnérabilité et sa résistance.

(1) « Collection des initiations médicales. » Masson et Cie, Paris 1931.


TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE
F.HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
21, Place des Vosges, 21
TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE IDÉAL
au
THIGÉNOL "ROCHE"
ou à tous autres médicaments.
le Tampol "Roche" est constitué par un ovule médicamenteux derrière lequel est comprimée une certaine quantité de laine aseptique contenue dans une capsule de gélatine.
le Tampol "Roche" étant en place les sécrétions vaginales dissolvent la gélatine et la laine décomprimée s'échappe dans tous les sens réalisant un tamponnement parfait.
Éch.^ons Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS.

C'est à la lumière de ces principes généraux et en distribuant les diverses manifestations pathologiques en aseptiques et infectieuses que l'auteur en simplifie la description et aide le lecteur à en retrouver la diversité cachée. En face de causes diverses, en effet, dont les unes sont extérieures à lui et dont les autres lui sont internes, il s'en faut que l'organisme du nourrisson réagisse de façon différente ; il est pourtant d'une grande importance pour l'avenir de savoir discerner la variété des causes.

Aussi l'étude de la sémiologie est-elle conçue par appareils et par organes et non selon le plan étiologique qui est de mise dans la pathologie de l'adulte.

De même, c'est à des moyens généraux restreints en nombre, mais étendus dans leur influence et leurs indications, que devra se cantonner l'action thérapeutique.

A la fin de cette succincte et originale étude, l'auteur insiste sur l'importance de l'hygiène générale et de la diététique.

Nul doute que la lecture de cette brève et substantielle étude ne soit la meilleure leçon de ce « penser physiologique » auquel l'auteur souhaite induire le futur médecin.

L. B.

Le traitement des malades nerveux et mentaux (1), par MORGENTHALER et FOREL.

Dans ce manuel, édité sous les auspices de la Société suisse de psychiatrie, les auteurs ont réuni toutes les notions utiles à la formation du personnel des asiles et maisons de santé : notions d'anatomie et de physiologie normale; éléments de psychologie théorique et appliquée; étude résumée des principaux symptômes et syndromes de pathologie mentale et nerveuse. La partie de l'ouvrage la plus étendue concerne les soins que doivent recevoir les malades, l'organisation des établissements (établissements suisses plus particulièrement), l'observation des malades; une place importante est faite à la prophylaxie et à l'hygiène mentale. Un dernier chapitre résume brièvement l'histoire de la psychiatrie. Le tout est conçu de façon essentiellement pratique et très abondamment illustré.

L. B.

(1) Hans Huber, Berne 1931.

CONGRÈS

VIII° GRAND VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE NOEL, SUR LA CÔTE D'AZUR (VOYAGE BLEU). — Le VIII° Grand voyage de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du Littoral Méditerranéen, sera présidé par M. le professeur Balthazard, Doyen de la Faculté de médecine de Paris, et dirigé par MM. les professeurs Laignel-Lavastine (Histoire et Pathologie générales) et Duhot (Climatologie et Hydrologie), des Facultés de Paris et de Lille.

Le parcours entier s'étendra de Marseille à San-Remo (26 décembre-9 janvier). Les adhérents qui ne disposeront pas d'un temps assez long, pourront se faire inscrire pour une partie seulement.

Première partie. — Réception inaugurale à la Faculté de Marseille, le 27 décembre. Promenade en mer. — Visite d'Aix, capitale de la Provence, l'ancienne Aquæ Sextiæ, métropole hydro-minérale de la Province Romaine. — Après avoir vu Toulon et son Port de guerre, on parcourra les Stations Climatiques et Hélio-Marines de Hyères, Giens, San-Salvadour, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Le Trayas, Cannes, Le Cannet, Grasse, Le Golfe-Juan, Juan-les-Pins et Antibes. — Cette première partie se terminera à Nice, le 4 janvier, après une Excursion dans les Alpes (Sports d'hiver).

Deuxième partie. — Réception inaugurale, au Palais de la Méditerranée à Nice, le 1er janvier. — Excursion dans les Alpes. — Puis on verra le Mont-Boron, Cimiez, l'Observatoire, la Grande-Corniche, le Monument d'Auguste à La Turbie, le Château de Roquebrune, le Cap-Martin, Menton, le Château de Grimaldi (Laboratoire et Elevage du docteur Voronoff), Bordighera, San-Remo, Ospedaletti, Monaco, le Palais des Princes, le Muséum Océanographique, les Jardins tropicaux, Monte-Carlo, Eze, Beaulieu, le Cap-Ferrat, Villefranche. — On reviendra ensuite à Nice, où la dissociation terminale aura lieu le 9 janvier.

Une Excursion en Corse sera organisée à la suite de chacune des deux parties, pour les voyageurs qui en feront la demande.

On séjournera dans les villes principales, le temps nécessaire pour connaître tous les aspects de la vie d'hiver sur la Côte d'Azur. Les parcours, choisis parmi les plus beaux, seront tous effectués en autocars ou en trains spéciaux (1re classe). Les séjours seront assurés dans les plus beaux Hôtels et Palais de la Région. De luxueuses réceptions seront présidées par les Autorités françaises, italiennes et monégasques. Des démonstrations scientifiques seront faites partout où elles seront utiles (Histoire, Préhistoire, Géographie, Botanique, Météorologie, Médecine et Chirurgie). Toutes les richesses thérapeutiques de la Côte d'Azur et de la Zone intérieure seront présentées et expliquées par les personnalités les plus compétentes, afin que le Voyage soit aussi instructif qu'agréable.

Les adhérents recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif, valables pendant un mois, sur les Chemins de fer français et italiens, en 1re et 2e classes. Des arrêts seront autorisés pendant la traversée de l'Italie, ainsi qu'à Paris, Lyon, Avignon et Arles.

Le nombre des places étant limité par la nécessité de conserver à ce beau voyage l'ordre, la tenue, le confort et l'agrément qui justifient sa renommée, les médecins et leurs familles qui désirent y prendre part, sont priés d'écrire, le plus tôt possible, à la Société médicale du Littoral Méditerranéen, 24, rue Verdi, à Nice.

II° CONGRÈS DE CHIRURGIE RÉPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE. — Le II° Congrès de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique se tiendra à l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VI°), les vendredi 2 et samedi 3 octobre 1931, à 14 h. 30 précises, sous la présidence des docteurs Dartigues (de Paris), président; Aubert (de Marseille) et Bourguet (de Paris), vice-présidents. Secrétaire général, 81, rue de la Pompe, Paris (XVI°).

III° CONGRÈS INTERNATIONAL ET III° EXPOSITION INTERNATIONALE DE TECHNIQUE SANITAIRE ET D'HYGIÈNE URBAINE. — Après Prague et Milan, la ville de Lyon a été choisie pour être le siège, les 6, 7, 8 et 9 mars 1932, du III° Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine.

Ce Congrès s'accompagnera, suivant l'usage établi aux précédentes manifestations, d'une Exposition internationale qui se tiendra du 7 au 20 mars 1932, dans le cadre et pendant la Foire de Lyon.

Tous renseignements seront donnés sur demande adressée au Commissaire général du Congrès et de l'Exposition : M. le docteur Garin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, conseiller municipal, rue Ménestrier (Lyon).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 80. — MERCREDI 7 OCTOBRE 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 7 OCTOBRE 1931. — N° 80.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les hémorragies digestives des cirrhoses latentes ou méconnues, par M. le professeur Prosper Merklen et M. L. Israel (de Strasbourg).
CONGRÈS
Le Congrès international des accidents du travail et des maladies professionnelles de Genève, par M. le professeur Léon Imbert (de Marseille).
PRATIQUE MÉDICALE
La thérapeutique de l'insomnie chez les anxieux et les névropathes, par M. le docteur Perget.
REVUE DES THÈSES
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Formes cliniques et diagnostic de l'appendicite aiguë.

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Liste des membres des jurys des concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine :

La commission nommée par arrêté ministériel du 22 septembre 1931, chargée de procéder aux tirages au sort des membres des jurys des concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine ouverts à Paris en novembre 1931, s'est réunie, le jeudi 1er octobre 1931, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, à 11 heures.

Etaient présents : MM. Cunéo, assesseur du doyen de la Faculté de médecine de Paris; Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Lille; Joannon, agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Martin, chef du 1er bureau de la direction de l'enseignement supérieur; Magnin, secrétaire de la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le tirage au sort a donné les résultats suivants :

I. Juges titulaires. — Première division : BIOLOGIE. — *Catégorie A : Anatomie.* — Paris : MM. Rouvière, Grégoire.

Province : MM. Villemin, Turchini, Bellocq, Debeyre, Lucien, Cordier, Latarjet, Leblanc, Argaud, Valloirs, Forster, Dieulafé, Delmas (J.).

Catégorie B : Histologie. — Paris : M. Champy.

Province : MM. Romieu, Turchini, Argaud, Courrier, Debeyre, Policard, Dubreuil, Collin, Bouin.

Catégorie C : Histoire naturelle médicale et parasitologie. — Paris : M. Brumpt.

Province : MM. Guiart, Thiry, Joyeux, Vallois, Chassevant, Mandoul, Galavielle, Lavier, Sénevet.

Catégorie D : Bactériologie. — Paris : M. Lemierre.

Province : MM. Carrieu, Lisbonne, Borrel, Rispal, Delavergne, Arloing, Parisot (J.), Duperie, Pinoy, Legrand, Lafforgue.

Catégorie E : Anatomie pathologique. — Paris : M. Roussy.

Province : MM. Bosc, Favre, Hoche, Tapie, Bardier, Grynfeldt, Gery, Sabrazes, Cornil.

Catégorie F : Physiologie. — Paris : M. Binet.

Province : MM. Fourment, Soula, Pachou, Schaeffer, Hedon, Doyen, Combemale, Abelous, Dubois, Tournade, Lambert, Santenoise.

Catégorie G : Chimie. — Paris : M. Desgrez.

Province : MM. Polonowsky, Moog, Florence, Valdiguie, Vallée, Delaunay, Robert, Nicloux, Fontes.

Catégorie H : Physique. — Paris : M. Strohl.

Province : MM. Vles, Escande, Fabre, Rechou, Pech, Cluzet, Chevallier, Dufour.

Deuxième division : MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Catégorie I : Médecine générale.* — Paris : MM. Bernard (Léon), Rathery, Balthazard, Guillain, Baudouin, Gougerot, Achard, Clerc, Nobecourt, Labbé (Marcel), Claude, Villaret (Maurice), Sergent, Lereboullet, Carnot, Bezançon, Teissier, Tanon, Lœper.

Province : MM. Laporte, Carrieu, Perrin, Sorel, Euzière, Riser, Leenhardt, Aubry, Ducamp, Porot, Dalous, Vires, Doumer, Remond, Margaret, Richon, Bardier, Audibert, Bertin, Pic, Raymaud, Carrière, Merklen, Minet, Girand, Etienne, Rohmer, Aubry, Pierret, Gillot, Roger, Caussade, Gaujoux, Giraud, Boso, Spillmann, Lebon, Meurice, Olmer, Baylac, Cestan, Pautrier.

Deuxième division : CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE. — *Catégorie J : chirurgie.* — Paris : MM. Cunéo, Mauclaire, Gosset, Ombrédanne, Lejars, Delbet, Legueu, Duval, Lenormant.

Province : MM. Froelich, Villard, Silhol, Lombard, Lambert, Begouin, Potel, Desforge-Mériel, Gaudier, Michel, Hanant, Leriche, Duching, Caubet, André, Dambrin, Cos-

tantini, Imbert, Gorse, Martin, Cabanès, Le Fort, Vanverts, Massabuau.

Catégorie J bis : Ophtalmologie. — Paris : M. Terrien.

Province : MM. Doumer, Potel, Berlin, Minet, Teulières, Villard, Weill, Aubaret, Carrière, Frenkel, Lambret, Le Fort, Gange, Pierret, Jeandelize, Rollet, Gaudier, Vanverts.

Catégorie J ter : Oto-rhino-laryngologie. — Paris : M. Lemaître.

Province : MM. Potel, Carrière, Pierret, Collet, Jacques, Escat, Lambert, Berlin, Vanverts, Terracol, Canuyt, Romieu, Aubry, Gaudier, Doumer, Le Fort, Minet.

Catégorie K : Obstétrique. — Paris : MM. Brindeau, Couvelaire, Jeannin, Faure (J.-L.).

Province : MM. Anderodias, Bue, Jillot, Laffont, Guérin de Montgareuil, Valmale, Garipuy, Véron, Audebert, Fruhinsholz, Pocot, Delmas, Reeb. *(A suivre.)*

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — M. le professeur Guérin, professeur de botanique générale à la Faculté de pharmacie, a été nommé doyen de la Faculté de pharmacie, en remplacement de M. le professeur Radais.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. le docteur Ch. Martin, professeur d'anatomie, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique chirurgicale.

INTERNAT EN MÉDECINE DES ASILES DE LA SEINE. — Un concours s'ouvre annuellement au mois de mars pour sept à dix places d'internes dans les asiles de la Seine : Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Maison-Blanche, Moisselles. L'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle (centre de prophylaxie mentale), l'infirmerie spéciale du Dépôt recrutent aussi leurs internes dans ce cadre. Avantages : traitement, indemnités diverses, logement, nourriture; débouchés : cadre des médecins aliénistes de l'Etat, clinicat des maladies mentales, poste d'assistants à l'hôpital Henri-Rousselle, etc. Les épreuves se composent d'une composition écrite d'anatomie et de physiologie du système nerveux (sur 20), et d'une triple épreuve de pathologie : copies de pathologie interne et externe, question orale d'urgence (coefficient total 40). MM. Masquin, chef de clinique psychiatrique, et d'Heucqueville, interne à l'hôpital Henri-Rousselle, feront respectivement, à partir du 10 octobre, des conférences préparatoires à ces deux épreuves. S'adresser, 1, rue Cabanis (XIVe).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Sont promus dans le Corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin capitaine. — MM. les médecins lieutenants Mandillon et Rodet.

MARINE MILITAIRE. — M. le médecin principal Esquier, du port de Toulon, a été nommé médecin spécialiste des hôpitaux maritimes, branche dermato-vénéréologie.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Liste de classement de sortie de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, par ordre de mérite, des médecins et pharmaciens lieutenants élèves en 1931 :

Médecins : MM. Soulage, Ouary, Sohier, Le Huludut, Demange, Crouzet, Kernevez, Hervé, Dugué, Margat, Masseguin, Lepage, Kirsche, Borrey, Guibert, Destribats, Belloc-Lacoustète, Casteigt, Longe, Pan, Robini, Dubroca, Peu-Duvallon, Munier, Minec, Mazeirat, Gau, Stockman, Vrignaud, Mercier, Feyte, Heyriès, Gourry, Goux, Dareys, Rosmorduc, Clerc (Samuel), Pujo, Legrosdidier, Debaille, Candille, Daste, Grinsard, Perennec, Coquin, Gast, Natali, Desvernois, Kany, Ropars, Terramorsy, Larraud, Clerc (Georges), Montgrand, Bastien, Bonavita, Saint Pau, Perro, Le Carrer, Martin, Gilly, Fimayer, Montfort, Vaichère, Bouchet, Gailhaub, Pelletier, Chaudoye.

Pharmaciens : MM. Gasq, Le Borgne, Guégumou, Bataller, Kerboriou, Passeron.

Par décision du 18 septembre 1931, les médecins et les pharmaciens ci-dessus dénommés sont ajoutés, dans l'ordre qui précède, au tour de service colonial du 1er septembre et sont affectés aux dépôts des isolés des troupes coloniales de Marseille, pour compter du 1er septembre 1931, en attendant leur embarquement, à l'exception du médecin lieutenant Ouary qui recevra ultérieurement une affectation.

A PROPOS DU PROCHAIN CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DE L'INDOCHINE. — La revue mensuelle *Le Jeune médecin*, dans l'espoir d'attirer nos jeunes confrères vers les carrières coloniales, et particulièrement vers celles qu'offre notre Indochine, organise un concours doté de 3.000 fr. de prix.

Elle nous demande de rappeler aux concurrents qu'ils trouveront tous les renseignements concernant ce concours aux secrétariats des Facultés et écoles de médecins, dans les librairies et dans les associations d'étudiants.

Les réponses devront être adressées au *Jeune médecin*, Service du concours, 71, rue de Rennes, Paris (VIe).

Les dernières qui seront admises devront porter le cachet de la poste à la date du 14 octobre.

AU CONGRÈS DE STOMATOLOGIE DE BUDAPEST. — La première chaire d'Université de stomatologie fut créée en 1844 à la Faculté de médecine de Budapest; en souvenir du professeur Arkövy qui en fut le titulaire le plus universellement apprécié, tant au point de vue scientifique qu'à celui de son action doctrinale, la Société hongroise de stomatologie a fondé une médaille d'or pour être décernée, tous les trois ans, au stomatologiste jugé le plus éminent par un jury international. Attribuée pour la première fois cette année, à l'occasion du Congrès de Budapest, elle le fut au docteur Chompret, stomatologiste des hôpitaux de Paris; ce choix est un juste hommage rendu aux mérites de notre confrère, et il honore en même temps toute la stomatologie française.

LE XIIe SALON DES MÉDECINS sera ouvert du 4 au 13 octobre inclus, tous les jours de 10 h. à midi et de 14 à 17 h. 30, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain. Le vernissage aura lieu le dimanche 4 octobre à 14 h.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs François Franceschi, décédé à Pacy-sur-Eure; Picot, chirurgien honoraire de l'hôpital de Cholet; Geslin (de Beaufort-en-Vallée).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

TRAVAUX MÉDECINE ET THÈSES. — Dame sténo-dactylo, très expérimentée, possédant machine à écrire, demande travaux. — Beslier, 33, boulevard de Grenelle, Paris.

LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES

DES CIRRHOSES LATENTES OU MÉCONNUES

Par MM. Pr. MERKLEN et L. ISRAEL
(de Strasbourg).

On sait que ne sont pas rares les hémorragies digestives sans ulcérations de la muqueuse. La notion est aujourd'hui acquise, mais les explications qu'on a voulu fournir pour la justifier sont encore bien peu convaincantes.

Il ne nous semble pas inutile de rappeler que le foie peut être en cause sans qu'aucun symptôme clinique ne permette de l'incriminer. Le fait a été fort bien souligné par Oettinger, dans les séances de la Société de Gastro-entérologie consacrées aux hémorragies que nous venons de mentionner (14 janv. et 11 février 1924). Cet auteur insistait sur le rôle des scléroses hépatiques latentes dans leur évolution et leurs manifestations cliniques; il disait avoir vu des saignements mortels chez des hépatiques scléreux dont la lésion ne s'extériorisait nullement, et il montrait l'intérêt que pourraient éventuellement revêtir les troubles sanguins pour déceler de telles altérations.

On ne peut que souscrire à sa façon de voir. Témoin les faits ci-dessous résumés qui ne tendent qu'à souligner une donnée certes connue, mais insuffisamment répandue.

Voici tout d'abord deux observations d'hématémèses mortelles, dues les unes à une sclérose hépatique difficile à reconnaître cliniquement qui avait provoqué de fortes varices œsophagiennes, les autres à une cirrhose avérée que nous n'avions vue se dessiner par aucun symptôme.

Homme de cinquante-six ans, cuisinier, est amené à la Clinique médicale A le 23 février 1930 pour état comateux consécutif à des hématémèses durant depuis quelques jours. Il avait déjà eu des vomissements de sang en 1928 et en 1929, et on le considérait comme atteint d'une lésion ulcéreuse ou néoplasique de l'estomac.

Le tableau est celui de l'anémie grave par soustractions sanguines continues : pâleur, pouls filiforme, bruits cardiaques assourdis, perte de la conscience et de la sensibilité. GR : 1.010.000; Hglb. 10 p. 100. Malgré l'usage des hémostatiques habituels et une transfusion de 200 centimètres cubes, du sang continue à s'écouler par la bouche et le malade succombera en quelques heures.

L'examen objectif ne révèle rien à l'estomac; mais, vu les conditions défavorables où il est pratiqué, on n'ose pas conclure. Rien ne retient particulièrement l'attention du côté de l'abdomen, qui est souple et ne montre aucune des manifestations rattachables à une hypertension portale; au foie pas d'anomalie appréciable et absence de symptômes d'origine hépatique.

A l'autopsie aucune lésion stomacale ou intestinale. Le sang provenait de varices nombreuses étalées à la partie inférieure de l'œsophage. Elles étaient elles-mêmes en rapport avec un foie un peu gros (1.750 gr.), brunâtre et de consistance assez dure. Histologiquement les espaces portes étaient encadrées de zones scléreuses qui poussaient certains prolongements dans l'intérieur des lobules. Rate ferme et augmentée de volume.

Pas de lésions aux autres organes.

Femme de quarante-six ans, ouvrière, entrée le 1er août 1930 à la Clinique médicale A pour hématémèses et fièvre de 39 degrés. Etat délirant. Asthénie cardiaque. Congestion œdémateuse des deux bases. Rien d'anormal à l'examen de l'abdomen. Ethylisme avéré. Mort au bout de quelques heures.

A l'autopsie, cirrhose type Laennec classique, avec foie de 950 grammes. Rate de 180 grammes, pâle et assez dure.

Etat ecchymotique de la muqueuse digestive.

Œdème et congestion infarctoïde des poumons.

L'observation suivante est moins obscure. Quoique fissent défaut les gros signes d'altérations hépatiques, une augmentation du foie et de la rate permettaient de s'orienter dans la bonne voie. Les hématémèses entraînèrent encore la mort.

Homme de cinquante-trois ans, manœuvre, admis à la Clinique médicale A le 4 mars 1930 pour hématémèses et melænas.

Ethylisme avéré.

Sujet bien constitué, pâle, avec pouls 120 et température 38 degrés. Gros foie, grosse rate, sans ascite ni circulation collatérale, sans subictère. Pas de contractures ni de douleurs à l'exploration abdominale. GR : 3.100.000. Hglb. 40 p. 100. Urines normales, à part la présence d'urobiline.

Les vomissements de sang cèdent peu après l'arrivée du malade, tandis que les selles persistent plus ou moins sanglantes. Une transfusion de 100 centimètres cubes relève l'état général. Les téguments commencent à se colorer et l'ensemble est assez satisfaisant le 9 mars.

Ce jour-là, vers midi, forte douleur épigastrique, ballonnement abdominal, état lipothymique. Mort en quelques minutes par hémorragie interne.

L'autopsie montre effectivement l'estomac rempli de gros caillots. Au niveau du cardia on voit la lumière d'un vaisseau qui s'est rompu.

Foie volumineux, irrégulier, jaune gris, fortement clouté, coupé de larges travées scléreuses.

Rate hypertrophiée.

Dans cet autre cas, une cirrhose atrophique avérée ne se caractérisait objectivement que par de l'infiltration des membres inférieurs avec liquide péritonéal peu abondant. L'étiologie hépatique de cet état ne s'imposait pas à l'observateur, plus impressionné peut-être par la notion indéniable d'alcoolisme. Mort par melænas répétés.

Homme de trente ans amené à la Clinique médicale A le 28 septembre 1930 pour hémorragies intestinales abondantes, qui, avec hauts et bas, durent depuis six semaines environ. D'ailleurs les hématies sont tombées à 890.000, l'hémoglobine à 26 p. 100.

Dans le service le malade, blanc, exsangue, continue à perdre par le rectum du sang rouge vermeil, en dépit des soins ordinaires et d'une transfusion de 500 grammes. Il meurt dans la nuit qui suit son arrivée.

Cliniquement œdème des membres inférieurs, légère ascite; pas d'autres symptômes appréciables. La palpation et la percussion du ventre ne permettent pas de conclusions. Par contre antécédents éthyliques affirmés par l'entourage.

A l'autopsie, cirrhose typique. Foie pesant 1.220 grammes; coloration brun-jaune; aspect clouté classique de toute la glande avec sclérose dure. Rate de 150 grammes, d'aspect normal.

Les observations qui précèdent ont pour réel intérêt de prouver que certaines hémorragies diges-

tives doivent se lier à des états hépatiques latents ou atténués dans leurs symptômes, devenant ainsi les manifestations émergentes de la lésion du foie. Il convient d'y songer comme on songe à un ulcère duodénal ignoré jusqu'au jour où il saigne.

Les altérations du foie peuvent être accusées; par exemple une de nos observations avait trait à un foie clouté de Laennec qui ne s'extériorisait pas cliniquement.

Lorsque les hémorragies sont modérées, elles cèdent, et leur nature s'affirmera tôt ou tard avec la marche ultérieure de la maladie. Il n'est pas rare par contre qu'il s'agisse d'hémorragies assez redoutables par leur répétition ou leur abondance pour emporter le malade, comme en font foi nos observations. Gouget et Pierret ont insisté sur « la fréquence relative des cas où une hématémèse mortelle est la première manifestation appréciable d'une cirrhose » (1).

L'origine hépatique de telles hématémèses demeure facilement méconnue. Pour la dépister, il faut commencer par le commencement et pour cela se rappeler l'atteinte possible du foie. Le second point revient à rechercher avec méthode, puisque les grands font défaut, la présence de petits signes hépatiques, notamment de ceux d'ordre vasculaire, distension des capillaires cutanés, varicosités, taches rubis ou encore purpura et ecchymoses. Y a-t-il eu quelque épistaxis dans les antécédents, et surtout y a-t-il de l'éthylisme assuré? Les troubles digestifs, l'état saburral, l'anorexie, le météorisme, une certaine asthénie sont à retenir. Une légère teinte subictérique de la peau, et plus encore, car moins sujette à confusion, une minime coloration jaune des conjonctives offrent une valeur éprouvée, comme l'existence d'une urobilinurie ou d'une cholurie discrète. Des œdèmes des membres inférieurs, qui ne se rattachent à rien de rénal ou de cardiaque, donnent aussi l'éveil. Enfin une splénomégalie ou un foie soit grand soit petit, mesurés sans erreur, sont de précieux appoints dans la voie de la certitude.

Il y a là toute une série d'investigations que ne gêne pas l'existence d'hémorragies et qui ne sauraient donc être négligées. Par contre de multiples épreuves classiques d'insuffisance tirées de l'examen chimique des urines et du sang sont malaisées à poursuivre tant que le malade saigne. Cependant devra se dépister l'hyperbilirubinémie, si courante dans les cirrhoses et si utile pour le diagnostic.

Il pourrait sembler logique de rester dans la note de l'hémorragie et de voir si celle-ci ne se justifierait pas par tels des troubles liés à cette modalité de déficience hépatique en rapport avec la crase sanguine ou la fragilité capillaire. Il est toujours loisible de recueillir un peu de sang dans la veine. Ce qui revient en théorie à rechercher les signes que P. Emile-Weil, Bocage et Isch-Wall ont groupés sous le terme d'insuffisance hémocrasique du foie (1) et à y associer le signe du lacet, dont Fiessinger et Diaconescu ont défendu avec d'excellents arguments la pathogénie capillaire, acceptée par P. Emile-Weil (2). Mais il est des hémorragies hépatiques sans grands symptômes de dyscrasie sanguine; il en est aussi où manque le signe du lacet. Des résultats négatifs ne comportent donc pas d'indications.

Les positifs même ne sauraient toujours entraîner la conviction. Car si des divers phénomènes qu'implique l'hémocrasie, retard de la coagulation, prolongation du saignement, plaquettopénie, irrétractilité, émiettement et redissolution du caillot, etc. on n'observe que l'un ou l'autre, que déduire? Un ensemble suffisant est indispensable. Les épreuves en outre demandent maintes fois à être répétées avant de pouvoir se juger, comme P. Emile-Weil et ses collaborateurs le réclament en particulier pour la recherche du temps de saignement.

Rappelons aussi que le signe du lacet et la plaquettopénie ne sont pas l'apanage des seuls hépatiques. Ils se voient par exemple chez les hémogéniques et les hémophilo-hémogéniques, indépendamment d'autres sujets atteints d'affections variées.

Toutes ces réserves font que dans certaines observations l'étiologie hépatique de l'hémorragie peut se soupçonner fort, mais non s'affirmer.

Cimentier de soixante-quatre ans, syphilitique, éthylique, entré dans notre service pour céphalée et hématémèse. Varicosités de la face.

Ni fièvre ni température.

Abdomen souple et non douloureux. Foie petit ; rate percutable. Ni ascite, ni circulation collatérale, ni hémorroïdes. Bordet-Wassermann positif.

Guérison facile de l'hématémèse.

Estomac et duodénum normaux aux rayons.

Hémoclasie digestive nettement positive, puisque les leucocytes, au chiffre de 7.900 à jeun, sont descendus à 6.500, 5.500, 5.900, 6.900 au bout de 30, 60, 90 et 120 minutes.

Nous n'avons pas relevé d'autres anomalies.

Ici ce sont les dimensions de la rate et du foie en première ligne, l'hémoclasie digestive ensuite qui plaident pour la nature hépatique de l'hémorragie.

Voyageur de cinquante ans, éthylique, sujet à des vomissements, pris le 16 septembre 1930 d'hématémèses rebelles pour lesquelles un chirurgien fait le diagnostic d'ulcère de l'estomac ou de duodénum ; une intervention, le 26, montre ces organes intacts et le foie avec son aspect normal.

Le 4 octobre, nous trouvons chez ce malade de l'urobilinurie, une irrétractilité et un émiettement du caillot, 20.000 hématoblastes, le signe du lacet positif. Durée régulière du saignement et de la coagulation ; coefficient de Maillard normal; pas d'hypercholémie ; pas de redissolution du caillot.

En dépit des apparences de l'opération, les symptômes biologiques rattachables à de la déficience

(1) Gouget et Pierret. La part de l'insuffisance hépatique dans l'hématémèse des cirrhoses. *Presse méd.*, 24 déc. 1913, n° 104, p. 1049. — On peut relater ici cette phrase récente et juste de Roch et Wohlers (*Presse méd.*, 12 sept. 1931, n° 73) : « Dans quelques cas, la cirrhose, quoique bien accusée anatomiquement, est une trouvaille d'autopsie »...

(1) P. Emile-Weil, Bocage et Isch-Wall. Le syndrome de l'insuffisance hémocrasique du foie, *Presse méd.*, 1er juillet 1922, n° 52, p. 553.

(2) Fiessinger et Diaconescu. Les hémorragies des hépatiques sont-elles d'origine sanguine ou capillaire? *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 janv. 1925, n° 2, p. 42. — P. Emile-Weil. Le signe du lacet, *Ibid.*, 9 mai 1930, n° 16 p. 762.

du foie sont assez nombreux pour que des troubles de l'organe puissent sembler à la base du saignement.

Journalier de trente-quatre ans, éthylique, venu à notre Clinique pour melæna le 11 mars 1930. Epistaxis les semaines précédentes. A présenté, en décembre 1929, des selles noires avec météorisme.

A l'examen, abdomen souple, non douloureux, sans ascite ni circulation collatérale. Foie et rate augmentés de volume. Varicosités du pharynx.

L'hémorragie terminée, la radioscopie laisse voir un tube digestif normal.

Nous constatons de l'urobilinurie et des hématoblastes diminués, sans que leur chiffre ait pu être bien déterminé. A part cela, rien d'anormal du côté des signes d'hémocrasie, du lacet, du coefficient de Maillard.

Les dimensions du foie et de la rate suffisent à faire accepter l'hémorragie hépatique.

Lorsque par contre, dans des cas du même genre, la clinique est muette, on est vraiment bien embarrassé.

Une éthylique de cinquante-deux ans vient dans notre service pour hématémèses. Cliniquement et radiologiquement nous ne découvrons rien.

Mais le caillot est irrétractile et les hématoblastes sont au chiffre de 54.000. Pas d'autres stigmates.

Mieux vaut ne pas se prononcer.

Veut-on la preuve de la prudence qui s'impose ? Elle ressort clairement de notre dernière observation.

Femme de quarante-sept ans, amenée à la Clinique le 16 novembre 1930, pour myocardite avec asystolie : dyspnée, gros cœur arythmique, bruit de galop, œdèmes, ascite, hydrothorax bilatéral, foie agrandi et sensible, douleurs épigastriques spontanées et tenaces. Après amélioration de cet état par la digitaline, etc., après une diurèse assez abondante, la malade eut, le 28 novembre, une forte hémorragie digestive, hématémèse et melæna. Si l'on s'était fié à l'urobilinurie, l'irrétractilité, l'émiettement et la redissolution du caillot, à la diminution des hématoblastes (120.000), au coefficient de Maillard un peu abaissé (temps de coagulation et de saignement normaux, pas de signe du lacet), on aurait pu évoquer une hémorragie hépatique. Mais, outre qu'il n'est pas habituel de voir la cirrhose cardiaque provoquer des hémorragies, la clinique exigeait qu'on invoquât un trouble digestif d'ordre circulatoire lié à l'état du cœur. Or l'autopsie fit voir, à côté de la lésion cardiaque et de ses conséquences, de la cirrhose notamment, un ulcère duodénal juxtapylorique avec érosion d'une artériole béante dans le fond.

En réalité lorsque les hémorragies hépatiques ne font pas leur preuve par la clinique, on doit apporter à leur diagnostic beaucoup de discernement et ne s'appuyer que sur des épreuves vraiment probantes par elles-mêmes ou par leur association.

Ceci posé, on ne peut cependant pas n'être pas frappé de voir mourir d'hémorragies digestives des cirrhoses où manquaient les signes cliniques habituels d'hypertension. Toute question de doctrine mise à part, il semble bien, surtout lorsqu'on trouve à l'autopsie une cirrhose atrophique à gros noyaux, qu'il y ait là un type morbide un peu spécial. On a expliqué l'hémorragie par l'intervention d'une infection surajoutée, et de fait elle va de pair dans diverses observations avec une élévation de la température. Mais ce n'est pas tout.

A un autre point de vue, il est acquis que les hémorragies ne sont pas uniquement affaire de stase; de même n'accepte-t-on plus sans réserve l'origine purement mécanique des accidents d'hypertension portale. Invoquera-t-on dès lors un état dyscrasique associé du sang? Rôle du foie dans la coagulation, lésion du foie, hémorragie, il n'en a souvent pas fallu davantage pour abonder dans ce sens. Malheureusement les signes d'altération sanguine qui appuieraient cette thèse sont maintes fois insuffisants, et on ne peut donc l'accepter que pour une part. La question garde ses obscurités.

Chez certains malades les varices œsophagiennes apportent une lueur. Dans notre première observation ce sont bien elles qui avaient saigné; dans la troisième le sang provenait d'un vaisseau ouvert au niveau du cardia. Cette vascularisation contrastait, remarquons-le, avec l'absence de phénomènes d'hypertension, ce qui contribue à individualiser anatomiquement les cirrhoses hémorragiques dont nous parlions plus haut. L'importance dévolue aux capillaires dans la genèse des hémorragies hépatiques ne s'étendrait-elle pas parfois à des vaisseaux plus gros, et les hémorragies dues à ces varices œsophagiennes sur lesquelles on a beaucoup écrit sans jamais bien les comprendre ne seraient-elles pas les homologues des hémorragies par altérations capillaires?

Bien entendu reste entier le problème de l'action nocive du foie sur la résistance des parois vasculaires. De même celui de la pathogénie de la sortie du sang hors des vaisseaux, où nos connaissances se bornent à accuser, avec justesse au surplus, une vaso-dilatation diffuse et rapide sous des causes variables et le plus souvent imprécises. Aux observations classiques ajoutons celle d'une femme de trente-trois ans, éthylique, jusque-là bien portante, chez qui le tube digestif se mit à saigner deux heures environ après un repas copieusement arrosé.

Quoi qu'il en soit, phénomènes hypertensifs, sanguins, vasculaires ont tous pour une de leurs bases l'altération du foie. Et personne ne nie aujourd'hui que les hémorragies de cet organe ne réalisent une des modalités de son insuffisance.

Ce qu'on appelle l'insuffisance hépatique constitue, on le sait, un édifice si chargé en matériaux qu'il ne faut pas s'attendre à les trouver toujours tous agencés les uns face aux autres. Il y a longtemps que l'un de nous a vu l'insuffisance dissociée du foie chez le jeune enfant (1). Rappelons aussi que Walter a montré que les fonctions d'un foie malade ne sont pas toutes forcément altérées et qu'elles le sont sans rapport entre elles (2). De son côté Le Damany a consacré un article aux insuffisances monosymptomatiques du foie, répondant à l'idée légitime que le foie peut n'apparaître entravé que dans une seule de ses fonctions (3). Envisageant la fonction

(1) Prosper Merklen. *Th. de Paris*, 1901.
(2) H. Walter. *Th. de Paris*, 1924.
(3) Le Damany. Les insuffisances hépatiques monosymptomatiques. *Presse méd.*, 23 mai 1914, n° 41, p. 389.

hémorragique, il expose l'histoire de malades soignés pour épistaxis ou purpura, alors que rien d'autre à ce moment n'extériorise leur atteinte hépatique. On est en droit de compléter sa façon de voir en plaçant à la tête de ses formes hémorragiques celles où hématémèses et melænas graves, voire mortels, viennent révéler l'évolution d'une cirrhose méconnue.

Congrès international des Accidents du travail et des Maladies professionnelles de Genève.

Tous les trois ans se tient dans une ville d'Europe un Congrès international des accidents du travail; on y discute exclusivement des questions d'ordre médical; la politique, l'économique en sont écartées, de même que les problèmes d'intérêt strictement professionnel ; mais le point de vue médical est assez vaste pour fournir des ordres du jour à la fois variés et intéressants. Interrompu pendant la guerre, le Congrès des accidents du travail a tenu à Amsterdam, en 1925, sa première session; la seconde a eu lieu à Budapest en 1928; la réunion de Genève est donc la troisième depuis la guerre. Chacun de ces Congrès a fourni d'importantes contributions à la pathologie traumatique.

Les rapports suivants ont été présentés par des Français :

M. R. Fauquez : *Les résultats tardifs et l'accoutumance dans les fractures du rachis.*

M. O. Crouzon : *Séquelles nerveuses tardives des traumatismes du rachis.*

M. Michel (de Nancy) : *Les résultats tardifs et l'accoutumance dans les fractures du rachis.*

M. Léon Imbert (de Marseille) : *Les phlébites traumatiques.*

M. Cottalorda (de Marseille) : *Les thrombo-phlébites d'effort.*

M. Agasse-Lafont (de Paris) : *Pathologie des ouvriers du ciment et des pierres artificielles.*

Des communications libres ont été faites par MM. Balthazard, Lenormant, Etienne-Martin (de Lyon), G. Daniel (de Marseille), Verstraete (de Lille), Grimault et Wilwertz (d'Algrange), Massad (de Marseille) ; je ne crois pas commettre d'oubli.

D'autres sujets ont été l'objet d'études d'ensemble :

Les affections cutanées en rapport avec le travail (accidents et maladies);

Influence de l'état antérieur dans les suites des accidents et maladies du travail ;

Réceptivité de l'organisme aux substances toxiques;

La fatigue.

Inutile de dire que l'hospitalité suisse a été à la hauteur de sa réputation : cordiale et généreuse, elle a fait l'enchantement de tous, et notamment des dames qui sont traditionnellement nombreuses dans ces congrès.

La part faite à nos compatriotes a donc été importante ; c'est une mesure de courtoisie dont nous devons être particulièrement reconnaissants à nos collègues suisses et particulièrement au président Julliard et au secrétaire général Yersin; ayant voulu attirer chez eux un nombre important de médecins français, ils y ont parfaitement réussi, puissamment aidés par Crouzon, l'un des rarissimes Français qui avaient déjà paru à Amsterdam et à Budapest.

Il y aurait assurément beaucoup à dire sur ces congrès. Je me bornerai à signaler quelques points particuliers avec le désir de corriger certaines erreurs, et surtout de faire quelques conversions à la bonne cause.

Les Congrès des accidents du travail sont dirigés en principe par un Comité dit permanent, renfermant des délégués de dix-neuf nations d'Europe, d'Asie et d'Amérique ; il va sans dire que cette permanence ne saurait, dans ces conditions, être que fictive. La France y était représentée jusqu'à présent par Crouzon, Jeanbrau, Imbert et Lenormant; il n'était que juste d'y ajouter, comme il a été du reste décidé, les noms de Balthazard, de Duvoir, de Michel.

Mais ce Comité permanent, organisme un peu lourd, puisqu'il compte plus de cinquante noms, ne peut se réunir qu'au moment même du Congrès, c'est-à-dire tous les trois ou quatre ans; c'est dire qu'il faut lui préparer sa besogne à l'avance, si l'on veut qu'il puisse en venir à bout. En fait, la permanence est limitée à son bureau, composé d'un petit nombre de personnalités, qui peuvent toujours se voir ou tout au moins s'écrire, sans que leurs lettres prennent obligatoirement le caractère d'une circulaire. Ce bureau, qui fonctionne ainsi d'un Congrès à l'autre, comprend les noms suivants :

Président : M. Ackerman (Suède) ; vice-présidents : MM. Liniger (Allemagne); Imbert (France); secrétaire général : M. Zollinger (Suisse).

Il faut ajouter à ces noms celui très respecté de M. Kaufmann (Suisse), qui est sans doute le doyen d'âge, qui a été le véritable initiateur de ces réunions. J'ajoute qu'à la séance d'ouverture, le doyen Balthazard a eu l'honneur de parler au nom des délégués étrangers.

Au nombre des grandes questions étudiées par le Comité permanent et par son bureau, figura celle des rapports à établir entre les médecins qui s'intéressent spécialement aux accidents du travail, et ceux qui s'occupent de la médecine du travail, de ce que nous appelons en France les maladies professionnelles. Jusqu'à ce jour, les uns et les autres tenaient des congrès différents ; le Congrès de Genève a pris pour la première fois le nom de Congrès des accidents et des maladies du travail ; cet essai paraît avoir donné satisfaction et il en sera de même dans la prochaine réunion ; mais en réalité, les deux sections ont fonctionné presque toujours dans des locaux différents. A défaut d'autres raisons, l'encombrement des ordres du jour justifiait largement cette séparation. Mais voici qu'une démarche officielle a été faite par la réunion des médecins des Compagnies d'assurances sur la vie; eux aussi veulent être représentés et figurer au prochain Congrès dans une troisième section. Ce point de vue n'est pas familier aux médecins français ; chez nous, médecins et chirurgiens arrivent parfois à se rejoindre, et la Société de médecine légale donne sur ce point un bon exemple : mais les médecins de compagnies d'assurances sur la vie, s'ils existent bien en France, n'ont pas jusqu'à ce jour constitué une association distincte, tandis que les Allemands ont depuis longtemps réalisé ce progrès. En réalité, leurs relations avec la médecine et la chirurgie des accidents du travail sont rares et difficiles à discerner, les uns s'occupant exclusivement du retentissement du travail sur l'organisme humain, tandis que les autres ne connaissent pas ce point de vue. Mais on peut dire aussi que dans l'un et l'autre cas, il s'agit de sauvegarder la vie, la santé et l'avenir des hommes, et que chez eux comme chez nous, le point de vue juridique est étroitement lié au point de vue médical. Quoi qu'il en soit, le Congrès des accidents et maladies du travail, sans se refuser absolument à une collaboration, a invité le nouveau groupement à se constituer d'abord en Association internationale et à organiser un Congrès spécial qui pourrait se juxtaposer comme date et comme siège avec le premier.

Je dois signaler encore une fois que les médecins et chirurgiens français paraissent porter à ces réunions un intérêt médiocre. Sans doute, ils ont été à Genève en assez grand nombre; mais ce n'est un secret pour personne que l'on avait précisément choisi Genève pour les attirer, que le président du Congrès, Julliard, avait usé de son influence personnelle, qui est grande dans les milieux chirurgicaux et médicaux français, et qu'enfin Crouzon a fourni un vigoureux effort pour obtenir de nos compatriotes qu'ils viennent en nombre; il y a réussi, mais de pareilles circonstances ne seront pas toujours réunies, et il est fort à craindre que lors des prochains congrès, les médecins français ne retombent dans leur indifférence. Ajoutez encore que cette année, par suite de la crise économique de l'Europe centrale, Allemands et Autrichiens se sont largement abstenus; des notoriétés de la pathologie du travail ont été, dit-on, retenues en Allemagne par la crainte d'acquitter la taxe de 100 marks qui fut brusquement exigée de tout Allemand se rendant à l'étranger; encore une circonstance qui a fait que la langue française a été à Genève, presque à égalité avec la langue allemande. Que n'imitons-nous les Italiens qui, eux, ne se font pas prier pour venir en foule.

Je connais bien l'état d'esprit des abstentionnistes; mais comment méconnaître l'incontestable influence de ces Congrès, leur rôle de propagande efficace et pénétrante? C'est la meilleure des publicités en faveur de notre pays, de notre culture, de notre langue. Et quand on voit des étrangers, Espagnols, Slaves, Italiens même, s'exprimer dans notre langue, on est un peu honteux du petit nombre de Français qui se font entendre. Il en a été autrement cette année à Genève: que cet effort ne soit pas perdu et se renouvelle plus puissant dans quatre ans à Bruxelles.

Ceci m'amène à faire remarquer que, pour qu'un pays prenne une participation importante à un Congrès international, il est nécessaire qu'il commence par créer un noyau national. Ce noyau, on a essayé sans grand succès de le créer en France. De ce côté encore, un effort est nécessaire. Lors de la réunion du Comité permanent, il a été manifeste que la France eût réuni tous les suffrages pour la prochaine session; mais aucun des membres français n'était en mesure de faire une invitation; c'est pourquoi nous retournerons pour la deuxième fois en Belgique, toujours invités, jamais invitants. Cet effacement est regrettable; sans doute ne faut-il pas l'imputer uniquement au corps médical et chirurgical français; un Congrès international ne peut se passer de l'appui des pouvoirs publics; il devrait aussi être encouragé par les corporations intéressées : grands patrons, grandes sociétés, grandes compagnies d'assurances. Il me semble avoir perçu cette année à Genève un commencement de compréhension; espérons qu'il se renforcera, et nous permettra dans quatre ans d'inviter au nom de la France.

LÉON IMBERT.

PRATIQUE MÉDICALE

LA THÉRAPEUTIQUE DE L'INSOMNIE CHEZ LES ANXIEUX ET LES NÉVROPATHES (1)

Par le docteur PERGET.

Il y a toute une classe de petits insomniaques, de petits anxieux, de petits mélancoliques chez qui on ne peut pas donner les hypnotiques puissants comme les barbituriques et chez qui on ne peut administrer davantage les simples calmants comme la valériane, le cratoegus, etc. Ce qu'il faut à ces anxieux insomniaques, c'est un hypnogène peu toxique, s'éliminant rapidement, ne créant pas d'accoutumance et modifiant à la longue le psychisme par son action sédative régulière. On possède ce médicament qui est un uréide, tout à fait différent des dérivés barbituriques en ce sens qu'au lieu d'être un dérivé cyclique de l'urée, c'est un dérivé à chaîne droite. Ce corps, l'allylisopropylacétylcarbamide, a été spécialisé sous le nom de sédormid; il se présente sous forme de comprimés de 0,25; il est très peu toxique et il donne, dans l'anxiété moyenne et la petite agitation, d'excellents résultats à la dose de 2 à 3 comprimés par jour. Le sommeil que provoque le sédormid est calme, physiologique en quelque sorte, ne donnant pas au réveil cette sensation tout à fait spéciale de nausées qui est si désagréable. Le sédormid prend, de plus en plus, dans l'arsenal thérapeutique, une place tout à fait originale et a mérité vraiment d'être appelé « le grand médicament des petits insomniaques et des petits anxieux ». (Voir les travaux si importants de M. le professeur Pouchet et les études des docteurs Bénech, Tibi, Godard, Dillard, Sacaze, Favier, Perget (Th. de Paris, Lyon et Montpellier).

(1) *Prat. méd. franç.*, oct. 1930, Paris.

REVUE DES THÈSES

Le Traitement de l'asthme et de ses équivalents respiratoires par la rœntgenthérapie (1), par le docteur Henry RONCERAY.

« I. Les rayons de Rœntgen sont employés dans le traitement de l'asthme depuis 1906, mais cette méthode a été assez peu étudiée en France. Au début, on a eu recours uniquement aux irradiations thoraciques, plus tard on a utilisé aussi la radiothérapie splénique.

II. Tous nos malades ont été traités par une ou plusieurs séries de 10 à 12 séances de dix minutes chacune, à raison de deux par semaine, avec une dose de 400 à 500 R. Nous faisions irradier la rate ou le thorax, soit dans la région du hile pulmonaire, soit sur les champs pulmonaires. Nous avons également employé la radiothérapie mixte, généralement alternée, en adoptant le rythme de deux séances thoraciques, l'une à droite, l'autre à gauche, pour une splénique. Dans tous les cas nous n'avons eu pour guides que les résultats obtenus en cours de traitement et nous avons souvent passé d'une méthode à l'autre.

III. Chez 64 malades traités depuis plus de deux ans, nous avons obtenu au 1er juillet 1929 : 15 disparitions de crises, soit 23,50 p. 100; 16 améliorations durables, soit 25 p. 100; 16 échecs, soit 25 p. 100; 17 malades n'ont pu être suivis, soit 26,50 p. 100.

IV. Chez 66 malades traités plus récemment, nous avons pu constater, à la même date : 16 disparitions de crises, soit 24 p. 100; 20 améliorations durables, soit 30,50 p. 100; 30 échecs, soit 45,50 p. 100.

Ce qui fait pour l'ensemble de nos 130 observations : 31 disparitions de crises, soit 24 p. 100; 36 améliorations, soit 27,50 p. 100; 46 échecs, soit 35,50 p. 100; 17 malades n'ont pu être suivis, soit 13 p. 100.

C'est donc dans 51,50 p. 100 des cas que nous avons obtenu des résultats favorables.

V. L'examen de nos 130 malades nous a permis de constater : dans l'asthme isolé de toutes autres manifestations équivalentes, 46 p. 100 bons résultats; dans le coryza spasmodique pur, 38,50 p. 100 bons résultats; dans l'asthme associé au coryza spasmodique, 64 p. 100 bons résultats; dans l'asthme accompagné de toux spasmodique, 62,50 p. 100

(1) *Th. de Paris*, 1929.

bons résultats; dans l'asthme avec coryza et toux spasmodique, 54,16 p. 100 bons résultats.

Pour chacune de ces différentes catégories, la méthode qui s'est montrée la plus efficace a été : pour l'asthme isolé : la radiothérapie pulmonaire avec 61 p. 100 bons résultats; pour le coryza spasmodique : la radiothérapie splénique avec 38,50 p. 100 bons résultats; pour l'asthme accompagné de coryza : la radiothérapie mixte avec : sur l'asthme, 79,20 p. 100 bons résultats; sur le coryza, 75 p. 100 bons résultats; pour l'asthme accompagné de toux spasmodique : la radiothérapie mixte avec : sur les deux affections, 75 p. 100 bons résultats; pour l'asthme compliqué de coryza et de toux spasmodiques : la radiothérapie pulmonaire avec : sur l'asthme et la toux, 72,75 p. 100 bons résultats; sur le coryza, 63,50 p. 100 bons résultats.

VI. Au cours du traitement de l'asthme ou du coryza spasmodique par les rayons X, nous avons vu parfois apparaître des équivalents, mais cette éventualité ne paraît guère à craindre, le fait est assez rare, nous n'avons pu l'observer que dans 13 p. 100 des cas étudiés. Chaque fois il ne s'est agi que de manifestations peu marquées, ayant nettement un caractère passager.

VII. On ne peut émettre que des hypothèses sur l'action des rayons de Rœntgen dans l'asthme. Il semble bien qu'ils agissent surtout par des perturbations humorales qui amènent une modification favorable empêchant la production du choc colloïdoclasique. »

Traitement des syphilis anciennes par l'Enesol (1), par le docteur Gilbert Deschamps.

L'Enesol (salicylarsinate de Hg) présente l'avantage de réunir le mercure et l'arsenic, sous une forme dissimulée, à un antiseptique : l'acide salicylique, et ceci explique sa grande action stérilisante antisyphilitique.

De par ses constituants, ce médicament présente, en effet, une double influence antisyphilitique arsenicale et hydrargyrique.

Mais l'arsenic, lui-même un tonique énergique, est un stimulant puissant des fonctions organiques et oppose son action reconstituante curative à l'action asthéniante du traitement mercuriel.

Nous retrouvons donc, dans le salicylarsinate de mercure, une double action spirillicide et une action tonique dynamique qui lui vient de l'arsenic.

Cette action, stimulante et tonique, se traduit par une augmentation du poids, de l'appétit et des forces du malade et par une excitation des fonctions nutritives : diurèse marquée.

Toutes les manifestations de la syphilis ont retiré un avantage notable de la cure par l'Enesol, mais, ainsi que l'a déjà constaté Loquin dans sa thèse, c'est contre les lésions tertiaires que l'on a obtenu les résultats les meilleurs et les plus rapides.

Les malades vus par l'auteur, tant dans le service du docteur Tixier à l'hôpital de la Charité qne dans les hôpitaux du Havre et de Rouen, ont été traités par l'Enesol en injections intraveineuses.

La posologie fut la suivante : Enesol à doses fractionnées progressivement croissantes, en commençant par 2 centimètres cubes pour atteindre 3, 4, 5 et 6 centimètres cubes par paliers successifs de 2 ou 3 injections stationnaires. Chaque série comportait 15 à 20 injections au total.

Les conclusions du docteur Deschamps sont les suivantes :

Dans les formes anciennes de la syphilis et en particulier dans ses formes graves, malignes et rebelles, nécessitant une médication énergique et prolongée, chez des malades généralement débilités ou en état de dépression nerveuse, la médication arsenico-mercurielle par l'Enesol est particulièrement indiquée.

I. L'action curatrice dans les syphilis tertiaires s'est révélée excellente dans la majorité des cas, avec des modalités variables selon les formes cliniques envisagées.

C'est dans les formes évolutives que furent obtenus les meilleurs résultats et, par ordre d'importance, dans les névrites, dans les formes cérébrales, dans les syphilis osseuses et surtout articulaires, dans les ulcérations cutanées, dans la syphilis artérielle (artérite, aortite), dans la syphilis hépatique et enfin dans les syphilis laryngée et pulmonaire.

II. Dans tous les cas, même lorsqu'on n'obtient pas une amélioration des manifestations organiqnes fixées par le processus de sclérose, le traitement produit toujours une transformation appréciable des troubles fonctionnels de l'affection.

III. Enfin, signalons l'action très notable du médicament sur l'état général du malade, qui sent ses forces revenir en même temps que disparaissent les troubles fonctionnels pour lui les plus pénibles.

On a constaté, chez tous ces malades, une augmentation nette du poids, un meilleur appétit, une meilleure coloration des téguments avec amélioration de la formule hématologique, bref une action stimulante de l'organisme.

(1) *Th. de Paris*, 1930.

Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire pure (1), par le docteur Jacques Pruneau.

I. L'amibiase pulmonaire pure n'est pas rare ainsi qu'en font foi les observations publiées ces dernières années.

II. Elle survient le plus souvent à la suite d'une dysenterie bien caractérisée contractée aux colonies mais aussi à la suite d'une dysenterie autochtone ou sans antécédents dysentériques.

III. A côté de la forme type existe une forme presque aussi fréquente : la pseudo-tuberculose amibienne.

IV. Abandonnée à elle-même, elle mène fatalement à la mort alors qu'un traitement émétinien intense peut arrêter très rapidement son évolution.

V. Elle est le plus souvent confondue avec une tuberculose pulmonaire ou une pleurésie interlobaire.

VI. Il s'agit d'une manifestation d'une maladie chronique susceptible de nouvelles poussées évolutives et nécessitant pour guérir un traitement d'entretien.

VII. Son diagnostic ne devra plus se faire d'après le succès du traitement émétinien, celui-ci agissant aussi bien dans des cas manifestement non amibiens.

LIVRES NOUVEAUX

L'asthme infantile et ses réactions associées [asthme, dermatoses prurigineuses, insuffisance hépatique] (2), par H. Jumon (de la Bourboule).

Une séparation absolue doit, tout d'abord, être établie entre l'asthme du grand enfant, asthme rebelle qui n'est que le début précoce de l'asthme vrai de l'adulte, et dont les caractères cliniques sont analogues au sien, et l'asthme infantile vrai débutant habituellement dans les premiers mois de la vie mais tendant à une guérison spontanée vers la puberté au plus tard.

Cette distinction faite, l'auteur rapproche de l'asthme infantile qui évolue par poussées capricieuses, un certain

(1) *Th. de Paris*, 1930.
(2) Paris 1931, N. Maloine.

nombre d'autres manifestations qui peuvent alterner ou s'intriquer avec lui selon les modes les plus divers; ces troubles régressent spontanément comme lui et dans le même temps.

Les uns sont des manifestations cutanées, prurigineuses, que l'on doit distinguer de l'eczéma vrai bien qu'elles puissent se compliquer d'une eczématisation ou d'une lichénification secondaire. Les autres sont des signes d'insuffisance hépatique : vomissements cycliques, des accidents larvés : fièvre éphémère, troubles digestifs apyrétiques, asthénie et dépression sans cause décelable; troubles du métabolisme protéique. Pour tous il est un trait commun dans l'élimination urinaire de corps acétoniques.

Ces divers syndromes évoluent de pair et parallèlement; l'examen complet du malade montre dans tous les cas des traits communs que l'auteur considère comme des signes d'arthritisme infantile. Ils sont dans l'ensemble le résultat d'un mécanisme pathogénique comparable, souvent héréditaires et justiciables enfin, en plus de leur traitement particulier d'un même traitement modificateur du terrain.

Il semble à l'auteur que l'on doit dans ces cas faire jouer un rôle important à l'action du pneumogastrique sur le tonus bronchique et vasculaire, au facteur colloïdoclasique aussi que commande plus que toute autre chose la fonction hépatique. La ligne de conduite, au point de vue curatif et plus encore préventif, n'est pas le moindre intérêt de ce bref mais substantiel travail.

L. B.

Les Pionniers du Soudan (1), par M. Jacques MENIAUD.

C'est l'histoire vécue, documentaire et pittoresque de la conquête du Soudan jusqu'à la prise de Tombouctou, reconstituée d'après les archives des grands acteurs de l'époque par un maître écrivain connaissant à fond les lieux géographiques où se sont déroulés les événements.

Comme l'a écrit le général Marchand — un de ceux qui y étaient — rien n'est plus émouvant et plus exact, plus passionnant à lire et plus révélateur de la vie coloniale que *Les Pionniers du Soudan*.

Le pouls alternant. Etude clinique et essai de pathogénie (2), par Marcel POUMAILLOUX, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Préface du docteur LAUBRY.

L'alternance du pouls, en tenant compte de ses formes frustes ou passagères, se décèle aisément et fréquemment par les diverses méthodes cliniques en usage pour la prise de la tension artérielle.

Ce symptôme ne doit pas être considéré comme un phénomène rare, que seuls des tracés pris avec soin permettraient de mettre en évidence. Tout praticien doit être à même de le rechercher et d'en apprécier la valeur. Le pronostic de haute gravité qui tendait à lui être systématiquement attribué doit être revisé, et il est certains cas qui font exception à cette règle.

Dans cette monographie, dont le sujet n'avait pas été repris depuis longtemps, on trouvera à côté des notions classiques sur le pouls alternant et de considérations pathogéniques nouvelles, les conséquences pratiques que l'auteur, élève du docteur Ch. Laubry, a cru pouvoir en tirer.

Il n'existe pas un pouls alternant relevant d'une cause unique, mais en réalité des alternances de nature très diverses : alternance d'ordre hydraulique, alternance cardiaque mécanique provoquée par des troubles du rythme, alternance de fibres myocardiques, alternance électrique pour en citer les principales.

A propos de l'alternance électrique, on trouvera exposée une interprétation originale de l'onde T du complexe électrocardiographique.

Quant à l'alternance artérielle proprement dite, reprenant et développant les conceptions hémodynamiques de Wenckebach, l'auteur la rattache à un trouble de l'hydraulique circulatoire : surcharge cardiovasculaire où l'insuffisance cardiaque ne joue pas un rôle exclusif, mais où l'augmentation de la tension artérielle et l'accélération, voire l'irrégularité du rythme sont également des facteurs déterminants. Tout n'est pas dit sur ce problème et de la recherche systématique de l'alternance, chez tous les hypertendus, pourraient ressortir sans doute encore bien des observations intéressantes.

L. G.

(1) Prix : 200 fr. — Société des publications modernes, 37, rue de Liége, Paris (VIIIe).

(2) Un volume de 240 pages avec 18 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le traitement des varices par les injections locales sclérosantes (1), par J.-A. SICARD et L. GAUGIER.

Voici, en une nouvelle édition, le résumé de travaux auxquels demeure attaché le nom d'un des maîtres les plus brillants et les plus regrettés de l'école française contemporaine. D'emblée le professeur Sicard avait mené cette méthode tout près de la perfection; d'autres chercheurs sont venus apporter sur quelques points de détail des précisions ou des corrections utiles; une mise au point est la bienvenue.

Après une étude anatomique et physiologique que viennent appuyer les constatations radiologiques les auteurs passent en revue les indications et contre-indications de la méthode, sa technique, les effets proches et lointains qu'il est légitime d'en attendre, les traitements associés, enfin les cas plus particuliers des varices compliquées et des hémorroïdes.

Le praticien trouvera dans ce mince volume un résumé concis et complet à la fois et d'une parfaite clarté qui l'aidera à résoudre maint point délicat dans le traitement d'une affection que sa fréquence rend toujours d'actualité.

L. BABONNEIX.

Pour vaincre la tuberculose pulmonaire (2), par le docteur Léon SCHEKTER (de Boulogne-sur-Mer).

Rédigé comme d'autres ouvrages du même auteur, avec une heureuse brièveté et sans autre préoccupation que celle de l'utilité prochaine, ce livre rassemble toutes les notions éprouvées qui peuvent être utiles au malade et à son entourage. Dans ce domaine l'ignorance est un grand danger et c'est le médecin qui est l'éducateur. Il trouvera dans le livre de M. Schekter toutes les notions qui lui sont familières groupées selon un plan tactique qui facilitera sa tâche.

Notions anatomiques et cliniques, correction de traditions fausses donc vivaces, mise en garde du malade, préparation à l'interrogatoire et à l'examen, éclaircissements touchant la bactériologie et les réactions d'immunité sont traités en des chapitres substantiels et brefs. L'institution du traitement, le directoire du mode de vie si important pour de tels malades, formation médicale et direction psychologique du malade et de l'entourage, principes de prophylaxie sont la raison d'être de cet ouvrage. Tout y est envisagé selon les nécessités et les difficultés de la pratique, des grands principes aux recettes ingénieuses. C'est dire que le jeune médecin pourra y profiter de l'expérience d'un aîné; quant au praticien rompu sans doute fera-t-il parfois lui aussi au détour de quelque paragraphe son profit d'un détail qui facilitera sa tâche de thérapeute et d'éducateur.

L. B.

(1) Troisième édition revue et complétée. Paris 1931, Masson et Cie.

(2) Paris 1931, Doin.

Consultations sur les maladies des voies digestives (1), par le docteur René GAULTIER, ancien assistant de consultation spéciale des voies digestives à l'hôpital Saint-Antoine.

Voici un nouveau livre de notre collègue René Gaultier.

Le plan de son ouvrage ne comporte que douze chapitres, mais ces chapitres sont groupés et classés de telle sorte qu'on y trouvera exposées la plupart des données nouvelles de ces vingt dernières années en pathologie digestive : méthodes d'examen modernes, telles que coprologie clinique, tubage duodénal, gastrotonométrie, radioscopie, rectoscopie; syndromes nouveaux étudiés à l'aide de la clinique, de la physiologie et du laboratoire, comme le syndrome œsophago-salivaire de Roger, les dystonies gastriques, les dystrophies duodénales ou les rectocolites aiguës et chroniques; méthodes de thérapeutique nouvelles, telles que le massage pneumatique intragastrique par les insufflations gazeuses, l'alimentation duodénale ou le drainage médical des voies biliaires ; les pansements-lavements ou les médications spécifiques des recto-colites microbiennes ou parasitaires ; enfin, on y trouvera encore des aperçus cliniques sur les complications parotidiennes de l'ulcère gastrique, les rapports de l'azotémie et de l'urémie gastrique avec cette même affection, les troubles intestinaux de la maladie de Graves-Basedow, les troubles intestinaux des tuberculeux, les épistaxis coliques.

Alors que chaque chapitre comporte les éléments spéciaux d'une thérapeutique et d'une diététique particulière à chacun d'eux, dans un dernier chapitre, l'auteur a cherché à établir les bases rationnelles d'une diététique générale permettant un fonctionnement régulier du tube digestif.

Ainsi, l'auteur pense que le praticien déjà instruit, pourra trouver dans ces consultations, les éléments utiles au diagnostic et au traitement des malades atteints d'affections des voies digestives qui se présenteront à lui.

Présenté clairement et dans un grand sens pratique, comme d'habitude, le livre de Gaultier est assuré d'obtenir un très légitime succès.

L. G.

(1) In-8 de 250 pages avec 42 figures, dont 1 coloriée. — Prix : 30 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les enfants qui vomissent (1), par M. PÉHU et P. BERTOYE.

Rien de plus fréquent que les enfants qui vomissent : rien, non plus, de moins aisé à soigner et à guérir. Les vomissements peuvent en effet s'observer dans les premiers jours de la vie; chez le nourrisson; au cours de la seconde enfance : divisions en trois « tranches » qu'adoptent les auteurs, parce qu'elle est d'ordre essentiellement clinique. Quoi de commun entre le nouveau-né qui vomit parce qu'il a une malformation de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du duodénum ; le nourrisson, chez lequel le vomissement peut relever des troubles digestifs, d'une hypertrophie musculaire du pylore, ou constitue à lui seul toute la maladie; le grand enfant, qui vomit soit parce qu'il a une indigestion, soit parce qu'il est névropathe, soit encore parce qu'il est atteint d'un trouble digestif, ou encore qui présente cette singulière affection que l'on appelle vomissements périodiques avec acétonémie?

Nul n'était mieux qualifié que les auteurs pour traiter un tel sujet. A lire leur monographie, on verra tout ce que

(1) In-18 de 257 p. Bibliothèque de pathologie infantile. — Prix : 25 fr. — Paris 1931. L'expansion scientifique française.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire pratique d'oto-rhino-laryngologie suivi de notions de thérapeutique médicale sur les affections les plus courantes en oto-rhino-laryngologie, par le docteur HENRI-FISCHER. Préface du docteur Ed. CAUMIER (de Tours). Un volume in-18 de 194 pages. — Prix : broché, 18 fr. — Paris, Vigot frères.

peut donner une heureuse collaboration. N'y reconnaît-on pas à chaque ligne, la sage pondération, l'heureux équilibre de Péhu, l'esprit brillant, l'érudition profonde de Bertoye?

L. BABONNEIX.

Annali di Clinica Medica et di Medicina sperimentale (1), volume dédié au professeur Liborio Giuffré.

Un important volume de près de 900 pages dédié au professeur Giuffré, de Palerme, à l'occasion de ses trente-cinq ans d'enseignement, réunit, de la plume des maîtres les plus qualifiés de la médecine sicilienne, une série d'importantes monographies, enrichies de figures et d'indications bibliographiques. Cinquante études traitent des domaines les plus divers des sciences biologiques : chimie, thérapeutique, pathologie générale et spéciale, parasitologie, qui constituent un coup d'œil d'ensemble des plus intéressants sur la médecine contemporaine outre-monts.

R. L.

(1) Palerme, juillet 1929.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE AIGUE

Nous décrirons tout d'abord la crise aiguë d'appendicite avec ses variantes tenant :

Au siège ou au terrain.

Puis nous classerons un certain nombre d'autres formes évolutives variant avec :

— L'intensité de la réaction du péritoine ;

— L'existence ou non d'un syndrome toxique.

LA CRISE AIGUE D'APPENDICITE

Début. — Signes fonctionnels. — Un adulte ou un enfant ressent brusquement ou après quelques prodromes (anorexie, douleurs vagues) :

Une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, irradiant :

Soit dans la région lombaire;

Soit dans les régions pelviennes ou crurales, immédiatement suivie de :

Vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, avec un état nauséeux constant;

Arrêt des matières et des gaz en général, plus rarement diarrhée.

Signes généraux. — La température s'élève rapidement autour de 39 degrés et le pouls s'accélère à 90-100.

Signes physiques. — A l'examen :

Malade immobile, angoissé.

La respiration est superficielle, la respiration abdominale nulle ou très diminuée.

La palpation légère et pratiquée la main à plat révèle :

1. *Une douleur vive*, dans la fosse iliaque droite, quelquefois au point typique de Mac Burney, mais elle peut varier avec le siège de l'appendice, être plus haute (paraombilicale) ou plus basse (pelvienne). La pression en aval du côlon réveille cette même douleur (signe de Rowsing). En outre :

2. *Hyperesthésie cutanée* de la fosse iliaque, mais surtout :

3. *La contracture* dans la fosse iliaque droite alors que la fosse iliaque gauche est souple.

4. Le toucher rectal et le toucher vaginal précisent la douleur.

En présence de ce tableau clinique l'intervention s'impose; car :

1. L'appendicite la plus banale peut brusquement devenir très grave.

2. L'intervention précoce ne présente pas plus de gravité dans les vingt-quatre à quarante-huit premières heures qu'une appendicectomie à froid.

Telle est la *crise aiguë habituelle d'appendicite*. Mais il en existe de nombreuses variantes, d'où erreurs de diagnostic fréquentes.

1° FORMES SUIVANT LE SIÈGE

Appendicite rétrocæcale. — Signes fonctionnels plus estompés.

Signes physiques :

Douleur plus haute avec *psoïtis*, névralgie crurale parfois.

Contracture surtout moins marquée en avant, à maximum dans le flanc et la *fosse lombaire*.

Appendicite pelvienne. — **Signes fonctionnels.** — Douleur basse.

Dysurie ou même rétention d'urine.

Ténesme rectal.

Signes physiques. — Douleur pelvienne retrouvée au toucher rectal ou vaginal.

Evolue très souvent vers l'*abcès du Douglas*.

Appendicite sous-hépatique. — **Signes fonctionnels.** — Souvent subictère.

Signes physiques. — Douleur, contracture haut placées, soit dans la région para-ombilicale, soit même immédiatement sous le bord inférieur du foie.

Enfin citer :

Appendicite herniaire ;

Appendicite gauche.

2° FORMES SUIVANT LE TERRAIN

A. **Chez l'enfant.** — Deux caractères importants :

— Rapidité d'évolution, les signes cliniques sont de beaucoup en retard sur les lésions qui évoluent à bas bruit.

— Fréquence du syndrome toxique.

Réalise des *formes trompeuses* :

— Forme pseudo-pneumonique, avec la douleur haute, véritable point de côté;

— Forme atténuée simulant un embarras gastrique.

B. **Chez le vieillard.** — Insidiosité extrême. Réalise un type occlusif fréquent, parfois pseudo-néoplasique (plastron).

C. **Chez la femme enceinte.** — Fréquente, doit être opérée rapidement, car très grave (fréquence de péritonite aiguë, très rapide).

Au cours de la grossesse, d'un diagnostic difficile, car elle complète un tableau de colibacillémie. Peut provoquer l'avortement.

Au moment du travail, particulièrement difficile à reconnaître.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6°

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

CONGRÈS NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL. (Compte rendu, par M. le professeur agrégé J. LHERMITTE.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
CHRONIQUE
Séance inaugurale du XL° Congrès français de chirurgie, par M. F. L. S.
LIVRES NOUVEAUX
CONGRÈS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Célice, Ravina, Pichon, Péron, Bernard, Welti, Thalheimer, Leibovici et Hartmann.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Liste des membres des jurys des concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine (fin, voir *Gaz. des hôpit.*, n° 80, p. 1489) :

Quatrième division : PHARMACIE. — *Catégorie L : Histoire naturelle pharmaceutique.* — Paris : M. Perrot.

Province : MM. Maurin, Gillot, Leulier, Senevet, Cabanes, Sartory, Lavier, Lasseur, Beille, Lobstein, Seyot, Fourment.

Catégorie M : Pharmacie. — Paris : M. Goris.

Province : MM. Morvillez, Jadin, Pastureau, Dupouy, Grelot, Leulier, Ribaut, Gérard (E.), Guillaume.

Catégorie N : Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — Paris : M. Lebeau.

Province : MM. Morel, Morvillez, Gérard (E.), Valdiguie, Moog, Labrode, Pastureau, Vallée, Labat, Volmar, Douris.

II. Juges suppléants. — Première division : BIOLOGIE. — *Catégorie A : Anatomie.* — Paris : MM. Hovelacque, Olivier.

Province : MM. Laux, Clermont, Granel, Mutel, Dubecq, Gabrielle, Ribet.

Catégorie B : Histologie. — Paris : MM. Verne, Millot, Giroud, Mulon.

Province : MM. Lacoste, Vatrin, Noël, Granel.

Catégorie C : Histoire naturelle médicale et parasitologie. — Province : MM. Sigalas (R.), Mornas, Larousse, Roques.

Catégorie D : Bactériologie. — Paris : M. Gastinel.

Province : MM. Boulet, Sorel, Aubertin, Dufourt.

Catégorie E : Anatomie pathologique. — Paris : MM. Huguenin, Oberling.

Province : M. Pieri, Mlle Condat, MM. Muratet, Sendrail, Pages, Martin (J.-F.).

Catégorie F : Physiologie. — Paris : MM. Richet, Chailley-Bert.

Province : MM. Hermann, Fabre (R.).

Catégorie G : Chimie. — Paris : MM. Sannié, Labbé (H.).

Province : MM. Cristol, Vitte, Giberton, Roche.

Catégorie H : Physique. — Paris : M. Dognon.

Province : MM. Lamy, Nogier, Lemarque, Bugnard.

Deuxième division : MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Catégorie I : Médecine.* — Paris : MM. Donzelot, Piédelièvre, Lian, Chevalier, Vallery-Radot, Hutinel, Joannon, Chabrol, Bénard (H.), Cathala, Laroche (Guy), Moreau, Brulé, Harvier, Alajouanine, Aubertin, Sezary.

Province : MM. Puech, Sorel, Sendrail, Simonin, Roques, Creyx, Auguste, Gerney, Chalier, Mlle Condat, MM. Drouet, Abel, Nérac.

Troisième division : CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE. — *Catégorie J : Chirurgie.* — Paris : MM. Quénu, Moulonguet, Gatellier, Moure, Mondor, Leveuf, Brocq, Cadenat, Fey, de Gaudart d'Allaines.

Province : MM. Lefebvre, Papin, Aimes, Ferrari, Duboucher, Swynghedauw, Santy, Binet, Moggi, Miginiac, Delannoy, Guillemin, Barthélemy.

Catégorie J bis : Ophtalmologie. — Paris : M. Velter.

Province : MM. Nerac, Swynghedauw, Delannoy, Gernez, Beauvieux, Auguste.

Catégorie J ter : Oto-rhino-laryngologie. — Province : MM. Swynghedauw, Ferrari, Gernez, Auguste, Duboucher, Delannoy, Nérac, Moggi.

Catégorie K : Obstétrique. — Paris : MM. Vaudescal, Portes, Vignes, Ecalle.

Province : MM. Rhenter, Pery, Houel, Colldecarrera, Vermelin.

Quatrième division : PHARMACIE. — *Catégorie L : Histoire naturelle pharmaceutique.* — Province : MM. Sigalas, Manceau, Martin Sans.

Catégorie M : Pharmacie. — Province : MM. Manceau, Golse, Florence.

Catégorie N : Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — Province : MM. Brustier, Chambon, Vitte.

CONGRÈS DU LYMPHATISME. — La Société des eaux minérales et le Syndicat médical de La Bourboule organisent un Congrès international du lymphatisme pour septembre 1933.

Le programme en sera arrêté ultérieurement.

CHRONIQUE

SÉANCE INAUGURALE DU XLe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le XLe Congrès de chirurgie s'est ouvert lundi à la Faculté de médecine avec la solennité traditionnelle,

Aux côtés de M. Albert Sarraut, président de la Séance, avaient pris place M. le professeur Lambret (de Lille), président du XLe Congrès, M. le recteur Charlety, M. Ch. Walther, président de l'Association française de chirurgie, un représentant du ministre de la Santé publique, M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur, les médecins généraux inspecteurs Lanne et Dopter, M. de Lapersonne, président de l'Académie de médecine, et M. Mondor, secrétaire général adjoint de l'Association.

On remarquait dans l'assistance les médecins généraux inspecteurs Sieur et Cadiot, le médecin général Oudart, M. Labbé, directeur de l'Enseignement technique, le médecin général Rouvillois, le professeur Lenormant, président de la Société de chirurgie, M. Chatelet, recteur de Lille, M. le professeur Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Lille, MM. Alessandri (de Rome), de Quervain (de Berne), Daniel (de Bucarest), Hansen, Hartmann, J.-L. Faure, Begouën (de Bordeaux), Forgue (de Montpellier), Tixier et Bérard (de Lyon), Gosset, Auvray, Pierre Duval, Cunéo, Michel (de Nancy), Leriche (de Strasbourg), Dominguez (de Cuba), Léon Imbert (de Marseille), Jeanbrau (de Montpellier), Robert d'Ernst (de Genève), Jean Verhoogen, Lambotte, Léopold Mayer, René Beckers, Delchef (de Bruxelles), etc.

M. Albert Sarraut a ouvert la séance par une allocution d'une haute portée sur le rôle du médecin et du chirurgien aux colonies.

« La science médicale et chirurgicale a pour elle, plus qu'aucune autre, la double vertu de l'altruisme et du miracle. Car elle est la bonté vivante et l'image tangible du salut humain. Dans la brousse hostile où l'administrateur doit parfois reculer, le chirurgien peut s'avancer sans crainte.....

La civilisation européenne possède en lui, auprès des races en effervescence, le meilleur des ambassadeurs : l'ambassadeur du bien et de la fraternité humaine. Puisse son pays, puisse notre pays l'aider à remplir plus largement sa tâche généreuse et pacificatrice. Ce vœu est celui d'un homme qui a vu, qui sait et qui affirme la vérité. »

Puis M. Lambret, très applaudi, remercie M. Sarraut; il rappelle ensuite les noms des collègues disparus au cours de l'année : Pierre Descomps, Jules Fontan, René Tesson, Charles Dujarier, Pierre Poupardin, puis Sawicki (de Varsovie), Bern. de Smitt (d'Amsterdam), Jules Lorthioir (de Bruxelles) et il salue leur mémoire en leur envoyant un souvenir ému.

Rappelant les vœux souvent émis par ses prédécesseurs à la présidence du Congrès, M. Lambret montre les progrès réalisés et ceux encore à l'étude au point de vue du matériel, au point de vue de la chirurgie proprement dite, et enfin au point de vue des chirurgiens.

Et cela lui permet d'exposer avec infiniment de brio, des « anticipations » à la manière de Georges Duhamel. Cette partie de son discours a été particulièrement goûtée. Mais M. Lambret aborde en terminant un sujet plus délicat : celui des chirurgiens.

Avec beaucoup de bon sens, avec une très grande pondération et une non moins grande fermeté, il montre que « la chirurgie a gagné les sommets et qu'elle s'y maintiendra à deux conditions : la première, c'est de rester pure et d'ignorer les surenchères, la deuxième, c'est de veiller avec un soin de tous les instants, avec une sévérité implacable, à préciser les indications des opérations d'une façon tellement impérative et stricte qu'il soit impossible à quiconque de mettre en doute leur absolue nécessité ».

Et il est amené ainsi à parler du diplôme de chirurgien dont il est résolument partisan, aucun métier ne pouvant s'apprendre sans apprentissage.

« Messieurs, nous pouvons multiplier nos moyens d'exploration et gonfler nos dossiers avec des documents qui montrent que nous sommes chaque jour plus savants. Une chose ne trouvera jamais sa place sur aucune fiche, c'est la communion des sentiments que, sous peine de manquer à notre devoir, il nous appartient d'établir entre nos malades et nous. Depuis que le monde est monde, l'homme qui souffre crie au secours, réclame la guérison de son mal, et se tourne vers nous avec confiance parce que nous sommes la raison de son espérance. Dans de telles circonstances, faire un diagnostic exact, posséder une technique même impeccable, cela ne renferme pas tout notre devoir. Il faut aussi que celui sur le corps duquel nos mains vont accomplir leur travail éprouve le sentiment que nous compatissons à sa peine, et que dans la détresse physique et morale où il se trouve, le chirurgien se double d'un ami pour lui apporter la délivrance.

L'action que nous nous devons d'exercer sur le psychisme de nos malades nous est d'ailleurs une douce obligation. Quelle satisfaction pour nous quand il nous est donné de lire dans leur regard que nous avons chassé l'angoisse et ramené l'espoir ! C'est notre récompense de pouvoir pénétrer ainsi dans le cœur de nos semblables et gagner leur reconnaissance autant par l'aide morale que nous leur apportons, que par le geste sanglant qui les guérit. »

La péroraison de M. Lambret a été accueillie par une véritable ovation.

Puis M. Mondor, le brillant secrétaire général adjoint, a donné lecture, en l'absence de notre ami Grégoire, encore en mission à l'étranger, du rapport habituel sur la vie de l'association pendant l'année écoulée.

Après une suspension de séance qui a permis aux congressistes de visiter la belle exposition du Congrès, on a abordé l'étude de la première question : Pathogénie et traitement des ulcères peptiques post-opératoires dont MM. Gosset et Leriche étaient les rapporteurs.

F. L. S.

— Lundi soir, M. le président Lambret a reçu magnifiquement ses collègues. La soirée artistique très remarquable qu'il leur offrit jeudi fut le plus délicat des délassements.


DRÉVILLE
NÉO-DMESTA
VACCIN
ANTISTAPHYLOCOCCIQUE
CURATIF
PRÉSENTATION: Boîte de 6 Ampoules
MODE D'EMPLOI:
une Ampoule tous les jours ou tous les 2 jours en injections sous-cutanées
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e


ADOVERNE 'ROCHE'
Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée
GOUTTES
GRANULES
Propriétés
Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.
Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.
Echantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges - PARIS (3e)
15 c.c
Adoverne 'Roche'
60 granules
Adoverne 'Roche'

CONGRÈS NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

[*Berne, 31 août-5 septembre 1931* (1)].

PREMIÈRE QUESTION

Les tumeurs cérébrales. Étude clinique, anatomique et thérapeutique.

Sir Purvas Stewart (Londres) étudie d'abord la **pathogénie des troubles neurologiques et psychiatriques des néoplasies cérébrales**; les symptômes résultent de la destruction du tissu, de sa compression directe et enfin des perturbations de la circulation résultant de l'anémie ou de la stase. Le silence symptomatique de certaines tumeurs s'explique par la faible dimension de la néoplasie et l'accoutumance du tissu nerveux à la compression. Il faut tenir le plus grand compte du facteur temps dans l'évolution des tumeurs; en général, plus une néoplacie se développe lentement, moins son début peut être saisi.

M. Clovis Vincent (Paris) envisage le **diagnostic des tumeurs obstruant l'aqueduc de Sylvius**. Dans une première série de faits, les signes d'hypertension s'associent à des perturbations significatives du siège du néoplasme; dans d'autres cas, seule l'hypertension cérébro-spinale est appréciable; il faut donc avoir recours à la ventriculographie et à l'encéphalographie; cette dernière surtout est révélatrice. En effet, la difficulté la plus grande tient dans le diagnostic du siège intra ou extrasylvien. Si l'injection d'air dans l'espace sous-arachnoïdien n'a pas passé dans les ventricules latéraux après que s'est distendu le IVe ventricule et lorsque la ventriculographie a montré un ventricule médian dilaté, il faut conclure à un obstacle siégeant sur le trajet de l'aqueduc.

La symptomatologie des tumeurs sous-tentorielles. — M. Giuseppe Avolo (Rome). Les néoplasies qui occupent la fosse cérébrale postérieure s'accompagnent dès leur premier début d'hypertension céphalo-rachidienne appréciable par la stase papillaire. Les manifestations qui résultent de ces néoplasies sont la conséquence : 1° de l'irritation du tissu nerveux (cervelet, bulbe, protubérance); 2° de l'hydrocéphalie; 3° de la compression directe des organes nombreux qui logent dans la fosse cérébrale postérieure. La première forme clinique est caractérisée par l'établissement de symptômes bulbaires ou protubérantiels fixes; le second type est marqué par les symptômes périphériques, c'est-à-dire résultant du déficit fonctionnel ou de l'irritation des nerfs ponto-bulbaires.

Enfin la troisième variété s'affirme par des symptômes cérébelleux et vestibulaires, puis, à la phase terminale, des perturbations sensitives, motrices, végétatives, en rapport avec la déficience des voies et des centres protubérantiels et bulbaires.

M. Foster Kennedy (New-York). **Les tumeurs frontales** se caractérisent par un changement de la personnalité morale, des troubles de la mémoire, de l'hébétude, parfois même de la stupeur. Celle-ci diffère nettement du sommeil pathologique engendré par les tumeurs hypothalamiques. Assez souvent, l'on observe un relâchement involontaire des sphincters et aussi le phénomène de la persévération tonique controlatérale lorsque le bec du corps calleux est intéressé. La titubation et la rétropulsion sont aussi d'excellents symptômes. Il en est de même de la névrite optique avec scotome central ipsilatérale associée à la stase papillaire contro-latérale,

Les tumeurs temporo-sphénoïdales donnent naissance à des hallucinations du goût et de l'odorat et quelquefois à des syndromes complexes dont les éléments sont faits de la reviviscence d'images et de perceptions de tous les sens accompagnées de la projection devant la conscience de tableaux vécus de la vie de l'enfance.

Diagnostic histologique des tumeurs du cerveau. — M. Percival Bailey (Chicago). Trois formes sont à retenir : le *médulloblastome*, localisé presque exclusivement sur le cervelet de l'enfant, est formé de petites cellules à noyau hyperchromatique : les médulloblastes, éléments qui représentent la prolifération désordonnée des premiers représentants de la lignée nerveuse. Aussi a-t-on proposé pour ces tumeurs le terme de neurospongiome.

Le *glioblastome multiforme* est le plus commun des gliomes. C'est le spongioblastome de Globus et Strauss. Il se développe surtout dans les hémisphères cérébraux. Enfin, la troisième variété consiste dans l'*astrocytome*, ou gliome dur, caractérisé par l'abondance des cellules névrogliques fibrillaires.

Principales variétés des tumeurs des centres nerveux. — MM. G. Roussy et Ch. Oberling (Paris) reprennent et discutent longuement la classification des tumeurs des centres nerveux. Les gliomes sont divisés en trois variétés : astrocytomes, oligodendrogliomes, giloblastomes. Il faut abandonner la conception des gliomes fibrillaires et protoplasmiques.

Les néoplasies épendymaires ou épendymomes revêtent un triple aspect : l'épendymocytome, l'épendymoblastome et l'épendymogliome.

Les médulloblastomes (Bailey) ou neurospongiomes sont formés de neuroblastes caractérisés par des neurofibrilles intraprotoplasmiques.

Tumeurs des gaines du système nerveux. — M. Wilder Penfield (Montréal) discute les divisions et les classifications que Schmidt, Bailey et Bucy, Cushing ont établies et déclare que les tumeurs méningées, en raison de leur structure histologique et de l'origine mésenchymateuse des méninges, ne sont autres que des fibromes ou des fibroblastomes.

Quant aux tumeurs des nerfs périphériques (gliomes périphériques de Lhermitte et Leroux, schwannomes de Masson), Penfield les considère comme de nature conjonctive en raison des fibrilles collagènes qu'elles contiennent. Les vrais gliomes périphériques seraient extraordinairement rares.

L'importance de la ponction cérébrale pour le diagnostic des tumeurs du cerveau. — M. B. Pfeifer (Nietleben-Halle). La biopsie cérébrale n'est pas dangereuse, déclare l'orateur, car l'hémorragie veineuse n'est guère à craindre en raison de la pression négative du système veineux endocranien et, d'autre part, il est aisé d'éviter les gros troncs artériels. Dans une même séance, on ne doit jamais pratiquer plus de deux ponctions.

Grâce à la ponction, on peut contrôler la variété anatomique de la tumeur, et souvent reconnaître précocement les transformations néoplasiques et les dégénérescences kystiques.

Signes radiologiques généraux et locaux des tumeurs intracraniennes. — M. A. Schuller (Vienne). Dans le premier groupe s'inscrivent : la disjonction des sutures, l'exagération des impressions digitales, la distension de la selle turcique, l'élargissement des sillons, la dilatation des veines du diploé et des émissaires; le second groupe comprend : l'amincissement localisé du crâne, la calcification de la tumeur, le pneumotacèle, la dilatation localisée des sinus, des veines et des granulations de Pacchioni.

Importance de l'étude radiologique pour le neurochirurgien. — M. E. Sachs (Saint-Louis) insiste beaucoup sur l'intérêt immédiat que présente l'encéphalographie et la

(1) *Association de la Presse médicale française.*

ventriculographie pour la localisation des néoplasies intracraniennes.

Encéphalographie des tumeurs des hémisphères et de la fosse cérébrale postérieure. — M. L. GUTTMANN (Breslau). Les signes cardinaux des altérations révélées par l'encéphalogramme sont les suivants : compression et déformation des ventricules, projection intraventriculaire de la paroi qui se trouve la plus proche du néoplasme, déplacement du ventricule du côté opposé à la tumeur, diminution des dimensions d'un ventricule par l'infiltration néoplasique pariétale.

Les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure se caractérisent par l'hydrocéphalie, l'impossibilité de la pénétration de l'air du IVe ventricule dans les ventricules latéraux, parfois par la déformation unilatérale de ces ventricules. Il importe de savoir que l'absence de la dilatation des ventricules latéraux n'implique pas l'inexistence d'un néoplasme.

Le problème évidemment d'actualité de la localisation précise des tumeurs a fait également l'objet de plusieurs communications de M. H. STEUVERS (Utrecht), de M. OTFRID FOERSTER (Breslau), de M. F. GRANT (Philadelphie), de M. EGAZ MONIZ (Lisbonne). De ces recherches il ressort que les pseudo-tumeurs montrent à l'écran non point une déformation par compression d'un ventricule, mais, au contraire, une distension souvent énorme du ventricule correspondant au côté affecté.

Reprenant l'ensemble de ses belles recherches sur l'**encéphalographie artérielle**, M. MONIZ montre que l'opacité artificielle des réseaux artériels permet de dépister certaines tumeurs richement vascularisées, de localiser les néoplasies en se guidant sur le déplacement des anses vasculaires.

MM. H. BOHNENKAMPF et J. SCHMAEH (Wurzbourg), décrivent une technique nouvelle basée sur les modifications de la résistance électrique des tissus néoplasiques, laquelle permet de localiser à travers le crâne intact une tumeur, de quelque nature qu'elle soit.

L'étude du liquide cérébro-spinal dans les tumeurs intracraniennes a été faite par M. V. KAFKA (Hambourg) et M. FRANK FREMONT-SMITH (Boston). Dans les tumeurs, la pression est généralement augmentée, la pléiocytose rare, sauf dans les néoplasies dégénérées ou au contact des parois ventriculaires. Les chlorures, le glycose, les protéines ne sont pas augmentés, la réaction de Wassermann demeure normale. L'abcès du cerveau, au contraire, détermine la polynucléose cérébro-spinale. Dans les tumeurs infra-tentorielles, l'albuminose peut être nette dans le liquide prélevé par ponction lombaire tandis que le liquide prélevé par ponction ventriculaire est normal. Dans les tumeurs supra-tentorielles, le liquide demeure sans modifications pathologiques, sauf dans les néoplasies qui envahissent les parois ventriculaires.

Le traitement chirurgical des tumeurs a été envisagé longuement par M. Th. DE MARTEL (Paris), M. OLIÉECRONA (Stockholm), M. PUNSSEPP (Tartu), M. FRAZIER (Philadelphie). M. de Martel insiste particulièrement sur les accidents post-opératoires et leur pathogénie. Ces accidents, caractérisés par l'hyperthermie excessive, l'hypertension sanguine, les hémorragies viscérales et le coma, sont à rattacher à des perturbations du système végétatif infrathalamique, lesquelles parfois s'accompagnent d'une augmentation très forte de l'urée sanguine. Ces troubles végétatifs sont dus à l'hypertension et à la dilatation des ventricules produites par tout traumatisme opératoire. La ponction ventriculaire détermine une chute immédiate de la température. Se basant sur ces faits, M. de Martel a imaginé un dispositif grâce auquel on peut empêcher l'hypertension du liquide céphalo-rachidien par le drainage aseptique parfait.

M. de Martel fait également part de certains faits très suggestifs. Au cours des opérations portant sur le IIIe ventricule, on peut observer des perturbations identiques à celles que nous avons mentionnées; mais ici la pathogénie est indifférente, les troubles sont la résultante de la compression instrumentale directe et temporaire.

M. L. Punssepp, reconnaissant que les interventions sur les gliomes donnent souvent des mécomptes, préconise la technique suivante. Après incision de la dure-mère et ablation de la partie toute superficielle de la tumeur, on ferme l'incision cutanée; trois semaines après, le gliome, non maintenu par la dure-mère restée ouverte, vient faire saillie. On peut alors pratiquer l'exérèse presque totale de la tumeur à peu de frais.

La radiothérapie et la radiumthérapie ont été l'objet de trois rapports présentés par M. A. BÉCLÈRE (Paris), MM. HUGH CAIRNS et STANFORD CADE (Londres), M. OSCAR HIRSCH (Vienne). L'accord est fait sur la très heureuse influence de la radiothérapie et de la radiumthérapie sur les tumeurs de la glande pituitaire; ces méthodes, si elles ne sont point curatives, demeurent de très utiles adjuvants du traitement chirurgical. Dans les tumeurs cérébrales de sièges imprécis, la radiothérapie est indiquée sans qu'il soit nécessaire de procéder à une trépanation décompressive.

L'action du radium semble moins heureuse sur les gliomes d'après les expériences de Cairns et Eade. Cependant, ces auteurs ont pu vérifier histologiquement les effets destructifs du radium sur les néoplasies et observer, dans trois cas, non seulement l'arrêt de l'évolution, mais la régression presque complète des phénomènes morbides.

Un dernier rapport sur l'**organothérapie des tumeurs** du cerveau a été confié à M. TROCY J. PUTNAM (Boston). Le traitement opothérapique semble applicable seulement dans les cas où apparaissent des symptômes d'ordre végétatif ou hypophysaire.

DEUXIÈME QUESTION

Le tonus musculaire.
Étude clinique, expérimentale, pharmacodynamique, pathologique.

Les voies du tonus et leurs terminaisons dans le muscle. — M. KEN KURE (Tokio). Le muscle strié possède une triple innervation : cérébro-spinale, sympathique, parasympathique. Les fibres de ce dernier système quittent la corne postérieure, cheminent dans les racines postérieures et se terminent autour de cellules du ganglion rachidien. De là, partent les fibres post-ganglionnaires, lesquelles s'épanouissent en des plaques terminales. Il est probable que le système dit extrapyramidal est l'origine d'un influx spécial agissant sur la fibre musculaire, influx qui s'écoule par les fibres myéliniques fines qui, venues du tractus intermédio-latéral, s'épuisent dans le muscle après avoir cheminé dans les racines antérieures avec les fibres appelées motrices. Ces fibres spéciales se raccorderaient dans la moelle avec les fibres du faisceau rubro-spinal de V. Monckow, formé lui-même de fibres très ténues.

Les facteurs régularisant le tonus musculaire. — M. G.-J. RADEMAKER (Leyde). Le tonus est déterminé par un ensemble de facteurs dont les principaux sont : des excitations labyrinthiques, des excitations extéroceptives (stimulantes et frénatrices), des excitations proprioceptives, enfin des impulsions d'origine optique et auditive.

Chez l'animal spinal, dans la phase du choc, l'hypotonie est intense; à une période ultérieure, l'hypertonie apparaît.

Ceci démontre qu'une augmentation du tonus peut être strictement sous la dépendance des centres spinaux. L'animal décérébré manifeste un tonus d'extension exagéré; celui-ci est dû à la suspension de l'activité des noyaux rouges.

Chez l'animal décérébellé, on observe, la phase de choc écoulée, une exaltation du tonus; les excitations périphériques provoquent un raccourcissement musculaire excessif. Le tonus de soutien dans la position debout n'est guère modifié, mais dans la position dorsale l'animal montre une exaltation de cette modalité de tonus.

Les animaux thalamiques ou striés n'accusent pas de rigidité, et même le tonus de soutien des pattes postérieures est affaibli sensiblement.

Pour ce qui est du rôle du sympathique, il semble que celui-ci agisse surtout en diminuant la fatigue musculaire.

Les réponses toniques du mésocéphale. — M. GRAHAM BROWN (Cardiff). L'excitation faradique du noyau rouge détermine, chez le chimpanzé, des attitudes posturales nettes; celles-ci persistent malgré la cessation de l'excitation.

Chez le chat, la même excitation mésocéphalique provoque la flexion homolatérale du tronc, parfois si violente que la hanche entre en contact avec la tête. Cette attitude est accompagnée par la flexion de la patte antérieure ipsilatérale et de la patte postérieure controlatérale.

Si l'on porte la même excitation sur les deux noyaux rouges simultanément, on peut observer des mouvements de course de l'animal et une attitude cinétique rappelant la lutte contre un obstacle.

Parfois, l'excitation de la surface du tubercule quadrijumeau postérieur suscite d'identiques réactions.

L'influence du sympathique sur la musculature : analyse de son mécanisme. — M. LÉON ASHER (Berne). Le premier point important à retenir de l'influence du sympathique sur le muscle tient dans la restitution fonctionnelle de la fibre striée obtenue après l'excitation de ce système. L'adrénaline possède la même action restitutrice que l'excitation mécanique.

L'analyse des processus déterminés, d'une part, par la curarisation et, d'autre part, par la privation du calcium, démontre nettement que le muscle est un élément sur lequel l'influence du sympathique est des plus nettes. On ne peut douter que les fibres sympathiques cheminent dans les racines antérieures et aboutissent aux fibres striées; en effet, l'auteur a pu se rendre compte que l'excitation de la moelle influençait la fibre striée grâce aux fibres sympathiques dont elle est l'origine.

Le rôle joué par les terminaisons des nerfs afférents dans le tonus musculaire. — M. DENNY BROWN (Londres). La rigidité décérébrée est due à l'excitation partie des filets nerveux musculaires, proprioceptifs. La contraction musculaire active, volontaire ou réflexe suscite aussi des excitations inhibitrices proprioceptives, grâce auxquelles le maintien régulier du tonus est assuré; si ces excitations faisaient défaut, la tension musculaire serait exagérée et une hypertonie surviendrait très gênante pour le mouvement à exécuter. La régulation du tonus dans les réflexes d'allongement et de raccourcissement est le résultat du contrôle de l'activité du muscle par le système proprioceptif, producteur d'inhibition. Les réflexes sont purement spinaux, mais ils subissent l'influence stimulante ou inhibitrice des excitations du cerveau moyen.

Tonus musculaire et chronaxie. — MM. M. KROLL et D. MARKOW (Minsk). La chronaxie musculaire se modifie selon la position imprimée aux membres. Ainsi la rapidité de l'excitabilité des fléchisseurs des doigts s'abaisse lorsque le poignet est placé en supination; la chronaxie de l'extenseur propre du gros orteil est également abaissée lorsque le membre inférieur est fléchi dans tous ses segments. L'adrénaline et le calcium augmentent la chronaxie, tandis que la pilocarpine exerce un effet exactement inverse.

Au cours des affections nerveuses, la chronaxie se modifie nettement; ainsi, dans les maladies du système extrapyramidal, les extenseurs ont une chronaxie abaissée; dans les lésions pyramidales, les fléchisseurs sont plus excitables au membre supérieur. Les maladies du cervelet se caractérisent par une diminution de la chronaxie sur les extenseurs; le tonus d'extension se trouve donc augmenté. Cette constatation s'ajuste fort bien avec les résultats expérimentaux obtenus par Rademaker.

Dans les dystrophies musculaires, la chronaxie est augmentée. Fait curieux, l'adrénaline garde chez les myopathiques la même action que chez l'homme sain; aussi, grâce à cette substance, la fonction musculaire peut-elle être améliorée. Les auteurs de ce rapport ont pu observer que dans les myopathies comme dans la myotonie et la myasthénie, la chronaxie des muscles dépassait de beaucoup celle des nerfs, ce qui semble en désaccord avec la loi de l'isochronie de Lapicque.

Tandis que, chez le sujet sain, la position dorsale ou ventrale n'intervient pas dans l'excitabilité musculaire, chez l'hémiplégique la chronaxie de l'extenseur propre du gros orteil s'élève quand le malade est placé en position ventrale. Cette donnée rend compte de l'inversion du phénomène de Babinski.

Pharmacologie du tonus musculaire. — M. Frédéric BREMER. Les substances à action pharmacodynamique permettent de dissocier les contractilités phasique et tonique du muscle. Ainsi, l'injection de cocaïne locale provoque (par la paralysie des faisceaux neuro-musculaires) une abolition des réflexes tendineux, l'atonie, la perte du réflexe myostatique.

L'atonie due au curare n'est pas accompagnée, au contraire, par l'aréflexie tendineuse. Si l'on injecte de l'adrénaline à un animal curarisé et décérébré, on observe le retour de la rigidité qu'avait abolie le curare.

Les données pharmacodynamiques infirment l'hypothèse défendue par plusieurs physiologistes (V. plus haut Ken Kure) d'une innervation du tonus musculaire par le système nerveux végétatif, sympathique ou parasympathique.

Pharmacologie des centres du tonus. — M. A. SPIEGEL (Vienne et Philadelphie). Après avoir rappelé comment différentes substances toxiques modifient le tonus, l'auteur montre que les recherches de l'avenir doivent être orientées en vue de la découverte du siège exact des modifications fonctionnelles exercées par la toxine.

Relations entre les modifications du tonus musculaire et certaines voies anatomiques. — MM. LEWIS, J. PELLOCK et LOYAL DAVIS (Chicago). Les muscles de l'animal décérébré sont ductibles, ainsi que le montre leur plasticité; cette ductilité n'est pas en relation avec les appareils périphériques proprioceptifs, puisqu'elle persiste après la « déafférentation » des extrémités.

Un muscle pourvu de l'innervation tonique montre une augmentation de la viscosité et de la ductilité; le muscle tétanisé développe les mêmes propriétés.

Les systèmes statique et cinétique et leurs relations avec le tonus musculaire. — M. J. RAMSAY-HUNT (New-York). L'auteur reprend la classification proposée par lui voici une dizaine d'années : le système cinétique régularise les mouvements, le système statique l'activité posturale et tonique. Cette division se trouve déjà accusée dans la moelle et se poursuit à tous les niveaux du névraxe.

Le tonus musculaire dans les syndromes extrapyramidaux. — M. FEDELE NEGRO (Turin). Abstraction faite de l'in-

fluence des centres nerveux supérieurs, le tonus est maintenu et régularisé par deux facteurs : le premier l'arc diastaltique spinal, le second le système végétatif également spinal. Ce dernier semble agir surtout sur le sarcoplasma.

L'hypertonie caractéristique des syndromes sous-corticaux est due à la suppression de l'action frénatrice exercée normalement par les corps opto-striés sur les centres sous-jacents. Cette influence inhibitrice s'effectue selon deux voies : l'une cérébello-rubro-spinale, l'autre sympathico-spinale.

Parkinsonisme encéphalitique et lésions cortico-nigriques. — M. Donaggio (Modène). Selon cet auteur, les affections appelées par certains « extrapyramidales » reconnaissent comme répondant anatomique une altération combinée de l'écorce cérébrale et du locus niger.

La frontale ascendante et les circonvolutions préfrontales possèdent une double fonction pyramidale et extrapyramidale.

Désordres du tonus aux différents niveaux physiologiques. — M. S.-A. Kinnier Wilson (Londres). Du point de vue clinique, on peut distinguer plusieurs syndromes où le trouble tonique dépend de lésions qui affectent les différents « niveaux physiologiques » du névraxe. Par exemple, les états dysmyotoniques d'origine préspinale tels que la diplégie atonique, l'hémiplégie hypotonique, l'hémitonie apoplectique, la rigidité décérébrée, la cataplexie répondent chacun à des modifications dynamiques ou lésionnelles du cervelet, de la protubérance, du mésocéphale, des ganglions de la base.

Le phénomène de la poussée réflexe d'attitude. — M. A. Thévenard (Paris). Ainsi que l'auteur l'a montré avec Ch. Foix, le maintien des attitudes est réalisé par l'action jointe de deux éléments physiologiques. Le premier est un mécanisme de fixation, le second un appareil de régulation. Le tonus d'attitude est l'ensemble des renforcements automatiques de la tension musculaire provoqués par la station verticale, chez l'homme. Cette attitude est maintenue grâce à des réflexes régulateurs que le « phénomène de la poussée » permet de dépister et de préciser.

Toute poussée d'arrière en avant déclenche la contraction des muscles du plan postérieur, tandis que la poussée en sens inverse provoque la tension automatique ou réflexe des muscles du plan antérieur.

Dans les états de déséquilibration morbide (syndromes cérébelleux, ataxie du tabes), le phénomène de la poussée est perturbé ; il apparaît suppléé dans son insuffisance et marqué par un autre mode d'activité musculaire d'équilibration, s'apparentant aux réactions de soutien. Il est important de noter que le phénomène de la poussée se trouve aboli ou diminué par les lésions qui atteignent même d'une manière circonscrite, les régions juxta et sous-rubriques, sans qu'il soit possible aujourd'hui de définir le ou les centres qui président à la régulation du phénomène de la poussée.

TROISIÈME QUESTION

Les infections non suppuratives du système nerveux central. Nosographie, clinique, anatomie pathologique.

M. Otto Marburg (Vienne). Le premier groupe de ces maladies comprend toutes les infections caractérisées par un processus inflammatoire dégénératif : sclérose multiple, encéphalo-myélite périaxile scléreuse. Toutes proches de ces affections, la sclérose diffuse de Heubner, la sclérose centrolobaire de Schilder, Pierre-Marie et Foix, l'encéphalite aiguë morbilleuse, la neuro-myélite optique, l'encéphalite du pont et du cervelet de Redlich forment une série de chaînons par lesquels se relie le premier groupe avec le suivant.

Celui-ci se caractérise par une activité proliférative spéciale de la névroglie, laquelle se manifeste sous la forme de petits foyers disséminés, tout ensemble, dans les substances blanche et grise : encéphalite du typhus exanthématique, du tétanos, de la malaria, de la vaccine. Enfin, un dernier groupe comprend les ectodermoses neurotropes de Levaditi (poliomyélite aiguë, encéphalite léthargique, encéphalite zostérienne). Dans ces faits, l'exsudation et l'infiltration des tissus sont au maximum.

Recherches sur la pathologie de certaines encéphalomyélites à ultravirus. — MM. J. Mamiesco et Daxgonesco (Bucarest). Certains virus suivent la voie nerveuse, par odogenèse; mais il ne s'agit pas d'une simple transmission mécanique, car certains facteurs physiques interviennent : volume et charge électrique des ultravirus, pH du tissu et des centres nerveux, potentiel d'oxydulo-réduction. Le zona n'est pas lié à un virus fixé primitivement sur les ganglions spinaux; il s'agit, au contraire, d'un virus qui pénètre à travers l'épithélium cutané, attaque les extrémités des nerfs sensitifs et sympathiques, se propage le long des vaisseaux et des nerfs jusqu'aux ganglions et à la moelle. Le virus rabique se comporte d'une manière analogue.

Infections aiguës non suppurées du système nerveux ; étude anatomique. — M. G. Greenfield (Londres). On peut décomposer ces maladies en trois groupes : le premier comprenant les infections dans lesquelles le système nerveux se comporte vis-à-vis du virus comme des autres tissus de l'organisme; le deuxième lié à l'agression du virus neurotrope, rage, poliomyélite, zona, etc., où le cheminement du germe et des toxines s'effectue le long des nerfs; enfin le troisième dont la marque histologique consiste dans la démyélinisation périvasculaire : encéphalite périaxiale de Schilder, encéphalites de la vaccine, de la rougeole, de la grippe, la neuro-myélite optique, et les formes aiguës de sclérose en plaques.

Les infections aiguës non suppuratives du système nerveux. — M. Auguste Wimmer (Copenhague). Deux classes d'infections doivent être retenues : la première qui épouse les formes primitivement neurotropes, telles que la maladie d'Economo; la deuxième qui comprend les formes intermédiaires : l'encéphalomyélite disséminée aiguë cryptogénétique, les encéphalo-myélites vaccinales, varicelleuses, morbilleuses.

Etude comparative des infections aiguës atteignant principalement la substance grise (poliomyélite aiguë, rage, maladie de Borna. — M. H. Pette (Hambourg). Le germe morbigène de ces infections demeure inconnu, mais la réaction du système nerveux dans ces maladies affecte le même caractère. Le développement et l'évolution du processus sont conditionnés, d'une part par les conditions d'immunité générale du sujet et, d'autre part, par les influences locales.

Le virus se fixe évidemment sur le système nerveux avec une électivité constante, mais il faut remarquer aussi que, pour chaque infection, la localisation est variable. Celle-ci dépend de multiples facteurs et particulièrement du mode d'infection.

Bien que ces différentes maladies soient séparées aussi bien par leur symptomatologie que par leurs traits anatomiques, il existe entre elles des rapports de parenté d'ordre biologique.

Le zona. — M. André-Thomas (Paris) insiste sur la discordance qui existe entre les symptômes de l'herpès zoster et les lésions du système nerveux. Les douleurs, l'éruption sont non seulement variables d'un sujet à l'autre, mais répondent

à des altérations névritiques, ganglionnaires et médullaires dont la loi est encore à trouver. Pour ce qui est des paralysies zostériennes, il semble qu'aucune pathogénie univoque ne peut être défendue. Un certain nombre répondent à des lésions tronculo-radiculaires, quelques formes plus exceptionnelles sont liées à des lésions médullaires, d'autres enfin peuvent reconnaître une origine purement périphérique.

Quels sont les rapports entre le zona et la varicelle? Il est impossible d'être affirmatif et intransigeant sur ce point; mais il est très vraisemblable qu'entre les deux maladies il y a, en réalité, des rapports biologiques étroits. Comment le virus zostérien pénètre-t-il dans l'organisme et comment parvient-il aux centres nerveux? Problème difficile entre tous. Ce qui est très probable c'est que le virus, contrairement à celui de l'herpès vulgaire, ne chemine pas de la périphérie vers les centres. L'expérimentation, en effet, est sur ce point assez précise et concordante. Il est permis de penser que le zona est une infection générale qui, plus ou moins tôt, se localise sur certaines régions du névraxe : les ganglions spinaux, les nerfs périphériques, la moelle et parfois même l'encéphale.

Situation des encéphalomyélites disséminées aiguës. — M. L. van Bogaert (Anvers). Les encéphalites morbilleuses, post-vaccinales, varicelliques sont-elles la révélation d'une infection liée à un même agent morbifique, et le polymorphisme symptomatique est-il à rattacher aux conditions d'allergie du terrain? En faveur de cette thèse plaident les lésions nerveuses qui revêtent bien des traits communs; l'affinité myélinique du virus, la mobilisation précoce, défensive et constructive, de l'appareil neuro-glial, la prédilection des foyers pour les régions périvasculaires.

Mais ces analogies ne sont nullement démonstratives, les corrélations anatomo-cliniques ne sont, en définitive, guère en faveur de la conception uniciste selon laquelle les encéphalomyélites aiguës disséminées et la sclérose multiple répondraient à une même infection.

Syndrome encéphalitique et syndrome hystérique. Pathogénie. — M. Buscaino (Catane). On ne saurait méconnaître aujourd'hui l'importance majeure des ganglions centraux dans la genèse des accidents de l'hystérie. En effet, on peut observer dans la grande névrose des perturbations végétatives identiques à celles que l'on retrouve dans les affections organiques du système nerveux; ces perturbations ne sont pas d'origine psychogène, car elles ne sont reproduisibles ni par la volonté ni par la suggestion. L'asymétrie de l'innervation vaso-motrice est un exemple frappant de l'apsychie de certains symptômes dits hystériques.

Remarques sur les encéphalites non suppurées. — M. C. von Economo (Vienne). Il existe des différences fondamentales entre les encéphalites dont la symptomatologie semble pourtant assez voisine, telles que l'encéphalite post-vaccinale.

L'encéphalite vaccinale, par exemple, se caractérise, du point de vue histologique, par une abondance de foyers de prolifération névroglique dispersés dans les substances blanche et grise du cerveau; l'encéphalite léthargique, au contraire, montre une dilection pour la substance grise. En résumé, si l'on envisage non point le côté purement symptomatique dont les raisons de sa monotonie sont aisées à saisir et si l'on se place sur le terrain biologique, on est frappé par les oppositions par lesquelles contrastent les encéphalites non suppurées dont l'agent causal demeure hypothétique.

L'importance de corpuscules d'inclusion dans les maladies? Virus neurotrope. — M F.-H. Lévy (Berlin). On accepte généralement l'idée que les corpuscules qui renferment le protoplasma et le noyau des cellules nerveuses sont caractéristiques des maladies à virus neurotropes. En réalité, cette thèse n'est valable que pour l'animal; car, chez l'homme, les processus involutifs peuvent créer les mêmes formations. Il est impossible, à l'heure actuelle, de décider si l'hypophyse joue un rôle dans le déterminisme de ces inclusions nucléaires et protoplasmiques, mais les dernières recherches de l'auteur plaident en faveur de cette hypothèse.

Encéphalite et encéphalopathie de la rougeole. — MM. A. Ferraro et H. Scheffer (New-York), ayant observé 6 cas personnels d'encéphalite morbilleuse, concluent que ce type morbide se caractérise par des lésions assez spéciales : prolifération périvasculaire étendue à la substance blanche et au cortex, participation prédominante de la mésoglie, dégénération accentuée des gaines myéliniques. Toutefois, dans 2 cas, les lésions précédentes n'existaient pas et les altérations cérébrales se limitaient à la destination des cellules nerveuses. D'où les auteurs concluent que l'encéphalite morbilleuse est sans doute causée par une toxine exogène.

La myélite de la variole. — M. Brouwer (Amsterdam). Il s'agit ici d'un malade chez lequel se développa une myélite intensive et où l'examen histologique fit constater des lésions du type inflammatoire dans la région lombo-sacrée, tandis que la moelle cervico-dorsale était respectée en apparence.

M. G. Guillain (Paris), résumant l'ensemble des rapports présentés, conclut que, à l'heure actuelle, certains problèmes semblent résolus. Personne ne conteste plus la migration le long des nerfs des toxines et des germes morbides non plus que la fixation élective des toxines sur certains centres nerveux. Ces deux données éclairent singulièrement la pathogénie des maladies infectieuses du système nerveux. Mais il faut reconnaître que nous sommes encore très loin de saisir le pourquoi et le comment de bien des infections neurotropes; la solution des énigmes que ces processus nous posent ne sera donnée que par une collaboration générale de tous les chercheurs des sciences biologiques.

QUATRIÈME QUESTION

Traumatismes et système nerveux. Etude clinique anatomo-pathologique expérimentale et thérapeutique.

Les lésions du système nerveux consécutives aux traumatismes. — M. Ottonio Rossi (Pavie). Trois problèmes doivent surtout retenir l'attention : 1 Quels sont les syndromes neurologiques dus, en totalité ou en partie, à l'action du traumatisme sur le système nerveux; 2° Quelles sont les altérations que le traumatisme provoque sur les éléments nerveux? 3° Quel peut être le mécanisme de ces altérations?

Si l'on envisage les conséquences du traumatisme sur les cellules et les fibres nerveuses, on voit que l'on peut le classer en trois catégories : les lésions grossières qui traduisent la mort définitive de la matière vivante; les altérations moins profondes qui permettent aux éléments de survivre pendant un temps variable, mais dont la destinée est de succomber; en dernier lieu les modifications qui ne déterminent jamais la déchéance totale de l'élément nerveux et permettent au contraire une restauration fonctionnelle et organique. Il ne faut pas oublier, lorsqu'on étudie les effets du traumatisme sur les éléments nerveux, de prendre garde aux altérations de la partie la plus délicate peut-être du névraxe : les synapses.

Malgré les arguments qui lui ont été opposés, la théorie de l'ébranlement moléculaire ne peut être méconnue aujourd'hui. Sans nier la réalité des perturbations vasculaires à type de spasme qui peuvent intervenir ici (bien que nous ne sachions pas, d'une manière certaine, le rôle des vaso-moteurs

cérébraux), il est fort vraisemblable que le rôle de ces perturbations a été singulièrement exagéré.

En terminant, Rossi prend en considération une théorie nouvelle et séduisante par certains côtés, selon laquelle certaines modifications du système nerveux relèveraient non pas de l'ébranlement lui-même, mais de l'action délétère de substances neuro-toxiques engendrées par la désintégration traumatique. Il faut se garder de limiter l'étude du traumatisme à l'adulte; l'enfant lui aussi peut être atteint, soit au moment de la naissance, soit pendant la vie intra-utérine, soit enfin au cours des premiers jours de la vie. Les traumatismes cranio-encéphalitiques, s'ils ne possèdent pas une symptomatologie franche au début, laissent d'importantes séquelles dont nous ne faisons qu'entrevoir l'importance pathogénique. Le problème de l'origine traumatique de la classique encéphalite du nouveau-né de Virchow doit être de nouveau remis à l'étude.

La commotion du cerveau. Diagnostic et traitement des syndromes consécutifs aux traumatismes de la tête. — M. P. Symonds (Londres). Le problème de la commotion encéphalique est aujourd'hui encore des plus difficiles à résoudre; et ceci pour la raison que, ou bien la commotion est telle que toutes les fonctions cérébrales sont abolies et que cet anéantissement est le prélude d'une précoce agonie, ou bien que les perturbations encéphaliques sont si régulièrement curables qu'elles nous laissent dans l'ignorance de leurs lésions provocatrices.

Du point de vue purement clinique, on peut diviser les syndromes commotionnels encéphaliques en deux grands groupes : 1° la stupeur traumatique aiguë, caractérisée par l'obscurcissement de la conscience, laquelle persiste pendant un ou plusieurs jours après l'accident; 2° les symptômes mineurs qui sont, ainsi que l'expérience de guerre nous l'a démontré, la rançon de l'ébranlement mécanique du cerveau, tels que les vertiges, les éblouissements, les céphalées, le retentissement douloureux des sensations vives, qu'il s'agisse de sensations lumineuses ou auditives.

Pour ce qui est du premier groupe, il faut se demander quel peut être le rôle joué par les modifications tensionnelles du liquide cérébro-spinal dont nous connaissons le retentissement sur le fonctionnement de l'écorce cérébrale — et quelle est l'importance des altérations directes des cellules et des fibres nerveuses provoquées par l'ébranlement traumatique.

Du premier facteur, nous pouvons nous faire une idée d'après ce que nous savons des syndromes d'hypertension céphalo-rachidienne nou traumatique et de l'efficacité de la rachicentèse et des injections sanguines de sérum hypertonique.

Mais, à l'heure actuelle, il est impossible, à moins de dépasser les faits positifs, d'affirmer la réalité de telle ou telle pathogénie. Il est probable que dans la genèse de la commotion cérébrale figurent plusieurs facteurs d'essence diverse qu'il est utile de connaître et de distinguer. C'est à cette seule condition qu'un traitement rationnel pourra être appliqué à la commotion cérébrale.

L'influence du traumatisme dans la genèse de quelques maladies nerveuses. — M. O. Veraguth (de Zurich). Pour tout médecin, l'influence du traumatisme sur le développement des maladies du système nerveux offre un intérêt capital ; en effet, il est peu de praticiens qui n'aient été aux prises avec la difficulté d'établir la réalité ou non de la dépendance d'un syndrome neurologique quelconque avec un traumatisme ancien ou récent.

Mais d'abord, par traumatisme, que doit-on entendre? Les définitions que l'on fournit ne sont nullement concordantes. Il semble cependant que l'on pourrait s'accorder sur ce point essentiel que le traumatisme est l'ensemble des modifications provoquées dans l'organisme par l'application brutale, ou bien limitée dans le temps, d'une force étrangère, quelle que soit sa nature. Pour rester sur le domaine du système nerveux, il convient d'envisager non seulement l'encéphale et son prolongement spinal, mais aussi l'ensemble des nerfs périphériques, le système sympathique et le psychisme.

Il faut également tenir compte de l'âge, car les conséquences d'un traumatisme encéphalique ou médullaire sont tout autres selon qu'il s'agit d'un enfant ou d'un vieillard, et aussi de la disposition immédiate de l'organisme. Tout de même que tout état morbide représente une lutte changeante et diverse entre les forces vitales et l'agent morbifique, la vulnérabilité, la sensibilité au traumatisme apparaît éminemment variable selon le moment et les circonstances étiologiques associées.

Les modalités des rapports conditionnels par lesquels se relient les maladies nerveuses et les traumatismes peuvent être ainsi dénombrées : 1° l'affection nerveuse est la conséquence exclusive du choc ; 2° le trauma crée une disposition du système nerveux favorable au développement d'une maladie ; 3° le trauma libère une disposition constitutionnelle morbide; 4° le choc accélère ou aggrave le cours d'une maladie.

Si, du point de vue théorique, une discrimination est relativement aisée, pratiquement il n'en va pas ainsi. Il n'est pas rare que les conditions de l'accident se soient obscurcies dans la mémoire du sujet, ou que celui-ci ait été atteint d'amnésie rétrograde, ou encore que l'accidenté interprète inconsciemment les données positives qu'il a pu recueillir.

D'autre part, se fier aux statistiques serait dangereux; la plupart sont incomplètes ou tendancieuses.

Les maladies qui semblent devoir en partie être influencées ou initiées par l'ébranlement traumatique sont la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique, les néoplasmes, la sclérose en plaques, l'épilepsie, certaines toxicoses et quelques infections du système nerveux, au premier rang desquelles il faut placer le tabes et la paralysie générale.

Les syndromes neurologiques consécutifs aux électrocutions industrielles. — M. Naville (de Genève) envisage l'ensemble des perturbations fonctionnelles ou organiques causées par l'électrocution liée au machinisme moderne et exclut les faits mieux connus de fulguration, l'électrocution légale, etc.

En suivant l'ordre de leur apparition, les troubles neurologiques peuvent se classer ainsi : troubles de la conscience, convulsions précoces, perturbations des fonctions des nerfs périphériques, syndromes encéphaliques, névrites durables, myélites, atrophies névritiques lentes.

Aussitôt après l'accident, l'électrocuté présente souvent un trouble de la conscience qui va jusqu'à la perte de connaissance complète avec amnésie consécutive ; parfois le coma s'installe ou encore une agitation psychomotrice de caractère confusionnel. Malgré leur gravité apparente, ces troubles peuvent disparaître et guérir complètement. La pathogénie à leur attribuer est loin d'être définie; en tout cas, il importe de les différencier des perturbations à pronostic plus sévère et qui sont attribuables aux traumatismes craniens concomittants de l'électrocution et aussi aux phénomènes toxiques ou infectieux qui viennent souvent compliquer une situation qui, par ailleurs, serait assez simple. Chez l'homme, les convulsions épileptiques semblent moins fréquentes que chez l'animal ; toujours il s'agit d'une manifestation éphémère.

Assez souvent, l'accidenté éprouve pendant quelques jours après l'électrocution, un sentiment diffus de faiblesse des membres associée à des paresthésies et compliquée parfois de véritables troubles de la régulation vasculaire périphé-

rique. En général, le pronostic de ces troubles est favorable, mais il importe cependant de faire quelques réserves, car l'on a observé des faits de ce genre dont l'évolution s'effectuait dans le sens de l'organicité et aboutissait, plus ou moins tôt, à des syndromes d'amyotrophie lente.

Le passage du courant électrique peut provoquer, même à distance, un œdème cérébral avec toutes ses redoutables conséquences : œdème papillaire, syndromes vestibulaire et cochléaire, syndrome sympathique, névrite optique, hémiplégie. Dans les faits de cette catégorie, il importe de ne pas attribuer tous les symptômes encéphalites à l'unique passage du courant. Bien souvent, les sujets présentent un état morbide antérieur latent d'hypertension artérielle ou d'artériosclérose que révèle brutalement l'accident de l'électrocution.

Il semble que l'électrocution est responsable d'un certain nombre de cas de myélite. Le plus souvent, on a affaire à des individus atteints de grossières brûlures, et il est légitime de penser que, dans les faits de cet ordre, la lésion médullaire est liée à l'intoxication. Mais il est des cas plus intéressants, dans lesquels toute brûlure fait défaut. Ici, l'altération spinale doit être mise sur le compte exclusif de l'électrocution. Malheureusement, nous ne possédons aucun fait anatomique précis qui autorise une conclusion sur la pathogénie des myélites par électrocution.

Les atrophies névritiques lentes, dans la règle, prolongent les accidents immédiats périphériques. Peu de jours ou quelques semaines après l'accident, apparaissent des troubles de la sensibilité, lesquels se compliquent bientôt d'une atrophie portant sur tous les segments du membre atteint par le passage du courant. Cette atrophie peut ne pas demeurer localisée et s'étendre du côté opposé ou encore au membre supérieur ou inférieur homolatéral.

Jusqu'ici, ces atrophies ont été considérées comme l'expression de névrites ascendantes, mais il semble plus vraisemblable qu'il s'agit de lésions spéciales progressives comparables à celles qui ont été décrites dans les commotions spinales (voy. Rapport de Lhermitte).

En terminant, M. Naville discute le problème des rapports qu'il faut envisager au point de vue médico-légal entre l'électrocution et certaines affections neurologiques telles que la sclérose en plaques, la paralysie générale, l'épilepsie chronique. Très justement, l'orateur démontre que c'est une erreur d'attribuer les affections précédentes au passage brutal du courant électrique à travers le système nerveux central.

La commotion de la moelle épinière. — M. Jean Lhermitte (Paris). L'ébranlement de la moelle peut être réalisé soit directement par un choc porté sur le rachis ou les parties qui lui sont connexes, soit indirectement par les modifications brutales de la tension atmosphérique. Dans l'étiologie, on doit tenir compte non seulement du choc mécanique, mais des facteurs adjuvants qui sensibilisent le système nerveux : froid, inanition, fatigue, intoxication, infection latente ou avérée. Les commotions cervicales sont les plus variées au point de vue clinique, et l'on doit reconnaître les formes quadriplégique, hémiplégique, diplégique et monoplégique brachiale.

Les variétés commotionnelles à type sensitif sont intéressantes au double point de vue clinique et pathogénique; parmi celles-ci, on retient surtout les types hétéresthésique, hyperalgique, pseudo-tabétique, le type caractérisé par les sensations de décharges électriques.

Contrairement à nombre d'auteurs, M. Lhermitte soutient que les altérations proprement commotionnelles ne consistent pas dans des hémorragies, mais dans des modifications physico-chimiques, microstructurales ou dégénératives des fibres et des cellules nerveuses auxquelles s'associent des processus de déblaiement et de cicatrisation réalisés par la névroglie. Si, exceptionnellement, apparaissent des foyers hémorragiques, les lésions focales dues à l'ébranlement sont de nature malacique.

Les phénomènes cliniques engendrés par la commotion comptent parmi ceux qui sont le plus aptes à s'effacer; il y a donc une double restauration : fonctionnelle et structurale ou morphologique. Cette dernière est d'étude difficile; cependant certains faits sont bien établis qui démontrent la régénération intraspinale des expansions des racines postérieures, laquelle permet de comprendre la réapparition de la sensibilité cutanée ou profonde dans les cas qui semblent absolument désespérés.

Pour ce qui est de la pathogénie de la commotion, l'auteur admet que l'ébranlement des fibres et des cellules de la moelle est dû au choc transmis par le liquide céphalo-rachidien, grâce à sa pénétration dans les gaines de Virchow-Robin.

Les lésions histologiques du système nerveux de nature traumatique et révélées par l'expérience de la guerre. — M. Von Sarbo (Budapest). Depuis fort longtemps l'on a supposé que les ébranlements du système nerveux pouvaient provoquer des modifications si discrètes des cellules et des fibres nerveuses et névrogliques que l'étude microscopique s'avérait impuissante à les déceler. De ces modifications on trouvait la preuve dans la présence, chez l'accidenté, des petits signes appartenant à la série organique comme aussi dans l'évolution parfois progressive et fatale des manifestations morbides. Ainsi s'est créée la notion de la névrose traumatique d'Oppenheim. Malheureusement, le terme de « névrose » est compris d'une manière très différente en Allemagne et en France où névrose invoque nécessairement l'idée d'une perturbation purement fonctionnelle et, par conséquent, curable dans tous ses éléments.

D'autre part, même dans les cas où fait défaut tout symptôme organique, on a dû reconnaître que, bien souvent, des altérations très fines des structures nerveuses devaient être à la base des symptômes observés car la plus minutieuse analyse ne révélait aucun choc psychique, aucun état émotif préexistant. C'est pour les faits de ce genre que Von Sarbo admit l'existence de ce qu'il appela la « lésion microstructurale », laquelle est capable de complète restauration et peut, à elle seule, rendre compte des éléments du tableau pathologique. Selon l'orateur il y a, au vrai, entre les altérations anatomiques grossièrement reconnaissables et les lésions moléculaires admises par Charcot, Oppenheim, un terme de passage; celui-ci est caractérisé par ce double fait que la lésion suspend plus ou moins complètement la fonction, tandis qu'elle se montre susceptible d'une restauration parfaite.

La lésion microstructurale, le microtraumatisme diffus, comme l'appelait P. Lecène, est la base même de la commotion cérébrale. Il est important de ne jamais oublier que ces lésions microstructurales peuvent être l'amorce d'une affection neurologique sévère, comme la paralysie agitante.

De la même manière que le système nerveux central, les nerfs périphériques peuvent être affectés par l'altération microstructurale : celle-ci détermine des perturbations de la sensibilité (hypoesthésie, thermoanesthésie) et de la trophicité (amyotrophie discrète).

On sait que, selon Verworn, les éléments nerveux centraux possèdent une excitabilité hétérobolique, c'est-à-dire qu'ils transforment les excitations extérieures et les emmagasinent, tandis que les nerfs périphériques sont isoboliques. Or, les altérations microstructurales sont capables de renverser ce schème et de transformer l'activité isobolique du nerf en une activité hétérobolique. Le même effet peut être observé sur les éléments cérébro-spinaux.

L'orateur insiste fortement sur ce point que les symptômes commotionnels ne sont pas à rapporter à une névrose, mais à des altérations histologiques très fines, susceptibles de restauration.

J. LHERMITTE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE 1931)

Influence de l'argent métallique sur la calcification des larves d'oursin. — M. Georges BOHN et Mme Anna DRZEWINA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1931)

M. DE LAPERSONNE, président, annonce la mort de M. Léon Grimbert, membre titulaire dans la section de pharmacie, et de M. Lucien Reynaud (d'Alger), délégué de la France à la S. D. N., correspondant national dans la section d'hygiène.

Les déchets azotés du sang dans la néphrose lipoïdique. — MM. ACHARD et CODOUNIS, résumant 19 cas de néphrose lipoïdique, étudient les déchets azotés du sang. En général, c'est avec les taux les plus élevés d'urée qu'on observe aussi les taux les plus forts d'acide urique et d'azote non protéique; mais il n'y a pas de parallélisme rigoureux entre l'urée et les autres déchets azotés.

Les variations de l'azote total et de l'acide urique sont ordinairement peu différentes.

Dans la plupart des cas, l'acide urique et l'azote total non protéique ont des taux supérieurs à la normale. L'urée dépasse souvent aussi la moyenne et, dans 10 cas, son taux était supérieur à 1 p. 1.000.

Il résulte de ces constatations que, dans les affections rénales avec lipoïdurie, il y a souvent de véritables néphrites et que le régime hyperazoté, conseillé contre l'hypoprotéinémie, doit être attentivement surveillé.

Chimiothérapie de l'épithéliome thyroïdien des salmonidés par les sels halogènes de magnésium. — MM. Louis THOMAS et L. KREISMANN (présentation faite par M. Delbet).

Dénomination du paludisme. — M. Jean CARDAMATIS propose de remplacer le nom de paludisme par celui d'*anophéliase*, par analogie avec d'autres maladies parasitaires : helminthiase, phtiriase, etc.

— La séance du mardi 13 octobre sera une séance solen-



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'infarctus du myocarde, par le docteur E. DONZELOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. « La Pratique médicale illustrée ». In-8 de 24 pages avec figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

nelle consacrée à la médecine coloniale. M. Marchoux traitera des *acquisitions nouvelles dans la lutte contre le paludisme*, M. Mathis des *spirochétoses africaines* et M. Mesnil de *la maladie du sommeil*.

Le lendemain, l'Académie visitera l'Exposition coloniale à 14 h. 1/2. Le soir aura lieu une fête à l'Exposition.

LIVRES NOUVEAUX

Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Etude physiologique, clinique et thérapeutique (1), par le docteur Gaston Cotte, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (prix Huguier 1928) et par l'Académie des sciences (prix Monthyon 1929).

Dès son apparition, en 1928, ce livre a conquis très vite les faveurs du public médical. Certes, l'idée en était originale. Réunir dans un même ouvrage tout ce qui concerne les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme en superposant constamment les faits anatomo-cliniques aux données physiologiques, expliquer à la lumière de celles-ci le mécanisme de ces désordres de la vie génitale féminine, et étayer sur ces bases une thérapeutique médicale ou chirurgicale efficace, c'était une entreprise qui n'avait jamais été faite et dont la réalisation n'était pas sans difficultés. Elle fut, d'ailleurs, particulièrement heureuse et la presse médicale tout entière fut unanime à souligner l'intérêt d'un tel ouvrage qui fut partout très apprécié.

Dans la deuxième édition qui paraît aujourd'hui, on retrouvera toutes les qualités qui ont assuré au livre du docteur Cotte un si beau succès. Dans toutes les questions qu'il traite et qu'il connaît si bien, son expérience personnelle, jointe à une documentation très complète sur les données acquises depuis trois ans dans ce domaine, a permis à l'auteur d'apporter son étude à un grand nombre d'éléments nouveaux qui éclairent d'un jour de plus en plus grand quantité de problèmes restés encore assez obscurs et qui comportent des conséquences thérapeutiques fort intéressantes. Au total, si le plan de l'ouvrage qui renferme environ 250 pages et 80 figures de plus que le précédent est le même, il n'y a pas un chapitre qui n'ait été plus ou moins refondu et complété.

L. G.

Anatomie pathologique (2), par M. Maurice Letulle, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire de l'hôpital Boucicaut; avec la collaboration de MM. L. Nattan-Larrier, professeur au Collège de France ; A. Jacquelin, médecin des hôpitaux de Paris; L. Duclos, ophtalmologiste adjoint de l'hôpital chirurgical Gouin; E.-P. Normand, conservateur du musée d'anatomie pathologique générale Maurice Letulle (hôpital Boucicaut).

Maurice Letulle a consacré toute sa vie de chercheur et de savant à l'anatomie pathologique. Ses innombrables travaux ont été publiés dans les revues scientifiques du monde entier, où ils étaient tenus en haute estime, partout cités et commentés. Durant sa longue carrière, il avait accumulé avec l'amour et la passion d'un collectionneur une masse énorme de documents : pièces anatomiques, préparations histologiques, dessins et photographies, et cette collection, dans laquelle il puisait les éléments de ses travaux, constitue à l'heure actuelle un des plus beaux ensembles qui aient jamais été réunis.

Ce traité d'anatomie pathologique qui paraît aujourd'hui est le fruit d'un demi-siècle de labeur et de recherches : le professeur Letulle en avait achevé le manuscrit quelques semaines avant sa mort et il avait confié à ses collaborateurs habituels et à son fils le soin de le faire paraître. C'est un ouvrage complet, car la compétence de l'auteur était considérable, et il n'est guère de sujets de pathologie générale ou spéciale qu'il n'ait abordés et auxquels il n'ait attaché une idée nouvelle.

Fervent fidèle et partisan de la doctrine anatomo-clinique, il a voulu poursuivre dans ce livre la méthode d'enseignement qu'il a toujours pratiquée avec tant d'enthousiasme au lit du malade, à la salle d'autopsie et à la Faculté : non seulement décrire les lésions, mais les fixer par l'image dans leur réalité.

Les centaines de dessins et de photographies qu'il a lui-même choisis pour illustrer ce traité, parmi les innombrables collections de son musée, tendent à démontrer que l'anatomie pathologique n'est pas, comme beaucoup se l'imaginent, une science abstraite, difficile à aborder. Unie à la clinique, la « science des lésions » constitue en effet un ensemble harmonieux indispensable à la pratique de la médecine et de la chirurgie.

Ce traité d'anatomie pathologique, le plus riche existant actuellement, tant au point de vue du texte lui-même que de l'illustration entièrement originale, constitue donc un document de premier ordre pour les médecins et les chirurgiens, les anatomistes et les savants, les bibliothèques et les laboratoires.

L. G.

Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie. (N° 8, août 1931, Masson, éditeur) :

Argentine. — Mariano R. Castex : L'insuffisance cardiaque dans l'hyperpiésie. L'asystolie hypertensive.

Carlos Bonorino Udaondo et Guillermo P. Gonalons : L'action du mathé sur la fonction gastrique.

Brésil. — Duarte Moreira : De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales.

Hélion Póvoa et Paulo Filho : Diagnostic des néoplasmes oculaires par la réaction de Botelho dans l'humeur aqueuse.

CONGRÈS

La deuxième Conférence internationale et le Congrès colonial du rat et de la peste se tiennent à Paris cette semaine. La séance d'ouverture a eu lieu mercredi, à l'Institut Pasteur, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Calmette et la présidence de M. le professeur Marchoux. M. le gouverneur général Olivier présidait la séance inaugurale. A partir de samedi les séances de travail auront lieu à l'Exposition coloniale. Dimanche a lieu un voyage au Havre.

La réunion plénière de la Société anatomique de Paris aura lieu le lundi 12 octobre, à 9 h., au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

Les questions à l'ordre du jour sont la *lymphogranulomatose* (maladie de Sternberg-Paltauf) et la *structure des parois vasculaires*.

IXe Congrès international d'histoire de la médecine. — Ce Congrès aura lieu à Bucarest (Roumanie) en septembre 1932.

Adresse du bureau du Congrès : Bucarest II, Strada Stirbei Voda 86.

(1) Grand in-8 de 780 pages avec 199 figures. — Prix : broché, 100 fr. ; relié toile, fers spéciaux, 120 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Trois volumes grand in-8 de 2.346 pages et 843 figures. — Prix : brochés, 520 fr. ; reliés, 600 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

N° 82. — MERCREDI 14 OCTOBRE 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 14 OCTOBRE 1931. — N° 82.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE
Discours prononcé à l'Académie de médecine par M. Jean-Louis Faure.
REVUE DES THÈSES
PRATIQUE MÉDICALE
Contribution à l'étude de la vaccinothérapie des infections d'origine gonococcique, par MM. A. Jaubert et P. Goy.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1930-1931.
HYDROLOGIE
Visite de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu à Vichy.
CHRONIQUE
Le deuxième Centenaire de la fondation de l'Académie royale de chirurgie, par M. F. L. S.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Communiqué de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Formes cliniques et diagnostic de l'appendicite aiguë (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR DEUX PLACES DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Jury : MM. Frey, Schaeffer, Lemerle, Robin, Rochard, Brouardel, Mouchet; lecteur : M. Vilenski; censeurs : MM. Boissier, Chatellier.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 8 octobre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la tuberculose génitale de l'homme. — Zona intercostal. »

MM. Moulinier, 13; Scheid, 20; Mathivat, 18 ; Ghozland, 20 1/2; Soyer, 22; François, 17; Boussoulade, 18 ; Wetterwald, 24; Monnier, 16; Seguin, 17; Broutmann, 18.

Les séances auront lieu les lundis à 16 h. 30, les mardis à 9 h. 30, les jeudis à 16 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — RENNES. — M. Jourdin, professeur suppléant et chef de travaux anatomiques, à l'École de médecine de Rennes, est nommé, à dater du 5 octobre 1931, professeur titulaire de la chaire d'anatomie, en remplacement de M. le professeur Lautier, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie, physiologie et histologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le mardi 19 avril 1932 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Bouloumié (de Vittel), Buizard (de Paris), Chavannaz (de Bordeaux), Le Lorier, Letellier, Lévy-Solal, Monbrun et Rist (de Paris), Thilliez (de Béthune).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs de Alberti (de Nice), Argellies (de Perpignan), Aumond (de Caen), Barbier (de Grenoble), Bergugnat (d'Argelès-Gazost), Bertholet (de Toulon), Mlle Bouet (de Vichy), MM. Capgras (de Paris), Chanteux (de Falaise), Delarue (de Bar-sur-Seine), Delhaye (de Solesmes), Duroisel (de Sèvres), Engel (de Flavigny-sur-Moselle), Faysse (de Lyon), Hermabessière (de Saint-Flour), Hortolès (de Montpellier), Hudelo (de Paris), Le Berre (de Pontrieux), Leclerc (de Saint-Lô), Le Mierre et Lipschitz (de Paris), Malfuson (de Sancerre), Marty (de Saint-Cernin), Maubert (de Flers), Ménard, Moulonguet [P.-A.] (de Paris), Mutterer (de Mulhouse), Orabona (de Novella), Pascalis [L.-G.] (de Paris), Penot (de Vivonne), Périer (de Paris), Poussin (de Barre-en-Ouche), Renouard (de Paris), de Rocca Serra (de Marseille), Roullet-Audy (d'Ussel), Sarrazin (d'Auxerre), Sorgius (de Schiltigheim), Thilliez (de Lille), Vallée (de la Guerche-de-Bretagne), Vieubleb et Virey (de Paris).

MÉDAILLE DE LA RECONNAISSANCE FRANÇAISE. — La médaille en bronze est décernée au docteur Deleau (de Mons-en-Bareuil).

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin général inspecteur Audibert, en congé, a été placé, à compter du 8 octobre 1931, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire des troupes coloniales.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé

aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux le 29 octobre 1931.

S'inscrire auprès du Directeur de l'Inscription maritime à Bordeaux.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Sont actuellement vacants : un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise) et un poste de médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord).

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — Au cours de l'assemblée générale de l'Association française de chirurgie, il a été procédé aux élections pour 1932. Ont été élus : vice-président : M. le professeur Leriche (de Strasbourg) ; membre du Comité, M. le professeur Charles Lenormant.

Le prochain Congrès sera présidé par M. le professeur Pierre Duval, vice-président pour 1931.

Questions mises à l'ordre du jour pour 1932 :

Chirurgie du cœur (traumatismes exceptés). — Rapporteurs : MM. Lenormant (de Paris) et Leriche (de Strasbourg).

Traitement opératoire des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche. — Rapporteurs : MM. Cunéo (de Paris) et Rocher (de Bordeaux).

Traitement chirurgical des maladies du sang. — Rapporteurs : MM. Jean Quénu (de Paris) et Santy (de Lyon).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Masson (de Grandris) et Poiteau (de Bienvilliers-au-Bois).

CHRONIQUE

LE DEUXIÈME CENTENAIRE DE LA FONDATION DE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE

L'Académie de médecine et la Société nationale de chirurgie se sont réunies mercredi à l'Académie de médecine, à l'occasion du XLe Congrès de chirurgie pour commémorer le deuxième Centenaire de la fondation de l'Académie royale de chirurgie, en présence de M. le Président de la République et de M. Landry, ministre du Travail.

A leurs côtés avaient pris place M. Serge Gas, directeur de l'hygiène au ministère de la Santé publique ; M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur ; M. le recteur Charléty, le médecin général inspecteur Cadiot, le médecin général Oudart de la marine, le médecin général Rouvillois.

Au bureau M. de Lapersonne, président, avait à sa droite M. Charles Lenormant, président de la Société de chirurgie, et à sa gauche M. J.-L. Faure. Derrière les membres du bureau, en uniforme, se trouvaient les anciens présidents de l'Académie et de la Société de chirurgie, et M. le professeur Lambret, président du Congrès de chirurgie.

Dans l'assistance très brillante on remarquait le comte et la comtesse de Lambertye et Mlle Mareschal de Bièvre, descendants du fondateur de l'Académie royale de chirurgie.

Au premier rang se trouvait Mme la maréchale Lyautey.

M. de Lapersonne, président de l'Académie, a pris le premier la parole. Après avoir remercié le chef de l'État d'avoir bien voulu honorer de sa présence cette cérémonie, il a adressé au ministre du Travail l'expression de sa gratitude.

En un bref et excellent discours, M. de Lapersonne montre que la fondation de l'Académie royale de chirurgie en 1731, doit être retenue comme le commencement de l'ère moderne de la chirurgie française. C'est à Mareschal, la Peyronie et la Martinière que l'on doit la fondation et le développement de cette institution.

En 1793, la Convention la supprimait, comme toutes les Académies et Sociétés littéraires patentées ou dotées par la Nation.

A la fondation de l'Académie de médecine, en 1820, la majeure partie des fonctions et prérogatives de l'ancienne Académie lui fut attribuée. Mais le recrutement très limité de ses membres gêne les chirurgiens, aussi en 1843, dix-sept docteurs jeunes et ardents, conduits par Auguste Bérard et Marjolin, fondent la Société de chirurgie. « Nous n'avons jamais oublié notre commune origine, c'est pourquoi l'Académie de médecine et la Société nationale de chirurgie, héritières à des titres divers de l'ancienne Académie de chirurgie, ont eu la pensée de commémorer la fondation de leur ancêtre directe dans l'Académie de médecine même, et elles ont fait coïncider la date de cette cérémonie avec la réunion du XLe Congrès français de chirurgie qui représente depuis longtemps les assises annuelles de la chirurgie française. »

Deux discours furent ensuite prononcés par M. le professeur J.-L. Faure au nom de l'Académie, discours que nous sommes heureux de publier plus loin, et par M. le professeur Lenormant, président de la Société nationale de chirurgie.

Nous regrettons que le manque de place ne nous permette pas de publier le discours de M. Lenormant, belle page d'histoire solide et brillante, émaillée d'anecdotes, bien digne des remarquables éloges qu'il prononçait naguère, comme secrétaire général à la Société de chirurgie.

Après avoir exposé l'évolution de la chirurgie en France, au cours des siècles précédents et l'état de déchéance où elle se trouvait au début du XVIIIe siècle, M. Lenormant trace un portrait très brillant des fondateurs de l'Académie.

« C'est à ces trois hommes, Mareschal, la Peyronie et la Martinière, que sont dues toutes les réformes, toutes les créations qui, au cours du XVIIIe siècle, ont transformé la chirurgie et lui ont donné un élan et un éclat incomparables. »

F. L. S.

— A la fin de la cérémonie M. le Président de la République a visité, dans la salle des Pas-Perdus, l'exposition de portraits et de précieux documents d'histoire se rapportant à l'Académie royale de chirurgie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMUNIQUÉ DE LA FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

Nous sommes informés que certaines mutualités, par l'intermédiaire de leurs infirmières visiteuses ou même de leur service médical, donneraient aux assurés sociaux de leurs caisses primaires des directives concernant leur traitement ou tenteraient de les diriger sur certains établissements de soins.

Si l'existence de ces pratiques, d'ailleurs contraires aussi bien à l'esprit et à la lettre de la loi qu'aux conventions signées, nous était confirmée, il y aurait lieu d'y mettre obstacle avant qu'elles ne se développent et n'aient rendu la tâche du médecin traitant impossible.

Aussi prions-nous instamment les confrères qui auraient connaissance de faits de ce genre de bien vouloir les signaler au secrétaire de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, à Paris.

L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE

Par M. Jean-Louis FAURE,

Membre de l'Académie de médecine.

Pour bien comprendre l'action de l'Académie royale de chirurgie et le rôle qu'elle a joué dans l'évolution de cette science, il faut se rendre compte de ce qu'était la chirurgie française, au moment où quelques hommes, qui marchaient avec l'esprit de leur temps, se réunirent pour discuter ensemble de tout ce qui peut l'intéresser.

Ambroise Paré était mort depuis un siècle et demi. Je ne reviendrai pas, ayant eu l'occasion d'en parler ici même, il y a un an, sur l'œuvre de ce grand réalisateur. qui n'eut d'autre maître que lui-même, et qui ne mérite ce grand nom de « Père de la chirurgie » que parce qu'il avait pris pour guide l'observation personnelle, et qu'il avait su s'affranchir, en bien des points, des erreurs du passé.

Avec lui finissait le XVIe siècle. Mais le XVIIe, si grand par tant de côtés, ne nous offre aucun de ces noms dominateurs qui survivent, au cours des âges, aux hommes qui les ont illustrés.

Il semble qu'aux grandes époques, où l'esprit humain subit une sorte de fermentation qui s'épanouit en œuvres magnifiques, la force qui soulève les âmes et conduit aux sommets les facultés humaines, ne puisse s'étendre en même temps à toutes les branches du savoir universel.

Il en a toujours été ainsi, même à l'époque du « Miracle grec », où la philosophie, où l'art dramatique nous ont donné des œuvres immortelles, où l'architecture, où la sculpture ont atteint une perfection qui ne fut jamais égalée, mais où la science ne participa que faiblement à cette merveilleuse floraison intellectuelle.

Il en fut de même au XVIIe siècle, qui serait resté pour nous le grand siècle, si le XIXe ne fût venu, qui a connu toutes les gloires et changé la face du monde ! Grands ministres et grands capitaines — un Richelieu et un Colbert, un Turenne et un Condé — et Vauban qui fut tout à la fois... Et combien d'autres : magnifique phalange littéraire, philosophique et scientifique, avec les grands écrivains, qui nous ont donné la forme définitive de cette pure et parfaite langue française qu'il nous faut défendre aujourd'hui contre les entreprises des barbares, avec Descartes, élevant un monument sublime à la puissance de la raison, avec Pascal, succombant à la fin dans l'angoisse devant les problèmes éternels que son génie avait cependant illuminés d'éclairs !

Pendant le siècle entier, la chirurgie vécut sur le passé. Pas un grand nom ! Et ce fut d'ailleurs une époque où médecins et chirurgiens s'occupaient davantage de batailler entre eux sur des questions de préséance que d'aller chercher dans la nature la source de leur inspiration.

Paul Lecène, dont l'injuste mort a été pour la chirurgie française un deuil irréparable, nous a donné — dans un ouvrage sur l'*Evolution de la chirurgie*, admirable par sa science, par sa documentation, par son indépendance et par l'esprit de lumineuse critique qui l'anime d'un bout à l'autre, — Paul Lecène, dis-je, nous a donné sur ces disputes quelques pages bien intéressantes et dont je ne pourrai mieux faire que de reproduire quelques fragments, ne fût-ce que pour rendre un hommage reconnaissant à la mémoire de celui qui les a écrites : « Pendant tout le XVIIe siècle, les chirurgiens français se firent entre eux une guerre acharnée. Depuis l'établissement du Collège Saint-Côme, les chirurgiens de robe longue étaient plus ou moins assimilés aux médecins ; ils se donnaient des airs d'importance et exigeaient que leurs élèves fussent gradués en grammaire pour pouvoir lire le latin ; ils se séparaient de plus en plus des chirurgiens barbiers, dont ils prétendaient régenter et contrôler la pratique, souvent cependant bien supérieure à la leur.

« Les pauvres barbiers chirurgiens, si peu considérés, étaient en effet de beaucoup les meilleurs praticiens ; en contact avec la réalité, ils ne passaient pas leur temps à discourir en latin macaronique sur les opinions des auteurs anciens : c'était de leurs rangs que des chirurgiens de la valeur d'Ambroise Paré et de Pierre Franco étaient sortis. Les médecins du siècle de Louis XIV, que Molière s'est chargé de présenter au public pour l'éternité, formaient une aristocratie très fermée, très jalouse de ses droits, de son érudition souvent absurde et de sa science purement verbale. Les chirurgiens, au contraire, dont, il est bon de le remarquer en passant, Molière ne s'est jamais moqué, avaient souvent une très bonne réputation dans le public ; ils pratiquaient des opérations difficiles, comme la taille vésicale que l'on voit souvent rapportée dans les historiettes de Tallemant des Réaux, comme ayant été faite avec succès à de grands personnages du temps.

« Les médecins jouèrent un jeu qu'ils crurent habile avec les deux classes de chirurgiens, les chirurgiens de Saint-Côme, et les barbiers chirurgiens : tantôt ils se rapprochaient des barbiers chirurgiens et se liguaient avec eux contre les chirurgiens de robe longue ; tantôt ils se liguaient avec ceux-ci et reconnaissaient leur droit de préséance sur les barbiers. Le résultat de toutes ces intrigues fut qu'en 1660, un décret royal réunit en une seule corporation les barbiers et les chirurgiens. Dès lors, les médecins furieux affectèrent de les mépriser complètement et n'eurent pas de sarcasmes assez violents pour les stigmatiser, comme ne se privait pas de le faire cette mauvaise langue de Guy Patin — qui disait à leur sujet : « Ce sont des laquais bottés, une espèce d'extravagants petits-maîtres, qui portent des moustaches et brandissent des rasoirs. » Les chirurgiens redeviennent ainsi de simples artisans. Ils n'ont plus le droit de porter la robe longue, et les médecins triomphent. »

Mais les chirurgiens allaient enfin remporter une victoire et celle-ci fut éclatante.

Le Grand Roi, qui donna son nom à son siècle, et qui sut, tout au moins, faire servir à sa gloire et aussi à la grandeur de la France, l'élite des grands hommes que l'évolution du génie français avait réunis sous son spectre, — Louis XIV, qui eût sans aucun doute préféré ne rien connaître de la chirurgie, fut l'occasion d'une véritable révolution dans la situation morale des chirurgiens.

C'est en 1686 que Félix incisa et guérit la fistule royale, devant laquelle avaient échoué tous les régimes et tous les remèdes prescrits par la Faculté. Le roi, qui pouvait mieux que personne apprécier à sa juste valeur le service qui lui avait été rendu, récompensa Félix, comme il convenait, de façon royale. Il lui donna des honoraires trois fois plus élevés que ceux de son premier médecin, et alla même jusqu'à lui conférer des titres de noblesse.

Le prestige des chirurgiens fut prodigieusement rehaussé par cette façon d'agir, qui, bien entendu, fut considérée par les médecins comme un scandale inouï.

Mais Louis XIV, qui se souciait fort peu des criailleries des maîtres de la Faculté, s'attacha Félix, qui demeura auprès de lui jusqu'en 1703, date de sa mort.

Il fut, à cette époque, remplacé par Mareschal, chirurgien de haute valeur, digne de la confiance que lui témoigna Louis XIV.

A la mort du Grand Roi, le Régent, à son tour, conserva sa confiance à Mareschal, qui la méritait bien. C'était un homme ferme et droit, qui n'écoutait que sa conscience. En 1712, lorsque, suivant l'expression de Reclus, « la mort décimait la famille royale, lorsque le même convoi emportait à Saint-Denis trois cercueils de princes et de princesse, Mareschal osa protester, même en face de Mme de Maintenon, et il fut le seul à combattre les accusations d'empoisonnement qui s'élevaient autour du duc d'Orléans ». Il était donc bien naturel que ce dernier témoignât sa reconnaissance à celui qui l'avait défendu. Mareschal fut nommé chirurgien de Louis XV qui n'était encore qu'un enfant, et l'on comprend l'influence que put prendre sur le jeune roi le chirurgien qu'il avait toujours rencontré près de lui.

C'est ainsi que Mareschal obtint de ce roi de vingt ans l'appui dont il avait besoin pour la fondation, qui lui tenait à cœur, d'une Société scientifique où l'on s'entretiendrait des choses de la chirurgie.

Ce fut l'Académie Royale, dont je n'ai point à vous raconter l'histoire, que mon ami Ch. Lenormant vient de nous raconter de façon si attachante, mais dont il m'incombe d'étudier l'influence sur l'évolution de la chirurgie française.

. . . .

La lecture de ses Mémoires est pleine d'intérêt pour nous. Elle suffirait à nous corriger du péché d'orgueil. Car elle nous montre combien nos prédécesseurs avaient d'idées justes et jusqu'où pouvait aller leur hardiesse! Que n'auraient-ils pas fait s'ils avaient eu la notion de l'infection? Mais le temps de Pasteur n'était pas venu! Ambroise Paré, aussi, était hardi et malgré la crédulité de son siècle, pénétré d'un souverain bon sens. Mais deux siècles après lui, voici qu'apparaît quelque chose de vraiment nouveau, et qui fut précisément l'esprit de l'Académie Royale. C'est l'observation scientifique, souvent accompagnée des constatations de l'anatomie pathologique. C'est la réunion en faisceau d'un nombre de plus en plus grand d'observations analogues. C'est la discussion à leur sujet permettant d'en tirer des conclusions. C'est, en somme, l'application d'une méthode, sur laquelle vivent, depuis cette époque, toutes les Sociétés scientifiques, à commencer par notre Société nationale de chirurgie, plus jeune de cent ans — et déjà centenaire, — héritière direct et continuatrice de l'Académie royale.

Les fondateurs de celle-ci en avaient parfaitement conscience, et voici ce que nous trouvons dans la préface des Mémoires :

« Les observations et les expériences physiques, ces secours si nécessaires, ne conduisent pas séparément aux vérités cachées qui peuvent enrichir notre art. Les observations influent sur les expériences, et les expériences influent sur les observations. Elles se prêtent un appui mutuel. Non seulement l'observation rectifie l'expérience physique, elle en suggère encore de nouvelles qu'on ne tenterait point sans elle. » Ne dirait-on pas ces quelques phrases extraites du livre de Claude Bernard?

Et plus loin, en tête du second volume : « L'Académie royale est une « Société à laquelle seraient rapportées les observations et les découvertes, et où elles seraient mises à l'épreuve d'une critique judicieuse, pour être ensuite communiquées au public et composer une espèce de Code de la chirurgie! »

Nous ne faisons pas autre chose, à la Société de chirurgie et dans la plupart des Sociétés savantes, que de nous conformer à ce programme, établi il y a deux cents ans.

Il suffit de parcourir les cinq volumes des Mémoires pour se rendre compte de l'étendue des connaissances chirurgicales des hommes du XVIIIe siècle, de leur expérience, de leur hardiesse — à une époque où, il faut bien s'en souvenir, l'anesthésie n'existait pas — et souvent aussi de leur bon sens!

Nous ne pouvons ici qu'effleurer les grandes lignes des nombreuses questions traitées dans ces recueils, mais il n'en faut pas davantage pour se rendre compte de la haute valeur du travail qui s'élabora dans le sein de l'Académie pendant les soixante années de son existence.

On est étonné du nombre de travaux parus sur la trépanation! Les chirurgiens en usaient et peut-être même en abusaient. Quesnay la recommandait dans les fractures du crâne et surtout les enfoncements. Il se rendait parfaitement compte que la perte de connaissance immédiate est due à la commotion cérébrale, alors que, lorsqu'elle est tardive et progressive, elle est au contraire produite par un épanchement sanguin intracranien, qu'il y aura lieu d'évacuer pour décomprimer le cerveau.

La Peyronie, un des plus grands noms de l'Académie, savait parfaitement qu'il est possible d'enlever des fragments importants du cerveau sans entraîner la mort, et même quelquefois sans provoquer de troubles sérieux. Il savait encore, et sans aucun doute beaucoup d'autres savaient avec lui, que la douleur de tête fixe, accompagnée de fièvre et de paralysie, est un signe d'abcès cérébral; que la paralysie siège du côté opposé à celui où se trouve l'abcès et que c'est sur ce côté que doit porter la trépanation.

La hernie étranglée, avec ses accidents foudroyants et sa fréquence extrême, provoquait de nombreuses communications. On en voyait beaucoup à cette époque, et beaucoup étaient gangrenées. Louis, qui fut un des membres les plus actifs et les plus persévérants de l'Académie, en parle à diverses reprises. On savait fort bien qu'il y avait des hernies anciennes à anneaux larges, qu'il faut traiter par le taxis; des hernies, au contraire, qu'il faut opérer immédiatement; « dans les vingt-quatre heures », disait Saviard. Disons-nous autre chose, aujourd'hui? Et Louis affirme qu'il faut non seulement inciser l'anneau, mais ouvrir le sac, et débrider son collet. Ritsch conseille même, une fois le sac ouvert, d'attirer l'anse intestinale, afin de s'assurer de l'état de ses parois avant de la rentrer dans le ventre. La gangrène, je le répète, était fréquente à cette époque, où les malades étaient vus trop tard. Les anus contre nature étaient fréquents. On s'occupait de la meilleure façon de les fermer, et on discutait sur la possibilité de la résection de l'anse nécrosée et de sa suture. Il ne faudrait pas remonter bien loin dans les Bulletins de notre Société de chirurgie pour y rencontrer des discussions de même nature.

Les communications de J.-L. Petit sur la nécessité d'ouvrir les collections de la vésicule biliaire et d'en enlever les calculs ont fait à cette époque une impression dont le souvenir n'a jamais été perdu. Il n'y manque que le mot de cholécystite.

On est étonné de voir à quel haut degré de hardiesse était parvenue la chirurgie du rein. La néphrotomie dans la lithiase rénale a donné lieu à des discussions assez fréquentes. La plupart pensaient qu'il n'y a lieu d'aller ouvrir le rein pour rechercher la pierre qu'il contient, que lorsqu'il y a un abcès (ou une fistule) grâce à laquelle, disait Lafitte, la nature montre au chirurgien la route qu'il doit suivre. Mais on discute aussi sur l'extraction de la pierre du rein, en dehors de toute suppuration « pourvu qu'elle se fasse sentir au tact ».

C'est en 1752 que Daviel parla pour la première fois du traitement de la cataracte par l'extraction du cristallin, qui lui avait donné 182 succès sur 206 opérations. Et ce n'est pas tous les jours qu'il est donné d'entendre, dans une Société savante, une communication qui suffit à rendre immortel le nom de son auteur.

Que de choses sur le cancer et son traitement!

Le Dran conseille l'opération, de préférence aux caustiques, dans le cancer de la peau, et fait une étude sur le cancer du sein, dont il connaissait les métastases pulmo-

naires. Il parle d'une femme atteinte de cancer bilatéral du sein, opérée des deux côtés par Foubert en une même séance, et restée guérie huit ans. Il fallait qu'il y eût, à cette époque préanesthésique, des chirurgiens courageux et des malades héroïques!

Que de communications encore sur les questions les plus diverses, sur le traitement du bec-de-lièvre, qui revient souvent, sur la trachéotomie que Louis conseille de pratiquer le plus tôt possible dans l'esquinancie inflammatoire, qui n'était autre que le croup. Le même Louis avait étendu la trachéotomie aux corps étrangers des voies anciennes, dans un excellent travail auquel nous n'aurions aujourd'hui rien à reprendre. Nous trouvons encore des mémoires sur les courbures de la colonne vertébrale et le moyen d'y remédier. Les moyens violents avaient été essayés et les corsets ne datent pas d'hier. Faget avait donné d'excellents conseils dans le traitement des abcès du périnée. Les corps étrangers de l'œsophage étaient traités, exactement comme aujourd'hui, par l'incision latérale de ce conduit, et ceux de l'estomac par la gastrotomie, bien avant que Labbé eût étonné ses contemporains de 1873 avec l'histoire de l'homme à la fourchette.

L'anatomie pathologique des fractures du col du fémur était bien connue — leurs symptômes l'étaient aussi — et si les anciens laissent aux modernes les enchevillements et les sutures, le traitement par les appareils d'extension était appliqué, comme il l'était aux fractures de cuisse et à certaines fractures de jambe.

Il y a encore, dans le dernier volume, des choses bien intéressantes : un anonyme parle du rôle du périoste dans la régénération des os; et le volume se termine sur la communication d'un homonyme dont j'ai lieu d'être fier — le chirurgien Faure, — qui, après une diatribe énergique sur les onguents de toute espèce qui faisaient partie de la pharmacopée encore en usage « et dont la plupart ne sont que des parties d'animaux et de végétaux, lesquelles introduites ou appliquées sur les ulcères se pourrissent et produisent souvent la pourriture des parties qu'elles touchent », — préconise avec une ardente conviction le traitement par la chaleur et en particulier l'insolation! Rien de nouveau sous le soleil, pas même l'héliothérapie!

On discutait aussi sur les interventions abdominales. Il y a, dans les Mémoires, bien des traces de ces discussions. Petit fils s'occupe des épanchements sanguins du bas-ventre et Bordenave, qui apporte de nombreuses observations de plaies de l'abdomen, parle de l'aggravation subite au moment où se détache la paroi intestinale nécrosée à la suite d'un traumatisme.

Mais il y a mieux. Le Dran donne l'observation d'un kyste de l'ovaire guéri après une ouverture et une assez longue suppuration, De la Porte se demande s'il ne serait pas possible d'enlever le foyer de la maladie, c'est-à-dire la tumeur formée par l'ovaire, et Morand, qui a souvent donné des preuves de sa haute valeur, après avoir étudié les signes qui permettent de reconnaître ces tumeurs à leur début, se range à l'avis de De la Porte. Sans doute ces chirurgiens n'ont pas fait l'ovariotomie. Mais cette discussion nous montre quel était l'état d'esprit de ces hommes qui, bien avant l'anesthésie, devançaient de cent ans les chirurgiens qui ont exécuté ce qu'ils avaient conçu.

La chirurgie utérine ne les effrayait pas. Levret, qui porte un grand nom, a émis sur le traitement des polypes utérins des idées auxquelles nous n'avons pas changé grand'chose, et je pense que les accoucheurs d'aujourd'hui accepteraient sans observation les conseils qu'il donne à propos de la délivrance.

S'il n'y a rien : attendre.

S'il y a des sécrétions fétides : pratiquer des injections intra-utérines.

S'il y a quelque hémorragie sérieuse : délivrance artificielle.

Simon fixe les indications de l'opération césarienne. Ce sont à peu près celles d'aujourd'hui. L'Académie avait à ce propos eu connaissance de 8 opérations, dont 7 suivies de succès.

Parmi les indications, il range la « conception ventrale », qui n'est autre chose que la grossesse ectopique abdominale, et qu'il accompagne d'une assez bonne description.

« L'extraction du fœtus par le ventre, dit-il, serait très grave, à cause des adhérences du placenta aux viscères. Cependant elle est indiquée au moment du faux travail, si l'enfant est vivant. » N'oublions pas que ces lignes sont écrites, il y a près de deux cents ans. Personne à cette époque n'avait aucune idée de la pathogénie de la grossesse ectopique. Mais Simon savait ce qu'il disait.

Les travaux les plus intéressants sont peut-être ceux qui ont trait aux traitements des plaies et des fractures, parce qu'ils nous montrent avec évidence la supériorité, je ne dis pas des chirurgiens, mais de la chirurgie du XVIIIe siècle sur la chirurgie du XIXe. Il y a eu pas mal de batailles au cours du XVIIIe siècle bien que le XIXe... hélas! et le XXe n'aient rien à lui envier sous ce rapport. L'homme est resté le même.

La bataille de Fontenoy, en particulier, dont beaucoup de blessés avaient été transportés à Lille et à Douai, a donné lieu à de bien intéressantes communications.

Boucher rapporte les observations de 120 blessés de Fontenoy atteints de plaies articulaires ou para-articulaires, dont beaucoup avec fractures, qui, traitées sans amputation, ont toutes guéri. « C'étaient des blessures par mousqueton ou par pistolet, les ravages du boulet ou de la bombe ne laissant guère de ressources à l'art. »

165 blessés de Fontenoy, traités sans amputation, ont tous guéri, alors que la mortalité des amputations a été d'environ les deux tiers. Sommes-nous en 1745 ou en 1918?

Mais lorsque l'amputation est nécessaire, plus elle sera précoce, et plus elle aura de chances de succès.

Comme toujours, les avis sont contradictoires, et Faure en tient pour l'option retardée. Après six semaines, 10 amputations faites à Douai, toujours sur des blessés de Fontenoy, lui ont donné 10 succès.

Il est évident que ces résultats si différents tenaient à des conditions particulières inhérentes au chirurgien ou aux sources d'infection locale : la plupart des blessés de Boucher succombèrent au tétanos.

Plus tard, La Martinière a fait sur le traitement des plaies par armes à feu, un travail rempli d'idées justes et qui représente assez exactement les notions admises à cette époque. Il faut débrider largement, enlever les corps étrangers, les esquilles, faire des contre-ouvertures aux points déclives, mettre des mèches d'un orifice à l'autre, « assez larges, pour ne pas faire la corde ». Avons-nous donc fait autre chose, pendant la grande guerre, après notre éducation des premiers jours, et avant que les progrès réalisés dans le transport des blessés, et la précocité des interventions, aient permis dans bien des cas, la suture après épluchage et désinfection parfaite des plaies?

La Martinière proscrit enfin les effets nocifs des médicaments gras et pourrissants.

Telle était, en somme, la doctrine qui s'était établie. On se rendait compte de la nécessité des larges débridements, de la supériorité de la chirurgie à ciel ouvert, de ce large drainage, que l'on faisait alors, non avec des drains qui n'existaient pas mais avec des tentes, mais avec des mèches destinées à laisser ouvert le foyer d'infection et à permettre l'évacuation des liquides infectés! La chirurgie n'a pas changé et les grands principes demeurent les mêmes. Nous pensons encore aujourd'hui que les foyers gravement infectés doivent être laissés largement ouverts!

Nous avons vu, par les résultats obtenus sur les blessés de Fontenoy, les beaux succès de la chirurgie de ce temps, et si les chirurgiens du XVIIIe siècle ont été si loin dans leurs entreprises chirurgicales, c'est qu'ils obtenaient des résultats magnifiques.

Trois quarts de siècle plus tard, au début du XIXe siècle, il n'en était plus de même! Il y eut une formidable régression dans la pratique de la chirurgie, devenue terriblement meurtrière.

L'Académie royale a-t-elle eu, par ses enseignements, quelque responsabilité dans cette sorte de catastrophe qui a fait de la chirurgie des trois premiers quarts du XIXe siècle une sorte d'entreprise inconsciente de meurtres organisés? Reclus (1) le pense cependant, « car c'est l'Académie royale, dit-il, qui bannit de la thérapeutique des plaies opératoires et accidentelles, les essences, l'esprit de vin, les sels d'argent et de cuivre et les sels de mercure ».

Malgré l'autorité de Reclus, je pense que l'Académie doit être lavée de cette accusation, qui suffirait à ternir sa gloire d'une tache ineffaçable. Elle n'a jamais, par la voix d'aucun de ses membres, conseillé l'abandon des pansements désinfectants, elle n'a jamais préconisé les pansements gras, bien au contraire, nous avons vu l'anathème lancé contre les onguents par l'apôtre de l'insolation!

« La nature fait tout, dit Pibrac, et l'art ne doit consister qu'à la favoriser et à éloigner les obstacles qui pourraient l'empêcher d'agir utilement. » Donc supériorité des pansements rares avec le même médicament. Et Cannac ne traitait-il pas une jambe écrasée par un obus, avec « un gros de sublimé corrosif dissous dans une chopine de vin rouge un peu chaud »?

En réalité, à cette époque, et jusqu'au jour où parurent certains esprits clairvoyants, comme Holmes, à Boston, et Semmelweiss, à Vienne en 1847, et plus tard comme Le Fort et Tarnier, qui eurent tous la conscience de la contagiosité de la fièvre puerpérale, personne avant Pasteur et Lister n'eut et ne pouvait avoir une idée claire de ce qu'étaient l'infection et la pourriture des plaies.

Pendant tout le cours du XVIIIe siècle, la pharmacopée du moyen âge continuait à régner sans opposition. Il y eut des médicaments de toute espèce et de toute origine, auxquels on attribuait, sans raison valable, toutes sortes de propriétés. Il y avait les médicaments suppuratifs, émollients, détersifs, carminatifs, desséchants, etc. Tout a été employé, depuis les mixtures les plus saugrenues jusqu'aux substances comme l'alcool, le vin aromatique, le sublimé, l'essence de térébenthine, qui possèdent des propriétés antiseptiques, sans que ceux qui les employaient eussent une idée quelconque de ce qu'était l'antisepsie.

L'Académie royale est donc innocente. D'ailleurs l'abandon des anciens pansements ou de quelques-uns d'entre eux ne peut suffire à expliquer une aussi radicale transformation des résultats de la chirurgie. Le mal est déjà fait, et l'infection est profonde, lorsque le pansement, dont l'action ne peut être que superficielle, vient recouvrir les tissus empoisonnés par des contaminations multiples et répétées. Nous verrons dans un instant quelles sont les causes véritables de cette régression lamentable, des derniers méfaits de laquelle les plus anciens d'entre nous n'ont pas perdu le souvenir. Mais cette régression ne commença guère qu'un quart de siècle après la fin de l'Académie royale. Cette assemblée conserve, au contraire, la gloire légitime d'avoir été la source des progrès provoqués dans la chirurgie par l'introduction de l'esprit vraiment scientifique, de l'amour de la recherche, de l'instruction mutuelle des chirurgiens par l'étude des observations cliniques bien prises, par les discussions, par la méthode, enfin, qui demeure encore aujourd'hui, développée par les moyens modernes que nous avons à notre disposition, mais dont l'armature est restée la même.

Telle est l'œuvre de l'Académie royale de chirurgie, œuvre dont la chirurgie moderne doit lui rester reconnaissante et qui doit suffire à sa gloire!

L'Académie travailla pendant un demi-siècle. Mais les temps étaient révolus! Une certaine lassitude se faisait sentir. Les grands protagonistes du début, convaincus de la grandeur de leur rôle, avaient disparu. Leurs successeurs, qui ne connaissaient plus les joies profondes du triomphe qui avaient soutenu et enflammé l'esprit des Mareschal et des La Peyronie, devenaient de moins en moins assidus, et depuis 1774, aucun nouveau volume ne succédait au cinquième tome des Mémoires!

Et voici que, en quelques années, des événements prodigieux, qui devaient ébranler l'univers, se succédaient avec une rapidité foudroyante. Un monde nouveau surgissait sur les ruines de l'ancien monde et, pendant vingt-cinq ans, la France allait devenir la terre des héros, des martyrs, des prodiges et des catastrophes! Elle vida jusqu'à la lie la coupe débordante de larmes et de sang! Elle connut le désespoir et le vertige de la gloire! Et la Révolution Française, commencée par des esprits sincères et convaincus, continuée par des hommes qu'exaltaient jusqu'au délire les dangers de la patrie, mais qui surent mourir comme ils avaient su tuer, glissant aux catastrophes, et puis écrasée, mais relevée et transportée à travers l'Europe et jusqu'aux confins de l'Asie par l'homme qui se disait — et qui fut en effet, « le soldat de la Révolution », — la Révolution Française passa comme un cyclone, en balayant tout devant elle.

L'Académie Royale, qui ne demandait qu'à mourir, fut emportée dans la tourmente.

Le 8 août 1793, Grégoire, au nom du Comité de l'instruction publique, déposait sur le bureau de la Convention nationale un rapport proposant la suppression de toutes les Académies, qu'il considérait comme des institutions inutiles. La Convention ayant adopté le rapport de Grégoire, l'Académie Royale de chirurgie se trouva dissoute. Le 22 août, elle tenait sa dernière séance.

Ah! sans doute, on pourrait discuter avec abondance sur l'utilité des Académies — et ce n'est pas ici le lieu de le faire. Il est en tout cas certain que, malgré ce qu'en pouvait penser la Convention, ou plutôt les Conventionnels qui n'avaient sur elle, comme il peut arriver aux parlementaires de tous les temps, que des idées imprécises, l'Académie Royale n'avait pas été inutile. Mais on vivait dans un temps, on respirait une atmosphère où presque tous pensaient qu'il fallait porter la hache dans les institutions de la vieille France!

« La République n'a pas besoin de savants », devait dire un peu plus tard, au défenseur de Lavoisier, le président du Tribunal révolutionnaire, ce Coffinhal que ces paroles eussent déshonoré, si son rôle de pourvoyeur du bourreau n'y eût déjà largement suffi!

Lavoisier! Qui donc saura jamais le drame qui dut se jouer dans le cerveau de ce grand homme, conscient de son génie, et qui venait de révéler au monde les fondements de la chimie et de la physiologie modernes? Quelle stupeur dans son âme stoïque, quel tumulte dans ses pensées, quelle révolte dans son cœur, pendant cette heure affreuse où, dans la charette fatale, à travers la foule démente, il s'acheminait lentement vers cette place de la Révolution où les victimes apercevaient au loin, se dressant vers le ciel, les deux bras de la guillotine!

Que de grandeurs dans cette Histoire, mais aussi que d'atrocités!

L'Académie Royale n'était plus! Ses débris allaient se confondre avec ceux de la Faculté et de la Société Royale de médecine, dans cette Ecole de Santé où « s'oublièrent enfin les haines héréditaires et où se scella, par un enseignement commun, l'union nécessaire de la médecine et de la chi-

(1) *L'Académie royale de chirurgie* (1731-1793), par Paul Reclus. Conférence faite à la Sorbonne le 1er février 1906 sous le patronage des Amis de l'Université, *Gaz. des hôpit.*, 1er mars 1906, n° 25, p. 29.

rurgie » (1). Car la Révolution sut construire les institutions du monde nouveau, aussi vite qu'elle avait détruit celles du monde anéanti.

. . . .

Et maintenant, où allons-nous? où allons-nous? Ah! certes, il y a encore de beaux jours pour la chirurgie. Mais nos successeurs reverront-ils jamais se déployer devant leurs yeux les horizons magnifiques qui, il y a quarante années, s'ouvraient devant nos espérances? Nous avons le droit d'en douter. En chirurgie opératoire, que trouvera-t-on de nouveau? — Ah! les grandes entreprises d'autrefois, celles que nous avons connues et parfois tentées dans notre jeunesse, où tout semblait permis aux enthousiasmes de ceux qui venaient de contempler la fin des jours maudits, et d'assister à l'aurore des temps nouveaux, — ces grandes entreprises qui, par les espérances qu'elles permettent de concevoir, portent en elles-mêmes leur raison d'être et leur justification, — ne s'offriront plus aux tentatives des jeunes chirurgiens d'aujourd'hui. Toutes ont été réalisées. Elles ont donné tout ce qu'elles pouvaient donner, et ceux qui viendront après nous ne les reverront plus. La technique opératoire est fixée, à quelques détails près, et les hommes de notre génération peuvent dire qu'ils ont vécu les grands jours de la chirurgie. Les temps sont révolus! Notre domaine se restreint chaque jour. Que sera-ce plus tard, si quelque médecin de génie ou quelque travailleur pensif et recueilli dans le silence de son laboratoire, trouve quelque jour le remède qui nous délivrera de la malédiction du cancer? Ah! ce jour-là sera un grand jour pour l'humanité. Mais ce sera un jour néfaste pour la gloire de la chirurgie qui trouve encore dans la lutte contre le monstre, malgré ses amertumes et ses déceptions, l'occasion de ses plus beaux triomphes, et l'expression la plus haute de ce qu'il peut y avoir dans une intervention chirurgicale, de grandeur véritable et de puissance contre la mort!

Les jeunes chirurgiens se rendent compte mieux que nous, leurs anciens, de l'importance des études de laboratoire et des indications qu'elles donnent dans la préparation des opérations, et beaucoup s'orientent déjà vers les recherches de cette nature. Ils ont raison. Nous avons épuisé les possibilités techniques de notre art. Ils n'ont, de ce côté, qu'à nous suivre. Emportés par la passion pour cette technique qui, à notre époque, était à créer, nous avons trop négligé, sans doute, l'étude approfondie des maladies que nous combattions, d'abord parce que nous étions mal préparés aux études de laboratoire, et puis aussi, pour un grand nombre, parce que nous n'avions pas de laboratoires, ou que, si nous en avions, ils étaient insuffisants, mal installés et plutôt faits pour nous détourner du travail que pour nous y entraîner!

Il y a, dans ces recherches, bien des mystères à dévoiler, et que nos successeurs dévoileront un jour. Ils n'auront pas sans doute les mêmes joies que nous, qui nous sommes lancés de toute notre âme dans le champ presque inculte qui s'ouvrait devant nous. Ils en connaîtront d'autres! La joie de la recherche est profonde — car la recherche apporte avec elle sa récompense — et la découverte, quand on a le bonheur de la mettre au jour, est la félicité la plus pure, peut-être, et la plus profonde, qu'il soit donné à l'homme de ressentir!

J'ai souvent dit que le véritable laboratoire du chirurgien était la salle d'opérations. Je le répète encore. Mais cela était vrai pour nous. Aujourd'hui, si la salle d'opérations est et doit rester le centre principal de son activité, il faut que le chirurgien ait à côté de lui ce laboratoire, qui lui devient nécessaire, à l'heure où nous revenons, pour ainsi dire, à la médecine d'autrefois, à l'heure où nous commençons à connaître l'influence de la constitution des humeurs sur les entreprises de la chirurgie. Que, s'il ne peut y travailler lui-même, il ait à côté de lui des aides capables de l'éclairer pour le bien de ses malades et d'entreprendre des recherches nouvelles pour le bien de la science et de l'humanité.

Mais il faut, pour y parvenir, — et je tiens à le dire ici, à cette tribune, en un grand jour comme celui-ci, parce qu'il faut que ces choses-là soient dites — il faut, pour y parvenir, avoir des laboratoires dignes de ce nom, dans lesquels on puisse travailler, et travailler avec allégresse. Mais il faut aussi des travailleurs, et qui puissent vivre de leur travail!

Or ceux qui, comme moi et comme beaucoup de ceux qui sont ici, ont couru de tous les côtés à travers le monde, savent ce qu'il faut penser des moyens de travail que la France met à la disposition de ses savants. Et si quelques-uns d'entre eux ont fait de grandes choses, et même les plus grandes choses qui aient jamais été faites, — ce n'est pas grâce aux laboratoires qui leur avaient été donnés, mais malgré ces laboratoires et malgré les conditions désastreuses dans lesquelles ils étaient obligés de se livrer à leurs recherches.

Et pour ne pas sortir de cette enceinte, d'Arsonval pourrait nous dire dans quelles conditions a travaillé Claude Bernard, que son laboratoire a tué! Mme Curie pourrait nous dire dans quelles conditions misérables elle a, elle aussi, travaillé à côté de celui dont elle porte le nom et dont elle partage la gloire! Et Roux, enfin, pourrait nous dire dans quelles conditions a travaillé Pasteur, et dans lesquelles il a lui-même fait de si belles choses, à côté du grand homme qui a changé la face de la terre et les conditions d'existence de l'humanité!

On l'a dit bien souvent, mais je tiens à le redire ici, dans ces circonstances solennelles, parce qu'on n'a pas été entendu.

Sans doute, quelques efforts ont été réalisés; ils ne sont rien à côté de ce qu'il reste à faire. Oserai-je dire qu'il y a deux ou trois ans, les crédits des laboratoires de la Faculté de médecine de Paris, dont tout le monde connaît la situation, indigne des hommes qui les dirigent, ont été réduits de 200.000 francs. Tel futle cadeau de nouvel an des pouvoirs publics aux professeurs qui ont l'honneur d'appartenir à la première Faculté du monde. Je me demande comment il est possible que, dans un pays comme la France, de pareilles mesures puissent être prises, et quel en est le coupable, si toutefois l'on parvient à le retrouver dans le maquis des paperasses et l'éparpillement des responsabilités! Je m'accuse d'ailleurs, avec mes collègues, car nous aussi, nous avons été coupables en acceptant cette mesure devant laquelle nous aurions dû refuser publiquement de nous plier!

N'avons-nous pas vu quêter misérablement dans les rues pour les laboratoires de France? Et ne sommes-nous pas réduits à accepter des secours qui nous viennent d'ailleurs de ces Mécènes américains qu'une noble émulation entraîne à distribuer des centaines de millions pour les Universités, les recherches scientifiques, et les œuvres sociales de leur grand pays et des nations de l'Europe et du monde.

Cette situation humiliante, cette sorte de mendicité collective et presque officielle, doit cesser une fois pour toutes.

Que ne ferait-on pas, je vous le demande, dans un pays comme la France, si l'Etat prenait enfin conscience de la nécessité de sortir de la condition misérable où nous nous trouvons aujourd'hui, et qui — tous ceux qui ont pu voir ce qui se passe au loin le savent aussi bien que moi — lui porte un préjudice incalculable dans l'esprit des autres nations?

Qui ne sait ce qu'ont fait, aux jours tragiques de la guerre, ces hommes de laboratoire, dont quelques-uns sont devant moi! Ce sont eux qui ont vaincu la fièvre typhoïde, ce sont

(1) Paul Reclus. Loc. cit., *Gaz. des hôpit.*, 1906.

eux qui ont vaincu le tétanos, ce sont eux qui ont vaincu le typhus exanthématique — et la peste en Orient, et dans une large mesure, le paludisme. Ce sont eux qui ont fait que, pendant toute la guerre, et malgré les conditions terribles de la dure vie des tranchées, il y avait aux armées moins de malades qu'il n'y en a, en temps de paix, dans les casernes. Un de nos collègues, qui a rempli avec honneur, pendant les jours tragiques, la lourde charge de diriger le service de santé, a pu dire que la France avait gagné la guerre avec ses blessés guéris et retournés au front. Quel eût été le sort de la Patrie, si à côté des médecins les chirurgiens n'avaient pas été là pour arrêter la mort?

Ce sont eux encore, ce sont les hommes de laboratoire, dont le plus grand peut-être nous a quittés, qui ont organisé, et même quelquefois créé de toutes pièces, cette affreuse chimie des batailles.

L'action de ces hommes, de ces savants, est donc d'une importance dont nul ne peut mesurer l'étendue. Et si, malgré la volonté de paix qui remplit le cœur de tous les Français, le malheur des temps et la folie des hommes voulaient qu'il fallût mettre encore tout notre courage et toutes nos énergies au service de la Patrie, que deviendrait la France, sans le labeur obstiné de ces hommes, qui travaillent dans l'ombre et restent inconnus, et dont le nom devrait, comme ceux des autres vainqueurs, rayonner à travers l'histoire?

En vérité, on demeure stupéfait de l'incompréhension qui règne encore en France, dans certaines hautes sphères, sur la nécessité de doter comme ils doivent l'être les instituts scientifiques, — aussi bien dans leur construction, leur aménagement, leurs installations, leurs possibilités de recherches et de travail, que dans les facilités de la vie accordées à ceux qui consacrent leur temps, leur talent et parfois leur génie à ces travaux difficiles. Car il faut des hommes, il faut des chercheurs, il faut des laborieux et des passionnés, pour ces études et ces découvertes. Et comment les trouvera-t-on, si on ne leur donne pas de quoi vivre sans le souci du lendemain?

Ah! sans doute, il faut de l'argent! Je le sais. Il en faut même beaucoup. Je le sais encore. On engage des milliards dans des lois discutables, et que beaucoup jugent nuisibles, où la crainte de l'électeur a peut-être plus d'influence que le souci du bien du public. On vote des millions et des millions et des centaines de millions pour soulager les victimes des catastrophes. On a raison. Mais quelle catastrophe plus terrible, si nous devions revoir les mauvais jours, que le martyre de la France? On dépense 800 millions pour lancer à travers les mers, un cuirassé qu'un instant peut anéantir, mais qui pourrait aussi — on a failli le voir aux Dardanelles, changer le cours des événements et contribuer d'une façon décisive au salut du pays, si l'étincelle avait illuminé l'âme de certains chefs! On a raison. Mais qui pourrait penser que l'ensemble des savants de France, qui, de façon certaine, sont capables de rendre des services d'un ordre supérieur, n'a pas plus de poids qu'un bateau dans la balance du Destin!

Alors! Alors! comment ne comprend-on pas? Comment ne voit-on pas, avec la clarté de l'évidence, qu'il est nécessaire pour la grandeur de la Patrie, pour sa sécurité et peut-être pour son salut, de donner aux laboratoires de France les ressources dont ils ont besoin? C'est pourquoi nous avons le droit de penser, et le devoir de dire, que ceux qui ont la charge des destinées de la Patrie, doivent à leur pays — doivent à leur conscience, d'écouter enfin la plainte douloureuse qui, depuis trop longtemps, monte des laboratoires de France, et qui ne cessera de se faire entendre que lorsqu'on aura donné à ceux qui y passent leur vie, les moyens d'y travailler avec fruit et d'y vivre avec joie, sans le souci de l'heure présente, et avec confiance dans l'avenir!

Nous voilà loin de l'Académie royale de chirurgie. C'est cependant elle, qui nous a conduits jusqu'ici. Et ce serait un service de plus qu'elle aurait rendu à la Science, si cette commémoration pouvait convaincre ceux qui ont le pouvoir d'entreprendre et de réaliser, de la nécessité de nous délivrer enfin d'une situation humiliante, dangereuse, et qui peut devenir fatale, — ce serait un bienfait de plus pour la Science que nous servons tous, et pour la Patrie, que nous voudrions pouvoir mieux servir!

REVUE DES THÈSES

Etat actuel de la vaccinothérapie staphylococcique. Importance des produits solubles microbiens (1), par le docteur L.-G. Leblanc.

L'auteur préconise la vaccinothérapie dans les infections à staphylocoques.

La méthode de Wright est, selon lui, un mode thérapeutique de haute valeur, mais qui, cependant, dans certains cas rebelles, peut être insuffisant.

M. Leblanc attribue ses échecs aux modes de préparations des vaccins qui sont le plus souvent composés de microbes issus de souches dont les valeurs toxigènes et antigéniques n'ont pas été suffisamment contrôlées.

Le staphylocoque réalise, dans certains cas, de véritables toxémies, car ses produits solubles agissent comme des toxines, irritantes, nécrosantes, parfois mortelles, toujours sensibilisantes.

En conséquence, un bon vaccin staphylococcique doit renfermer, dans tous les cas, une *anatoxine spécifique, antigénique et bien tolérée*.

La toxine staphylococcique, connue de tous les cliniciens, a été nettement mise en évidence par de nombreux biologistes, plus particulièrement par Rodet et Courmont, Nicolle et Césary, Jaubert et Goy.

De plus, l'adjonction à un vaccin de lysats microbiens ne peut que parfaire sa formule antigénique, car dans ces divers produits, on trouve tous les termes de la désintégration microbienne.

L'expérimentation de l'auteur a été faite avec les différents vaccins les plus usuels, et il ressort de ses statistiques que le staphylagone, vaccin de Jaubert et Goy, est plus actif que les autres préparations.

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des complications les plus fréquentes de l'entorse du genou chez les sportifs. Essai clinique sur la méniscite traumatique. La vascularisation des ménisques (2), par Marcel Bergeron.

Cette thèse, inspirée par les observations faites tant par l'auteur que par le docteur Bellin du Coteau, tire son importance du nombre des cas observés : plus de 6.000 cas personnels.

Ce qui fait surtout l'intérêt de ce travail, c'est qu'à l'occasion de l'entorse des sportifs, l'auteur a cru nécessaire de préciser à l'usage du praticien les données essentielles de l'examen clinique d'un genou, les problèmes diagnostiques qui se posent et dont le nombre est grand ; enfin les principales indications thérapeutiques dans les complications de l'entorse du genou.

Il va sans dire que la thèse du docteur Bergeron ne prétend qu'être un plan d'ensemble, le sujet choisi étant à la fois étendu et complexe.

On y trouve cependant une étude suffisante de l'entorse du genou, de l'hydarthrose et de l'hémarthrose concomitantes,

(1) *Th. de Paris* 1930. — Paris, Le François.
(2) *Th. de Paris*, 1931. — Paris, Amédée Legrand.

introduction indispensable à l'étude des complications les plus fréquentes de cette affection.

Celles-ci ne se bornent pas uniquement à la fracture, à la luxation des ménisques et à la rupture des ligaments croisés.

Il convient de distinguer les variétés suivantes :

Les entorses sans complications méniscales avec lésions des ligaments (ligaments latéraux interne et externe, ligaments croisés).

Les entorses avec complications méniscales, au nombre desquelles il faut citer les fractures, les fissures, les luxations et subluxations des ménisques et des méniscites.

Les entorses avec complications d'arthrite chronique (ménico-synovites, franges synoviales).

Les complications extra-articulaires de l'entorse du genou (périostites, chondrites, bursites).

Enfin, les suites du traumatisme (épanchement de fatigue, atrophies musculaires, retards à la contraction).

Pour illustrer la méthode employée par lui dans son étude, le docteur Bergeron complète son travail par un essai clinique sur un point particulier de la pathologie du genou : la méniscite traumatique.

Confirmée par l'observation clinique, par les constatations histologiques et anatomo-pathologiques, cette dernière affection se présente sous trois formes essentielles :

La méniscite aiguë, réalisée par le pincement du ménisque, se caractérise par un bourrelet saillant et douloureux, siégeant à l'interligne, surtout visible dans l'extension, disparaissant parfois à la flexion.

La méniscite chronique précédemment décrite par M. le professeur Roux (de Lausanne).

La périméniscite, décrite par M. le professeur Mauclaire.

La Carence sérologique au cours de certaines syphilis secondaires (1), par le docteur Yves BUREAU.

1° Au cours de la syphilis secondaire les séro-réactions sont en général complètement positives et d'une utilité considérable pour confirmer le diagnostic clinique.

2° Dans des cas tout à fait exceptionnels, cependant, la réaction de Wassermann et les réactions associées peuvent être négatives au cours de syphilis certaines, florides et contagieuses.

Il s'agit très rarement de malades vierges de tout traitement.

En général, cette latence sérologique s'observe au cours de syphilis rebelles, ou de lésions récidivantes, chez des malades traités.

3° Ces anomalies sérologiques coïncident habituellement avec des lésions cliniques régulières ne présentant pas de physionomie spéciale.

Parfois la maladie peut prendre un aspect ulcéreux, et il peut être impossible de retrouver le tréponème dans les lésions.

Dans des cas exceptionnels, il s'agit de syphilis malignes précoces. Le Wassermann est alors le plus souvent simplement retardé et ne devient que tardivement positif.

4° Des accidents uniques chancriformes peuvent également être accompagnés d'une réaction de Wassermann négative, le diagnostic offre alors la plus grande difficulté avec le chancre de réinfection.

5° Une thérapeutique judicieuse, arsénicale chez les malades vierges de tout traitement, bismuthique ou mercurielle chez les arséno-résistants, amène la guérison des lésions, et dans les trois quarts des cas active la sérologie qui devient positive.

6° Cette latence sérologique ne peut être due à un tréponème spécial, car l'examen des conjoints a montré dans tous les cas que, chez ceux-ci, les réactions étaient positives.

7° La cause de cette anomalie sérologique semble être due aux malades eux-mêmes, au terrain.

Bien que les recherches actuelles sur le mécanisme du Wassermann aient montré que cette réaction ne doit pas être considérée comme une réaction d'immunité, il semble que l'absence de modifications sérologiques chez certains sujets coïncide avec un état de moindre résistance des humeurs puisque l'application d'une thérapeutique agissante en guérissant les lésions provoque chez ces malades dans les trois quarts des cas l'activation des séro-réactions qui deviennent presque instantanément positives.

8° Les modifications sérologiques ne peuvent donc pas être utilisées, exclusivement, pour juger du degré de l'infection syphilitique; la constatation de séro-réactions négatives en pleine septicémie tréponémique en fournit une preuve péremptoire.

9° Les séro-réactions, même au cours de la syphilis secondaire, ne peuvent donc être considérées comme ayant une valeur absolue. En cas de désaccord entre le laboratoire et la clinique, ce sont les renseignements fournis par cette dernière qui ont le plus de valeur.

(1) *Th. de Paris*, 1929. — Paris, A. Legrand.

PRATIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA VACCINOTHÉRAPIE DES INFECTIONS D'ORIGINE GONOCOCCIQUE (1)

Par A. JAUBERT et P. GOY.

Les auteurs exposent le résultat de leurs observations personnelles enregistrées depuis quatre ans et de celles de plus de trois cents praticiens, pour la plupart urologistes.

L'expérimentation a été conduite avec le stock-vaccin « Gonagone » et les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° La vaccinothérapie et surtout l'anatoxinothérapie des infections d'origine gonococcique demande, pour être efficace, l'utilisation de techniques bien définies : mal utilisée, elle pourra être inactive; judicieusement employée, elle sera toujours l'adjuvant indispensable d'une thérapeutique bien conduite.

2° A la période abortive, il faut vacciner dès qu'on le peut.

3° A la période aiguë, la vaccination devra être commencée avant le cinquième jour de l'écoulement ou après le dixième jour, afin d'éviter la phase négative que subissent les défenses humorales pendant cette période. Les deux premières injections pourront avantageusement utiliser la voie intradermique. La cure vaccinale pratiquée ainsi évite les complications, abrège la durée de l'évolution de l'infection en même temps qu'elle en atténue sensiblement les phénomènes douloureux.

4° A la période chronique, la vaccinothérapie précédera de quelques jours les interventions mécaniques ou antiseptiques locales. Les injections seront nombreuses (12 à 18 injections selon les cas) à doses progressivement croissantes (de 1/4 à 1 ou 2 centicubes) et espacées d'au moins trois, quatre ou cinq jours.

5° Les complications de l'infection gonococcique seront traitées comme les infections chroniques, si elles sont apyrétiques. Si elles sont accompagnées de fièvre, on peut associer a l'immunothérapie spécifique les techniques de la protéinothérapie ou de la pyrétothérapie locale. La septicémie gono-

(1) Ce travail a fait l'objet d'un rapport du docteur Lavenant à la Société française d'urologie, séance du 16 mars 1931.

coccique peut avantageusement bénéficier du mode thérapeutique de la cure vaccinale des infections aiguës.

Les auteurs concluent que la vaccinothérapie antigonococcique est une voie nouvelle, largement ouverte à la cure des infections blennorragiques. C'est de la collaboration scientifique étroite et quotidienne de tous les praticiens que sortiront bientôt les principes définitifs qui imposeront une posologie dont l'importance ne saurait échapper à personne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1930-1931 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 17. ALBOUZE. — Contribution à l'étude de l'hémiplégie diphtérique d'origine centrale.

11. ASPERGES. — Application du critère circulatoire de Pachon et Fabre à l'étude de l'entraînement physique.

35. AUDIGÉ. — Contribution à l'étude de la dilatation aiguë et spontanée de l'estomac.

34. BARRÈRE. — Les syndromes d'automatisme mental (Etude historique et pathogénique.)

6. BEN-GUIGUI. — Contribution à l'étude des parotidites dans les suppurations appendiculaires.

43. BILLARD. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de l'alvéolo-périodontoclasie et des pyorrhées.

13. BOISSON. — Contribution à l'étude des dermato-fibrosarcomes progressifs et récidivants.

26. BRU. — Contribution à l'étude clinique de l'envahissement des ganglions abdominaux dans le cancer du testicule.

39. BRUN. — Contribution à l'étude des épithéliomas primitifs du vagin.

33. BOSCAIL. — Contribution à l'étude du lupus tuberculeux de la langue.

18. CANTAGRILL. — La réaction de Vernes à la résorcine. Sa valeur dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

14. CASSIGNOL. Les traumatismes fermés du rachis. Conception actuelle de leur traitement.

27. COULOGNER. — Aurothérapie et collapsothérapie combinées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

52. COURBAIRE DE MARCILLAT. — Contribution à l'étude de la néphrose lipoïdique.

58. DEDIEU. — Contribution à l'étude des hémorragies méningées chez les jeunes.

37. DÉFOUILLOUX. — Contribution à l'étude des ruptures traumatiques du foie.

8. DHERS. — De la distension traumatique des racines du plexus brachial.

48. DIEULAFÉ. — Texture et vascularisation artérielle des troncs veineux.

29. DUMAS (Mlle). — Etude critique des polynévrites tuberculeuses.

10. DUMOND. — Abcès froid de l'appendice iléo-cæcal.

21. ESCAICH. — Le critère circulatoire de Pachon et Fabre. Son application à la surveillance de l'éducation physique chez les jeunes filles.

1. ESCANDE. — L'ultra-violet. Contribution à la cure des affections tuberculeuses.

55. FABRE. — Contribution physiologique et clinique à l'étude des problèmes de l'occlusion intestinale (Bases de la thérapeutique salée).

12. FOURNIAL. — Recherche des bacilles de Koch dans la tuberculose rénale.

36. FOURNIER (Mlle). — Ecoulement sanglant par le mamelon et cancer.

7. GAILHBAUD — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de la grossesse extra-utérine.

25. GÉRAUD. — L'ostéomyélite primitive des métacarpiens et des métatarsiens.

20. JOUBERT. Contribution à l'étude de l'azote résiduel du sérum et des urines.

9. LAFARGUE. — Contribution à l'étude des appendicites à forme hépatique.

49. LARROCHE. — Contribution à l'étude de l'appendicite herniaire.

4. LÉGER. — Etude médico-légale sur les sévices envers les enfants.

56. LORIN. — Contribution à l'étude du certificat prénuptial.

45. MARCHAND. — L'anémie pernicieuse infantile. Etude clinique, anatomo-pathologique et thérapeutique.

2. MAURICE. — Contribution à l'étude des opérations autoplastiques dans la cure radicale des hernies

54. MICHEL. — Etude comparée de l'action physiologique et thérapeutique du chlorure de magnésium et de l'eau minérale de Châtel-Guyon.

32. MONNERVILLE. — Contribution à l'étude clinique de l'étranglement appendiculaire et de l'appendicite herniaire.

30. MONTANÉ. — Contribution à l'étude du traitement des ostéites tuberculeuses chez l'adulte.

50. MULLER. — Contribution à l'étude de la pathogénie des hémorragies incoercibles des purpuriques.

5. NADAUD. — Le cancer de l'œsophage dans ses rapports avec la syphilis et l'anévrisme de l'aorte.

19. NUX. — Procédés pratiques de contention des fractures simples du maxillaire inférieur.

46. ORECKIN. — L'ostéosynthèse temporaire à prothèse externe dans les fractures chez l'enfant.

16. PARAIRE. — Responsabilité pénale et protection des épileptiques.

23. PÉLISSIER. — La torsion des annexes saines au cours de la grossesse.

47. PÉRÈS. — L'hypermétropie monolatérale.

24. PLANQUES. — Contribution à l'étude de la perméabilité méningée à l'absorption.

56. PODGAETZKI. — Inflammations annexielles propagées à l'anse sigmoïde.

3. POMMEPUY. — Le drainage en chirurgie abdominale.

40. PONSAILLÉ. — Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de la rate. Diagnostic précoce.

22. RAUZIER. — Etude d'une complication de la rougeole : l'encéphalite morbilleuse.

33. ROBERT. — Les cénesthopathies pharyngées.

41. SALAUZE. — L'organisation de l'hygiène sociale et la lutte contre les fléaux sociaux dans le département de l'Aude.

42. SERGÈRE. — Syndromes choréiques aigus. Leur traitement par la médication salicylée.

31. SIRIEIX. — Etude médico-légale de l'ostéomyélite traumatique.

51. SUC. — Etude expérimentale de la greffe osseuse dans le traitement de la pseudarthrose.

13. VALATX. — Contribution à l'étude de la perméabilité des hématies.

28. VIGUIER (F.). — Contribution à l'étude du calcanéum et des fractures horizontales par arrachement de la tubérosité postérieure.

44. VIGUIER (Lucien). — Des labyrinthotoxies humorales (43 observations inédites).

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 105. ELFMAN. — Les arthrites scapulo-humérales de nature syphilitique.

106. GHAMBY. — Le syndrome parkinsonien syphilitique.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, Montpellier, n° 77, p. 1450; Strasbourg, n° 78, p. 1463.

103. JAVNOZON. — Placenta prævia et rachianesthésie.
104. KOURFERST. — Rupture du tendon d'Achille.
102. VAZACOPOULOS. — Contribution à l'étude des luxations récidivantes de l'épaule.

HYDROLOGIE

VISITE DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU A VICHY

La visite de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu a clôturé pour cette saison, la série des voyages d'études médicales à Vichy. Cet important voyage d'études avait à sa tête MM. les professeurs agrégés Etienne Chabrol et Henri Bénard et M. le docteur Deval, organisateur des V. E. M. de l'Hôtel-Dieu. Il était composé, en dehors des nombreux internes et externes des hôpitaux de Paris, de jeunes médecins représentant 11 nationalités différentes : Angleterre, République Argentine, Belgique, Brésil, Canada, Grèce, Italie, Norvège, Pologne, Palestine, Syrie.

Le soir même de leur arrivée, les visiteurs assistèrent, au Casino, à une représentation de « La Passante », avec Mme Marguerite Carré.

Le lendemain, ils visitèrent les installations thermales, les nouveaux ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux minérales de Vichy-Etat, le laboratoire de recherches hydrologiques, le grand Etablissement thermal, les sources. Ils entendirent, en outre, une très intéressante conférence de M. le docteur Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales de Vichy, sur la cure de Vichy. Vers la fin de l'après-midi, ils furent reçus au Sporting-Club où ils prirent le thé au Club House du golf.

Ils eurent encore l'occasion d'assister, au Casino, à une splendide représentation de « Manon » avec le concours de Mlle Mireille Berthon, de l'Opéra, qui leur permit de se rendre compte qu'à Vichy tout était prévu pour soigner et distraire les baigneurs.

Dimanche matin, le professeur agrégé Etienne Chabrol faisait dans la salle des fêtes du Casino une conférence du plus haut intérêt sur « le traitement de la lithiase biliaire » qu'il avait tenu à réserver à Vichy.

Cette visite fut clôturée comme de coutume, par un banquet d'adieu présidé par M. Normand, président des Services administratifs de la Compagnie fermière, qui avait à sa droite : MM. le professeur agrégé Etienne Chabrol, le docteur Durand-Fardel, président de la Société des sciences médicales de Vichy; le docteur Jacques Deval, chef de laboratoire de l'Hôtel-Dieu; M. Bonjean, administrateur-délégué de la Société du Casino; M, Lormand, Mme Delafontaine; MM. le docteur Remineris, assistant O. R. L.; le médecin colonel Velten, médecin-chef de l'hôpital militaire, le docteur Amy, assistant belge; les docteurs Strumbalo, d'Italie; Max Vauthey; à sa gauche : M. le professeur agrégé Henri Bénard; M. Borel, commissaire du Gouvernement; Mlle Tissier, chef de laboratoire de l'Hôtel-Dieu; MM. les docteurs C. Chabrol, Delafontaine, chef de clinique; Aimard, Mme Remineris, M. Terré, les docteurs Legou, Bargy, Buissières.

Au champagne, M. Normand parla notamment des projets de la Compagaie fermière, qui tendent à donner à la cure de Vichy une base scientifique. Il faut, en effet, constater scientifiquement les effets de la cure et les réactions salutaires qu'elle produit sur les troubles humoraux en rétablissant l'équilibre normal des fonctions organiques. C'est dans ce but qu'a été créé le Laboratoire de recherches hydrologiques placé sous la haute direction scientifique de l'Institut d'hydrologie du Collège de France. L'avenir de la thérapeutique thermale est certainement lié à ces recherches dont on peut légitimement escompter les plus heureux résultats.

C'est dans ce même ordre d'idées que le Corps médical de la station a décidé d'organiser, à Vichy, pour le mois de septembre prochain, sous le patronage de la Société des sciences médicales et de son éminent président, le docteur Durand-Fardel et avec le concours le plus entier de la Compagnie fermière, un Congrès de la lithiase biliaire, où seront conviés les maîtres les plus éminents de l'Ecole française et de l'étranger et dont M. le professeur Carnot a bien voulu, dès maintenant, accepter la présidence.

A cette occasion, aura lieu l'inauguration du nouvel établissement thermal de deuxième classe, l'établissement Callou, en voie d'achèvement, ainsi que des agrandissements et perfectionnements nouveaux des installations du grand Etablissement thermal. Ces travaux étaient imposés par le développement constant de la station. Elle reçoit, en effet, chaque année, près de 150.000 baigneurs, auxquels on doit assurer avec le maximum de confort les soins les plus efficaces et les plus complets, associant à la cure thermale qui est le fond indispensable et essentiel, les adjuvants physiothérapiques es plus parfaits et les plus variés.

Prirent ensuite successivement la parole : M. le docteur Durand-Fardel, le professeur agrégé Etienne Chabrol et, au nom de leurs pays respectifs : MM. les docteurs Spiridakis (d'Angleterre), Amy (de Belgique), Guimaraës (du Brésil), Bussières (du Canada), Livaditis (de Grèce), Strumbalo (d'Italie), Schrümf (de Norvège), Zourekatis (de Palestine), Hajj (de Syrie), Konar (de Pologne); et au nom des externes et des internes, Mlle Lina Paley, MM. Nègre et Paul, enfin M. le professeur agrégé Henri Bénard. Tous les orateurs, après avoir remercié la Compagnie fermière de son accueil si cordial, rendirent hommage au Corps médical de la station et firent l'éloge de Vichy, reine des stations thermales.

Ils furent tous chaleureusement applaudis et cette réception se déroula dans une atmosphère de très cordiale sympathie. Les visiteurs ont quitté Vichy emportant de leur séjour le plus agréable souvenir.

M.

LIVRES NOUVEAUX

L'Obstétrique du praticien (1), par A. SCHWAAB, accoucheur de l'hôpital de Rothschild.

Fournir sur l'heure au médecin, non spécialisé, dans tout cas embarrassant de sa pratique obstétricale journalière, le renseignement explicite et concis à la fois, dont il peut avoir besoin pour la conduite à tenir; lui donner, en d'autres termes, toutes les indications utiles et nettes pour la décision thérapeutique qu'il doit prendre, tel est le but que s'est proposé l'auteur en écrivant : *L'Obstétrique du praticien*.

Cet ouvrage destiné, en effet, au praticien, est appelé à mettre entre les mains de ce dernier un guide extrêmement précieux, sorte de vade-mecum, lui permettant de remplir, en toutes circonstances, son rôle d'accoucheur avisé.

L. G.

Le glycogène dans le développement des tumeure des tissus normaux et des êtres organisés. Physiologie normale et pathologique (2), par A. BRAULT, membre de l'Académie de médecine, ancien président de la Société anatomique.

Dans le présent ouvrage, l'auteur a conservé l'ordre chronologique dans lequel ont été publiés ses travaux antérieurs. De leur ensemble, il présente une théorie générale de la gly-

(1) Un volume in-8 de 1.288 pages, avec 297 figures dans le texte, relié. — Prix : 150 fr. — Paris, Doin et Cie.
(2) Un vol. de 368 pages avec 13 planches hors texte. — Prix 80 fr. — Paris, Masson et Cie.

cogenèse basée sur l'utilisation du glycogène dans le développement et la dénutrition des êtres organisés. Il rappelle tout d'abord que dans les tumeurs en voie de croissance manifeste, la présence du glycogène est d'autant plus accusée que le développement de la tumeur est plus rapide. En cela, les tumeurs se distinguent de l'ensemble des réactions inflammatoires productives, d'origine infectieuse ou parasitaire. Elles présentent, au contraire, de nombreux points de rapprochement avec les tissus de l'embryon.

Après un exposé de la glycogenèse embryonnaire, le docteur Brault étudie avec M. Loeper le rôle du glycogène dans le développement des organismes les plus simples, tels que les invertébrés et les protozoaires. La glycogenèse n'est du reste pas limitée au règne animal; on la retrouve, ainsi que de nombreux travaux l'établissent, dans le développement de certains végétaux inférieurs (champignons, levures).

La glycogenèse n'est donc pas une fonction exclusivement hépatique ou musculaire. Son importance est comparable à celle de l'amidogenèse. C'est une fonction nutritive générale. Les tissus qui, une fois leur développement accompli, semblent avoir perdu le pouvoir d'élaborer le glycogène, récupèrent immédiatement cette propriété dès que leur nutrition ou leur accroissement l'exige.

Dans le dernier chapitre, l'auteur revient sur l'ancienne discussion de la théorie de glycogénie hépatique qui lui paraît inattaquable, parce que la cellule hépatique peut utiliser le glycogène dans le sens définitivement établi par les travaux de Cl. Bernard, ce qui n'implique en rien la nécessité pour toute cellule contenant du glycogène de l'utiliser de la même manière.

La théorie générale de la glycogenèse esquissée par l'auteur lui paraît solidement établie sur l'ensemble des faits exposés dans l'ouvrage. L. G.

Chirurgie du rectum (1), par Henri HARTMANN, professeur de clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

Ce très beau traité contient un exposé très complet des principales questions de la chirurgie du rectum. On y trouvera les idées personnelles de l'auteur basées sur une expérience de plus de trente années, confrontées avec les travaux et les écrits des spécialistes.

Statistique opératoire. — Examen du rectum. — Les suppurations périano-rectales. Inflammations diffuses. Inflammations circonscrites. — Fistules ano-rectales. — Les formes diverses de la tuberculose de la région ano-rectale. Tuberculose du revêtement cutanéo-muqueux. Tuberculose sous-cutanéo-muqueuse. Tuberculose pseudo-néoplasique. Rétrécissements tuberculeux. — Hémorroïdes. — Du pseudo-étranglement des hémorroïdes. — Fissure à l'anus. — Ulcérations anales. — Incontinence des matières fécales. — Prolapsus du rectum. — Rectites sténosantes. — Rétrécissements périrectaux. — Cancer du rectum. — Tumeurs autres que le carcinome. Tumeurs mécaniques. Sarcomes. Lymphadénomes. Myxomes. Polypes fibreux. Adénomes. Polypes multiples du rectum. Angiomes. Angiosarcomes. Myomes. Lipomes. Papillomes. Kystes. Tumeurs villeuses. — Colostomie. L. G.

Les Asphyxies accidentelles. Submersion. Electrocution. Intoxication oxycarbonique. Etude clinique, thérapeutique et préventive (2), par le docteur COT.

L'auteur qui, il y a trois ans, a créé le premier Poste de secours mobile pour asphyxiés, et qui a développé chez les militaires du régiment de sapeurs-pompiers de Paris, à côté du rôle de « soldats du feu » celui de sauveteurs spécialisés dans les secours à apporter à ces asphyxiés, a pu recueillir près de 160 observations de victimes qui ont été secourues par ses collaborateurs et par lui. Ce nombre de cas est considérable — et cette statistique est sans doute unique.

Cette expérience l'a conduit à publier une étude d'ensemble de cette question qui jusqu'à présent n'avait jamais été tentée.

La première partie expose l'étude clinique de ces trois grandes variétés d'asphyxies accidentelles. Le mécanisme de la submersion notamment est exposé de façon très originale, en raison des recherches de l'auteur qui lui ont permis de l'identifier à celui qui détermine la mort dans l'œdème suffocant du poumon. De même l'importance du pH et des alcaloses et des acidoses gazeuses circulatoires dans l'intensité de la réaction au choc asphyxique est très bien exposée; pareillement les relations qui unissent à l'état de déséquilibre vago-sympathique, les modes, asphyxique ou syncopal, de cette réaction. Ces idées originales se retrouvent dans la deuxième partie de l'ouvrage consacrée à l'étude de la Thérapeutique. Ce chapitre après avoir donné la revue critique des agents et des moyens thérapeutiques à employer, souligne plus spécialement deux points très importants :

1° L'emploi de l'oxygénation sous masque suivant la méthode de Henderson au carbogène;

2° La pratique de la phlébotomie dans l'immense majorité des cas, qu'il s'agisse d'asphyxie par submersion et électrocution ou bien même d'asphyxie par gaz de combustion ou d'éclairage. Ce sont là deux notions qui jusqu'ici étaient, la première inconnue ou inappliquée en France, la deuxième contre-indiquée, au moins en ce qui concerne l'asphyxie par C. O. Les résultats remarquables obtenus par l'auteur et ses collaborateurs indiquent que la saignée doit avoir incontestablement à nouveau « droit de cité » dans l'arsenal thérapeutique d'extrême urgence.

La troisième partie de l'ouvrage étudie l'hygiène préventive des asphyxies accidentelles. Les médecins, les hygiénistes, les chefs d'industries (mines, usines, centrales électriques, gazogènes, chemins de fer électrifiés) y trouveront un exposé complet des moyens à mettre en œuvre pour arriver à juguler le plus possible le danger que le machinisme moderne de plus en plus envahissant, fait courir aux techniciens et aux profanes.

Ce livre bourré de faits, d'observations cliniques et d'idées, est le seul livre paru sur cette question si importante; aussi nous ne saurions trop attirer l'attention du monde médical et scientifique sur sa parution, ainsi que sur l'intérêt incontestable qu'il présente. L. G.

Les Phénomènes de choc dans l'urticaire. Étude clinique et thérapeutique (1), par PASTEUR VALLERY-RADOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et Lucien ROUQUÈS, interne des hôpitaux.

Depuis les travaux fondamentaux de Widal et son école sur le rôle de l'anaphylaxie et de la colloïdoclasie en pathologie humaine, aucune question n'a été plus discutée que celle des phénomènes de choc : une mise au point était devenue nécessaire.

L'urticaire est un type des maladies par choc; son étude prend une importance considérable qui dépasse les cadres de la dermatologie pour toucher à une série de problèmes de pathologie générale.

Dans ce livre, les auteurs décrivent les diverses variétés étiologiques d'urticaire : les urticaires alimentaire, médicamenteuse, parasitaire, émotive, par l'effort, par le chaud, par le froid. Ils discutent à propos de chacune de ces urticaires

(1) Un volume de 400 pages avec 161 figures. — Prix : 75 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un fort volume de 420 pages, 38 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, N. Maloine.

(1) Un volume de 232 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

les parts respectives du choc, de l'intoxication, des perturbations du système végétatif et de l'infection.

La conception de Widal et ses élèves n'a pas eu seulement un intérêt théorique, ses applications pratiques furent fécondes. Les auteurs passent en revue les méthodes de désensibilisation et les méthodes de modification humorale employées dans l'urticaire et dans les maladies colloïdoclasiques. Ils indiquent ce que l'on peut en attendre, soulignent leurs avantages, leurs dangers ou leurs inconvénients.

L. G.

La collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire, pneumothorax artificiel. Interventions chirurgicales (1), par Michel-Léon KINDBERG, médecin des hôpitaux de Paris.

Le pneumothorax artificiel paraît maintenant réunir l'assentiment à peu près unanime des phtisiologues.

Les détails de techniques qui intéressent à peu près exclusivement le spécialiste, sont parfaitement décrits dans quelques ouvrages spéciaux. Ce petit livre pratique a principalement pour but de faire connaitre au médecin les indications d'un traitement qui, pour être très efficace, doit être surtout institué lorsque le diagnostic de la tuberculose évolutive est posé. Il lui donnera également quantité de renseignements d'ordre pratique concernant le mode d'action, les causes de succès, les causes d'échec des différentes sortes d'interventions, la surveillance médicale clinique et radiologique restant nécessaire après une cure au pneumothorax et plus encore la collaboration du malade.

Insistant peu sur les techniques, le docteur Kindberg indique la place capitale que tient la collapsothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, son importance économique et sociale et l'extension légitime qu'il convient de lui donner.

On trouvera donc dans cette monographie une étude du pneumothorax artificiel classique, des modifications qu'on tâche de lui apporter (pneumothorax localisé, pneumothorax bilatéral, oléothorax), et des diverses interventions chirurgicales. L'auteur, dont l'expérience personnelle est considérable, développe et défend dans des conclusions, ses idées personnelles sur le traitement de la phtisie.

Cette deuxième édition comprend des développements plus substantiels sur divers points au sujet desquels depuis peu de temps, un véritable corps de doctrine s'est constitué comme l'avait laissé prévoir l'auteur.

Les bases fondamentales de l'auscultation (2), par le professeur Emile SERGENT.

Il peut paraître superflu de dire aux médecins ce qu'ils peuvent attendre de l'auscultation et comment ils doivent interpréter les bruits qu'ils entendent lorsqu'ils placent leur oreille ou leur stéthoscope sur un thorax.

Et cependant, même parmi les plus instruits, la grande majorité des médecins ne se sont jamais posé la question, tant elle leur paraît résolue.

Combien, parmi eux, ont lu et approfondi les constatations originelles de Laennec? Combien connaissent les lumineuses expériences de Bondet et Chauveau, qui sont venues il y a près de cinquante ans, confirmer l'exactitude de la distinction du bruit respiratoire en deux bruits : le bruit laryngo-trachéal et le bruit pulmonaire ou murmure vésiculaire, distinction si nettement établie par le génial inventeur de l'auscultation?

On parle de souffles pneumoniques, de souffles de condensation, de souffles pleuraux, de souffles tubaires, de souffles cavitaires, de souffles amphoriques..., mais on oublie de dire que ces souffles ne naissent pas dans le poumon ni dans la plèvre et qu'ils ne sont que le souffle laryngo-trachéal normal transmis et modifié par l'interposition d'une cause pathologique substituant à l'étouffoir normalement constitué par la masse des lobules pulmonaires une modification de la densité du parenchyme, de type solide, liquide ou gazeux.

L'auteur s'est proposé de réunir toutes les notions anatomo-pathologiques et expérimentales qui constituent les bases fondamentales de l'auscultation.

Plus d'un médecin, après avoir lu cette monographie, constatera qu'il n'avait, auparavant, aucune idée de ce qu'est, en réalité, l'auscultation et comprendra comment l'interprétation des bruits respiratoires normaux et pathologiques est claire et simple lorsqu'elle s'appuie sur les données physiques, anatomo-pathologiques et expérimentales qui en constituent les fondements solides et nécessaires.

L. G.

Etude médico-légale critique sur les brûlures imputées aux coups de feu (1), par le professeur CHAVIGNY, médecin général de l'armée, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine. Ouvrage couronné par l'Institut : Prix Bellion (1929).

Voici encore une question qui était jusqu'ici fort mal élucidée en médecine légale.

Se basant sur l'équivalent mécanique de la chaleur, nombre d'auteurs tenaient pour démontré que les projectiles d'armes à feu devaient déterminer des brûlures quand ils étaient arrêtés dans les tissus humains.

Par contre, divers expérimentateurs avaient observé des faits en contradiction avec ces données théoriques.

En expertise médico-légale, où aucun détail n'est négligeable, il importait de sortir de cette incertitude.

M. le professeur Chavigny a institué une série importante d'expériences dont les conclusions sont fort précises. Il établit comment les faits expérimentaux ne sont nullement en contradiction avec les données théoriques.

C'est un important progrès qui se trouve réalisé dans l'un des chapitres les plus courants de la médecine légale et les plus fertiles en expertises ardues.

L. G.

Faisceau oratoire (2), par le docteur DARTIGUES, présentation par le docteur Molinery.

Sous ce nom, le docteur Dartigues a eu l'idée de réunir une partie de son « œuvre parlée ». Ce livre est le premier volume d'une sorte de triptyque ou de trilogie qui comprendra encore : le *Faisceau scriptural* et le *Faisceau scientifique*; ainsi paraîtra sous peu, dans son ensemble, l'œuvre multiple de l'auteur. Dans le *Faisceau oratoire*, qui est précédé d'une très belle présentation par le docteur Molinery, le docteur Dartigues publie un chapitre fort intéressant et très origina sur l'éloquence. Dans le *Faisceau oratoire*, l'auteur publie en particulier les discours qu'il a prononcés à l'occasion de ses diverses présidences scientifiques et tous ceux qui jalonnent, en quelque sorte, l'histoire et l'évolution de l'Umfia ou Union médicale latine.

Livre à lire, curieux et exposé d'une façon très nouvelle, chaque discours ou allocution étant précédé de quelques lignes essentielles qui représentent le thème du discours avec les idées maîtresses, très substantielles et revêtues d'une belle forme verbale, qui le guident.

L. G.

(1) Deuxième édition refondue. Un volume de 182 pages avec 19 figures. Collection Médecine et Chirurgie pratiques. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume in-8 de 60 pages avec figures dans le texte et 3 planches hors texte. — Prix : 16 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) Un vol. de 58 p., in-4 carré, avec 11 fig. — Prix : 15 fr. — Les Editions Universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Université, Strasbourg (France).

(2) Paris, 1930. — Doin et Cie.

L'Oto-rhino-laryngologie pratique (1), par Henri-Fischer, lauréat de l'Académie de médecine, de la Société nationale de chirurgie, de la Société des chirurgiens de Paris. Prix Montyon de l'Académie des sciences (mention). Préface du docteur Dartigues.

Ce nouvel ouvrage du docteur Henri-Fischer est le complément indispensable du formulaire d'oto-rhino-laryngologie publié antérieurement. Il contient cinquante-huit chapitres consacrés aux questions courantes de la spécialité. La première partie traite : des maladies des fosses nasales, du naso-pharynx et des cavités accessoires; la seconde : des maladies du larynx et du pharynx; la troisième : des maladies de l'oreille. Le lecteur trouvera, résumés dans ce volume, les différents travaux de l'auteur couronnés par diverses sociétés savantes, dont les différentes éditions publiées sont épuisées. Il y trouvera notamment : des chapitres sur les dysmorphies des fosses nasales, les malformations de la cloison, les variations buccales, les conditions morphologiques sur les glandes salivaires, les dysmorphies de l'oreille, le drainage osmotique en otologie.

Le médecin praticien et l'étudiant trouveront dans ces pages, qui sont plus qu'un manuel, traitées schématiquement et néanmoins avec précision, toutes les questions essentielles concernant le traitement de leurs malades. L. G.

La Gymnastique oculaire. Traitement de la myopie et du strabisme (2), par la méthode du docteur Roger d'Ansan, M. D. de l'Université de New-York.

Ce petit ouvrage offre d'autant plus d'intérêt, qu'il ouvre une voie toute nouvelle au traitement de certains vices de réfraction et du strabisme qui vient souvent les compliquer.

Jusqu'à présent, il n'était question, en effet, que de la correction par les verres (autrement dit par des moyens orthopédiques) de ces infirmités oculaires; or, il s'agit, cette fois, d'un traitement curateur et non palliatif.

L'auteur, qui a fait de cette question l'objet d'une étude poursuivie durant de longues années, donne des précisions d'un vif intérêt sur une méthode constituée par une gymnastique de l'œil, pratiquée au moyen d'un appareil spécial, qu'il a dénommé « Orthopsis ».

La mise au point dudit appareil a exigé vingt années d'étude et, parallèlement à ces patientes recherches, une expérimentation portant sur un grand nombre de cas permet de tirer des conclusions très nettes de l'efficacité de la méthode. D'ailleurs, elle a reçu sa consécration par une communication à l'Académie de médecine de Paris, en 1917, avec présentation de sujets guéris, et le professeur d'Arsonval a même attesté par deux fois sa valeur à l'Académie des sciences, en 1925 et 1926.

La gymnastique oculaire ouvre donc une ère nouvelle à l'ophtalmologie, puisqu'elle aboutit, dans bien des cas, à la suppression définitive des verres correcteurs et au rétablissement de la vision normale. L. G.

(1) In-8 écu, 146 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères
(2) Un volume in-8 couronne comprenant deux hors-texte. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, A. Legrand.

Chirurgie de l'ulcère gastrique et duodénal. Indications. Résultats (1), par N. Hortolomei, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Jassy, et V. Butubeanu, maître de conférences à la Faculté de médecine de Jassy. Un volume de 408 figures avec 75 figures. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

La Constipation. Son traitement, par le docteur A. Bécart. Brochure de 24 pages avec figures dans le texte et 4 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE AIGUE[1]

3° FORMES PLUS RARES

Appendicite typhique. — Soit forme de début (appendiculo-typhus).

Soit en pleine période d'état d'une typhoïde normale (ne diffère pas d'une perforation).

Soit au cours d'une typhoïde ambulatoire (diagnostic d'intervention) ou en convalescence.

Appendicite tuberculeuse. — Soit granulie aiguë avec localisation appendiculaire prédominante.

Soit surtout appendicite d'allure spéciale (lente à refroidir, suppuration chronique).

4° FORMES ÉVOLUTIVES

Schématiquement l'attaque appendiculaire peut réaliser :

A. **Soit la simple colique appendiculaire**, aboutissant en vingt-quatre à quarante-huit heures à la guérison. Mais nous savons que cette simple colique peut être le *début d'une appendicite foudroyante*, aussi faut-il toujours intervenir d'urgence, surtout si l'on est dans le délai classique des quarante-huit heures.

B. **Soit une péritonite.** — 1. **Péritonite aiguë généralisée.** — *a.* Soit d'emblée : rare.

b. Le plus souvent après accalmie trompeuse ou progressive (troisième jour).

Le diagnostic sera basé sur :

— LA REPRISE OU LA RECRUDESCENCE FONCTIONNELLE (*vomissements*), malgré la glace et la diète.

— L'ACCÉLÉRATION DU POULS, la reprise de la température.

— LA DOULEUR au toucher rectal.

— Surtout le blocage de la RESPIRATION DIAPHRAGMATIQUE et l'EXTENSION DE LA CONTRACTURE qui est le signe majeur de péritonite commençante.

Evolution. — Si l'on est intervenu assez tôt, évolution souvent favorable, mais craindre des complications (iléus, abcès résiduels, etc.). Sinon mort (péritonite aiguë suppurée).

2. **Péritonite localisée.** — Le malade est vu au bout de trois à quatre jours, décrire :

— Les signes fonctionnels (douleur, vomissements, arrêt des matières et des gaz).

— Les signes généraux (température à 39 degrés).

— Localement, sensation d'empâtement diffus et douloureux de la fosse iliaque droite (le *plastron*).

Evolution. — L'intervention est différée; on voit, sous l'influence de la glace :

— Le plastron se résorber;

— Parfois le plastron se ramollir, évolution vers l'abcédation.

5° FORMES TOXIQUES

A classer à part. Se voient surtout chez l'enfant, caractérisées d'emblée par :

L'*extrême gravité des signes généraux* qui sont des signes toxémiques (hypothermie, tachycardie extrême, pâleur, oligurie ou anurie, diarrhée, etc.).

L'*absence ou l'insidiosité des signes physiques* à peine ébauchés. Elles évoluent le plus souvent VERS LA MORT dans le tableau classique de « péritonite aiguë asthénique » malgré l'intervention la plus précoce.

DIAGNOSTIC

A. **De la crise habituelle.** — Facile, cependant :

— *Des erreurs médicales* graves, à éviter :

— Colite aiguë droite;

— Colique hépatique, néphrétique (irradiations particulières).

— *Des erreurs chirurgicales* :

— Occlusion aiguë;

— Thrombose artério-mésentérique;

— Torsion de tumeur pelvienne.

Surtout : **Perforation d'ulcère.**

Début plus aigu.

Pas de température.

Signes majeurs plus haut placés.

Pancréatite hémorragique, mais pas de douleur dans la fosse iliaque. Gros syndrome de collapsus.

B. **Des formes topographiques.** — Peut être très difficile. Schématiquement :

— Formes basses : crise salpingée, importance du toucher vaginal.

— Formes hautes : cholécystite aiguë, crise douloureuse rénale.

C. **Des formes suivant le terrain.** — Citer les diagnostics classiques :

— *Chez l'enfant*, on élimine assez aisément : embarras gastrique, fièvre éruptive, ostéomyélite.

Un diagnostic plus difficile est celui de *pneumonie*; il nécessite un examen soigné. Tenir compte de petits signes tels que :

— Légère dyspnée.

— Facies vultueux.

— Surtout hyperthermie (40 degrés) qui n'est pas de règle dans l'appendicite.

Enfin diagnostic très difficile avec **péritonite aiguë à pneumocoques**. Se voit chez la petite fille. On est frappé par la diffusion des signes physiques. Rechercher la diarrhée, les pertes blanches.

— *Chez le vieillard*, occlusion, cancer du cæcum.

— *Chez la femme enceinte*, cholécystite, pyélonéphrite (examen des urines).

D. **Des formes toxiques.** — Peuvent poser le diagnostic d'empoisonnement, d'entérite cholériforme.

E. **Des formes évolutives.** — DIAGNOSTIC DE GRAVITÉ OU D'INTERVENTION. — Ne se pose pas, car on sait l'insidiosité de certaines formes et l'impossibilité de prévoir l'évolution de l'appendicite la plus bénigne.

Toujours opérer dans les quarante-huit premières heures. Si le malade est vu plus tard se baser sur :

— La reprise des signes fonctionnels,

— L'accélération du pouls,

— Surtout l'*extension de la contracture pariétale*,

qui dictent l'intervention d'urgence.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 80, p. 1503.

Pratique urologique chirurgicale, par Ed. MICHON, chirurgien de l'hôpital Beaujon, et L. MICHON, chirurgien des hôpitaux. In-8 de 250 pages avec 63 figures dans le texte et 20 planches dont 4 en couleur hors texte. — Prix : 75 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 83. — SAMEDI 17 OCTOBRE 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 17 OCTOBRE 1931. — N° 83.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

XLe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. (Compte rendu par M. DARIAU.)
Première question : « Des ulcères peptiques postopératoires. Pathogénie. Traitement. » (MM. GOSSET et LERICHE.)
Discussion.

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société médicale des hôpitaux.

CHRONIQUE
IIe Congrès international de pathologie comparée.
XVIIIe Congrès d'hygiène.

REVUE DES THÈSES

PRATIQUE MÉDICALE
Vues nouvelles sur l'endocrinothérapie ovarienne, par M. Roger CHAZETTE.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 12 octobre. — Questions données : « Signes, évolution et traitement des fractures de la jambe à la partie moyenne. — Symptômes et évolution du rétrécissement mitral pur. »

MM. Pourquié, 17 1/2; Baumgartner, 26; Caby, 24; Mlle Courrier, 15; MM. Mane, 17; Israel, 21; Dezoteux, 17; Arviset, 13; Hertz, 22.

Séance du 13 octobre. — Questions données : « Symptômes, diagnostic et traitement des phlegmons des gaines synoviales de la paume de la main. — Symptômes et diagnostic de la maladie d'Addison. »

MM. Martrou, 13; Pannet, 15; Auguier, 21; Chareire, 23; Penet, 17; Chevallier (Roger), 24; Macrez, 25; Mlle Abraham, 18; M. Durandy, 14.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Lisbonne, professeur (2e classe) de microbiologie à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (chaire de Faculté), est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de microbiologie (chaire d'Etat) à la dite Faculté (emploi nouveau).

M. Leenhardt, professeur (2e classe) de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (chaire d'Université), est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de clinique des maladies des enfants (chaire d'Etat) à la dite Faculté (emploi nouveau).

INFIRMIÈRES DES HÔPITAUX MILITAIRES. — Un concours s'ouvrira le mercredi 13 janvier 1932, pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires, cadre permanent.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction du Service de santé de la région dont dépend la résidence des candidates.

MARINE. — Les médecins dont les noms suivent ont été nommés, après concours, aux emplois de chargés de cours à l'Ecole principale du Service de santé de la marine, pour une période de quatre ans comptant du 1er novembre 1931.

A. *Pathologie interne et thérapeutique.* — M. Keraudren, médecin de 1re classe.

B. *Pathologie externe et accouchements.* — M. Canton, médecin de 1re classe.

C. *Anatomie topographique, médecine opératoire, médecine légale.* — M. Le Bourgo, médecin de 1re classe.

VIe CONFÉRENCE DES PSYCHANALYSTES DE LANGUE FRANÇAISE. — La VIe Conférence annuelle des psychanalystes de langue française se tiendra à Paris les vendredi 30 et samedi 31 octobre 1931, à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales, Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis (XIVe).

Des rapports seront présentés :

Le vendredi 30 octobre, de 9 à 12 h., par le docteur G. Parcheminey sur *L'Hystérie de conversion.*

Le samedi 31 octobre, de 9 à 12 h., par Mme Jouve-Reverchon sur *L'Hystérie du point de vue psychiatrique.*

NORD MÉDICAL (association amicale des médecins du Nord à Paris), reconnue d'utilité publique par décret du 28 janvier 1928). — FONDATION EN SOUVENIR DU DOCTEUR QUIVY EN FAVEUR D'UN ÉTUDIANT EN MÉDECINE DU NORD. — Une bourse est attribuée chaque année à un étudiant en médecine, de ressources modestes, originaire du Nord, si possible d'Anzin, faisant ses études à Lille ou à Paris.

Les candidats adresseront, avant le 1er novembre, leur demande au docteur Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid

à Paris (VIIIe). Ils y joindront tous les documents utiles, tels que carnet scolaire, et toutes pièces établissant leur situation matérielle et celle de leurs parents dans les conditions des bourses d'Etat (livret de famille, feuilles d'impositions fiscales, etc.).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital des Enfants-Malades.) — M. le professeur Ombrédanne commencera l'enseignement de Clinique chirurgicale infantile le lundi 2 novembre 1931, à 9 h. 30.

CHRONIQUE

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Le Congrès s'est ouvert mercredi, à la Faculté de médecine de Paris, en présence de M. le président de la République, sous la présidence de M. Landry, ministre du Travail.

A leurs côtés, on remarquait M. le professeur Achard, président du Congrès; M. Serge Gas, directeur de l'Hygiène au ministère de la Santé publique, représentant le ministre empêché ; M. Renard, préfet de la Seine; le docteur Lobligeois, représentant le président du Conseil municipal; M. de Lapersonne, président de l'Académie de médecine ; M. Balthazard, doyen de la Faculté ; M. Grollet, secrétaire général.

M. le professeur Achard prononça un excellent discours inaugural, montrant l'importance de la pathologie comparée et indiquant tous les progrès réalisés depuis le Ier Congrès tenu à Paris en 1912.

M. Achard remercie M. le président de la République d'avoir bien voulu donner au Congrès un de ces témoignages qu'il se fait un devoir d'apporter aux grandes manifestations par quoi s'exprime, dans tous les champs de son activité, la France travailleuse.

« C'est un acte de foi, dit-il, que nous accomplissons ici. Nous affirmons notre espérance en l'union des peuples par l'esprit et par le cœur. Nous affirmons notre volonté de joindre nos efforts pour le bien de tous, non pas seulement dans les régions célestes de la spéculation pure, mais sur le terrain des réalités pratiques et des applications infiniment variées que la pathologie comparée peut fournir au bien-être de l'homme, en améliorant sa santé, son hygiène, son alimentation, en favorisant l'élevage des animaux et la culture des végétaux qui lui sont utiles. »

Il montre combien peut être féconde la comparaison des maladies de l'homme, des animaux et même des plantes, en raison de l'étroite dépendance en laquelle sont mutuellement tous les êtres vivants. L'expérimentation nécessaire pour la connaissance des maladies de l'homme ne peut guère se faire que sur les animaux; c'est aussi sur eux que se fait principalement l'essai des remèdes.

« Certes, la dette est lourde de l'humanité envers l'animalité, quand on envisage ce que nous demandons aux animaux, tant pour notre nourriture que pour le maintien de notre santé. Soyons donc bons pour les animaux, au moins pour ceux qui ne nous font point de mal, et soyons reconnaissants à ceux qui nous sont utiles. Si les animaux, en se mangeant entre eux, nous déchargent des scrupules que des âmes trop sensibles pourraient avoir à les détruire ou à les mettre à mal, ayons du moins envers ces frères inférieurs quelque gratitude et gardons-nous de toute cruauté. A la différence de l'animal qui l'ignore, l'homme sait ce qu'il leur doit, et le sentiment qui découle de cette connaissance relève de cette dignité de la pensée en laquelle consiste toute notre supériorité. »

M. Achard termine en montrant le rôle de la comparaison dans la science. « La comparaison est une opération de l'esprit aussi importante qu'elle est simple, puisque la faculté de comparer se retrouve, comme la mémoire, dans maint cerveau d'animal. Il faut comparer pour observer les différences, et ce sont les différences qui donnent à notre savoir la diversité, inspiratrice des nouveautés... Mais pour observer les différences, il faut d'autant plus d'attention et de ténacité que ces différences sont plus légères. Il n'y a pas deux doigts pareils et deux feuilles rigoureusement semblables. Mais si la comparaison scientifique nous conduit à l'extrême diversité, elle nous ramène aussi à de nouveaux groupements qui simplifient nos idées. Ayant taillé, il faut coudre. Les matériaux qu'a dissociés la comparaison analytique facilitent le choix pour la construction synthétique de la science. Mais la comparaison synthétique est une opération intellectuelle bien moins simple et plus haute que la comparaison analytique. Elle nécessite un choix et un jugement. C'est la marque d'une supériorité de l'esprit.

Travailler à ces synthèses, c'est l'objet propre de ce Congrès. »

Puis les délégués des gouvernements d'Autriche, des Pays-Bas, de la Norvège, de la Suède, de la Belgique, du Mexique, de la Grande-Bretagne, de la Pologne et de l'Argentine apportèrent les vœux de leurs pays respectifs.

M. le professeur Sanarelli (de Rome) exprima enfin, en termes vibrants, les souhaits affectueux de ses confrères d'Italie. Il fut particulièrement applaudi.

XVIIIe CONGRÈS D'HYGIÈNE

Le XVIIIe Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique et de génie sanitaire, a été ouvert à l'Institut Pasteur sous la présidence de M. Serge Gas, directeur de l'Hygiène, représentant le ministre de la Santé publique, empêché.

Après les allocutions de M. Lesage, membre de l'Académie de médecine, président du Congrès, et de M. Serge Gas, on a abordé la première question à l'ordre du jour : « Protection de la population civile contre les gaz de combat. »

Le médecin général inspecteur Sieur, le professeur Messerti (de Lausanne), les colonels Laure, Fonjallaz et de la Rocque, le professeur Parisot (de Nancy) ont pris successivement la parole sur cet important sujet.

Le médecin-colonel Cot, des sapeurs-pompiers de Paris, a montré comment est organisée l'aide urbaine aux asphyxiés.

XLe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 5-10 octobre 1931 (1).

PREMIÈRE QUESTION

Des ulcères peptiques postopératoires. Pathogénie. Traitement.

Résumé du rapport de M. Gosset (de Paris).

L'ulcère peptique n'est, certes, pas une complication fréquente. L'auteur estime que sur cent gastro-entérostomies, on le rencontre deux ou trois fois.

Son importance tient à sa gravité et à la difficulté de son traitement plutôt qu'à sa fréquence.

Une intervention ayant été pratiquée, si bonne soit-elle, contre un ulcère peptique, laisse cependant après elle une menace de récidive de cet ulcère.

Le but du chirurgien est donc pour ainsi dire double, puisque aussi bien, en face d'un ulcère peptique post-opératoire, il doit s'efforcer :

1° De supprimer cet ulcère ;

2° De prévenir la formation d'un nouvel ulcère peptique.

Et d'abord, quand il a opéré un ulcère gastrique ou duodénal, la tâche du chirurgien n'est pas terminée. Il doit chercher, de préférence dans une collaboration intime avec le médecin, à compléter, à parfaire l'effet thérapeutique que l'acte chirurgical seul ne donne pas toujours au complet.

Les ulcéreux, même correctement opérés, demeurent des malades qu'il faut régulièrement revoir, contrôler, conseiller. Ils peuvent présenter des troubles liés à une gastro-entérostomie pratiquée consécutivement à un diagnostic erroné ou incomplet. Ces troubles sont dus parfois à un vice du transit duodénal ou intestinal, ou encore à des adhérences au voisinage de la bouche néo-formée ou à distance.

D'autres sujets atteints de gastrite ne peuvent guérir que grâce à un régime longtemps suivi et intelligemment prescrit.

En prenant toutes ces précautions, on verra, certes, s'améliorer les statistiques et peut-être diminuer le nombre des ulcères peptiques.

Quoi qu'il en soit, ceux-ci s'annoncent d'ordinaire assez rapidement : au sixième jour dans un cas de Leriche, au bout de quelques semaines dans la plupart des cas.

Suivant les sujets, leur apparition se traduit soit par des douleurs, soit par des hémorragies, soit enfin par des signes de sténose.

L'examen radiographique s'impose naturellement. Il confirmera le diagnostic.

Que pouvons-nous contre cette complication redoutable? D'abord nous efforcer d'éviter son apparition par une thérapeutique prophylactique bien établie.

Et à ce point de vue, se basant sur sa grande expérience qui porte sur plus de 1.000 cas depuis 1920, le rapporteur rejette définitivement certaines opérations qui donnent un pourcentage d'ulcères peptiques par trop accusé. Ce sont les gastro-entérostomies en Y et l'exclusion du pylore complétant une gastro-entérostomie banale.

La méthode radicale qui devrait mettre à l'abri de toute menace d'ulcère peptique est à la fois curative et prophylactique : c'est la gastrectomie. Plus l'ablation de l'estomac era largement conduite, plus rares seront les ulcères peptiques.

Pourtant, à supprimer trop d'estomac, à le réduire à un simple moignon, on évite un danger pour tomber dans un autre : l'anémie, qui peut suivre la gastrectomie large, et dont on publie çà et là de curieuses observations.

Traitement médical. — Il est aussi décevant que celui de l'ulcère primitif. Certains auteurs, voyant dans la prédisposition ulcéreuse une manifestation d'une syphilis plus ou moins larvée, ont préconisé le traitement antisyphilitique. Ce n'est pas une méthode qui puisse s'appliquer à tous les cas.

Les vaccins n'ont donné aucun résultat.

La radiothérapie amène dans 70 p. 100 des cas une sédation marquée et la disparition des douleurs. Elle est à conseiller chez les sujets fatigués qu'elle peut parfois rendre opérables. Quant à la diminution de l'acidité gastrique, elle ne s'obtiendrait qu'au prix de doses élevées et peut-être dangereuses.

Traitement chirurgical. — Il est dominé par deux caractéristiques de l'ulcère peptique :

1° Sa tendance à la récidive ;

2° Son inaptitude à la guérison spontanée.

On peut dire que son évolution tend au contraire à aboutir plus ou moins rapidement à la perforation ; il est donc logique d'opérer le plus précocement possible.

Traitement conservateur. — On peut pratiquer une simple incision de l'ulcère et fermer la perte de substance. Mais l'expérience a montré que le plus souvent cette seule intervention ne suffit pas. Il faut encore ou bien supprimer la gastro-entérostomie, ou bien la refaire dans de meilleures conditions.

Le mieux sans doute est de compléter la dégastro-entérostomie par une duodénectomie comportant la suppression des deux tiers antérieurs du sphincter.

Bien des auteurs, Enriquez parmi eux, ont vu dans la conservation du pylore une condition favorable à la réapparition de l'ulcère peptique.

L'installation d'une nouvelle gastro-entérostomie ne peut être qu'un pis-aller chez des sujets qui n'ont que trop démontré leur aptitude ulcéreuse. Elle ne serait de mise que sur des malades trop fatigués ou trop âgés pour subir une opération plus importante.

La gastrectomie. — Elle peut être une excellente intervention à condition de porter sur les deux tiers de l'estomac. A la rigueur, la suppression de la moitié de la poche gastrique, voire du tiers seulement, peut être suffisante si la continuité physiologique du tube digestif est rétablie par une anastomose à la Péan.

Deux cas sont à distinguer : l'ulcère peptique est consécutif à une gastro-entérostomie, ou bien il est consécutif à une gastrectomie.

a. *Après gastro-entérostomie* : Autant que faire se peut, la section doit porter sur le duodénum, au delà du pylore.

Le duodénum est fermé par un surjet en bourse recouvert par des points séparés séro-musculaires. Sur le moignon, on fixe les bords du petit et du grand épiploon.

Du côté gastrique, la résection sera plus ou moins étendue.

1° *On peut la limiter à l'antre et au pylore.* — Les tranches gastrique et duodénale sont réunies par une suture termino-latérale postérieure suivant le procédé de Kocher. Mais cette technique n'est applicable qu'aux cas où l'ulcère peptique succède à une gastro-entérostomie faite à droite, sinon, une trop grande quantité d'estomac doit être réséquée, ce qui rend l'anastomose à la Kocher de réalisation bien difficile. On peut aussi recourir au procédé de Péan-Haberer qui utilise une réunion termino-terminale. Après section du duodénum au

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Voir, pour la séance d'ouverture, *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 81, p. 1506.

thermocautère, on place sans les nouer les fils séro-musculaires entre les faces postérieures de l'estomac et du duodénum. Quand tous ces fils ont été passés on les lie, mais à ce moment seulement. Grâce à cet artifice, il est possible de garder le contrôle de la vue sur les sutures postérieures et l'on peut se rendre compte exactement de combien la section gastrique dépasse la section duodénale. — Une série de sutures inversantes sur la sous-muqueuse et des points séparés gastro-duodénaux corrigent l'inégalité de dimension des orifices et réalisent un cylindre muqueux. Au-devant de ce cylindre, un surjet total est pratiqué au catgut. Enfin, des fils séro-musculaires sont passés sur la paroi antérieure. Ce procédé évite la sténose de l'anastomose, sténose toujours possible si l'anastomose est faite par un surjet continu. Le rétablissement de la continuité gastro-duodénale peut être encore obtenu par une anastomose termino-latérale entre la section gastrique et la deuxième portion du duodénum. Ce procédé n'est du reste possible que si la deuxième portion du duodénum est suffisamment longue et mobile et l'estomac ptosé.

2° *Résection des deux tiers de l'estomac.* — La technique la plus recommandable est celle de Hofmeister-Finsterer.

La portion d'estomac qu'on se propose de réséquer est tournée vers la gauche. On lie la coronaire stomachique à sa pénétration dans l'estomac. Un champ est appliqué sur l'estomac, à gauche de la ligne de résection dont la direction est oblique depuis la petite courbure près du cardia jusqu'à la grande courbure au voisinage du ligament gastro-splénique. Cette ligne doit prolonger directement l'œsophage.

L'aspirateur électrique permet de se passer des clans qui sont souvent traumatisants.

Pour que l'anastomose soit située sous le méso-côlon, Finsterer unit le bord gauche de la brèche méso-colique par trois points séparés à la face postérieure de l'estomac. Ces points sont passés à deux travers de doigt au-dessus du lieu de la section gastrique. L'estomac étant sectionné entre deux clans, la partie supérieure de la tranche gastrique est fermée par un surjet depuis la petite courbure jusqu'à 10 centimètres de la grande.

Le jéjunum est placé contre la face postérieure de l'estomac de telle sorte que sa portion proximale afférente se trouve au niveau de la petite courbure, la portion afférente mobile au niveau de la grande.

L'anastomose terminée, le bord droit de la fente méso-colique est fixé à la paroi antérieure de l'estomac à deux travers de doigt de la ligne de suture.

L'avantage de ce procédé est d'éviter le reflux duodénal, l'anse efférente étant fixée plus haut sur la petite courbure que l'anse afférente, et la direction de l'anastomose se trouvant dans la prolongation de l'œsophage. Sur le malade debout, l'anse ne tend pas à devenir horizontale, elle demeure verticale, favorisant l'évacuation gastrique dans le jéjunum efférent.

b. *Après gastrectomie.* — Le fait qu'un ulcère peptique apparaît après une gastrectomie indique que le chirurgien est en présence d'un sujet pour qui une opération limitée, incomplète, ne donnera jamais de résultat.

C'est dans ces conditions une redoutable complication que l'apparition d'un ulcus peptique, car la seule opération indiquée : une nouvelle résection, ne sera pas toujours possible.

Quand l'ulcère s'accompagne d'une réaction inflammatoire intense avec adhérences et envahissement des organes voisins, la jéjunostomie peut rendre de grands services.

Traitement des complications. — Ulcère peptique perforé. — Il importe de ne pas perdre de vue les principes généraux de la chirurgie de l'ulcère peptique : excision de la lésion, meilleur drainage de l'estomac, réparation anatomique.

Le plus souvent, en raison de l'état précaire du malade, on se bornera à fermer la perforation, quitte à intervenir une seconde fois, quelques semaines plus tard, pour la restauration anatomique.

Fistule gastro-jéjuno colique. — C'est une complication d'une extrême gravité. On s'efforcera de libérer les organes fistulisés et de supprimer les trajets fistuleux.

Les résections gastro-coliques comportent une mortalité très élevée.

Résumé du Rapport de M. Leriche (de Strasbourg).

« L'ulcère peptique post-opératoire est essentiellement une maladie des anastomoses faites sur des estomacs hyperacides. »

Cette complication du traitement chirurgical des ulcères gastriques et duodénaux est entourée de mystère; ses causes nous échappent; une série de problèmes se posent à son sujet et demeurent sans réponse. L'auteur critique les méthodes employées jusqu'à maintenant et montre comment la question doit être attaquée désormais.

Pendant longtemps on a cru à la rareté de l'ulcère peptique, soit parce que le traitement de l'ulcus initial était surtout d'ordre médical, soit parce que la complication n'était pas reconnue.

On supposait que l'origine devait en être cherchée dans une faute de technique : hémostase insuffisante, suture défectueuse, emploi de fils non résorbables ou de boutons anastomotiques, excision de muqueuse exubérante, usage de clans offensants, infection plus ou moins accusée d'une suture ou d'un hématome de voisinage.

Actuellement, on a la certitude de la fréquence de l'ulcère peptique. Il apparaît comme la suite ou la récidive de la maladie initiale.

La pathogénie de l'ulcère post-opératoire se confond donc avec celle de l'ulcère gastro-duodénal; connaître l'une serait connaître l'autre. Aussi, l'auteur divise-t-il son travail en deux grands chapitres, l'un concernant la pathogénie de l'ulcère spontané, l'autre celle de l'ulcère secondaire.

Premier chapitre. — **Pathogénie de l'ulcus spontané.** — Il s'ouvre par l'étude de l'ulcère du point de vue anatomique.

Au début, il s'agit d'une nécrose extensive du type congestif; puis apparaissent sur la muqueuse au voisinage de l'ulcère des lésions inflammatoires.

Cet état inflammatoire, cette gastro-duodénite peut exister sans ulcère. Certains auteurs la considèrent comme un état pré-ulcéreux, sans pouvoir le démontrer. Pierre Duval et Konjetzny lui assignent une origine infectieuse; mais Leriche fait remarquer que bien des faits expérimentaux s'inscrivent en faux contre cette hypothèse.

Quand elle existe en même temps que l'ulcère, il est curieux de noter que la gastrite est atrophique au niveau de la petite courbure, de l'antre et du pylore, et qu'elle est hypertrophique dans le fundus.

Quoi qu'il en soit de sa forme, elle coïncide avec un état microbien et son étude n'éclaire en rien la genèse de l'ulcère.

L'auteur rappelle les altérations fréquentes des nerfs de la paroi gastrique qui n'expliquent pas l'origine de l'ulcère puisqu'elles sont manifestement secondaires à cet ulcère.

La métaplasie intestinale, rare en tant qu'inclusion congénitale, paraît très fréquente, au contraire, en tant que métaplasie régressive. Elle siège surtout en zone de gastrite atrophique et s'accompagne d'une évolution mucoïde. Elle n'apprend rien non plus sur l'origine de l'ulcère.

Dans un second paragraphe le rapporteur étudie rapidement la question, du point de vue bactériologique.

Les germes sont fréquents, dit-il, en surface et en profondeur. Il faut se garder d'en conclure à une origine infectieuse évidente. Les ulcères de jambes sont eux aussi chroniquement infectés; ils ne sont cependant pas d'origine microbienne.

Enfin, suit une étude patiente, minutieuse, de l'ulcus expérimental.

L'auteur rappelle les travaux de Schiff (1846) et ceux de ses disciples qui maintes fois ont obtenu des ulcères anatomiquement identiques aux ulcères humains, par voie vasculaire, par voie nerveuse soit centrale, soit médullaire, soit périphérique : vague ou sympathique, par excision de muqueuse et administration d'acide chlorhydrique, par suppression de certaines glandes : surrénale, thyroïde, par administration de ferments digestifs extragastriques : trypsine, par exclusion partielle de l'estomac, par gastro-entérostomie, par exclusion pyloro-antrale, par dérivation à distance des sucs duodénaux, biliaires, pancréatiques, par dérivation dans l'estomac de ces mêmes sucs, par administration de repas fictifs chez des chiens œsophagostomisés, par injections répétées d'histamine.

De ces multiples expériences il faut conclure que les ulcères ainsi obtenus n'évoluent pas avec le cortège fonctionnel bien connu de l'ulcère humain spontané. Il n'y a pas notamment cette hypersécrétion et cette hyperchlorhydrie qui donnent à l'affection sa physionomie propre.

L'expérimentation crée la lésion anatomique, mais non la maladie.

Suit une critique serrée de toutes ces méthodes, tout spécialement des techniques de dérivation et de la théorie de Boldyreff qui les anime, et que l'auteur condamne sans appel.

La protection de la muqueuse gastrique contre l'acidité et l'action peptique ne dépend certes pas d'un antipéristaltisme ni d'un reflux biliaire.

Ces expériences ne peuvent servir qu'à l'étude de l'ulcus post-opératoire.

Mais alors, pourquoi cette faillite de l'expérimentation? Il semble que les conditions choisies soient trop éloignées des conditions normales.

Vouloir étudier le déterminisme d'une maladie essentiellement gastrique en modifiant le « segment aval » de l'estomac, en changeant des conditions chimiques qui n'intéressent pas directement l'estomac, c'est s'engager sur une fausse piste qui ne peut mener à rien.

Pour créer des ulcères il suffit du reste d'agir simplement sur l'estomac sans passer par le détour des sucs alcalins, en modifiant par exemple l'innervation de l'organe. Cependant cela ne donne pas encore la solution cherchée, car l'ulcère se produit spontanément sans que ces conditions soient réalisées.

Le problème de la pathogénie de l'ulcère ne sera résolu que quand nous saurons par quel mécanisme une section antrale suivie de suture, ou une gastro-entérostomie arrive à déclencher les modifications histologiques et fonctionnelles qui conduisent à l'ulcère, et quand nous pourrons superposer ces modifications à celles qu'on trouve chez l'homme qui fait un ulcus pour une cause encore inconnue.

Ces modifications doivent être d'un sens très élémentaire à la façon de toutes les réactions post-opératoires; et l'auteur, de faire remarquer ce paradoxe, qu'elles guérissent la maladie quand elle existe déjà, et qu'elles la produisent quand elle n'existe pas.

Pour sortir de cette impasse, il convient d'aborder le problème sous un autre jour. Ce que l'expérimentation ne nous dit pas, demandons-le à une analyse des conditions au milieu desquelles évolue l'ulcus chez l'homme. Et c'est pourquoi l'auteur passe en revue toutes les particularités anatomiques, cliniques et opératoires de l'ulcère.

De cet examen détaillé, Leriche croit pouvoir conclure que l'ulcère n'est pas un trouble tropho-névrotique, ni une maladie de nature infectieuse. Il évolue toujours avec hypersécrétion et hyperchlorhydrie et ce sont ces conditions qu'il faut étudier désormais pour connaître la genèse de cette curieuse maladie et par suite tenter de la guérir.

Avant d'être une affection de l'estomac ou du duodénum, l'ulcère est une affection tissulaire, soit de l'épithélium glandulaire, soit de l'endothélium vasculaire, soit enfin du tissu conjonctif.

Sa localisation n'est pas indifférente. Toujours il se présente dans une zone garnie de glandes à mucus ; et l'auteur regrette, à ce sujet, que nos traités de physiologie nous renseignent si peu sur la nature de ce mucus qui, manifestement, joue un rôle considérable dans l'évolution de l'ulcère.

Il convient de rappeler que l'estomac est garni d'un épithélium formé uniformément d'une couche de cellules à mucus. Cet éphithélium présente des dépressions tapissées des mêmes cellules. Au fond de ces dépressions s'ouvrent des glandes tubulées dont les unes donnent encore du mucus, les autres de la pepsine.

Mais tandis que les glandes à mucus se trouvent seulement dans le fundus, les autres se rencontrent au niveau de la petite courbure, de l'antre, du pylore et de la première portion du duodénum.

Il semble bien que le rôle essentiel du mucus soit de protéger la muqueuse et Leriche se demande si l'ulcère n'est pas la conséquence d'une perte ou tout au moins d'une diminution de ce pouvoir protecteur, par précipitation sous l'effet d'une acidité trop forte ou se produisant à contre-temps.

D'où la nécessité d'étudier maintenant la question de l'acidité gastrique.

Schiff a prouvé que la zone fundique est le lieu exclusif de la production de la pepsine. Les travaux de Delogers, Johnson et Breckman démontrent que cette même zone est également productrice de l'acide, l'antre gardant toujours vis-à-vis des réactifs et notamment du ferrocyanure de potassium, une coloration caractéristique des milieux alcalins.

D'autres constatations sont pleines d'intérêt. L'estomac privé de sa circulation ne présente plus la réaction d'acidité; il en est de même de l'estomac à jeun.

Il semble donc qu'à jeun, l'estomac soit alcalin, qu'en digestion, il soit acide dans la région fundique, seule élaboratrice de la sécrétion chlorhydrique, et que l'antre ait toujours un revêtement alcalin, même en période de digestion.

En résumé, il existe deux zones dans l'estomac : l'une acide, l'autre alcaline, nettement délimitées. Le mucus serait précipité dans la zone acide ; il serait dissous dans la zone alcaline. La solution gommeuse ainsi créée ferait un isolant parfait, un protecteur de tout repos pour la muqueuse gastrique. Et l'auteur en arrive à faire l'hypothèse que la production de l'ulcère serait due à une modification du mucus antral.

Qu'un trouble quelconque survienne dans la sécrétion fundique, qu'à jeun, par exemple, un suc acide vienne au contact du mucus de surface des zones alcalines, voilà le mucus précipité par endroit et la muqueuse devenue vulnérable.

On peut encore supposer une altération de la sécrétion du mucus, celui-ci étant produit en moindre abondance que normalement; et voici la muqueuse plus ou moins à nu.

Cette lésion initiale de la muqueuse est absolument vraisemblable. Les expériences si nombreuses et si différentes réalisées jusqu'ici ont presque toujours donné naissance à une hyperhémie de la muqueuse, et toutes montrent que c'est la région alcaline de l'estomac qui est la région vulnérable.

Il est permis de croire que c'est cette hyperhémie qui conditionne l'hypersécrétion et l'hyperacidité, et qui, d'autre part, favorise une évacuation plus rapide du mucus au niveau des glandes pyloriques, laissant ainsi la zone de ces glandes moins bien protégée contre l'auto-digestion.

L'ulcère ne serait ainsi que l'aboutissant ultime des modifications inflammatoires de la zone des glandes à mucus.

Mais la question est plus complexe. Des expériences récentes ont montré que la zone alcaline où ne se produit pas d'acide chlorhydrique est le point de départ d'une excitation qui engendre à distance cet acide au niveau du fundus. L'autre fait naître l'acidité, mais ne la produit pas. Cette excitation s'expliquerait par la production d'une hormone, s'il faut du moins souscrire aux conclusions d'Edkins.

Deuxième chapitre. — **Pathogénie de l'ulcère postopératoire.** — L'ulcère postopératoire, qui dans la majorité des cas est un ulcère jéjunal, siège sur un segment du tube digestif qui, normalement, n'est pas fait pour servir de passage au suc gastrique chlorhydro-peptique. Le jéjunum n'a pas pour se protéger cet abondant mucus alcalin qui tapisse la région antro-duodénale.

On peut donc dire que la gastro-jéjunostomie est en soi antiphysiologique et que la seule anastomose qui respecte la physiologie est la gastro-duodénostomie transpylorique.

Rien d'étonnant après cela que la gastro-entérostomie banale soit suivie de temps en temps de l'apparition d'un ulcère jéjunal. Ce dernier prend alors la valeur d'un ulcus expérimental.

L'auteur ne croit guère au rôle de la technique opératoire dans la production de l'ulcère peptique. Il attache cependant une importance nette à la stase gastrique qui suit certaines opérations. Elle irrite à contre-temps la muqueuse antrale et excite fâcheusement la sécrétion acide.

Bon nombre de gastro-entérostomies parfaites chirurgicalement sont défectueuses physiologiquement. L'essentiel, semble-t-il, est d'éviter cette stase.

Mais un autre facteur est à envisager, bien mis en relief par Pierre Duval : l'existence d'une gastrite inflammatoire au moment de l'opération. Ce serait là la cause habituelle, et l'ulcère peptique serait d'origine infectieuse.

Enfin, on peut se demander si la localisation initiale ne joue pas un rôle, car l'ulcère postopératoire se montre surtout fréquent après l'ulcus juxtapylorique et duodénal.

L'auteur passe en revue tous les procédés de gastro-entérostomie et étudie spécialement les gastrectomies.

A des degrés différents toutes ces techniques exposent à l'apparition de l'ulcère peptique, car toutes laissent subsister un fragment d'estomac où peut persister l'acidité.

En dernier ressort l'ulcus jéjunal apparaît comme un ulcère peptique dû à l'action d'un suc acide sur une muqueuse non protégée. Toute anastomose gastrique crée sur la grande courbure de l'estomac une anomalie physiologique mettant en contact un suc acide et une muqueuse non protégée. Les conditions d'apparition de l'ulcère secondaire sont donc identiques à celles qui préparent l'apparition de l'ulcère initial.

Discussion.

M. Kümmer (de Genève), sur 297 opérés, a vu 7 cas d'ulcères peptiques et en a opéré 4 provenant d'autres services.

Dans ces 7 cas personnels, il s'agissait de gastro-entérostomisés. Il a pratiqué les opérations les plus diverses, car 6 de ces malades présentaient une perforation et 3 des fistules jéjuno-coliques. 3 ont été réopérés deux, trois et quatre fois. En tout, les 11 malades représentent 20 interventions suivies de 6 décès post-opératoires et 5 survies n'ayant pas dépassé six ans pour les meilleurs cas.

M. Stolz (de Strasbourg), de 1917 à 1930, a observé 23 ulcères peptiques, dont 8 après exclusions et 15 après gastro-entérostomies, avec 3 morts post-opératoires.

18 malades ont été revus ; 7 avaient subi une excision simple avec rétablissement de la gastro-entérostomie et 11 des résections larges.

Sur les 7 excisions, on note un seul succès vrai se maintenant depuis cinq ans et demi, 1 résultat médiocre, 5 morts au bout de trois ans en moyenne. Les 11 résections ont été suivies de 9 bons résultats, d'un résultat médiocre et de 2 morts après quatre ans.

MM. Bérard et Desjacques (de Lyon) ont observé 2 ulcères peptiques sur 88 opérés revus à distance. Traités chirurgicalement, ces 2 malades sont restés guéris.

Les auteurs soulignent les excellents résultats que donne en cas de perforation la seule suture et l'enfouissement : 12 succès sur 13 cas.

Dans les ulcères non perforés, la gastro-entérostomie seule a donné la guérison, dans 70 p. 100 des ulcères duodénaux, 79 p. 100 des ulcères pyloriques et 61 p. 100 des ulcères de la petite courbure.

La seule possibilité d'apparition d'un ulcère peptique ne suffit donc pas à imposer la résection, exceptions faites des indications classiques : ulcères calleux, hémorragiques, etc.

MM. Brocq et Chabrut (de Paris) pensent qu'à l'origine de tout ulcère peptique, on trouve une gastro-entérostomie anatomiquement mal placée.

La dégastro-entérostomie, avec résection de l'ulcus, est une opération insuffisante dans l'ulcère jéjunal. De toute nécessité, on doit établir une nouvelle bouche placée de telle façon que le drainage gastrique s'effectue normalement, ou bien il faut pratiquer une large résection.

MM. Weiss, Graves et Gurrianan (de Strasbourg), ayant réalisé de nombreuses expériences, croient que les muqueuses antrales et duodénales sont surtout protégées contre le suc acido-peptique gastrique par le reflux alcalin libio-pancréatique.

Ils ont étudié les conditions de ce reflux, et repris, un peu modifiée, l'opération de Mac Caun. En déplaçant l'anastomose jéjuno-gastrique vers le pylore, les auteurs n'ont jamais observé d'ulcus peptique ; en la fixant sur le fundus, ils ont observé 80 p. 100 de ces mêmes ulcères.

M. Verhoogen (de Bruxelles) est en opposition formelle avec les conclusions de la plupart des orateurs. Il pratique l'exclusion pylorique et fait ses sutures à la soie. Il n'a que très rarement observé des ulcères secondaires.

MM. Fontaine et Hermann (de Strasbourg) exposent en détail les expériences qu'ils ont entreprises sous la direction de Leriche.

Ils ont réalisé la dérivation du suc gastrique sur 30 chiens. 15 expériences sont à retenir. L'ulcère souvent multiple siégeait toujours sur le jéjunum à proximité de l'anastomose.

Les animaux ont survécu seulement quelques semaines, l'ulcère s'étant généralement perforé.

La rapidité de l'évolution de l'ulcère peptique dépend surtout de la longueur du segment grêle exclu. Après une exclusion de 85 à 100 centimètres, on obtient des ulcères chroniques mettant plusieurs mois à évoluer.

Une autre série d'expériences a montré qu'après une exclusion antrale, le fundus devient hyperchlorhydrique ; achlorhydrique, par contre, si l'on substitue à l'exclusion l'antrectomie totale.

L'examen de coupes histologiques provenant de chiens sacrifiés à jeun ou en pleine digestion a montré que le mucus de surface colorable au microcarmin est moins abondant au niveau de l'antre qu'au niveau du fundus, et que cette différence s'accuse en période digestive.

La dissolution du mucus en zone alcaline explique peut-être que la partie alcaline de l'estomac soit le siège de prédilection des ulcères.

M. Mayer (de Bruxelles) expose sa statistique qui porte sur 328 cas de gastro-entérostomies pour ulcères gastriques ou duodénaux. La mortalité opératoire a été de 2,4 p. 100. Aucun ulcère peptique n'a été observé. L'auteur estime comme les rapporteurs, que cette complication est rare si la gastro-entérostomie a été faite sur des indications précises, si elle est suffisamment large, si on n'y ajoute ni exclusion pylorique ni anastomose en Y.

La résection très large de Haberer destinée à rendre l'estomac anachlorhydrique est plus grave. Elle exige quand même

un régime sévère; elle crée souvent une anémie sérieuse; elle est d'exécution difficile.

L'auteur signale un cas de jéjunostomie pour ulcère calleux inopérable suivi de guérison, superposable à celui relaté par Balfour.

Quand l'ulcère peptique s'accompagne de phénomènes douloureux intenses, la dégastro-entérostomie avec excision de l'ulcère et duodénectomie semble l'opération de choix.

Du point de vue pathogénique, l'ulcus peptique est souvent le résultat d'opérations faites suivant une mauvaise technique ou d'après des indications insuffisantes. La stase et les modifications du mucus jouent un rôle dans son évolution.

Le reflux duodénal pourrait intervenir dans la guérison de l'ulcère gastro-jéjunal; l'essentiel dans le traitement de cette lésion est d'assurer une bonne dérivation mécanique.

M. Jacobovici (de Cluj) rapporte 20 opérations pour ulcères peptiques post-opératoires.

Deux fois il a retrouvé le fil de soie ayant servi à pratiquer la suture séro-séreuse. Toujours il a observé la constance de l'hyperacidité. Quatre fois il a noté une perforation, trois fois des fistules gastro-jéjuno-coliques.

Le meilleur traitement prophylactique consiste dans la résection large des ulcères qui met davantage à l'abri de cette complication que les opérations palliatives.

L'ulcère peptique doit être traité précocement. On fera une résection large de l'estomac, de la première portion du duodénum et de la portion correspondante de l'anse intestinale, suivie d'entéro-anastomose et anastomose termino-latérale gastro-jéjunale à la Reichel. Sur 7 cas l'auteur a eu 4 guérisons et 3 morts.

La résection simple de la bouche anastomotique avec rétablissement de l'anastomose a donné 5 guérisons sur 7 cas.

Cette intervention n'est à conseiller que si l'état local et l'état général ne permettent pas la résection large.

Si la fistule gastro-jéjnno-colique est constituée, il faut pratiquer une résection en bloc de l'estomac, de l'anse jéjunale et du côlon au niveau de l'anastomose.

Procédé pour les mauvais cas d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. — M. Deton (de Charleroi). Ce procédé dérive de la gastrostomie temporaire recommandée par Léo dans les péritonites et les occlusions. On réalise une gastrostomie à travers l'orifice de perforation spontanée. Une sonde de Pezzer ou mieux de Malécot doit obturer complètement l'orifice.

7 cas ainsi traités ont donné 4 guérisons et 3 morts.

M. de Quervain (de Berne) a observé de 1910 à 1920, 9 ulcères peptiques sur 184 interventions. De 1920 à 1930 il n'en a observé que 8 sur 337 interventions.

Il pense que cette amélioration de ses statistiques est due à l'abandon de l'opération d'Eiselberg et à l'emploi de fils résorbables.

La bonne orientation de la bouche anastomotique aurait plus d'importance au point de vue prophylactique que tous les détails de technique.

Gastrectomie pour ulcus jéjunal. — M. Pauchet (de Paris). Tout ulcus gastrique chronique doit être traité par la gastrectomie. De même, le traitement préventif de l'ulcus peptique est la gastrectomie d'emblée en présence d'un ulcus gastrique ou duodénal actif.

Et l'auteur entend par ulcus actif celui qui saigne, qui est douloureux, qui s'aggrave.

L'ulcus duodénal « éteint » peut guérir par simple gastro-entérostomie. On peut dire qu'à la rigueur l'ulcus gastro-duodénal, dans certaines conditions, peut être traité médicalement; l'ulcus jéjunal jamais!

L'auteur conseille de ne pas faire de gastro-entérostomies sur les ulcères fantômes, non visibles. Il s'agit d'un spasme réflexe du pylore qui guérit par l'appendicectomie. Du reste, l'ulcus jéjunal consécutif à une gastro-entérostomie pour ulcus fantôme, guérit par la simple dégastro-entérostomisation.

Dans tous les autres cas, l'ulcère peptique sera traité par une gastrectomie large.

Les fistules gastro-jéjuno-coliques seront traitées par gastrectomie. Parfois la colectomie s'impose.

La gastrectomie pour ulcère duodénal donne 20 p. 100 de mortalité; pour ulcus gastrique elle en donne 8 p. 100.

La gastrectomie pour ulcus jéjunal accompagné de fistule gastro-colique-jéjunale est excessivement meurtrière.

M. Alessandri (de Rome) est d'accord avec Leriche sur l'importance du rôle de l'hyperacidité gastrique sur la genèse de l'ulcère. Il pense cependant que la cause déterminante de la localisation dépend plutôt de l'insuffisance des sucs alcalins duodénaux que du mucus gastrique.

L'ulcère peptique serait une complication de la gastro-entérostomie et non de la gastrectomie. Celle-ci doit consister en une résection large : duodéno-pyloro-gastrique.

Quand surgit un ulcère postopératoire, il faut pratiquer une résection de l'anse jéjunale anastomosée — et suturer bout à bout — puis supprimer une large portion de l'estomac et pratiquer une réunion gastro-duodénale.

Un cas de double dégastro-entérostomisation. — M. Viannay (de Saint-Etienne) rapporte l'observation d'un homme de quarante-neuf ans qui avait subi deux gastro-entérostomies, une postérieure en 1926, une antérieure en 1928.

L'année suivante, l'auteur l'opère à son tour. On notait des douleurs après le repas, un point douloureux fixé un peu à gauche de la ligne médiane ; pas de vomissement.

La laparatomie montra une symphyse totale du péritoine sous-ombilical englobant estomac, duodénum, vésicule biliaire, ainsi que la bouche de gastro-entérostomie antérieure.

L'auteur se borna à libérer les adhérences. Une amélioration des troubles fonctionnels s'ensuivit et se maintint pendant un an. A ce moment : réapparition des douleurs qui prennent le caractère des douleurs de l'ulcus peptique.

Une seconde intervention également pratiquée par l'auteur sous anesthésie régionale, consiste en la résection des deux bouches de gastro-entérostomies et de l'anse jéjunale intermédiaire. Un raccordement du grêle par entérorraphie termino-terminale du bout efférent de la gastro-entérostomie postérieure avec le bout efférent de la gastro-entérostomie antérieure termine l'intervention. Cessation immédiate des douleurs.

Ce bon résultat demeure compromis par une tuberculose pulmonaire d'évolution récente.

(*A suivre.*) M. DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 5 octobre 1931)

Veines à paroi côtelée. — M. R. Argaud. Certaines veines, les azygos, par exemple, se présentent chez les mammifères avec un aspect spécial qui suffit à les caractériser. Le vaisseau est irrégulièrement calibré et côtelé comme certaines étoffes, d'où le nom de veine à paroi côtelée que propose l'auteur.

On peut se rendre compte, sur les coupes microscopiques, que l'intima, la media tout entière, et la partie la plus interne

de l'adventice, participent à la formation de crêtes qui plongent plus ou moins profondément dans la lumière.

Il s'agit de plis vasculaires dont la permanence est assurée à l'état de faible réplétion, par le tonus élastique de la surface adventitielle; mais leur formation est surtout due à des lames musculaires dont l'épaisseur variable détermine l'aspect singulier des parois côtelées.

L'auteur tire, de ses constatations, différentes conclusions au point de vue physiologique et au point de vue pathologique. Il présume, notamment, que le dispositif structural, en accordéon, doit jouer un rôle des plus importants au cours des cirrhoses et, d'une façon plus générale, de toutes les affections qui déterminent, par hyperplasie ou hypertrophie des cordons de Remak, une entrave à la circulation hépatique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE SOLENNELLE DU 13 OCTOBRE 1931 CONSACRÉE A LA MÉDECINE COLONIALE)

L'Académie a tenu, mardi, une nouvelle séance solennelle consacrée à la médecine coloniale.

La séance s'est ouverte au milieu d'une grande affluence. Au premier rang, M. Lucien Saint, résident général au Maroc; M. le gouverneur général Olivier, représentant M. le maréchal Lyautey; M. le gouverneur Giraud, représentant le gouverneur général de l'Afrique Occidentale française; les représentants de M. Manceron, résident général en Tunisie; de M. le gouverneur général Cayla, du ministre de l'Instruction publique; les médecins généraux inspecteurs Lanne et Boyé, le médecin général Lecomte, le pharmacien général Bloch, le médecin-colonel Schickelé.

Un grand nombre de savants étrangers : les professeurs Cantacuzène (de Bucarest), Sanarelli (de Rome), Ricardo Jorge (de Rio-de-Janeiro), Henrijean (de Liége), Madsen (de Copenhague).

Des caïds tunisiens : Ben Kiria, caïd de Zaghouan; Saladini Bacouche, caïd de la banlieue de Tunis; Snadly, caïd de Sfax, etc.

M. de Lapersonne, président, ouvre la séance. En excellents termes, il souhaite la bienvenue aux personnalités présentes, il montre l'importance que l'Académie attache aux questions de médecine coloniale. En terminant, il adresse aux médecins de colonisation le salut de l'Académie.

Le programme comportait trois courtes conférences de MM. Marchoux, Mathis et Mesnil et une communication de M. Dinguizli.

Variétés sur le paludisme, — M. E. MARCHOUX. L'hématozoaire de Laveran, cause du paludisme, est transmis par l'anophèle. L'insecte vecteur n'est pas spontanément infecté; il doit prendre les germes en piquant un malade. Dans son estomac se produit la fécondation des éléments sexués du parasite. Ce phénomène n'est pas commandé, comme on l'aurait cru, par le refroidissement et la concentration, mais, comme l'ont démontré Marchoux et Chorine, par le changement de réaction du sang dû à l'élimination rapide et spontanée de l'acide carbonique contenu dans le liquide nourricier. Autrefois très répandu en France, le paludisme en a disparu de partout entre 1880 et 1890 par suite de l'éducation de la population qui va au-devant du remède au lieu de le fuir. Le développement du bien-être a assuré la stabulation des animaux de ferme qui attire les anophèles et les écarte de l'homme, suivant la doctrine établie par Roubaud. Bien que tous les anophèles puissent permettre le développement du parasite, seules, pratiquement, les espèces fragiles l'hébergent parce qu'elles cherchent un abri dans la maison et vivent au contact de l'homme. Le paludisme est, pour cette raison, une maladie domiciliaire. Korteweg et Swellengrebel ont observé que les insectes hibernants piquent pendant l'hiver et transmettent ainsi une infection qui n'apparaîtra qu'au printemps. De toutes les méthodes employées pour la prophylaxie, la meilleure est celle qui consiste à soigner les malades parce qu'elle est humanitaire et enseigne à la population que le paludisme est curable. La quinine, si précieuse, n'est cependant pas un remède parfait. Elle permet les rechutes. Aussi s'applique-t-on à rechercher un médicament synthétique doué de propriétés plus actives. Deux déjà sont signalés : la plasmoquine et le 710 Fourneau, qui ont des qualités, mais ne résolvent pas encore le problème. Les laboratoires ont encore devant eux un large champ d'investigation.

Les spirochétoses récurrentes en A. O. F. — M. MATHIS expose avec beaucoup d'humour et de brio la question des spirochétoses récurrentes en A. O. F. Il rappelle que vingt-cinq ans avant la fin du siècle dernier, nos connaissances sur l'étiologie des maladies exotiques étaient des plus obscures et que nul médecin, si avisé clinicien qu'il fût, ne pouvait se reconnaître dans le chaos des fièvres dites climatiques des pays chauds.

C'était l'époque où le professeur de pathologie exotique à l'Ecole de médecine navale de Brest Mahé pouvait dire aux jeunes médecins partant pour les colonies : « Là-bas, sur les rives empestées de l'Atlantique, vous rencontrerez le redoutable sphinx de la malaria, pernicieux Protée, le fantôme délirant du typhus, le spectre livide et glacé du choléra, le masque jaune du vomito negro; défiez-vous, de la terre et des eaux s'exhale un souffle empoisonné..... »

Aujourd'hui, aux jeunes médecins allant servir outre-mer, on dit : « Partez sans crainte, mais continuez à combattre les anophèles, redoutables propagateurs de l'hématozoaire du paludisme, luttez sans merci contre les stegomyia qui transmettent le virus amaril, détruisez les poux responsables de la transmission du virus de la fièvre exanthématique et du spirochète d'Obermeier, exterminez les puces qui hébergent et véhiculent le bacille de la peste, méfiez-vous des tsétsés qui inoculent le trypanosome de la maladie du sommeil ».

En si peu d'années, quelle magnifique floraison de découvertes dans le domaine de la phathologie exotique par l'application de méthodes dont nous sommes redevables au génie de Pasteur!

M. Mathis indique que si l'hématozoaire du paludisme est responsable du plus grand nombre des manifestations fébriles des pays chauds, il n'est pas le seul agent morbide susceptible de provoquer de la fièvre. A côté de lui, il en existe d'autres, notamment les spirochètes des fièvres récurrentes transmises par les poux ou par les tiques.

Il fait ensuite l'historique de l'épidémie très meurtrière de fièvre récurrente à pou, qui a sévi de 1921 à 1929, en Afrique tropicale et qui a causé des milliers de décès. La lutte contre cette maladie n'a pas pu être menée avec assez d'énergie par suite de la pénurie du personnel médical, insuffisant pour surveiller l'état sanitaire de populations réparties sur d'immenses territoires. D'où la nécessité de renforcer l'action des services d'assistance médicale et d'hygiène sociale pour sauvegarder la santé des populations indigènes. Et cela va être rendu possible grâce à l'emprunt colonial, voté récemment par le Parlement.

M. Mathis étudie enfin une spirochétose à tique exclusivement africaine qui n'a pas de tendance à l'expansion, contrairement à la spirochétose à pou qui est cosmopolite. Ce qui s'explique par ce fait que l'agent de la première est une tique liée au sol et que celui de la seconde est le pou qui accompagne l'homme dans tous ses déplacements. Faisant un bref résumé des conceptions de Ch. Nicolle sur l'origine et l'évolution des fièvres récurrentes humaines, il montre que les

spirochétoses récurrentes sanguines étaient primitivement transmises uniquement par les tiques et étaient des maladies exclusivement animales. Plus tard, au cours des siècles, l'un des spirochètes s'est adapté au pou et la maladie s'est élevée au rang de maladie humaine.

Le rôle de l'homme dans l'existence et le comportement des spirochétoses est moins important que l'on était porté à le croire quoi qu'il en soit parfois la victime. L'homme est intervenu comme un intrus, selon l'expression de Ch. Nicolle, dans le cycle normal des spirochétoses récurrentes sanguines et il n'a pas eu à s'en féliciter.

L'histoire des trypanosomiases et de la maladie du sommeil. — M. Mesnil, dans une très belle conférence, expose l'histoire des trypanosomiases et de la maladie du sommeil. Il rappelle que notre ignorance à leur égard ne s'est dissipée que vers 1880. Encore ne s'agissait-il que des trypanosomiases animales. Ce n'est qu'au xxe siècle que l'on se rendit compte que l'homme est sensible aux trypanosomes et que l'un de ces derniers est l'agent de la maladie du sommeil. Depuis lors, nous avons approfondi nos connaissances à cet égard. Nous avons appris à apprécier la variété de ces infections, nous avons reconnu leur transmission par la mouche tsé-tsé, l'existence d'animaux qui sont des réservoirs de virus. M. Mesnil a montré, à propos de la maladie du sommeil, le rôle de la colonisation française dans la lutte entreprise contre elle et enfin comment on a pu lui appliquer une thérapeutique chimique raisonnée qui réussit quand elle intervient précocement. Là encore, d'intéressantes projections ont montré les différents modes de traitement et de prophylaxie.

L'office d'hygiène sociale et préventive en Tunisie. — M. Dinguizli Béchir montre les progrès réalisés en un an par l'office, créé en 1930 par M. Manceron, résident général.

Le dispensaire antituberculeux est en construction, la propagande par le timbre antituberculeux a connu un succès considérable auprès des indigènes.

M. Dinguizli rappelle ensuite l'importance des fléaux sociaux qui sévissent en Tunisie : la tuberculose qui cause 33 p. 100 des décès, la syphilis si répandue dans le monde musulman, le trachome dont la fréquence est telle dans le sud de la Régence qu'il atteint 50 p. 100 des individus, la mortalité infantile enfin.

L'office a institué des Conférences filmées qui ont déjà donné des résultats très encourageants. M. Dinguizli demande en terminant la création d'une Ecole d'infirmières visiteuses indigènes et la création d'un centre obstétrical pour la formation d'accoucheuses indigènes.

— L'après-midi du 14 octobre a été consacré à une visite de l'Exposition coloniale organisée fort aimablement par le comte de Vogüé, et placée sous la direction du médecin général Thiroux et du médecin colonel Sasportas. Une réception fort élégante eut lieu ensuite au restaurant de Bagdad. Le maréchal et Mme la maréchale Lyautey voulurent bien accueillir eux-mêmes les invités de l'Académie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 9 octobre 1931)

Lobite et scissurite tuberculeuses du lobe azigos. — MM. M. Brulé et J.-A. Lièvre présentent une observation anatomo-clinique de lobite tuberculeuse du lobe azygos.

Le décès se produisit par méningite tuberculeuse. L'autopsie montra que l'ombre radiologique répondait bien à une scissure azygos; celle-ci, très épaissie, symphysée, d'aspect lardacé, était le siège d'une infiltration tuberculeuse massive avec follicules typiques. Le lobe azygos sus-jacent présente une splénisation diffuse avec trois foyers d'infiltration tuberculeuse non excavée.

Les auteurs ont fait, quelques mois après, une nouvelle constatation anatomique d'infiltration tuberculeuse avec symphyse de la scissure azygos.

On doit donc tenir pour exacte la description radiologique de l'ombre de la scissure azygos. Cette ombre, dont le caractère normal ou pathologique est encore discuté, est liée sans doute, dans la majorité des cas, à une tuberculose du lobe ou de la plèvre azygos.

Syndrome de Dercum, cellulite et ménopause. — MM. F. Trémolières, A. Tardieu et Merklen.

Un cas de kala-azar chez l'adulte. — M. Jean Olmer.

Les modifications de la chlorhydrie gastrique et de l'équilibre protido-lipidique du sérum sanguin au cours du traitement de l'ulcus par les injections intra-musculaires de pepsine. — MM. M. Debray, Codounis, Antonin et Haty (Georges).

Un cas d'adénome parathyroïdien avec lésions diffuses du squelette. — MM. J.-A. Lièvre et P. Muller ont observé chez une femme de quarante et un ans un syndrome d'hyperfonctionnement parathyroïdien caractérisé par une décalcification progressive du squelette. L'affection débuta par des douleurs des membres inférieurs et du rachis; puis survinrent les fractures spontanées; les radiographies révélaient une perte diffuse du calcium osseux, la biopsie un remaniement architectural de l'os avec résorption lacunaire et fibrome médullaire. Les auteurs insistent sur la tachycardie également constatée dans deux autres cas. Il existait de l'hypercalcémie et de l'hypercalciurie.

L'autopsie montra l'existence d'un volumineux adénome parathyroïdien constitué par les cellules principales de la parathyroïde normale, avec une prédominance de cellules foncées.

Hypertension et lésions rénales. — M. Et. Moy montre l'intérêt que présentent les lésions rénales, d'abord passagères puis permanentes, que l'on observe au cours de l'hypertension artérielle paraxystique. La néphrite est certainement ici la conséquence de l'hypertension.

Le rein apparait donc comme occupant dans le mécanisme régulateur de la pression artérielle une position privilégiée.

Influence des sapoïdes de métaux lourds (orosmiol) sur l'évolution de la tuberculose expérimentale. — M. Maurice Renaud expose les faits expérimentaux qui prouvent que l'introduction de sapoïdes d'or et d'osmium influence l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin en limitant l'extension et la dissémination de lésions, en rendant leur évolution torpide et en favorisant leur cicatrisation par transformation fibroïde.

Tous les faits qu'il rapporte forment un faisceau convergent établissant que les papoïdes exercent une influence certaine sur les processus tuberculeux, grâce à leurs affinités pour le mésenchyme. L'auteur estime qu'ils méritent de retenir l'attention car ils montrent que la tuberculose peut être modifiée par une action chimique.

Le Diabète insipide, par Gilbert Dreyfus, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Collection des actualités de médecine pratique. Directeur : docteur R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris. In-16 de 122 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par le bismuth et l'arsenic; étude de nouveaux dérivés (1), par le docteur Jacqueline MOUNEYRAT,

Le docteur Jacqueline Mouneyrat a étudié dans sa thèse une série de dérivés bismuthiques nouveaux, ainsi qu'un arséno et un composé arsénobismuthique. Tous ces corps ont été expérimentés cliniquement à l'hôpital Saint-Louis; leur synthèse chimique a été réalisée par le docteur A. Mouneyrat.

L'auteur expose rapidement les raisons qui lui ont fait préférer les sels solubles aux sels insolubles; ceux-ci agissent plus rapidement, ils ne s'accumulent pas, et de plus, ils sont beaucoup plus facilement injectables.

Le B. S. M. est le sel disodique de l'acide bismuthyltritartrique. C'est un composé aqueux soluble dont la dose thérapeutique est loin de la dose toxique. Son action thérapeutique est remarquable. Dans les accidents primaires, les tréponèmes disparaissent en vingt-quatre heures de la surface du chancre; la cicatrisation s'opère en dix à quatorze jours. Il agit très énergiquement sur les arséno-résistances. Son élimination est rapide, elle se fait en six jours environ. Son seul inconvénient est la légère douleur causée parfois par l'injection.

Le docteur Jacqueline Mouneyrat a étudié également un autre dérivé aqueux soluble, l'hexabi; c'est une série de complexes formés par l'iodure de bismuth et successivement les amines, l'hexaméthylènetétramine, pipérazine, pyramidon, antipyrine; ces corps étaient indolores, mais moins actifs que le B. S. M. Ils ont été abandonnés.

L'auteur a étudié ensuite deux dérivés bismuthiques oléo-solubles, un dicampho-carbonate de bismuth, l'Olbia, et un abiétate de bismuth. Le sel le plus intéressant est l'Olbia. C'est un corps extrêmement peu toxique. Son injection est indolore; de plus sa résorption est rapide, car il s'hydrolyse lentement au contact des tissus. Ce produit a été expérimenté à toutes les périodes de la syphilis; il s'est montré d'une activité comparable à celle du 914 intraveineux. Une très remarquable observation est citée, c'est celle d'un diabétique traité par l'Olbia, dont la glycosurie est tombée de 205 grammes par vingt-quatre heures à 48 grammes par vingt-quatre heures, sans modification de régime, uniquement après douze piqûres d'Olbia. L'Olbia a toujours été bien toléré.

Le docteur Jacqueline Mouneyrat a ensuite expérimenté un nouvel arséno et un composé arséno-bismuthique. L'arsenic est sous forme trivalente, l'arsenic présentant son maximum d'efficacité sous la forme arséno. L'auteur développe les considérations chimiques qui ont permis au docteur A. Mouneyrat de réaliser un arséno peu toxique et actif.

L'arséno est en solution préparée d'avance, et employé seul il présente une activité comparable à celle des arsénos intraveineux. Injecté par voie intramusculaire, il est complètement indolore, même aux très grosses doses, résultat qui n'avait jamais été atteint jusqu'ici.

Le composé arséno-bismuthique est un composé d'addition dans lequel l'arséno a été associé au dicampho-carbonate de bismuth, l'Olbia, ces médicaments étant réunis dans une même émulsion huileuse. C'est un corps peu toxique, car les toxicités ne s'additionnent pas, l'arsenic et le bismuth n'exerçant pas leur action sur les mêmes organes. Chez les malades arséno-résistants, l'emploi de ce composé permettait d'éviter une perte de temps précieuse. Il permet de traiter très énergiquement la syphilis sous toutes ses formes. Cliniquement, ce médicament s'est montré très actif, son action thérapeutique semble supérieure à celle des arséno-veineux employés jusqu'ici, ceux-ci étant considérés comme étant les plus

(1) *Th. de Paris* 1931.

actifs. Ce produit arséno-bismuthique, en pratique, s'est montré un peu douloureux.

Dans ses conclusions, le docteur Jacqueline Mouneyrat rappelle que l'arséno employé seul est très actif, il est *indolore* aux grosses doses sans addition d'anesthésique, résultat qui n'avait jamais été atteint jusqu'ici. Les sels bismuthiques sont très actifs ; le dicampho-carbonique de bismuth, l'Olbia, semble réaliser la meilleure forme thérapeutique; c'est un produit qui présente une grande activité tréponémicide; il est indolore.

Contribution à l'étude des rétentions aqueuses de l'organisme. Recherches sur les albumines du sérum sanguin au cours des cirrhoses du foie (1), par Robert Wallich.

Dans la première partie de ce travail exécuté dans le laboratoire du professeur Abrami, l'auteur souligne l'importance primordiale du foie dans la protéinogenèse et dans le métabolisme des albumines organiques.

Puis étudiant au point de vue chimico-physique le sérum sanguin des cirrhotiques, il constate des perturbations constantes des albumines du sérum : ces perturbations analogues à celles que l'on observe au cours des néphroses et de certaines néphrites consistent essentiellement dans une hypoprotéinémie, avec inversion habituelle du rapport sérine-globuline, par suite non seulement de l'hyperglobulinémie, mais surtout de l'hyposérinémie. Pour l'auteur, ces modifications des albumines sanguines constitueraient en quelque sorte un test physio-pathologique d'insuffisance hépathique, l'hyposérinémie isolée, en particulier, en l'absence de toute lésion rénale, serait presque pathognomonique d'une insuffisance fonctionnelle du foie, tandis qu'au contraire, l'hyperglobulinémie ne serait qu'un phénomène beaucoup plus banal sans valeur diagnostique.

Au cours de l'évolution des cirrhoses du foie, cette étude du sérum permet de fixer un véritable albumino-pronostic de la maladie.

Dans la partie expérimentale de ce travail, l'auteur parvient à reproduire artificiellement chez l'animal, soit par soustraction sanguine, soit par destruction hépatique, les modifications des albumines sanguines observées en clinique humaine. Il critique au cours de cette étude les données de la réfractométrie, et montre que les abaissements des indices constatés par cette méhode sont plus souvent le fait de variations quantitatives et qualitatives des albumines sériques, que le fait d'une dilution sanguine.

Envisageant enfin, au point de vue pathogénique, les répercussions que ces données nouvelles peuvent amener dans l'interprétation des troubles du métabolisme de l'eau chez les hépatiques, l'auteur montre que ces perturbations des albumines, et les modifications profondes qui en découlent au point de vue de la pression osmotique des protéines plus spécialement, suffisent à rendre compte de la fréquence des œdèmes chez ces malades, et aussi de la facilité avec laquelle ils font de l'ascite ou la reproduisent; les causes mécaniques étant insuffisantes à expliquer ces phénomènes et ne semblant intervenir, sauf extrêmes exceptions, que comme causes localisatrices chronologiquement secondaires.

Cette étude particulière conduit l'auteur à examiner dans la dernière partie de son mémoire les circonstances générales expérimentales ou cliniques dans lesquelles on observe des modifications des albumines sanguines et les phénomènes qui en découlent.

A la lumière des conceptions modernes de Loeb, Donnan, Vles, il marque que l'étude chimico-physique des protéines cellulaires, considérées en dehors de leur point iso-électrique comme des électrolytes se combinant aux différents ions, permet de rendre compte de manière simple de la plupart des troubles de répartition ou de rétention aqueuse de l'organisme, sèche ou œdémateuse, et est capable, par ailleurs, d'éclairer aussi certains phénomènes jusque-là obscurs, comme les mécanismes cellulaires de la soif et de certaines fièvres d'origine purement chimico-physique.

(1) *Th. de Paris*, 1930.

PRATIQUE MÉDICALE

VUES NOUVELLES SUR L'ENDOCRINOTHÉRAPIE OVARIENNE (1)

Par M. Roger Chazette.

Les extraits opothérapiques totaux, dit l'auteur, ne répondent plus, dans beaucoup de cas, aux conceptions actuelles d'une thérapeutique rationnelle des troubles dépendant d'un dysfonctionnement des glandes endocrines, et en particulier, de l'ovaire.

Comme l'hypophyse, la thyroïde, le testicule, l'ovaire est susceptible de donner, par une dissociation de ses éléments, des hormones d'action physiologique différente et même antagoniste.

Par l'opothérapie ovarienne dissociée, c'est-à-dire par l'administration soit du principe stimulant (agomensine), soit du principe frénateur et suspensif (sistomensine), peuvent être traités avec une grande efficacité les syndromes ménorragiques, métrorragiques, dysménorrhéiques. A retenir également, comme cela avait été noté déjà par quelques auteurs, une action très favorable de l'agomensine dans les vomissements de la grossesse.

Fiches de pratique médicale. (Directeur : docteur Desfour.) — Vient de paraître, 7e série, 1931. — Prix : franco, 17 fr. 50. — Montpellier, 17, rue Ecole de Droit.

201. *Abcès de fixation.*
202. *Abcès de la marge de l'anus.*
203. *L'anaphylaxie* (fiche 1).
204. *L'anaphylaxie* (fiche 2).
205. *Angines aiguës* (symptômes).
206. *Angines aiguës* (traitement).
207. *Angine de Ludwig.*
208. *L'angine de poitrine.*
209. *Aphorismes otologiques.*
210. *Bartholinites.*
211. *Bouillie maltée au lait sec.*
212. *Les bradycardies.*
213. *Bronchopneumonie de l'adulte.*
214. *Champignons comestibles* (fiche 5).
215. *Champignons comestibles* (fiche 6).
216. *Champignons comestibles* (fiche 7).
217. *Comas* (diagnostic).
218. *Comas* (traitement).
219. *Les coryzas anaphylactiques.*
220. *Diabète* (laboratoire).
221. *Furoncle.*
222. *Incontinence nocturne des urines.*
223. *Mélitococcie.*
224. *Sérum antigangréneux.*
225. *Typhoïdes* (prophylaxie, fiche de remplacement).

(1) *Vie médicale*, 19 oct. 1930.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris — Soc. Gén. d'Imprimerie et d'Édition, 17, rue Cassette.

N° 84. — MERCREDI 21 OCTOBRE 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 21 OCTOBRE 1931. — N° 84.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
A propos de trois cas de parotidite grippale, par MM. le professeur Maurice VILLARET et GUILLAIN.
Sclérose latérale amyotrophique posttraumatique, par M. le professeur H. ROGER (de Marseille).
XLe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. (Compte rendu par M. DARIAU.)
Deuxième question : « Les péritonites à pneumocoques. » (MM. BRÉCHOT et NOVÉ-JOSSERAND.)
Discussion.
REVUE DES THÈSES
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Angine de Ludwig.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 15 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic des calculs du cholédoque. — Etude clinique des complications respiratoires de la rougeole. »

MM. Coussieu, 22 1/2 ; Arvay, 22 ; Voisin, 19 ; Kaplan, 22 ; Vincent (Jean) et Boyer (Isidore), 16 ; Barcat, 17 ; Gahinet, 25.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste des candidats par ordre alphabétique :

Mlle Abraham, MM. Abramovici, Abroissière, Adam (Eugène), Adam (Joseph), Adam (Roger), Mlle Adda, MM. Adnès, Agadjaniantz, Mlle Aghion, MM. Abarfi, Aigueperse, Aillet, Ajuriaguerra, Albaric, Albert, Mlle Aldou, MM. Alepée, Allik, Alquier, Andréota, Anglade, Arager, Ardeber, Argenti, Arnaud, Arnold, Arnoux, Aronowicz, Arradon, Arrighi, Arsitch, Arsonneau, Askenasy, Aslanian, Artisson, Mlle Atcham, M. Attali, Mlles Aubert-Champerré, Aubin, MM. Audry, Aufrère, Mlle Augée (Suzanne), MM. Auger (Léon), Auslander, Avrane, Ayrignac, Azouz, Azvelos,

Bachellier, Back, Badea, Badinier, Baillargé, Bakhouche, Bancaud, Banse, Mlle Baqué, MM. Barbet, Barbier (Jacques), Barbier (Jean), Bardavid, Bardel, Baré, Mlle Bareillier-Fouché, M. Bargain, Mlle Barnaud, MM. Baron, Barré (André), Mlle Baret (Suzanne), MM. Barrois, Bassé-Porton, Bastard, Baugé, Baussan, Bayle, Beauchemin, Beaufils, Beaumel, Beauvais, Beauvalet, Bécuwe, Bedoucha, Bédrine, Bellaiche, Bellin, Mlle Belot, MM. Ben Bahim, Ben Chadli, Beneytout, Ben Noun, Mlle Ben Sidon, MM. Bensimhon, Ben Soltane, Mlle Beral, MM. de Berg, Bergeault, Berger, Bergeron (Louis), Bergeron (Xavier), Beringer, Berl, Bernard, Berthe, Bertin, Bertinot, Bertolini, Mlle Besnard, MM. Biardeau, Bideau, Billard (Jacques), Billard (Maurice), Bineau, Binet (Claude), Binet (Roger), Biron, Mlles Bittner, Blairon, Blanc, MM. Blanquier, Bleiweiss, Blomme, Blondeau, Mlle Blumm, MM. Bock, Bodin, Boer, Boguet, Boiseau, Boivin, Boncour, Mlle Bongard, M. Bonhomme, Mlle Bonjean, MM. Bonnefous, Bonnet (Jacques), Bonnet (Jean-Baptiste), Mlle Bonnot, MM. Borja, Bornet, Bosvieux, Bouchara, Mme Bouchard, née Izard, M. Bouche, Mlle Boucher, MM. Boudaghian, Bouillé, Boulègue, Boulenger, Bourdeau, Bourdin, Boureau, Mlle Bourgeois, MM. Bourier, Boury, Bousquet, Boussofora, Boutboul, Mlle Boutinaud, MM. Boutroy, Boutzolakis, Mlle Bouvet, MM. Bouvier (Jacques), Bouvier (Jean-Baptiste), Boz, Braconier-Leclerc, Brandel, Brandmark, Braunstein, Brea, Brest, Brocard, Brochard, Brossard, Brouilland, Broutin, Bruneau, Brunet, Bugaut, Bugiel, Burstein, Butzbach, Buvat,

Mlle Cabessa, MM. Cacault, Cadinouche, Caggini, Cahen, Caillé (Jean-Alfred), Caillé (Jean-Marie), Calvet, Calvo, Campagne, Cancès, Mlle Canet, MM. Canetti, Carasso, Cardi, Carle, Mlle Carlet, MM. Carrasco, Carrière, Caruana, Casacca de Fontobia, Mlle Casalis, MM. Cassiau, Cauchoix, Cauneau, Caye, Cayro, Mlle Céloron de Blainville, MM. Cenac, Ceoara, Cerf, Chabanon, Chagnoux, Chalmeau, Mlle Chaminadas, MM. Champagne, Chappé, Chardon, Charpentier (Georges), Charpentier (Maurice), Chartier, Charton, Chassagne, Chastagnol, Chatain, Chaumeil, Chausselat, Chauveau, Chauvet, Chazeaud, Che, Chédru, Chevallier (Henri), Chevallier (Pierre), Chevallier (Robert), Chevassu, Chevreul, Chiche, Chilot, Chirac (de), Mlles Chotard, Chotiau, MM. Chouraqui, Clarac, Clary-Bousquet, Clément, Mlle Clementi, MM. Clotteau, Coccola (de), Mme Cohen (Jeanne), MM. Cohen (José), Colin, Colletas, Collot, Mlle Comerma, M. Comissioneru, Mlle Commerson, MM. Comte (Joseph), Conte (Robert), Mlle Conty, MM. Coquet, Corbet, Corcelle, Corcuff, Cornaire, Cornescu, Cornet, Corrion, Coste, Couadau, Coullet,

Coupin, Courtillié, Mlle Cousin, MM. Cousinet, Coutin, Couturier, Crépin, Crescenci, Culioli,

Daniels, Danmézon, Mlle Danou, MM. Danset, Darbois, Darmendrail, Dascalakis, Mlle Daubis, MM. Dauptain, David, Davidovici, Debailleul, Mlle Debeaune, MM. Debedde, Debelut, Debost, Debray, Décamps, Defougy, Defrance, Degand, Deguillaume, Delabroise, Delair, Delecluse, Delhaye, Mlle Delhomme, M. Delian, Mlle Delmas, MM. Delon, Delort, Demarquet, Demetriadès, Dénès, Denis, Denizet, Denkberg, Dennewald, Denoix, Depardieu, Depierre, Deplante, Depouilly, Dequéant, Dermer (Lucien), Dermer (Michel), Deroide, Dervaux, Desaux, Deschamps, Mlle Desclaux (Geneviève), MM. Desclaux (Pierre), Desgeorges, Desjeux, Desmarquest, Desmergers, Desormonts, Després, Destouches, Destreicher, Deuil, Deutsch, Devaux, Di-Chiara, Dietrich, Dimier, Dorey, Dos-Ghali, Doudeuil, Douville, Douyau, Dramez, Drapkine, Mlles Dreulle, Dreux, MM. Dreyfus (Bernard), Dreyfus (Pierre), Droguet, Drouet, Dubois (Louis), Mlle Dubois (Marie-Thérèse), MM. Duchâtel, Duchêne, Mlle Duclaux, MM. Duflos (Maurice), Duflot (Henri), Dufour, Dufour-Lamartinie, Dugast, Dugrenot, Dulac, Dullin, Duméry, Dumitrescu, Dumont (Jules), Dumont (Paul), Dupertout, Dupond (Pierre), Dupond (Robert), Dupont (Paul), Dupuis, Durand (Charles), Durand (Georges), Durandy, Duret, Mlles Durrande, Duss, MM. Dutter,

El Arnaouti, El-Baffoun, El Baz, Mlle Eliakin, M. Ennuyer, Mlle Esvan, MM. Etienne, Etienny, Eudel, Mlle Eyraud, MM. Eyriès,

Fabiato, Fabignon, Mlle Fabre, MM. Faïer, Fargier, Faraj, Farmachi, Fasquelle, Faucon, Fauré, Faugeroux, Faye, Fayet (Jacques), Fayet (Jean), Feinmann, Feinsten, Feld, Fénelon, Fénéon, Ferester, Ferrand, Ferrari, Feuillette, Fischer, Fischgrund, Flamant, Flandin, Mlle Florimont, M. Fonteix, Mlle Fooks, MM. Forestal, Forestier, Fouassier, Fouilloy, Fournial, Mlle Fournier, MM. Fradin, Frak, Francès, François, Mlle Fransès, MM. du Fresnay, Fretet, Fricou, Friez, Frileux, Friszberg, Frohlichmann, Froissant, Fromaigeat,

Mlle Gabenska, MM. Gacon, Galán, Galbrun, Galimard (P.), Gallant, Gallimard (J.), Gandouet, Gandrille, Gany, Garelly, Garnier (Elie), Garnier (Henri), Gary, Gatté, Gau, Gaudebert, Gaudin, Gaudouin, Gauffre, Mlle Gauget, M. Gaulier, Mlle Cautherot, MM. Gauthier (André), Gauthier (Raymond), Gauthier (Roger), Gautrelot, Gavaudan, Gazel, Geismar, Genthon, Mlle Genthon, M. Géraud, Mlle Gerber, MM. Gerbier, Gharib, Ghelber, Gheorghin, Giafferi, Giafferi, Gibert (Louis), Gibert (Michel), Gibon, Gilli, Gimault, Giovannetti, Girard (Charles), Girard (Louis), Giraud (Lucien), Giraud (Paul), Giraud (René), Girault, Glanger, Gluckberg, Gocalk, Gold, Goldman (Michel), Goldman (Wladzinicerz), Mme Goldstein, Mlle Gomès de Mattos, M. Gomès de Mattos, Mlle Gontcharoff, M. Gordowski, Mlle Gorodetszky, MM. Gorse, Goudot (André), Goudot (Jean), Gouffier, Goulène, Goulesque, Goury-Laffont, Gout, Gouzé, Grain, Grand, Grandin, Grange, Granger, Grégoire, Grévin, Grinberg, Mlle Grinblatte, MM. Gros, Guenon des Mesnards, Guesdon, Guibourg, Guichard (Henri), Guichard (Sicaire), Guillaume (Marie-Henri), Guillaume (Roland), Guillemain, Mlle Guimpel-Levitz, MM. Guiot, Guiu, Gulmann, Guyot (Jean), Guyot (Paul).

Habile, Hacker, Hadjidimo, Mlles Hadji-Georges, Hahn, Haloua, MM. Hallu, Hamelin, Ha-Minh, Hanoune, Mme Harburger, MM. Hardu, Hau, Hennet, Hérissé, Herscovici, Hershson, Mlle Hervé, M. Heskia, Mlle Hitier, MM. Hochfels, Hornung, Mlles Houades, Huard, MM. Huber, Huguenin, Huillet, Huriau,

Igner, Mlle Ilbert, MM. Iosipovici,

Jacobson, Jacquet, Jaïna, Jalladeau, Mlles Jamet, Jancovici, MM. Janeau, Jankowsky, Jaupitre, Javelier, Mlle Jolivet, M. Joly, Mlle Jooss, MM. Jorrot, Josef, Jouannard, Joussot, Joux, Jude, Jugnet, Juille, Mlles Jullich, Jurain, Juster,

M. Kaëppelin, Mlles Kaplan (Laurence), Kaplan (Raïsa), MM. Kapsambelis, Katz, Kavoussi, Kinberg, Mlle Kinsbrunner, M. Klein, Mlle Klein, MM. Kleinberg, Kokkinopoulos, Konig, Korner, Mlle Koutchuk, MM. Kowalski, Krausé, Kraver, Krenner,

Labiche, Mlle Laborde, MM. du Lac, Lacaze, Lacombe, Lades, Ladjimi, Lafont (Jacques), Lafont (Louis), Mlle Lafontaine, MM. Laik, Lair, Mlles Laisné, Lambert (Alice), MM. Lambert (Raymond), Lamesta, Mlle Lamothe, MM. Landau, Laneuville, Lange, Laquintinie, Larive, Lartigue, Lascaux, Lataix, Latour (Bernard), Latour (Jean), Mlle Latron, MM. Laubry, Laure, Laurence, Laurent, de La Vega, Lavoué, Lazar, Lazarovici, Le Balc'h, Le Bars (Henri), Le Bars (Louis), Le Bayon, Lebel, Le Bigot, Leblond, Lebourgeois, Le Bozec, Lebrun (Jean), Lebrun (Michel, Le Camus, Leclerre, Lecrom, Le Cudonnec, Lederer, Lefebvre (Jean), Mlle Lefèvre (Marguerite), Lefèvre (Robert), Le Grand, Legrier, Legros, Leguay, Mlle Lemaire, M. Lemanissier, Mlle Lemarchand, MM. Le Merdy, Le Meur, Le Montréor, de Lemos, Lenoir (Georges), Lenoir (Jean), Lenoir (Pierre), Lenormant, Mlle Léopold-Léger, MM. Lépine, Leprat, Leprêtre, Le Quang, Lerouge, Leroux, Lervi, Lesca, Lesieur, Le Sourd, Le Tensorer, Le Texier, Letouzé, Levernieux, Lévy (Edouard), Lévy (Robert), Lichaa, Lieblich, Liermain, Lignon, Lion, Mlle Lititchevsky, MM. Livory, Lizet, Mlle Loenberg, MM. Logeard, Loiseau, Mlle Loloum, MM. Longraye, Lopez-Ruiz, Loraux, Lorber, Mlle Lormand, MM. Loubière, Louis, Loze, Lucas, Lucquin,

Mador, Magdelénat, Magne-Rouchaud, Mlle Mahieu, MM. Mairesse, Malet, Mallet, Malmed, Mannoni, Manuel, Mlle Marcille, MM. Marcovici, Marcus, Mardrus, Mlle Maréchal, MM. Marlot, Marnet. Maroger, Mlle Marquis, MM. Marre, Marsat, Martin, Mlle Martin de Gimard, MM. Martinet, Martinon, Maschas, Masdefeix, Masias, Massot, Matcovici, Mattei, di Matteo, Maurice, Maurin, Mayaud, Mayersohn, Medzadaurian, Mellouli, Mendelovici, Menet, Mercadier, Mercié, Merenfeld, Mermet, Merle, Mestries, Métayer, Mettey, Meyer, Michel (Antoine). Michel (Robert), Mignon, Migozzi, Mihalovici, Milliez, Mirallès, Misserey, Mlle Mollon-Deschamps, MM. Moncongé, Monflier, Monier, Moniez, Monimart, Mlles Monin, Montalant, MM. Montoya, Moreau (Jacques), Moreau (Jean-Paul), Mlle Moreilhon, MM. Morel, Morel-Fatio, Morvan, Moscovici (Efrain), Moscovici (Léon), Mostini, Mothonéos, Motte, Mouchet, Mouchot, Mlle Mourlon, MM. Moussa, Mousseau, Mlle Mousseau, MM. Mousset, Moutel, Mouthon, Mozis, Mozziconaci, Muller, Münz, Murat, Murez, Musset,

Nadiras, Naftalisohn, Naiman, Nefoussy, Negellen, Nejar, Nempont, Nespoulos, Neuman, Neveu (Jean), Neveu (Paul), Nevjinsky, Nicolas (Fernand), Nicolas (Michel), Nicolff, Micoloff, de Nobili, Nonique, Notari, Mlles Noury,

Odoul, Oeconomos, Oganesoff, O'Horne, MM. Olbinsky, Olive, Mlle Olivier, MM. Ollier, Olry, Mme Orgeolet, née Renault d'Allonnes, MM. Oudot (Georges), Oudot (Maurice), Mlle Oumikov,

MM. Pagès, Pagnien, Paingault, Palma (de), Papavram, Papazoglou, Pariente, Paris, Parrain, Pascarel, Pasquier,

(Voir la suite des « Informations », p. 1561.)



**

Paulin (André), Mlle Paulin (Arlette), MM. Payer, Pecunia, Pédebidon, Pedraza, Pelaez, Penez (Charles), Penez (Jean), Mlle Pénicaud, MM. Perdrix, Péristiany, Perraud, Mlle Perrault, MM. Perrier (Jean), Perrier (Yves), Perrossier, Persâtre, Persoz, Pertus, Peschard, Petit (Camille), Petit (Jean), Petit (Norbert), Petit (Pierre), Petraud, Mlle Petresco, M. Peyronnier, Mlle Phiera-Hoon, MM. Pic, Picard, Mlle Pichon MM. Picot, Pierre, Pierre-François, Pigé, Pillet, Pinet, Pinot, Pinoteau, Pizon, Plaussu, Mlle Pochon, MM. Pocoulé, Poggioli, Poirier (Marcel), Poirier (Michel), Poissonnier, Polikis, Pollak, Pollet, Poncet, Pontet, Postier. Potaschmacher, Poté, Pouget, Poumpouras, Poupon, Pouquet, Pouvreau, Mlle Prain, MM. Prialnik, Prin, Priolet, Preney, Prunel, Pruvost (Marc), Pruvot (Georges),

Rabinovici, Rabinovitcz, Rabourdin, Radu, Radulesco, Raffray, Railland, Rajaofera, Rallu. Ranjard, Ras, Rault (André), Rault (Jean), Mlle Ravet, MM. Raymondaud, Raynaud, Regnard, Mlle Regnault, MM. Regnié (Marcel), Reignier (Jacques), Reiuert, Rémy, Mlles Renaud, Rendu, MM. Revel, Reznick, Riazi, Mlle Richard (Danièle), M. Richard (Jean), Mlle Rigolage, M. Rinckenbach, Mlle Rintzler, MM. Risler, Rivierez, Robert (Charles), Robert (Jules), Robin (Jacques), Robin (Frédéric), Roche, Rogan, Mlle Rônez, MM. Rostain, Roth (Eugène), Roth (Zoltan), de Rubiana, Rubinstein, Rudmansky, Rouchette, Rougé, Rougean, Rougier, Roulland, Rousseaux, Rousset, Rouveix, Rouzaut, Royer,

Sachs, Mlle Saguez, MM. Saïdi, Saillant, Saimovici, Saint-Cyr, Mlle Saint-Paul, MM. Salion, Sallé, Salvi (François), Salvy (Pierre), Samuel, Mlles Saulnier, Sautel, MM. Sauze, Sauzier, Sayous, Scarpignato, Schaefer (Georges), Schaffer (Herbert), Schapira, Schechter, Schiller, Schneider (André), Schneider (Lucien), Mlles Segal (Flora), Segal (Hilda), Ségal (Pina), MM. Seguin, Sénéchal (André), Sénéchal (Jean) Sénéchal (Lucien), Mlle Serot, MM. Sevane, Sevileano, Sierra, Sikarov, Silberstein, Silvestre, Simon, Sirot, Six, de Sola, Solomon, Sontag, Sorin, Soubiran, Mlles Soudant, Soulé, M. Soumaille, Mlle Sourdillon, MM. Souriac, Spitzer, Staerman, Stahl, Mlle Stalhand, MM. Stavré, Steinberg (Henry), Steinberg (Armand), Stevenin, Stoopen, de Stoppani, Stora, Strass, Strulovici, Stutinsky, Sujet, Szer, Sztrosberg, Szylowicz,

Tabary, Tachdjan, Tagnard, Tannou, Taranto, Tarchiani, Tardieu, Tavernier, Temime, Mlle Teodoresco, MM. Terdiman, Tétreau, Teyssier, Thaler, Thamer, Thaon, Theiler, Mlles Therianos, Thévenot, MM. Thibault, Thibon, Thiéblot, Mlle Thieullen, MM. Timonier, Thomas, Thomas de Closmadeuc, Thoulon, Tissot, Tolstoï, Top, Tortat, Touati, Toulouse, Tou-That, Tran Van (Lüong), Trarieux, Mlle Tulliez, MM. Tulou, Tulpin, Turpin-Rotival, Mme Tsiricas, M. Tsiricas,

Mlles Ulrich, Ungar,

MM. Vaissié, Valet, Vallade, Vallès, Valletta, Mlle Van den Bulck, MM. Van-Kim, Vanquaethem, Vanuxeem, Vassal, Vatner, Veau, Vedhsler, Velaye, Mlle Velentzas, MM. Vercier, Vermenouze, Vernaz, Vernes, Verre, Verstraete, Viader, Vialard, Vialatte, Vidal (Raymond), Mlle Vidal de la Blache, MM. Viers, Vignal, Vigner, Mlle Vigneron, MM. Vignes, Villette, Vioget, Vionnet, Mlle Vishnevsky, MM. Vitanyi, Voiriot,

Wagner, Wallet, Mlle Walther, MM. Walther (Roger), Warzée, Wechsler, Weill (Francis), Weiner, Weiss Weschsler, Wetterwald, Weydert, Wicart, Wiehn, Willems, Willner, Winierzki, Wintrebert, Mlle Wirz, MM. Wolff, Worré,

Zahler, Zoller (Alphonse), Zoveine, Zuckermann.

A PROPOS DE TROIS CAS DE PAROTIDITE GRIPPALE

PAR MM.

MAURICE VILLARET, et GUILLAIN,

Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de l'hôpital Necker.

Interne des hopitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer cet hiver trois cas de parotidite suppurée compliquant des grippes graves chez des malades entrés presque simultanément dans notre service. Nous croyons intéressant d'en relater l'histoire afin de mettre en valeur le caractère particulièrement anergisant que nous a paru revêtir la dernière épidémie saisonnière de grippe.

Les observations de nos trois malades sont exactement semblables quant au début de leur affection.

OBSERVATION I. — X... Charles, employé de bureau, cinquante-quatre ans, entre à Necker huit jours après le début d'une grippe qui, banale jusque-là, se complique, à ce moment, d'un foyer de condensation pulmonaire avec élévation de température à 40° et dyspnée progressivement croissante.

Dès son arrivée à l'hôpital, on constate l'existence d'une tuméfaction parotidienne unilatérale gauche apparue depuis la veille : la région est très augmentée de volume, rouge, violacée, et cette inflammation douloureuse descend jusque dans la zone cervicale. Il existe un violent trismus. On peut, cependant, à l'ouverture de la bouche, voir sourdre du canal de Sténon un pus bien lié, verdâtre, contenant des pneumocoques. L'haleine est extrêmement fétide.

A l'examen des poumons, plusieurs foyers de râles fins sont disséminés dans l'étendue des deux champs pulmonaires. A la base droite, une zone plus étendue est le siège d'un souffle tubaire intense.

Tachyarythmie ; pouls à 110 ; tension artérielle à 15-9. Foie un peu gros. Rate non palpable. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

La parotidite est incisée dès le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, et donne issue à un pus verdâtre, contenant du pneumocoque.

OBS. II. — Le début de l'affection est identique pour le malade Jos... Georges, cinquante-sept ans, garçon de recettes. Souffrant depuis le 10 janvier 1931, il entre dans notre service le 22. Le diagnostic porté par le médecin de ville était celui de grippe compliquée d'une congestion pulmonaire bilatérale. Le huitième jour de la maladie, quarante-huit heures avant son arrivée, est apparue chez cet homme une tuméfaction parotidienne gauche qui a décidé son entourage à l'envoyer à l'hôpital.

A l'entrée, les symptômes pulmonaires sont presque effacés : on ne note plus que quelques râles humides à la base des deux poumons. Mais la parotide gauche est très augmentée de volume, tendue, douloureuse. Léger trismus. On voit sourdre par l'orifice du canal de Sténon, du pus verdâtre.

L'abcès parotidien est incisé : pus abondant, contenant quelques staphylocoques et une grande abondance de pneumocoques. La température, qui était à 40° avant l'intervention, tombe en lysis jusqu'à la normale.

OBS. III. — L'histoire de notre troisième malade est calquée sur les précédentes : au huitième jour d'une grippe compliquée de congestion pulmonaire, apparaît la tuméfaction parotidienne. Le pus, ici encore, contenait du pneumocoque

Alors que les malades des deux dernières observations sont sortis de l'hôpital en assez bon état et guéris de leur parotidite, le premier est décédé, un mois environ après son entrée, d'une tuberculose pulmonaire à évolution rapide greffée sur les lésions grippales de l'appareil respiratoire.

Nous n'insisterons pas sur l'histoire de ces parotidites en elles-mêmes : la suppuration parotidienne, quoique rare, est une complication bien connue de toutes les maladies infectieuses graves : typhoïde, scarlatine, etc., ou des états cachectiques.

Les conditions qui président à son apparition sont donc faites avant tout d'un état de moindre défense de l'organisme tout entier. L'un de nous a pu constater, et a insisté sur l'extraordinaire fréquence et l'extrême gravité de cette complication au cours de la si grave épidémie de fièvre typhoïde qui sévissait sur l'armée des Flandres pendant la guerre, en 1914-1915 (1).

Nous voudrions seulement mettre en évidence le fait qu'au cours d'une poussée de grippe, même banale comme celle du dernier hiver, on peut voir réalisé, dans certains cas, cet état d'anergie considérable de l'organisme, et ceci nous a paru être la caractéristique de l'épidémie de 1930-1931.

Pendant la période, en effet, où nous recevions les trois parotidites dont l'observation est ici rapportée, nous avons pu étudier quatre cas de grippe d'apparence banale à leur début, mais dont l'évolution ultérieure s'est montrée des plus sévères : après une chute lente de la température, en lysis, jusqu'à 38°, s'est établie chez nos malades une fièvre permanente, irrégulière, dont l'origine a été bientôt établie par la constatation de lésions tuberculeuses évolutives des poumons, avec apparition de bacilles de Koch dans l'expectoration. Nous avons pu suivre deux de ces sujets dont le décès est survenu trois ou quatre semaines après le début de la maladie, au milieu des signes de bronchopneumonie tuberculeuse.

C'est pourquoi il nous a paru utile de souligner le caractère spécialement anergisant de la dernière épidémie de grippe, malgré son apparence de bénignité relative.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Etude physiologique, clinique et thérapeutique, par le docteur Gaston COTTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (prix Huguier 1928) et par l'Académie des sciences (prix Monthyon 1929). Un volume grand in-8 de 780 pages avec 199 figures. — Prix : broché, 100 fr. ; relié toile, fers spéciaux, 120 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) Maurice VILLARET. *Paris méd.*, 17 avril 1915, p. 504, 9 fig. ; — *Presse méd.*, 13 mai 1915, n° 21, 4 fig.

SCLÉROSE LATERALE AMYOTROPHIQUE POSTTRAUMATIQUE

Par M. Henri ROGER,

Professeur de clinique neurologique à la Faculté de médecine de Marseille.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas où nous avons dû envisager les rapports toujours si discutés entre le traumatisme et la sclérose latérale amyotrophique, nous jugeons utile de verser cette observation aux débats toujours pendants sur cette question.

Le 26 juin 1931, M. J... (Gustave), âgé de trente-trois ans, sans antécédents dignes d'être signalés, vient nous consulter pour une quadriparésie prédominant aux membres supérieurs.

Notre examen nous montre :

1. Une impotence considérable des deux membres supérieurs prédominant à droite et caractérisée par les symptômes suivants :

a. Main en griffe légère, plus marquée à droite, avec immobilité presque complète des doigts et du poignet, ébauche discrète des mouvements de flexion du coude, impossibilité de soulever l'épaule et d'écarter le bras du tronc;

b. Atrophie musculaire considérable des deux membres, surtout du droit, prédominant au niveau de l'éminence thénar et du premier espace interosseux;

c. Contractions fibrillaires très accusées aux épaules, bras et avant-bras;

d. Exagération bilatérale des réflexes tendineux;

e. Pas de contracture actuelle;

f. Absence de troubles sensitifs subjectifs et objectifs, en particulier conservation de la sensibilité à la douleur et à la chaleur.

2. Une parésie des deux membres inférieurs avec :

a. Démarche légèrement spasmodique, ne pouvant être poursuivie longtemps, parésie prédominant à droite;

b. Absence d'atrophie nette à l'heure actuelle;

c. Absence de contractions fibrillaires;

d. Grosse exagération des réflexes tendineux avec clonus du pied bilatéral, réflexes crémastériens diminués des deux côtés, réflexes abdominaux abolis, signe de Babinski bilatéral;

e. Pas de contracture;

f. Pas de troubles sensitifs tactiles, douloureux ni thermiques;

g. Pas de troubles sphinctériens.

3. Du côté du cou et de la face, légère douleur cervicale à la mobilisation de la tête sans limitation des mouvements, sans lésion vertébrale appréciable; pas de parésie faciale; pas de troubles de la déglutition; pas de parésie, d'atrophie ni de contractions fibrillaires linguales; déglutition normale; vision et audition bonnes; syndrome de Claude Bernard-Horner droit léger (fente palpébrale et pupilles plus étroites).

L'examen du *liquide céphalo-rachidien*, que nous avons fait pratiquer, donne les résultats suivants : albumine 0g19, cytologie 1 par millimètre cube. Bordet-Wassermann et benjoin colloïdal négatifs.

Le Bordet-Wassermann du sang et la réaction de Vernes faits en février 1931 étaient négatifs.

Une radiographie de la colonne cervicale que nous n'avons pu personnellement examiner, n'aurait montré aucune lésion osseuse, aucune anomalie, en particulier pas de côte cervicale.

En présence de ce tableau de quadriparésie spasmodique, prédominant aux membres supérieurs, sans troubles sphinctériens, sans dissociation syringomyélique des sensibilités, avec atrophie musculaire considérable et contractions fibrillaires des membres supérieurs, avec liquide céphalo-rachidien normal, un seul diagnostic s'impose, celui de sclérose latérale amyotrophique.

L'hypothèse d'une syphilis spinale à forme de sclérose latérale amyotrophique peut être éliminée, en l'absence d'antécédents spécifiques (pas de chancre, pas de fausses couches chez la femme, deux enfants âgés de cinq ans et trois ans et demi, en bonne santé) en raison des réactions de laboratoire négatives et de l'insuccès d'un traitement d'épreuve par le cyanure de mercure et le quinby.

L'évolution de la maladie confirme ce diagnostic.

En août-septembre 1929 le malade remarque et un médecin constate (certificat du docteur M...), une atrophie de l'éminence thénar droite et du premier espace interosseux, une diminution de force de l'opposition du pouce.

L'*examen électrique* de la main et de l'avant-bras droits (docteur A...) en date du 28 août 1929 montre :

« 1. Le nerf médian au coude et au poignet est légèrement hypoexcitable au courant galvanique et au courant faradique.

Les nerfs radial et cubital ont une excitabilité normale.

2. Muscles :

Les muscles rond-pronateur, grand palmaire, cubital antérieur, long-supinateur, extenseur des doigts, extenseur du pouce, ont une excitabilité galvanique et faradique normale.

Les muscles fléchisseurs superficiels des doigts, long fléchisseur du pouce, court abducteur du pouce, ont une hypo excitabilité galvanique marquée. La secousse est brève. Il n'y a pas d'inversion polaire au galvanique.

Les muscles de l'éminence hypothénar et les interosseux sont normaux. Il en est de même de l'adducteur du pouce.

En résumé il existe des troubles de l'excitabilité légers portant sur les nerfs médians, les muscles fléchisseurs des doigts et du pouce et des troubles plus marqués intéressant les muscles de l'éminence thénar innervée par le médian. Ces muscles présentent de l'hypo-excitabilité, sans réaction de dégénérescence. »

Il existe d'autre part une certaine limitation de la flexion et de l'extension du poignet, et comme la radiographie révèle une fracture verticale du scaphoïde, on rapporte, en l'absence de toute autre étiologie, tous ces troubles à une *chute sur la main droite* faite en mai 1929. Après insuccès du traitement électrique, la Compagnie d'assurances, à laquelle M. J... a contracté une assurance individuelle sur les accidents, fixe l'invalidité partielle et permanente résultant de cet accident à 5 à 10 p. 100.

D'après les dires de M. J..., l'atrophie de la main et la parésie du pouce restent pendant un an à peu près stationnaires.

Le 25 octobre 1930, M. J... est victime d'un *second accident* : il a l'index et le médius de la main droite écrasés par la portière d'un taxi, violemment refermée. D'après les constatations du chirurgien traitant, il en résulte des plaies contuses, profondes de la face palmaire, principalement des doigts index et médius, ayant mis à nu les tendons fléchisseurs et s'accompagnant de fracture ouverte sans déplacement de la deuxième phalange du médius, fracture contrôlée à la radiographie.

Nous avons nous-même remarqué, au cours de notre examen, à la face palmaire de la phalangine de l'index et du médius une cicatrice en forme de U légèrement saillante et adhérente aux plans profonds.

Depuis cet accident la paralysie de la main augmente.

Une expertise amiable des docteurs C..., médecin traitant, et P..., médecin de la Compagnie d'assurances, à la date du 16 janvier 1931, décrit les troubles moteurs de la façon suivante :

« Dans la position de repos, la première phalange du médius et de l'annulaire, étant en hyperextension sur les métacarpiens correspondants, la phalangine et la phalangette de ces doigts, est en légère flexion permanente, l'extension des doigts ne peut dépasser la position de repos ci-dessus décrite.

La flexion est nulle au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne: l'annulaire et l'auriculaire ont une flexion un peu plus marquée, sans que cependant l'amplitude de ce mouvement atteigne le quart de la normale.

Les mouvements du pouce sont nuls. L'opposition n'est possible avec aucun des autres doigts de la main Les éminences thénar et hypothénar sont nettement amyotrophiées.

Un *examen électrique* des nerfs et des muscles de l'avant-bras et de la main droite, pratiqué par le docteur D..., le 2 janvier 1931, a montré une réaction de dégénérescence partielle très avancée du nerf médian :

« Nerf médian : hypo-excitabilité faradique et galvanique du nerf.

Territoire musculaire :

Fléchisseurs des doigts : hypo-excitabilité faradique et galvanique.

Muscles de l'éminence thénar : abolition de l'excitabilité faradique, hypo-excitabilité galvanique *très* prononcée avec égalité polaire.

Nerf radial et territoire musculaire : réactions normales.

Nerf cubital : réactions normales pour le nerf et son territoire musculaire, sauf pour l'éminence hypothénar où l'on constate une hypo-excitabilité faradique et galvanique prononcée.

En résumé, cet examen électro-diagnostique montre de la réaction de *dégénérescence partielle très avancée du nerf médian*, et de l'atrophie des muscles hypothénars.

De plus la raideur cicatricielle du médius rend inopérante la contraction du fléchisseur de ce doigt. »

Les docteurs P... et C... fixent à 40 p. 100 l'incapacité partielle et permanente à la date du 16 janvier 1931.

Un certificat du docteur B..., en date du 16 avril 1931, mentionne une aggravation manifeste : impotence fonctionnelle presque totale des deux membres supérieurs, en particulier de la main droite, et s'étendant déjà aux membres inférieurs, par dégénérescence des cordons antérieurs de la moelle épinière.

Par cette série de pièces et certificats on peut fort heureusement suivre l'évolution de la maladie. L'atrophie musculaire, la parésie et les troubles des réactions électriques, limités en août-septembre 1929 à la main droite, à l'éminence thénar et au pouce, soit au domaine terminal du nerf médian, est, un an et demi plus tard, en janvier 1931, en voie de progression nette : atrophie des éminences thénar et hypothénar, impotence considérable de la main, dégénérescence partielle du médian et hypo-excitabilité des muscles hypothénariens innervés par le cubital. Mais la parésie atrophique ne paraît pas, d'après ces certificats, s'étendre au delà de la main.

Ce n'est que peu après et assez rapidement, d'après les dires de M. J..., que la paralysie atrophique remonte, en un mois environ, de la main à l'épaule droite, puis atteint vers le mois de mars le membre supérieur du côté opposé. Vers avril débute la parésie des membres inférieurs, qui s'est accentuée depuis.

Lors de notre examen de fin juin, la paralysie des membres supérieurs est presque totale et la parésie des membres inférieurs s'accentue. Il n'y a pas de troubles bulbaires.

Ainsi l'évolution s'est faite d'abord très lente : début par l'extrémité du membre supérieur droit où les troubles restent localisés pendant près d'un an et demi. Puis en quelques mois l'extension se fai rapidement à tout le membre supérieur droit, enfin aux quatre membres.

Cette évolution progressive est la règle dans la sclérose latérale amyotrophique : début généralement par l'extrémité d'un membre supérieur, puis atteinte de l'autre membre, généralisation aux membres inférieurs, enfin paralysie labioglosso-laryngée.

L'invalidité créée par la sclérose latérale amyotrophique, dont est atteint M. J..., est considérable. Non seulement M. J... est dans l'impossibilité de se livrer à aucun travail, sauf le travail intellectuel (car le psychisme, comme il est classique en pareil cas, est intact), mais encore il a besoin d'une tierce personne pour l'aider dans la plupart des actes de la vie courante.

Reste à étudier la question des rapports de la sclérose latérale amyotrophique et du traumatisme.

Cette question a été longuement et depuis fort longtemps controversée.

Déjà Charcot, dans le mémoire princeps où il donnait la première description de la maladie, à laquelle on a donné son nom, Charcot citait le cas d'un maçon qui « invoqua à tort ou à raison une chute qu'il a faite deux à trois ans avant l'apparition des premiers symptômes, chute qui a eu pour résultat immédiat une fracture de la clavicule ». Charcot se garde de conclure; il estime que l'étiologie de la sclérose latérale amyotrophique ne pourra être fixée que bien plus tard.

Vulpian, dans des leçons cliniques en 1886, place le traumatisme dans lequel « il y a eu ébranlement, commotion de la moelle épinière, au nombre des conditions étiologiques qui peuvent exercer une influence sur le développement de la sclérose latérale amyotrophique. »

Depuis lors un certain nombre d'observations ont été publiées qui méritent d'être sérieusement étudiées.

Sans doute, dans quelques cas, il s'agit certainement d'une coïncidence purement fortuite.

Ici, comme dans d'autres affections qui n'ont que peu à faire avec le traumatisme, les patients ont toujours tendance à incriminer une vague chute survenue quelques mois auparavant.

Dans quelques cas l'accident a été causé vraisemblablement par le début de la paralysie qui rendait le malade plus maladroit. Il a été le facteur révélateur, et peut-être pour une faible part aggravateur, mais non provocateur, de la sclérose latérale amyotrophique.

Souvent le traumatisme est très éloigné de la période où apparaissent les premiers troubles. Un malade de Rica se fracture la jambe gauche et est atteint de parésie spasmodique de ce membre deux ans après. Un de nos malades reçoit une balle de revolver qui lèse son premier espace interosseux gauche; il présente à la suite une parésie radiale légère guérie par un traitement électrique; c'est huit ans après que la sclérose latérale amyotrophique commence en apparence par cette main. Dans ces divers cas peut-être l'atteinte antérieure du membre, créant une légère impotence, a simplement rendu manifeste à ce niveau la parésie ou l'atrophie débutante.

Il est une catégorie de faits plus troublants où les troubles parétiques, survenant quelques mois après l'accident, commencent par le membre traumatisé : chute sur le côté droit et, quatre mois après apparition des premiers symptômes à droite dans le cas de Ladame (*Revue suisse des accidents du travail*, nov. 1909), — effort violent pour redresser une énorme pierre, suivi de craquement lombaire et d'engourdissement douloureux de la jambe (Gelma et Strœhlin, *Gaz. des hôpit.*, 23 mars 1911), — étirement du bras suivi immédiatement d'impotence et de douleurs caractéristiques d'une névrite du médian, neuf mois après accentuation des troubles atrophiques de la main et généralisation de l'atrophie à l'autre main, parésie spasmodique rapide et troubles bulbaires qui emportent le malade moins de deux ans après le trauma (Bing, *Revue suisse de méd.*, 24 juillet 1915).

Dans une observation de Guillain, Alajouanine et Thévenard (*Progrès méd.*, 21 août 1926), un maçon fait une chute de la hauteur d'un second étage sur une véranda; il a de nombreuses coupures au bras et à la jambe gauches et éprouve aussitôt un peu de difficulté à relever le bras gauche. Trois semaines après on constate une impotence de l'épaule gauche, trois mois après, une paralysie amyotrophique avec contractions fibrillaires des deux membres supérieurs, cinq mois après l'extension des troubles aux membres inférieurs et au bulbe.

Citons encore les cas de Giese (*Deuts. med. Woch.*, 8 sept. 1904), d'Ingelrans (*Echo méd. du Nord*, 1909, n° 28, p. 131), de Bernheim (*Revue méd, de l'Est*, 1er fév. 1912, p. 70), de Woods (*Journ. of nerv. and mental discas*, janv. 1917, p. 47).

Le mémoire de Busher (*Arch. f. Psych. u. Neurol.*, 1922, t. LXVI, p. 61) réunit 37 cas de sclérose latérale amyotrophique posttraumatique.

A ces faits il faut ajouter ceux de Hassin (*Arch. of Neurol. a. Psych.*, 1923, t. X, p. 194), de Guillain, Alajouanine et Thévenard (*Progrès méd.*, 21 août 1926), de Nyssen et Van Bogaert (*Journ. de neurol. et psych.*, 1924, n° 7, p. 114), de Nerancy (*Welfare Magaz.*, 1926, t. XVII, n° 2), de Monier-Vinard et Puech (*Soc. neurol.*, 15 avril et 6 mai 1926), de Soderbergh et Sjöwall (*Revue neurol.*, janv. 1929), de Divry (*Soc. belge neurol.*, 23 mars 1929), de Zalla, cité par Launay (*Th. de Paris*, 1931).

De l'ensemble des observations que nous avons relevées dans la littérature médicale, il résulte qu'à l'heure actuelle il est des cas où la sclérose latérale amyotrophique peut être attribuée au traumatisme.

Nous restons encore mal fixés sur l'étiologie de cette maladie qu'on tend de plus en plus à rattacher avec juste raison à un virus neurotrope. Il est possible que, par un mécanisme sur lequel on discute encore, le trauma puisse déclancher, comme le soutient Divry (*Soc. belge de neurol.*, 23 mars 1929) à propos d'un cas personnel, ce facteur endogène.

Pour d'autres auteurs, la commotion médullaire qui suit un traumatisme violent (dans certains cas chute de plusieurs mètres avec plaies contuses des membres au niveau desquels l'atrophie musculaire commence au bout de quelques semaines) exciterait le processus dégénératif de la sclérose latérale amyotrophique.

Quoi qu'il en soit, si nous nous plaçons au point de vue médico-légal, l'origine traumatique de la sclérose latérale amyotrophique ne peut être discutée pour quelques cas, rares il est vrai (46 en y comptant le nôtre), mais suffisamment démonstratifs.

Pour Mayer (*Arch. f. psych.*, 1924, vol. LXXI, fasc. 3-4, p. 416), le traumatisme apparaît un des facteurs étiologiques des moins discutables de la maladie de Charcot.

Dans le cas précité de Bing, le Tribunal et la Cour d'appel de Bâle concluent, avec le médecin expert, à la relation de cause à effet entre le traumatisme et la sclérose latérale amyotrophique ayant entraîné la mort de l'ouvrier; ils accordent cependant une déduction (permise par la loi suisse sur les accidents du travail), de 20 p. 100 en raison de la « circonstance fortuite » constituée par une « prédisposition individuelle ».

Guillain, Alajouanine et Thévenard écrivent, à propos de leur cas personnel : « Si, pour ce malade, nous devions rédiger le rapport d'expertise, nous n'hésiterions pas à admettre une relation de causalité entre le traumatisme subi et le développement progressif après ce traumatisme d'un syndrome clinique de sclérose latérale amyotrophique ».

Launay, dans sa récente Thèse fort documentée sur la maladie de Charcot (Paris 1931), quoique ne retenant pas le trauma comme cause possible de sclérose latérale amyotrophique, mais seulement comme facteur favorisant, conclut qu'au point de vue médico-légal il est, dans certains cas, indiqué d'établir un rapport de causalité.

Dans le cas de M. J..., l'enchaînement des faits paraît caractéristique. A l'occasion d'une parésie avec amyotrophie du pouce, dont l'origine est difficile à déterminer, on découvre à la radiographie une fracture verticale du scaphoïde, consécutive à une chute sur la main, faite deux mois auparavant. L'atrophie reste un an sans extension et sans modification lorsqu'un traumatisme plus violent (écrasement des doigts dans une portière de taxi avec fracture de la deuxième phalange du médius) est bientôt suivi de paralysie amyotrophique de toute la

main d'abord, puis de tout le membre, enfin progressivement des trois autres membres.

Le traumatisme est bien ici responsable. Le premier traumatisme paraît avoir provoqué une lésion discrète et parcellaire dans le territoire du nerf médian. C'est le second traumatisme qui a déclanché la généralisation du processus, la propagation à la moelle et la sclérose latérale amyotrophique.

XLe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 5-10 octobre 1931 (1).

DEUXIÈME QUESTION

Les péritonites à pneumocoques.

Résumé du rapport de MM. BRÉCHOT (de Paris) et NOVÉ-JOSSERAND (de Lyon).

Le pneumocoque se trouve fréquemment dans des péritonites d'origines fort différentes. On l'a rencontré après des infections opératoires de la grande séreuse, au cours des péritonites consécutives à la perforation d'un ulcus gastrique, dans des péritonites à point de départ génital : post-partum, post-abortum; après une salpingite, dans l'appendicite enfin.

Mais dans toutes ces affections, le pneumocoque ne paraît pas jouer un rôle de premier plan. On dirait plutôt d'un témoin banal.

Les rapporteurs laissent délibérément de côté tous ces cas pour ne considérer que les formes nettement dues au pneumocoque, celles qu'on appelait autrefois « péritonites essentielles des jeunes filles » et qu'on confondait du reste avec d'autres péritonites essentielles dues au streptocoque et au gonocoque notamment.

Ainsi délimitée, la question est encore complexe. On ne devrait accepter comme authentiques que les cas de péritonite vérifiés bactériologiquement ; or, le diplocoque de Talamon-Frænkel peut mourir au cours de la péritonite, laissant après lui un pus stérile. Il existe des cas où l'identification du germe causal est impossible, le diplocoque ayant perdu sa capsule, se disposant en chaînette et prenant l'aspect du streptocoque. D'autres fois enfin, le pneumocoque associé au colibacille, à des anaérobies, au staphylocoque, au streptocoque, voire même au bacille tuberculeux, peut disparaître en raison de sa fragilité, alors qu'il a eu au début, vraisemblablement, le rôle dominant dans la genèse de la maladie.

Il faut donc se garder de juger la question uniquement du point de vue bactériologique, car il est certain que le domaine clinique du pneumocoque est sensiblement plus étendu qu'on ne le croit généralement.

Même en l'absence de l'identification du germe responsable, on peut conclure à la nature pneumococcique d'une péritonite si les caractères cliniques sont bien typiques, si le pus présente cet aspect particulier de pus crémeux jaune ou verdâtre, non fétide, très riche en fibrine.

Etiologie. — La péritonite à pneumocoque est une affection relativement fréquente. Elle constitue cependant une des localisations rares du pneumocoque.

L'âge est une condition prédisposante importante ; on la rencontre deux fois chez l'enfant pour une fois chez l'adulte. Elle est beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin.

Le plus souvent, il s'agit d'une maladie isolée, manifestation unique de l'infection pneumococcique ; d'autres fois, l'infection a déjà touché un autre organe que le péritoine, généralement le poumon ou la plèvre.

Les auteurs italiens et américains insistent sur l'existence fréquente d'une angine qui serait comme la porte d'entrée du diplocoque.

Le traumatisme jouerait parfois un rôle déterminant (Dieulafoy, Brun, Malapert, etc.).

Bactériologie et expérimentation. — C'est en 1881 que Pasteur constata la présence du pneumocoque dans la salive. Deux ans plus tard, Talamon mit ce microbe en évidence dans le sang de deux pneumoniques.

Chez l'homme, il existe à l'état de saprophyte dans la bouche et les voies respiratoires supérieures dans presque la moitié des cas.

Ce saprophyte est susceptible de devenir virulent sous l'influence du froid et des traumatismes ou même du fait de la diminution de résistance du sujet.

Il s'agit d'un diplocoque lancéolé et encapsulé prenant le gram.

Le pneumocoque est essentiellement polymorphe. On conçoit donc que son identification ne soit pas toujours aisée. Il peut être aérobie ou anaérobie, cette dernière forme étant la plus virulente. On le cultive sur gélose-ascite où il donne naissance à des colonies en « goutte de rosée » qui peuvent se grouper indifféremment en amas ou en chaînettes. Il pousse fort bien également en milieu T de Nicolle Truche et Cotoni et sur sérum de lapin jeune.

Le pneumocoque est lysé par la bile et le choléate de soude qui demeurent sans action sur les autres microbes. Cette lyse par les sels biliaires a incité Ribadeau-Dumas et Mlle Tisserand à traiter par la bile les rhino-pharyngites. Dans le même ordre d'idées on a injecté par voie veineuse du taurocholate de soude à des sujets atteints d'empyème à pneumocoque. Il ne s'est pas produit d'accidents, mais les résultats n'ont pas répondu aux espoirs conçus.

Bréchot a traité un homme de soixante ans atteint d'une pleurésie purulente à pneumocoque en injectant dans l'épanchement, à quatre reprises, 10 centimètres cubes de bile de bœuf. Après chaque injection un prélèvement de pus fut fait; les pneumocoques y restèrent aussi abondants et les souris inoculées moururent chaque fois aussi rapidement.

La virulence du pneumocoque est très variable. D'une façon générale, on peut dire que le microbe recueilli au cours d'une péritonite diffuse est plus virulent que celui prélevé en cas de péritonite circonscrite.

Anatomie pathologique. — Au début, dans les premières heures, les lésions du péritoine sont diffuses. On note une tuméfaction des ganglions mésentériques, un exsudat muqueux, glaireux qui paraît tout à fait caractéristique. Puis les lésions vont varier suivant que la péritonite s'étendra ou se localisera.

1° PÉRITONITE DIFFUSE. — On en distingue trois variétés :

a. *Une forme septique* que caractérisent des dépôts fibrineux abondants à la surface de l'intestin et du péritoine. Il n'y a pas d'épanchement libre appréciable. Dans le petit bassin, parfois un peu de pus séreux, louche ou roussâtre, quelquefois épais et verdâtre.

Mais on peut observer une forme suraiguë, septicémique où la mort survient sans qu'une réaction péritonéale quelconque ait eu le temps de s'installer.

b. *Une forme suppurée*, de beaucoup la plus fréquente où le pus abondant remplit le ventre. Les anses intestinales

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 81, p. 1506, et n° 83, p. 1545.

flottent dans ce pus. Le mésentère est rempli de ganglions. L'intestin est peu modifié, rouge congestif par places. L'appendice participe à cette congestion. Il peut être enfoui dans l'épaisseur de l'exsudat et son ablation peut être laborieuse.

c. *Une forme avec abcès multiples*.

2° Péritonite circonscrite. — On admet que la péritonite à pneumocoque est toujours généralisée au début et qu'elle se localise secondairement à la faveur de dépôts fibrineux abondants. Mais on rencontre certainement des variétés localisées dont l'origine se trouve dans une infection limitée à une très petite partie de la séreuse.

Dans la forme localisée typique, l'enkystement se fait au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, au contact de la paroi antérieure. En profondeur, c'est le tablier épiploïque qui le limite.

Mais il existe des formes à *abcès de siège anormal ou multiples*; la collection peut se trouver dans les points les plus divers : région cæcale, Douglas, pelvis.

Ces abcès multiples présentent souvent un pus de caractère différent, une des poches s'étant infectée secondairement par le coli-bacille. L'intestin grêle perd sa disposition régulière; on le voit adhérer à la paroi antérieure ou à lui-même.

Enfin, il existe des cas rares où la péritonite se développe non plus au centre de la cavité abdominale mais à sa périphérie : tel est le cas de cette fillette de deux ans qui présenta un abcès à la racine des deux cuisses fusant sous l'arcade de Fallope droite et gauche, pris pour une ostéo-myélite du fémur et que l'intervention montra d'origine abdominale.

Pathogénie. — Le pneumocoque gagne le péritoine par quatre voies :

A. La voie transdiaphragmatique. — On a cru longtemps qu'elle était la plus souvent en cause, en raison de la fréquence de la localisation du pneumocoque sur le poumon, la plèvre, les voies respiratoires supérieures. Les vaisseaux lymphatiques, le « puits de Raunier » ne vont cependant pas du thorax à l'abdomen; ils sont dirigés en sens inverse, et les lésions péritonéales siègent d'ordinaire dans l'étage inférieur de l'abdomen. Enfin, les péritonites isolées, sans autre localisation du pneumocoque sont trop fréquentes pour que cette voie transdiaphragmatique soit considérée comme très fréquemment suivie. Elle existe cependant, mais la transmission se fait plutôt par continuité que par propagation lymphatique.

B. La voie génitale. — La péritonite à pneumocoque ayant son maximum de fréquence dans le sexe féminin, et sa localisation habituelle dans l'étage abdominal inférieur, il est logique d'envisager l'hypothèse d'une origine génitale fréquente.

Il ne semble pas que le pneumocoque soit un hôte habituel du vagin, mais on l'a rencontré dans les lochies, et 3 fois sur 100 cas d'avortements septiques.

Fricke le trouva dans une trompe d'adulte.

Les voies génitales de l'enfant peuvent également cacher le pneumocoque responsable de certaines vulvo-vaginites. Mais il semble que c'est surtout par voie sanguine que se fait la propagation péritonéale même dans ces cas d'infection incontestable des voies génitales externes.

C. La voie intestinale. — Le pneumocoque ne résiste pas aux milieux acides. Il devrait donc trouver dans l'estomac un obstacle infranchissable; et cependant on l'a rencontré fréquemment dans le pus péritonéal après une perforation d'ulcère ou au cours d'une appendicite.

Schwartz, partisan convaincu de l'origine génitale, dit avoir pu cependant vérifier dans un cas l'origine intestinale de la maladie.

Les lésions de gastro-entérite sont excessivement rares, or l'intestin dont la tunique est saine s'oppose au passage des microbes. Toutefois, ce passage deviendrait possible à la faveur de la stase veineuse ou de la simple congestion des parois de l'organe.

Henri Lemaire et Labbé ont rapporté des observations de péritonites à pneumocoques consécutives à des appendicites de même nature.

D. La voie sanguine. — Défendue par Michaut, elle a les préférences de l'Ecole française. C'est elle qui explique le mieux les cas de septicémies où la péritonite s'associe à des lésions à distance : méningite, arthrite suppurée, ostéites, lésions pleuro-pulmonaires.

En résumé, la plupart des auteurs sont éclectiques. Il faut admettre la possibilité de chacun de ces modes d'infection.

Symptômes. — Le début est d'ordinaire brutal, dramatique.

Le sujet éprouve une douleur violente dans l'abdomen. Il vomit, présente parfois de la diarrhée et une élévation thermique marquée.

L'herpès est souvent signalé.

Les prodromes sont rares. On a voulu, avec quelque exagération, faire de cette absence de prodromes un signe diagnostique différentiel d'avec l'appendicite.

Quoique rares, ces troubles prémonitoires existent : céphalée, diarrhée, douleurs.

Mais le début peut être aussi moins bruyant; et quand l'affection est secondaire à une autre localisation du pneumocoque, ces signes sont souvent masqués et d'appréciation difficile.

Du reste, la symptomatologie varie suivant que la péritonite est généralisée ou localisée.

Dans la péritonite diffuse le début est particulièrement impressionnant. Rapidement l'état général est atteint. On note souvent une dissociation du pouls et de la température, une dyspnée intense sans lésion pulmonaire, un visage cyanotique.

Les douleurs s'accentuent; les vomissements se renouvellent, noirâtres ou fécaloïdes. La diarrhée persiste, le thermomètre accuse 39-40. Le pouls bat entre 140 et 160.

Tantôt le ventre est uniformément ballonné et le facies péritonéal. Tantôt, au contraire, la paroi reste souple, peu douloureuse à la palpation; et ce sont les signes d'intoxication qui dominent la scène.

Le visage est pâle, le sujet nerveux, agité, délirant.

Dans les 2 cas, la mort survient par collapsus cardiaque, avec souvent une élévation thermique terminale à 41 degrés et plus.

L'évolution dure de six à huit jours. Un épanchement peut être perceptible après quinze heures, quarante-huit heures.

On a observé des formes prolongées avec des rémissions de plusieurs jours, la mort arrive dans ces conditions, autour du vingtième jour.

Quand l'infection doit se localiser, on voit après l'orage du début cesser les vomissements, se calmer la douleur, s'améliorer l'état général, cependant que la diarrhée persiste souvent. On a toutes raisons de croire à une guérison. Celle-ci, du reste, peut se produire; mais d'ordinaire, les symptômes se précisent à ce moment et révèlent l'abcès. Celui-ci occupera la région hypogastrique, du pubis à l'ombilic. Il s'étend déjà plus ou moins dans les fosses iliaques, rappelant une vessie distendue, un utérus gravide. Rapidement il soulève la paroi; la fluctuation apparaît.

Parfois une fusée purulente devient perceptible dans le Douglas ou sous l'arcade de Fallope, ou le plus souvent autour de l'ombilic. La température prend le type des grandes oscillations.

L'ombilic se déplisse, devient saillant. Plus rarement, la collection se porte vers le vagin ou le rectum. Cette ouver-

ture de l'abcès dans une cavité naturelle est de meilleur augure que l'ouverture spontanée à l'ombilic, le drainage s'y faisant au point déclive.

FORMES ANORMALES. — On peut distinguer en dehors des formes septicémiques, un tableau clinique rappelant de tous points une fièvre typhoïde.

Exceptionnellement, on observera une forme ascitique.

Parfois l'affection est masquée par un syndrome d'occlusion intestinale se traduisant par du tympanisme. Cela se conçoit si l'on veut bien se rappeler qu'au début la lésion est constituée par un exsudat muqueux entre les anses intestinales et que dans les formes localisées il y a des adhérences à la limite de la poche.

Diagnostic. — Reconnaître la péritonite est chose relativement facile étant donné son début généralement bruyant. Le doute n'est guère possible que dans les formes anormales où les signes propres à la péritonite sont masqués par ceux d'une autre affection.

Quelquefois on pensera à une entérite banale parce que la diarrhée et les coliques domineront; mais au bout de quelques jours le ballonnement du ventre corrigera l'erreur.

La confusion avec la fièvre typhoïde sera de courte durée, le séro-diagnostic tranchant rapidement la question.

Le diagnostic est encore à faire avec l'invagination intestinale, avec la pneumonie à cause du point douloureux abdominal au début, avec le phlegmon sous-péritonéal, l'ostéomyélite du bassin, l'arthrite aiguë de la hanche.

Le diagnostic de péritonite étant établi, reste à affirmer son origine pneumococcique. La confusion est surtout possible avec la péritonite appendiculaire.

Le tableau clinique est généralement plus alarmant dans la péritonite pneumococcique; mais certaines appendicites gangréneuses, foudroyantes, présentent aussi cette symptomatologie impressionnante.

L'appendicite a presque toujours été précédée d'autres crises ou tout au moins de troubles digestifs; la péritonite pneumococcique n'est précédée d'aucun symptôme, le malade n'a pas de passé abdominal.

Enfin, la douleur est peut-être plus diffuse dans la péritonite à pneumocoque que dans la péritonite appendiculaire et la paroi y demeure souple plus longtemps.

On le voit, aucun signe de certitude ne peut étayer ce diagnostic. Il semble que ce soit dans les rapports qui existent entre tous les signes décrits que l'on puisse trouver les meilleures indications. Cependant l'examen du sang montre une leucocytose avec augmentation du nombre des polynucléaires. Kolowski a dit qu'une leucocytose dépassant 30.000 et une proportion de polynucléaires dépassant 90 p. 100 serait en faveur de la péritonite à pneumocoque, car dans l'appendicite ces chiffres ne seraient pas atteints.

Pronostic. — Les formes légères susceptibles de guérir par résolution sont assez fréquentes, semble-t-il, mais elles échappent à l'appréciation en raison du diagnostic qui ne peut être contrôlé.

Dans les péritonites confirmées, la mortalité varie suivant qu'il s'agit d'une forme diffuse ou d'une forme localisée.

La proportion des guérisons atteint 80 p. 100 dans les péritonites circonscrites et 20 p. 100 dans les péritonites massives.

Il importe de souligner que tous les cas relatés dans les statistiques, sauf exception, ont été opérés. La guérison peut cependant se produire spontanément ou après une intervention minima quand l'abcès tend à se faire jour à l'ombilic, à l'intestin, etc.

Traitement. — Tout se ramène à savoir si la règle de l'intervention d'urgence dans les péritonites aiguës est applicable aux péritonites à pneumocoques. Il faut distinguer :

1° Le moment de la crise;

2° La période d'état.

Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur la conduite à tenir au début de l'affection.

Les uns, partisans décidés de la temporisation, voient dans l'intervention précoce un geste inutile et dangereux. La laparotomie a pour but l'évacuation du pus et des matières septiques, la suppression de la source de l'infection : appendice, trompe à réséquer, ulcère perforé à suturer, etc. Or, dans la péritonite à pneumocoque il n'y a rien à évacuer au début de la crise, et la source de l'infection ne peut être atteinte puisque aussi bien il s'agit d'une septicémie.

Mais les interventionnistes font remarquer que les sujets non opérés meurent toujours et que si la mortalité opératoire est manifestement très élevée elle l'est moins cependant que celle qui accompagne l'évolution spontanée. Ils pensent que les malades succombent non du fait de l'intervention, mais du fait de la gravité extraordinaire de la maladie. Leur gros argument est la difficulté d'arriver à un diagnostic certain, l'erreur en cas d'appendicite étant susceptible d'avoir des conséquences fatales.

Les rapporteurs sont d'avis qu'il est difficile de conclure. En présence d'un syndrome péritonéal aigu, le chirurgien ne doit pas prendre le bistouri sans avoir cherché à faire le diagnostic exact de la cause, et sans avoir notamment discuté l'éventualité d'une péritonite à pneumocoque.

En période d'état tout le monde est d'avis d'attendre que le diagnostic soit certain. Il semble bien en effet que l'opération en période intermédiaire soit peu favorable.

A côté du traitement chirurgical les rapporteurs exposent les moyens médicaux susceptibles d'être utilisés, soit avant, soit après l'opération.

La transfusion, 250 centimètres cubes pour un enfant de six ans, est à conseiller comme dans toutes les infections.

La sérothérapie pneumococcique a pu rendre quelques services, mais il faut injecter des doses élevées.

La vaccination ne peut être indiquée que dans les formes à évolution retardée, étant donné que son action se fait sentir beaucoup plus lentement que celle de la sérothérapie. Barling n'en a obtenu aucun résultat.

La chimiothérapie n'est guère plus efficace dans les péritonites déclarées.

Discussion.

M. MATHIEU (de Paris) condamne absolument l'intervention d'urgence en matière de péritonite à pneumocoque.

Le chirurgien, trop souvent, en présence d'un syndrome péritonéal, ne pense qu'à l'appendicite. Il doit s'efforcer de faire un diagnostic précis. Il doit mûrir son diagnostic. Sans oublier la fréquence de l'appendicite et l'importance dans ce cas de l'intervention précoce, il faut que le chirurgien envisage toujours la possibilité d'une péritonite pneumococcique.

Bien souvent, ce qu'on considère comme une appendicite mortelle en dépit de l'opération, n'est en réalité qu'une péritonite à pneumocoque aggravée par l'intervention.

Plusieurs fois, dans de telles circonstances, l'auteur a pu constater nécropsiquement l'erreur de diagnostic.

M. HARDOUIN (de Rennes) rapporte deux observations de péritonites à pneumocoque chez l'homme adulte.

Le premier malade, opéré le cinquième jour, présentait un volumineux abcès collecté dans le Douglas. Il guérit après une longue convalescence.

Le second malade, opéré plus précocement, a succombé à l'évolution d'accidents septicémiques.

L'auteur montre la rareté de la péritonite à pneumocoque chez l'homme adulte. Il insiste sur la difficulté d'un diagnostic

certain qu'il faut cependant rechercher, car il est à la base d'un traitement rationnel avec intervention chirurgicale retardée.

La forme péritonite à pneumocoque dans l'appendicite. — M. Tavernier (de Lyon). Depuis que Mathieu a jeté le cri d'alarme sur le danger de l'intervention précoce dans la péritonite à pneumocoque, l'auteur a étudié de près les cas susceptibles de comporter un enseignement.

Il relate l'histoire d'une péritonite à pneumocoques prise pour une appendicite et que l'opération n'a pas empêché de guérir, et trois cas d'appendicite à forme de péritonite à pneumocoque.

Ces appendicites sont caractérisées par la gravité de l'état général, la diarrhée précoce, l'absence de signes de localisation iliaque droite. Ces symptômes anormaux sont conditionnés par deux facteurs anatomo-pathologiques : évolution gangréneuse de la lésion donnant lieu à un syndrome toxique avec diarrhée et situation anormale de l'appendice : rétro-cæcal ou pelvien, qui explique l'absence de signes iliaques d'une part, et d'autre part la persistance du péristaltisme intestinal, l'appendice malade étant en quelque sorte exclu du grand péritoine.

Ces formes ne sont pas exceptionnelles chez le jeune enfant. Elles sont graves, exigent une opération immédiate. Leurs symptômes anormaux en imposent forcément pour une péritonite à pneumocoque.

Tant que le laboratoire ne nous aura pas donné un moyen de diagnostic sûr et rapide, l'incision iliaque exploratrice sous anesthésie locale faite systématiquement, restera le seul moyen d'éviter une erreur de diagnostic qui risquerait d'être fatale en cas d'appendicite.

(A suivre.) DARIAU.

REVUE DES THÈSES

Les arsenicaux pentavalents et en particulier le 3 acétylamino 4 oxyphénylarsinate de diéthylamino-éthanol (Arsaminol) dans le traitement de la syphilis (1), par le docteur Vrignaud. — Travail de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le travail du docteur Vrignaud est une mise au point de la question des arsenicaux pentavalents et, en particulier, de l'Arsaminol dans le traitement de la syphilis.

(1) *Th. de Bordeaux*, 1930.

Dans un premier chapitre, l'auteur, résumant les travaux d'Ehrlich et de Fourneau, fait un historique de l'emploi thérapeutique des composés arsenicaux organiques : arsénobenzènes et arsenicaux pentavalents, puis étudie comparativement aux arsénobenzènes et aux produits similaires, les propriétés chimiques, toxicologiques de l'Arsaminol et de son activité expérimentale.

L'Arsaminol est le dérivé de l'acide acétylamino-oxyphénylarsinique combiné au diéthylaminoéthanol (ou 3 acétylamino 4 oxyphénylarsinate de diéthylaminoéthanol) et contient 19,13 p. 100 d'arsenic. Il est cristallisé comme tous les pentavalents.

La composition même de ce produit, par un groupement amino-alcool, favorise la tolérance et semble avoir une influence sur l'absence de douleur de l'injection.

Les essais toxicologiques montrent que ce composé défini est parfaitement stable, toujours semblable à lui-même, d'où sa supériorité sur les arsénobenzènes souvent variables dans leur constitution chimique et de conservation limitée.

La toxicité de l'Arsaminol chez les animaux de laboratoire démontre clairement que ce produit permet à l'organisme de supporter une dose d'arsenic plus forte qu'il ne le ferait avec les arsénoïques (914 et Néo-Tréparsénan), avantage qui se manifeste plus encore lorsqu'on emploie la voie sous-cutanée, mode d'introduction normal de ce médicament.

Avant donc d'aborder le côté purement médical de ce sujet, l'auteur conclut que :

1° L'Arsaminol est d'une constitution chimique parfaitement définie;

2° D'une grande teneur en arsenic (0g05 par centimètre cube);

3° D'une faible toxicité malgré une concentration arsenicale élevée;

4° Tout à fait indolore, son activité expérimentale certaine et très grande laisse prévoir des résultats cliniques excellents.

Cliniquement, les essais thérapeutiques de traitement de la syphilis par l'Arsaminol furent les suivants :

L'auteur s'est servi de la solution du commerce contenant 26,13 p. 100 du produit, soit 0g05 d'arsenic par centimètre cube, présentée en ampoules de 3 centimètres cubes et de 5 centimètres cubes, en commençant la série par des injections sous-cutanées de 3 centimètres cubes (3 la première semaine), puis continuant par celles de 5 centimètres cubes.

Dans les accidents primitifs, les essais, ayant porté sur 21 malades, ont montré que l'Arsaminol amène la cicatrisation des chancres dans un laps de temps en tous points comparable à celui des trivalents, ce temps de cicatrisation restant proportionnel à la gravité des lésions.

Dans les manifestations secondaires (18 cas de syphilis secondaires), les malades ont été blanchis très rapidement et très sûrement.

L'influence de l'Arsaminol sur les réactions sérologiques est semblable à celle des arsenicaux trivalents : les réactions sérologiques devenant toujours négatives à la fin de la première série d'injections d'Arsaminol dans les syphilis primaires, ainsi que dans les cas de syphilis secondaires dont les réactions sérologiques se trouvent toujours heureusement influencées et toujours rapidement négativées.

Employé comme traitement d'entretien dans les syphilis anciennes, l'Arsaminol est également un excellent médicament négativant les séro-réactions positives et maintenant cette négativité chez les malades blanchis.

Chez quelques malades où l'Arsaminol n'a semblé amener aucun résultat (3 échecs), l'auteur montre qu'il ne s'agit pas en réalité d'échecs dus à l'Arsaminol proprement dit, mais bien à tous les composés d'arsenic, qu'ils soient tri ou pentavalents, ces malades s'étant montrés résistants aussi bien aux arsénobenzènes qu'aux arséniques.

Cette étude approfondie de l'Arsaminol, qui porte sur 70 cas de syphilis, a permis à l'auteur de préciser les indications de ce nouvel arsenical pentavalent; l'Arsaminol peut être employé comme traitement d'attaque et comme traitement d'entretien des syphilis.

Par son pouvoir tréponémicide élevé, il égale les arsénobenzènes; mais de plus, moins toxique et mieux toléré, il présente sur ceux-ci les avantages suivants :

1° Produit d'une manipulation très facile, la voie d'administration par injections sous-cutanées indolores est d'une grande importance pratique;

2° Grâce à sa tolérance locale, il est préférable aux sulfo-arséno-benzènes sous-cutanés qui toujours restent douloureux, et pour cette qualité, l'Arsaminol sera préféré pour le traitement des enfants ou des malades pusillanimes;

3° Ches les intolérants aux injections endoveineuses ou sous-cutanées d'arsénobenzènes, il donne souvent d'excellents résultats et permet ainsi, manié avec prudence et à très petites doses au début, de ne pas abandonner l'arsénothérapie chez les malades qui ne supportent pas les pentavalents.

C'est enfin un médicament précieux pour les malades qui sont obligés de dissimuler complètement leur traitement pour des raisons d'ordre social ou familial.

Par ses qualités, l'Arsaminol se range donc parmi les médicaments les plus efficaces et les plus maniables de l'arsenal thérapeutique antisyphilitique.

Il ne présente de contre-indications que chez les malades atteints d'insuffisance hépatique grave ou chez les cachectiques.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies de l'intestin (1), par R. Bensaude, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Série I : *Exploration, constipation, diarrhée, syphilis gastro-intestinale, traitement hydrominéral*, avec la collaboration de L. Rivet et A. Cain, médecins des hôpitaux, Baraduc, Godard, Guénaux, Lièvre, Oury, Stieffel, Terrial, Vasselle et Gilbert-Dreyfus.

Cet ouvrage est le premier d'une série de trois qui paraîtrout successivement : il a comme base l'Enseignement des maladies de l'intestin et surtout de la proctologie tel qu'il a été organisé à l'hôpital Saint-Antoine par le docteur Bensaude.

On trouvera dans cette publication et dans celles qui suivront, à côté des travaux originaux, des questions de pratique journalière et des revues générales d'actualité. Ce n'est pas un Traité des maladies de l'intestin au sens propre du mot, mais une série de travaux ayant trait aux questions les plus intéressantes de l'Entéroproctologie. N'étant pas destinés à figurer dans le cadre nécessairement limité des grands traités, ces travaux seront exposés dans toute leur ampleur avec les développements jugés indispensables par les auteurs.

Dans ces recueils de travaux sur les maladies de l'intestin, tous les sujets essentiels de ce chapitre important de la pathologie digestive seront traités et principalement ceux qui nécessitent de fréquentes mises au point en raison de l'application des nouveaux procédés d'exploration et de traitement. On y trouvera, entre autres, un exposé complet et pratique des techniques rectoscopiques avec lesquelles tout médecin s'occupant tant soit peu des affections du tube digestif doit être familiarisé aujourd'hui.

Cet ouvrage s'adresse autant aux médecins qu'aux chirurgiens appelés à traiter en commun les affections recto-sigmoïdiennes et à collaborer quotidiennement dans les services de proctologie des grands hôpitaux. L. G.

(1) Un volume de 346 pages avec 97 figures. — Prix : 55 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les cardio-rénaux. Etude clinique (1), par Pr. Merklen, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant de l'Académie de médecine, et E. Aron, interne des hôpitaux de Strasbourg.

La notion de « cardio-rénal » a donné lieu à bien des contestations. Elle répond à un ensemble clinique qui ne traduit pas un processus univoque; les lésions sont différentes selon les catégories de malades envisagées, de même que les symptômes et leur évolution. La complexité des faits a empêché qué fussent établies des précisions unanimement acceptées.

Dans leur travail, les auteurs se sont tout d'abord efforcés à fixer les conditions qui autorisent l'emploi du terme « cardio-rénal ». Ce dernier s'applique classiquement à des œdémateux dont le fonctionnement du cœur et du rein est devenu insuffisant. En étudiant cependant de près le retentissement respectif de chacun des organes défaillants sur l'autre, on acquiert la conviction que les malades en question ne sont pas forcément frappés d'œdème.

La clinique montre la concomitance de plusieurs groupes. Le plus connu est constitué par les congestions rénales passives des cardiaques; on s'accorde de plus en plus à reconnaître une participation active aux reins lésés de la sorte. Très fréquents sont les réno-cardiaques, qui englobent tous les hypertendus néphritiques dont le cœur faiblit tôt ou tard. Les aortico-rénaux forment un groupe bien spécial et de pathogénie encore ignorée.

Il n'est guère possible d'exposer l'histoire des cardio-rénaux sans la baser sur une analyse objective minutieuse. C'est en prenant cette dernière comme point de départ que les auteurs ont expliqué dans quel sens peut aujourd'hui se comprendre un terme dont on usait jadis avec justesse, sans doute, mais avec un discernement trop peu poussé. L. G.

(1) Un vol. in-8 de 42 pages avec 1 planche hors texte. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ANGINE DE LUDWIG

Affection très importante à connaître à cause de l'*urgence* du traitement chirurgical. C'est un phlegmon gangréneux diffus du plancher de la bouche, voisin de la gangrène gazeuse.

ETIOLOGIE

Généralement secondaire à une lésion locale : plaie traumatique de la muqueuse, angine, lésion dentaire (carie, périostite alvéolo-dentaire, dent de sagesse, obturation d'une dent malade), fracture du maxillaire. Se développe de préférence sur un *terrain débilité* (surmenés, diabétiques, albuminuriques, etc.), mais peut se voir chez des bien portants.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le phlegmon siège au-dessus du mylo-hyoïdien, dans la loge sublinguale. Les fibres musculaires sont détruites, les vaisseaux thrombosés; il se développe un liquide sanieux, non collecté, diffus, et de l'œdème superficiel et profond pouvant aller jusqu'à la glotte. Il ne se forme de pus que très tardivement.

Bactériologiquement, les *anaérobies* et le *streptocoque* ont le rôle prépondérant. Certaines formes sont toxiques, absolument comme certaines formes de gangrène.

CLINIQUE

Le *début* se fait, en général, par une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne, parfois médiane, plus souvent latérale, et *sans rougeur*. Les signes généraux traduisent une *intoxication profonde*.

Etat. — Les signes d'intoxication sont vite *impressionnants*. Le malade, pâle, au teint plombé, est abattu, *dyspnéique*. Le pouls est petit, les urines rares, tandis que la température est normale ou peu élevée. La salivation est intense, l'haleine fétide, l'expiration, la mastication, la déglutition sont gênées.

Localement. — L'examen de la bouche est difficile à cause du *trismus*. La région sublinguale est soulevée par un bourrelet qui repousse la langue en arrière. Cette tuméfaction *ligneuse* « dure comme la pierre », est *diffuse*, *non fluctuante*, *peu douloureuse*.

a. Si on intervient précocement et largement, la guérison peut survenir après élimination des tissus mortifiés et réparations.

b. Non opéré, un phlegmon évolue vers la *mortification*. Des phlyctènes, des plaques marbrées apparaissent ainsi que la crépitation gazeuse. Les vaisseaux peuvent être ulcérés. Il peut se développer une pleurésie putride, une septicopyohémie avec fusées purulentes. Mais, en général, le malade meurt dans l'hypothermie et l'adynamie, avant même que ces complications aient pu se développer. L'asphyxie, l'œdème de la glotte sont le terme dramatique habituel de l'angine de Ludwig.

PRONOSTIC

Toujours *extrêmement grave*. Il dépend de la précocité de l'intervention du terrain. La cicatrisation demande des semaines.

DIAGNOSTIC

Il faut toujours y penser et l'évoquer en cas de signes toxiques avec tuméfaction dure et diffuse, absence ou discrétion de la douleur, marche suraiguë. Cela permet d'éliminer :

1° **L'adéno-phlegmon sous-maxillaire** dont la rougeur, la tuméfaction sont plus latérales, collent au maxillaire, s'en vont en arrière, évoluent vers la fluctuation;

2° **L'ostéomyélite du maxillaire inférieur** dont la tuméfaction s'enfonce davantage sous le maxillaire;

3° **Le phlegmon glosso-thyro-épiglottique**, très grave, dont l'œdème est situé plus bas et en arrière, avec tuméfaction latéro-épiglottique;

4° La périostite alvéolo dentaire, plus facilement; et très rarement, la grenouillette aiguë.

TRAITEMENT

L'on ne saurait trop insister sur son **caractère d'urgence extrême**. C'est une **question de vie ou de mort**. L'incision par voie buccale, plus esthétique, est abandonnée. Il faut, après anesthésie locale, ouvrir au bistouri par voie cutanée, largement, (incisions larges, multiples, une médiane, deux latérales, pénétrant dans la loge sous-maxillaire). Parfois, l'œdème glottique oblige à une trachéotomie d'urgence. On lavera ultérieurement la plaie au Dakin, au sérum antigangréneux ou avec des filtrats. Le traitement général de l'infection par les divers vaccins, le sérum antigangréneux, l'alcool, les tonicardiaques, ne saurait être négligé.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 85. — SAMEDI 24 OCTOBRE 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 24 OCTOBRE 1931. — N° 85.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les hémiplégies hystériques ou pithiatiques, par M. le professeur agrégé A. Rouquier (du Val-de-Grâce).
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de chirurgie.
CHRONIQUE
Jubilé du professeur H. Bousquet, par M. A. Herpin.
VARIÉTÉS
Le XIIe Salon des médecins, par M. R. L. S.
LIVRES NOUVEAUX
PRATIQUE MÉDICALE
La défaillance ventriculaire gauche et son traitement, par le docteur Ed. Athon.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette administration, 3, avenue Victoria, avant le 10 décembre prochain, dernier délai.

— Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 19 octobre. — Questions données : « Hernie crurale étranglée. — Symptômes, complications et diagnostic des oreillons. »

MM. Delaitre, 12; Boulle, 16 1/2; David, 18; Offret, 20; Cachin et Mlle Jammet, 24; MM. Carrez, 18 1/2; Camus, 19 1/2; Benoist, 18; Bidou, 22.

Séance du 20 octobre. — Questions données : « Accidents immédiats et tardifs de l'anesthésie générale par inhalation. — Symptômes et évolution de la néphrite scarlatineuse. »

M. Dreyfus (André), 18; Mlle Poindessault, 14; MM. Boissonnet, 17; Lachmann et Jouanneau, 18; Corcos (André), 12; Grossiord, 17; Mendelsohn, 14; Benassy et Dessigues, 22.

— Concours de l'externat. — Répartition du jury :

Anatomie. — MM. les docteurs Ravina, Thalheimer et Bernard.

Pathologie médicale. — MM. les docteurs Célice, Pichon et Péron.

Pathologie chirurgicale. — MM. les docteurs Hartmann, Welti et Leibovici.

— *Epreuve écrite.* — Questions données :

Anatomie. — 1. Configuration extérieure et insertions musculaires du grand trochanter. — 2. Insertions du muscle temporal. — 3. Ligament rond de l'articulation coxo-fémorale. — 4. Enumérer dans leur ordre d'origine les branches de l'artère axillaire. — 5. Enumérer les muscles innervés par le nerf médian.

Pathologie médicale. — 1. Signes physiques d'une pleurésie séro-fibrineuse de la grande cavité à droite (sans examen radiol., ni ponction). — 2. Aspect de la gorge dans une angine diphtérique non traitée à période d'état. — 3. Signes physiques fournis par l'examen du cœur dans l'insuffisance mitrale avant l'asystolie, sans examen radiologique. — 4. L'état des réflexes tendineux et cutanés des membres dans l'hémiplégie organique en dehors de périodes de coma. — 5. Caractère des douleurs spontanées et provoquées dans la colique néphrétique. — 6. Symptômes locaux et généraux d'une perforation intestinale dans la fièvre typhoïde au troisième septenaire.

Pathologie chirurgicale. — 1. Signes physiques des fractures bi-malléolaires dites de Dupuytren sans radio. — 2. Signes physiques du cancer du sein au début. — 3. Signes physiques fournis par l'examen d'un genou atteint d'hydarthrose sans radio ni ponction. — 4. Symptôme de l'étranglement d'une hernie inguinale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. Gorse, agrégé de chirurgie, professeur sans chaire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, à compter du 1er octobre 1931, professeur de médecine opératoire à ladite Faculté (chaire nouvelle).

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LYON. — Liste définitive des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire, à la suite du concours de 1931 :

1° *Section de médecine* (troupes métropolitaines). — *a.* Candidats à 4 inscriptions : MM. Fromaget, Laurent, Francelin, Faveret, Guillot, Dannonay, Roussanne, Ratier, Castel, Plan, Saboya, Gay, Gabrielle, Thévenin, Stéphant, Vosselmann, Arnal, Martin-Barbaz, Wurtz, Alibert, Le Gaonach, Rolin, Molinié, Gloaguen, Mathon, Robin, Borie, Larauche, Fabre, Fargeot, Leblanc, Péchier, Hoff, Bisset, Rames, Seince, Viaud, Pagès, Mayé, Chagnoux, Giraud, Nadaud, Sauvan.

b. Candidats P. C. N. : MM. Thory, Morel, Gousse, Caillard, Bernes, Mougenot, Boutet, Boënnec, Accart, Lecoz, Causse, Steiger, Thillard, Merand, Raynal, Setruk, Bouzonie, Godet, Oberlé, Mollinger, Leclercq.

2° *Section de médecine* (troupes coloniales). — *a.* Candidats à 4 inscriptions : MM. Martel, Abadie, Revert, Batailler, Raynaud, Barras, Perellon, Teil, André, Taillefer-Grimaldi, Ka, Ferrandi, Ceccaldi, Favreaux, Douvier.

b. Candidats P. C. N. : MM. Bachmann, Jouannin, Bernos, Perrot, Veyre.

2° *Section de pharmacie.* — *a.* Candidat concourant à 4 inscriptions : M. Pesquier.

b. Candidats stagiaires : MM. Gallon, Francoz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XVIIe ARRONDISSEMENT. — La Société médicale du XVIIe arrondissement consacrera sa séance du 27 octobre 1931, à vingt et une heures, rue des Batignolles, 18 (mairie du XVIIe), à un débat scientifique et pratique sur la *Sérothérapie curative*, faisant suite au débat du mois de juin sur la sérothérapie préventive.

La Société sera particulièrement heureuse d'accueillir tous les confrères qui voudront bien assister à la discussion de cette question si importante pour les praticiens, ainsi que d'entendre tous les auteurs dont les travaux et observations peuvent éclairer la conduite à tenir dans des circonstances graves pour le malade comme pour le médecin.

HOPITAL LAENNEC. — SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois et les docteurs Fouquet, Lemoine et Marion commenceront, le 2 novembre 1931, une série de 8 leçons sur « La diathermie en oto-rhino-laryngologie ».

Ce cours aura lieu chaque matin, à 10 h. ; en outre, les 2 et 3 novembre, à 16 h. 30.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur Fouquet, service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Laennec.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Arthur Simard, président du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, ancien président du IIIe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, président du Conseil médical du Canada. C'était un grand ami de la France, où il a fait de nombreux séjours. — Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Henri Roziès (d'Aups, Var), ancien interne des hôpitaux de Montpellier; notre regretté confrère était bien connu par ses travaux sur la mélitococcie, sur l'abcès de fixation, les métaux colloïdaux, etc. ; MM. les docteurs Marcel Nathan, ancien interne des hôpitaux de Paris; Paul Roustan (de Creil); Mihran Kembadjian (de Paris); MM. le médecin commandant Charles Masson (de Grandris), les docteurs Cassan (de Cordemas), Armand Chevalier (de Lancouacq), Issaline (de Maiche), Poupy (de Brigueil), Léon Salvan (de Villemomble), Louis Vasseur (de La Capelle-Bainethun), Zdenek Myslivecek, professeur de psychiatrie à l'Université de Bratislava; Alfred Machard (de Pinchat, Suisse), décédé à Antibes; Feitu (de Lyon).

CHRONIQUE

JUBILÉ DU PROFESSEUR H. BOUSQUET

Au cours de cet été, les anciens élèves du Professeur H. Bousquet, longtemps et si heureusement Directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand que son nom lui est indissolublement attaché, se réunissaient pour fêter son jubilé scientifique à l'occasion de son quatre-vingtième anniversaire.

Jubilé scientifique, certes, et, dans sa longue carrière, le Professeur Bousquet tint une place de premier rang dans la chirurgie moderne; mais, si plus de 300 médecins sont venus se grouper autour de lui ce jour-là, tant de la région que parfois de fort loin, ce ne fut pas seulement pour rendre hommage à la valeur de ses titres et travaux, ce fut avant tout et surtout pour célébrer une fête de famille.

Ce directeur éminent avait su, en effet, faire de son école une véritable famille ; « patron » par excellence, ses élèves, dès leur entrée, faisaient partie des siens; rien ne lui coûtait jamais pour tout ce qui pouvait les toucher aussi bien dans leurs études que dans leur avenir, leurs intérêts immédiats et même leur propre famille; jamais il n'hésitait, quelles que fussent les rigueurs du climat d'une région souvent difficile, à se rendre au premier appel des uns ou des autres. Sa sollicitude s'exerçait sans compter ; et tous découvraient bientôt que la rudesse de la poigne voilait la plus grande sensibilité. Il les châtiait quelquefois, mais c'est qu'il les aimait bien; et le châtiment était toujours accepté, bien mieux, souvent le bienvenu, car c'était dans le temps où les élèves avaient leur caractère, mais où ils ne dédaignaient pas cependant d'être remarqués par les maîtres : et c'était encore une manière de l'être que de recevoir la bourrade.

Et ainsi se formèrent des générations de disciples dont il dirigeait la conscience professionnelle avec autant de soin qu'il leur enseignait la pathologie et la clinique, voulant en faire à la fois des hommes et des médecins.

C'est à ce maître que 300 de ses élèves sont venus apporter l'hommage de leur reconnaissance pour les avoir faits ce qu'ils sont devenus et lui dire aussi que s'il leur avait en toute circonstance prouvé son affection, ils le lui rendaient bien.

A. HERPIN.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

MÉDECIN FRANÇAIS, 27 ans, cherche direct. administ. maison de santé, avec possibilité association ou reprise. — S'adresser au Journal.

REVUE GÉNÉRALE

LES HÉMIPLÉGIES HYSTÉRIQUES OU PITHIATIQUES

Par M. A. ROUQUIER,
Professeur agrégé du Val-de-Grâce.

M. Babinski a eu le très grand mérite de substituer à la conception métaphysique de l'ancienne hystérie, ou grande névrose de Charcot, celle du pithiatisme, scientifique, positive, basée sur l'étude rigoureuse et l'interprétation rationnelle des faits. « Les accidents hystériques ou pithiatiques, a-t-il démontré, sont tels qu'il est possible de les reproduire par suggestion, chez certains sujets, avec une exactitude parfaite; ils sont susceptibles de disparaître sous l'influence de la persuasion (contre-suggestion) seule. »

Tous les neurologistes ont depuis longtemps adopté une façon de voir qui a permis d'éliminer des services hospitaliers les anciens stigmates considérés à tort comme caractéristiques d'une entité nosologique sans existence réelle, la grande crise convulsive avec ses interminables et classiques périodes, les uns comme les autres créés de toute pièce par l'auto ou l'hétéro-suggestion, l'atmosphère artificielle des salles de malades. Tous les neurologistes ont guéri par psychothérapie, souvent par psychothérapie armée, c'est-à-dire en s'aidant du courant électrique, secousses galvaniques ou faradique tétanisant, des monoplégies, des paraplégies, des hémiplégies, des contractures de toute espèce, qui ne s'accompagnaient pas de modifications des réflexes et que le malade, poursuivant dans la majorité des cas un but utilitaire, conscient ou subconscient, avait créées de toutes pièces, le plus souvent, il faut le reconnaître, sans s'en rendre compte. Car le pithiatique est un simulateur qui se prend lui-même au piège de son propre mensonge. M. Babinski a eu encore le très grand mérite de montrer combien était grande la fréquence des associations organico-pithiatiques, c'est-à-dire des troubles d'origine suggestive superposés à d'autres troubles ou désordres, eux-mêmes conséquence d'une lésion organique. Sa conception est inattaquable et je suis heureux de lui rendre publiquement une fois de plus un hommage déférent et mérité.

Mais ce n'est pas une raison pour continuer de traiter d'hystériques ou de pithiatiques, des malades qui sont en réalité des organiques et dont les spasmes, la paralysie, le tremblement, relèvent d'une lésion curable ou définitive du névraxe. S'ils s'accompagnent de modifications des réflexes, de troubles que la suggestion, c'est-à-dire la volonté, ne peut reproduire, à plus forte raison faire disparaître, les syndromes en question n'entrent pas dans le cadre des accidents pithiatiques tels qu'ils ont été décrits par M. Babinski lui-même. Les spasmes de torsion ont été, tout d'abord, considérés par Ziehen, lorsqu'il en a publié les premières observations, se rapportant à des Polonais de race juive, comme d'origine hystérique, sans doute parce que ces malades ne présentaient pas de signes pyramidaux ou de troubles trophiques importants. Oppenheim en a démontré l'origine organique avant que Thomalla et Wimmer décèlent les lésions du corps strié qui les provoquent. Le doute n'est plus possible à leur sujet.

* * *

Je voudrais attirer aujourd'hui votre attention sur le syndrome un peu mystérieux que l'on appelait autrefois l'hémiplégie hystérique et que les travaux de M. Babinski ont fait appeler hémiplégie pithiatique. Il me sera facile de vous démontrer qu'il s'agit le plus souvent, ou d'erreurs de diagnostic, ou d'un syndrome dont l'origine organique paraît, dans l'état actuel de nos connaissances, bien vraisemblable.

Commençons, si vous le voulez bien, par quelques mots d'historique. « L'hémiplégie hystérique, peut-on lire dans le Traité de séméiologie du professeur Déjerine, se montre à tous les âges, chez l'enfant comme chez le vieillard; mais est, cependant, beaucoup plus fréquente chez l'adulte qu'aux deux extrémités de la vie. Elle survient à la suite des causes les plus variables, en particulier d'émotions; elle peut aussi succéder à une crise. Elle frappe surtout les membres; la face est d'ordinaire, mais cependant pas toujours, respectée, ainsi qu'on l'a cru longtemps. Ici, on observe soit le spasme glossolabié, soit, beaucoup plus rarement, la paralysie faciale signalée par Chantemesse. L'hémiplégie prédomine assez souvent dans le membre inférieur. » La marche des malades qui en sont atteints a été étudiée par Todd, en 1856; le sujet traîne, en se déplaçant, son membre inférieur, le pied roule sur le sol, par sa pointe, ou même parfois par la face dorsale des orteils. Il « drague », alors que le malade atteint d'hémiplégie organique, avec contracture, nous dirions aujourd'hui d'hémiplégie pyramidale, « fauche », l'hyperspasticité des muscles de la ceinture pelvienne obligeant le membre inférieur à décrire un arc de cercle qui est plus grand à l'extrémité qu'à la racine. L'hémiplégie hystérique est, le plus souvent, flasque; parfois, elle s'accompagne de contracture, mais, dans ce cas, la période de spasticité ne succède pas, comme au cours de l'hémiplégie dite organique, à une période de paralysie flasque. Les réflexes tendineux, dit toujours Déjerine, ne sont pas modifiés; ils peuvent être exagérés. On observe, parfois, le clonus du pied mais, d'après M. Babinski, c'est un faux clonus. En tout cas, le signe de l'orteil fait toujours défaut. Il y a le plus souvent des troubles de la sensibilité superposés aux troubles moteurs, hémianesthésie sensitive ou sensitivo-sensorielle. L'hémiplégie hystérique peut guérir, parfois brusquement. On a observé des guérisons obtenues par psychothérapie, isolément. »

Le professeur Raymond, de la Salpêtrière, a, dans d'importantes leçons cliniques, attiré l'attention sur les troubles vaso-moteurs au cours de l'hémiplégie pithiatique : exagération de la sécrétion sudorale du

côté malade, cyanose des extrémités. Il ne pouvait, à ce moment, être question de l'indice oscillométrique.

La Société de neurologie de Paris a, elle-même, en 1908, consacré une série de séances à l'étude critique de l'hystérie et, en particulier, de l'hémiplégie dite hystérique. Elle s'est, surtout en ce qui concerne ce dernier point, préoccupée de l'état des réflexes tendineux et ostéo-périostés du côté malade, par comparaison avec le côté sain. Les uns estimaient que, au cours de ce syndrome, les réflexes étaient diminués, les autres les trouvaient exagérés. Sans trancher le fond du débat, la Société a fini par se ranger à l'avis de M. Babinski qui, logiquement et avec juste raison, fit admettre cette proposition, que la suggestion ou la volonté sont incapables de modifier l'état des réflexes tendineux. Par conséquent, un syndrome qui s'accompagnait de leur exagération ou de leur diminution, ne pouvait pas être d'origine hystérique ou pithiatique.

M. Babinski lui-même, toujours en 1908, étudia très attentivement deux signes qu'il avait observés au cours des hémiplégies, qu'il qualifiait, à ce moment-là, d'organiques tout court, et qu'on ne rencontrait pas chez les malades atteints d'hémiplégie dite hystérique ou pithiatique, Ce sont la flexion combinée de la cuisse et du tronc et le signe du peaucier du cou. Permettez-moi de vous rappeler brièvement en quoi ils consistent. Si, le sujet étant couché sur un plan résistant, on lui demande de s'asseoir brusquement, la cuisse du côté malade, chez un hémiplégique organique, se fléchit plus fortement que du côté sain. Il n'en est pas de même dit M. Babinski, chez le pithiatique. Prions le malade, assis, d'ouvrir largement la bouche, en renversant la tête en arrière. Chez l'organique, du côté malade, le muscle peaucier ne se contracte pas; ses fibres ne se dessinent pas sous la peau. Elles se contractent et sont nettement apparentes, du côté malade, chez le pithiatique. Nous reviendrons plus loin sur ces deux signes et leur valeur séméiologique. La flexion combinée de la cuisse et du tronc a fait l'objet de la thèse de notre élève Blanc (Lyon, 1929) et d'un mémoire récemment paru dans les *Annales de médecine* (1).

M. Espenel, élève de M. Lannois, de Lyon, a, en 1911, consacré sa thèse inaugurale à l'étude de l'hémiplégie hystérique. Bien que M. Babinski ait, depuis longtemps, démontré que l'émotion saine et franche, celle de la mère qui apprend la mort de son enfant, n'était pas génératrice d'hystérie, et que les pithiatiques présentent des accidents lorsqu'ils ont intérêt à le faire, cet auteur considère comme d'origine hystérique des hémiplégies légères, souvent curables, dont le sujet ou le médecin attribuaient, dans la majorité des cas, l'origine à un choc moral, à un accident fortuit, à un traumatisme bénin. Quoiqu'il ait fort bien connu les divers signes pathognomoniques d'une lésion pyramidale à une époque où il était permis de les ignorer, M. Espenel considère comme pithiatiques des hémiplégies avec extension de l'orteil. Les observations qu'il a rassemblées ne sont pas très fouillées, au point de vue séméiologique. Néanmoins, dans quelques-unes d'entre elles, en particulier dans une de M. Savy, il est noté l'abolition du réflexe cutané-plantaire, du côté malade. Voilà bien un symptôme que la volonté ou la suggestion ne peuvent pas reproduire, plus que l'exagération ou la diminution des réflexes tendineux.

Je dois vous dire, pour être complet, que l'état des réflexes cutanés au cours de l'hystérie a fait lui-même l'objet de longues discussions. M. Babinski a toujours été d'avis que l'anesthésie pithiatique, qui n'a pas une existence réelle, ne pouvait entraîner de modifications de ces réflexes pas plus que des réflexes tendineux, de même que les réflexes pupillaires restent normaux chez les sujets qui présentent une amaurose pithiatique. Le professeur Déjerine, en 1915, s'est demandé si cette anesthésie ne pouvait pas produire une abolition complète ou tout au moins une très grande diminution de la réaction cutanée plantaire (réflexe cutané-plantaire et mouvement de défense). M. Babinski lui fit observer que chez deux des trois malades sur l'examen desquels il croyait pouvoir baser son opinion, il existait une contracture en flexion des orteils qui rendait impossible le mouvement réflexe. Chez le troisième malade le pied droit était contracturé, les orteils ne l'étaient pas; mais chez ce malade, M. Babinski put, en irritant la plante du pied, obtenir une flexion nette des petits orteils. Il fit, d'ailleurs, ultérieurement remarquer (1) que les malades du professeur Déjerine, blessés de guerre, étaient vraisemblablement atteints, non pas de contracture hystérique, mais de troubles réflexes, qui n'avaient pas encore attiré l'attention : or, dans les parésies et les contractures réflexes, la réflectivité plantaire peut être abolie. « Cette irréflectivité, dit M. Babinski, semble liée aux troubles vaso-moteurs et à l'hypothermie. Il suffit de réchauffer artificiellement le pied et, parfois seulement, de laisser séjourner le malade dans une chambre chaude pour voir le réflexe reparaître. L'instabilité de ce trouble est importante à souligner et nous saisissons cette occasion — je cite toujours M. Babinski — pour faire ressortir une fois de plus que la disparition rapide d'un phénomène n'implique pas du tout, comme certains le supposent, l'idée d'hystérie. Elle n'a cette signification que si le trouble a cédé sous l'influence seule de la contre-suggestion. »

***

Nous avons eu l'occasion d'examiner, bien que l'hémiplégie hystérique soit, de l'avis de tous les neurologistes, assez rare, une dizaine de malades qui avaient été, pendant la guerre après examen fait dans des services spéciaux par les médecins les plus qualifiés, considérés comme atteints de cette curieuse affection et qui n'avaient pas guéri. Aucun d'entre eux ne présentait de signes pyramidaux classiques : réflexe cutané-plantaire en extension,

(1) La flexion combinée de la cuisse et du tronc. Sa valeur séméiologique. *Ann. de méd.*, t. XXVIII, juin 1930.

(1) BABINSKI et FROMENT, *Hystérie. Pithiatisme et troubles réflexes*, p. 62.

réflexes de défense, signes d'Oppenheim, de Gordon-Schaeffer, de Mendel-Bechterew, etc. Les réflexes tendineux et ostéo-périostés n'étaient pas ou n'étaient que très faiblement modifiés; dans ce dernier cas, il ne s'agissait pas de l'exagération franche qu'on rencontre chez les pyramidaux, mais de celle qu'on peut observer chez des malades dont un autre système moteur est en cause. Le clonus du pied ou de la rotule n'existaient pas ou revêtaient la physionomie des faux clonus. Enfin, ces malades ne présentaient pas de flexion combinée de la cuisse et du tronc et le signe du peaucier n'était pas positif chez eux. Mais c'étaient tous des organiques. Il s'agissait de syndromes parkinsoniens unilatéraux, sans, bien entendu, la rigidité musculaire accentuée, le tremblement caractéristique qui auraient motivé un diagnostic précoce, et chez lesquels des symptômes de ce genre, ultérieurement apparus, l'avaient imposé. Dans d'autres cas, aux troubles moteurs qualifiés de pithiatiques pour les raisons que je viens de vous exposer, s'étaient superposés un spasme de torsion dont ils représentaient la manifestation prémonitoire, un syndrome wilsonien à forme unilatérale. Vous ne m'en voudrez pas de ne pas vous donner d'observations détaillées. Vous en trouverez une fort belle dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris consacrée à la description de la rigidité musculaire des malades présentant des spasmes d'action et aux signes qui permettent de la distinguer de celle des parkinsoniens (1).

Enfin, dans quelques autres cas, il s'agissait d'un autre syndrome, non pas plus fréquent il est vrai, dont l'origine organique totale est, à mon avis, incontestable, et qui, comme vous allez vous en rendre compte, représente la majeure partie des cas qui avaient été avec Todd, Charcot, Raymond et les membres de la Société de neurologie dont beaucoup encore vivants, qui ont pris part à la discussion de 1908, décrits sous le nom d'hémiplégie hystérique ou pithiatique. Une étude clinique minutieuse de ces malades — j'en ai observé 6 cas depuis que mon attention a été attirée sur ce syndrome c'est-à-dire depuis environ trois ans — va nous permettre d'en dégager les caractères constants et ceux qui varient d'un sujet à l'autre. Deux observations, sans vérification anatomique il est vrai, ont été publiées, et l'un des deux malades a été, à deux reprises, présenté à la Société de neurologie de Paris (2).

Comme beaucoup d'affections extrapyramidales, le syndrome est consécutif à une névraxite, le plus souvent à forme fruste et qui passe très fréquemment inaperçue. Il peut être provoqué par une néoplasie cérébrale; la lésion qui le détermine est profondément située; les signes d'hypertension cranienne n'apparaissent donc que tardivement, longtemps après les signes en foyer. Ceux-ci sont caractérisés par une hémiplégie flasque incomplète, survenue sans ictus, à début le plus souvent insidieux et à évolution progressive, d'un type très particulier. Le tonus est inférieur à la normale du côté malade : on peut s'en rendre compte en recherchant au membre supérieur ou à l'inférieur, les épreuves préconisées par M. Thomas, pour mettre en évidence la passivité des cérébelleux ou des épreuves analogues (ballottement du bras, appuyé sur le thorax; mobilisation de la jambe sur la cuisse, etc.). Si, le sujet couché sur le ventre, on fléchit à angle droit la jambe sur la cuisse, elle retombe comme un fléau, ainsi que l'a montré M. Barré, précisément parce que l'hypotonie se superpose au déficit moteur; ce dernier prédomine au niveau des extrémités des membres, mains et pieds. Les mouvements actifs des doigts, de la main, des articulations métatarsiennes ou tibio-tarsiennes, sont abolis ou à peine ébauchés; ceux de l'avant-bras, de la jambe, sont moins touchés, conservent parfois une amplitude presque normale, mais se font avec peine; la force musculaire segmentaire est très diminuée à leur niveau; il en est de même en ce qui concerne les mouvements des articulations de l'épaule et de la hanche. Les réflexes tendineux et ostéopériostés ne sont que très faiblement modifiés, parfois très légèrement exagérés, parfois très légèrement diminués. L'exagération n'est jamais comparable à celle qu'on observe chez les pyramidaux classiques, ni même chez les parkinsoniens; le mouvement du segment de membre en cause a une amplitude à peu près équivalente à celle du côté opposé, mais la réponse est un peu plus rapide; le seuil du réflexe est très légèrement abaissé. L'amplitude du mouvement provoqué par la percussion peut être très légèrement diminuée; dans ce cas pour un observateur superficiel et non averti, le réflexe peut paraître diminué. Il peut sembler normal, par comparaison avec le réflexe homologue du côté opposé.

La marche de ces malades est tout à fait typique : elle est celle qui a été décrite au milieu du siècle dernier par le neurologiste anglais Todd, qui l'a considérée comme caractéristique de l'hémiplégie hystérique. Le sujet, en marchant, traîne le pied derrière lui. La marche n'est pas digitigrade, puisqu'il n'existe pas de contracture, mais au contraire de l'hypotonie. Le sujet racle le sol, avec les orteils, qui retombent plus que du côté opposé, par suite de la paralysie des muscles de la loge antéro-externe de la jambe.

Il est classique de dire que le malade drague en se déplaçant alors que le sujet atteint d'hémiplégie pyramidale avec contracture fauche, par suite de la contracture des muscles pelvi-trochantériens et de la loge postérieure de la jambe.

On nous permettra de ne pas insister sur ce qu'il y aurait de contraire à la raison et au bon sens, si on persistait à vouloir considérer comme atteint d'hémiplégie pithiatique un sujet dont la marche serait celle de Todd, en se basant surtout sur ce symptôme : il n'y aurait pas de raison pour ne pas traiter de la même façon les malades atteints d'une paralysie combinée des sciatiques poplité externe et interne dont la marche est tout à fait voisine de celle dont il vient d'être question.

Comme les mouvements actifs des orteils, le ré-

(1) *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 juin 1929, n° 21.

(2) *Revue neurol.*, mars 1928, nov. 1928, p. 383 et 729; mars 1929, p. 651.

flexe cutané plantaire est aboli ou se fait en flexion à peine ébauchée, alors que du côté sain, il conserve une amplitude normale; il peut être simplement diminué, par comparaison avec celui du côté opposé. C'est là, à vrai dire, une différence que les neurologistes n'ont pas encore pris l'habitude de mettre en évidence chez leurs malades. On ne constate jamais la moindre extension le long du bord externe. Les réflexes crémastériens et abdominaux sont habituellement diminués du côté malade, par comparaison avec ceux du côté sain. Cette diminution est légère, doit être très attentivement cherchée, et peut facilement passer inaperçue.

La motricité de la face est intacte chez la plupart de ces sujets. Le facial inférieur est parfois légèrement touché; dans ce cas, le trouble moteur, apparent au niveau de la commissure buccale quand le sujet parle, siffle, rit, se rapproche beaucoup plus de celui qu'on observe chez les parkinsoniens (bradykinésie, viscosité motrice) que chez les pyramidaux typiques. La commissure n'est jamais très déviée, et la bouche ouverte, l'asymétrie des deux angles buccaux est minime. Les troubles moteurs sont toujours unilatéraux, alors que chez les parkinsoniens présentant des troubles hémiplégiques ou monoplégiques, les muscles de la face sont habituellement intéressés des deux côtés, la bradykinésie et la suppression des mouvements automatiques ou associés portant sur le territoire du facial supérieur aussi bien que sur celui de l'inférieur.

Si l'on introduit l'index dans la bouche du malade et si l'on palpe entre le pouce et ce doigt le muscle orbiculaire des lèvres, on constate qu'il se contracte du côté malade quand le sujet parle, siffle, rit. On sait qu'il n'en est pas de même ainsi que l'a démontré M. Babinski chez les malades atteints d'une hémiplégie d'origine pyramidale classique : c'est que le déficit moteur n'est pas le même chez nos sujets que chez les malades en question. Il se rapproche beaucoup plus de celui des parkinsoniens que de celui des pyramidaux proprement dits, bien qu'il ne s'accompagne d'aucune contracture ou hypertonie.

Les troubles moteurs même sont d'ailleurs d'un caractère assez particulier. Comme ceux des malades atteints de troubles physiopathiques ou réflexes type Babinski-Froment, ils varient parfois avec la température, s'atténuent par le réchauffement, mais ce dernier ne les fait jamais complètement disparaître. Un bain chaud permet souvent aux malades incapables de le faire, d'effectuer quelques mouvements de flexion et d'extension des doigts, des orteils, de la main et du pied; néanmoins, ces mouvements n'ont jamais une amplitude normale.

Le bain chaud fait reparaître, en flexion ébauchée chez la plupart de nos malades, le réflexe cutané-plantaire aboli. Il en augmente le plus souvent l'amplitude lorsque ce dernier est diminué. Mais cette dernière demeure toujours inférieure à celle du réflexe du côté opposé, même si le pied de ce côté n'a pas été réchauffé. On nous permettra de rappeler qu'il en est de même, non seulement au cours des troubles physiopathiques ou réflexes, mais encore chez les malades atteints de syndromes vasculo-sympathiques, voisins de la maladie de Raynaud, avec impotence fonctionnelle permanente des extrémités. Ici encore, les troubles moteurs se superposent à des troubles vaso-moteurs; ils ne sont point cependant conditionnés par ces derniers, puisque le bain chaud ne fait que les atténuer.

Il n'y a pas, chez nos malades, de flexion combinée de la cuisse et du tronc, ni de signe du peaucier. Mais ces deux signes, ainsi que nous l'avons démontré, pour ce qui concerne le premier, dans la thèse et le mémoire dont il a été plus haut question, manquent chez un très grand nombre de sujets présentant des troubles moteurs à topographie hémiplégique, dont l'origine organique est incontestable. C'est ainsi qu'on ne les rencontre pas chez les parkinsoniens à forme unilatérale, les wilsoniens de même type. Ils peuvent même manquer chez des malades présentant une petite hémiplégie avec tous les symptômes classiques de déficit et d'irritation pyramidale, lorsque la contracture n'est pas très accentuée. Il ne faut donc pas se baser sur l'absence de signes pyramidaux, d'une part, de flexion combinée de la cuisse et du tronc et de signe du peaucier, de l'autre, pour affirmer qu'on se trouve en présence d'une hémiplégie d'origine hystérique, pithiatique ou fonctionnelle.

Les troubles vaso-moteurs sont à peu près constants chez nos malades, mais ils sont assez variables. Voici ce que nous avons constaté : l'exagération de la sécrétion sudorale du côté malade, en particulier au niveau de la main, est fréquente. Nous l'avons observée quatre fois : chez un de nos sujets qui a été présenté à la Société de neurologie de Paris et dont vous trouverez l'observation détaillée dans le Bulletin de cette Société (1), à certains moments, la main malade se couvrait de grosses gouttes de sueur qui ruisselaient littéralement sur le sol, alors qu'on n'observait rien d'analogue du côté opposé. Chez ce malade, dont l'affection était d'origine névraxitique, est apparu, plusieurs mois après le début de l'hémiplégie, et alors que cette dernière persistait, avec tous les caractères plus haut décrits, un hémitremblement de type parkinsonien, sans les autres symptômes, en particulier sans l'hypertonie caractéristique de la paralysie agitante ou des syndromes parkinsoniens des jeunes sujets. Chez les autres, l'hyperhydrose était moins accentuée, mais, néanmoins, à certains moments, la main, la face, du côté malade, se couvraient de grosses gouttes de sueur; chez un seul de nos sujets, cette hyperhydrose manquait.

Chez tous, la température locale était abaissée plus au niveau de la main et du pied que de la racine du membre. L'indice oscillométrique s'est montré diminué, surtout à la jambe et à l'avant-bras, chez trois de nos sujets, observés, il est vrai, pendant la saison froide; il y avait, à certains moments, de la cyanose de la face dorsale de la main et du pied. Ces troubles vaso-moteurs sont très variables et l'on peut dire qu'il existe chez la plupart de ces malades comme chez les thalamiques, une véritable instabilité vaso-motrice.

(1) *Revue neurol.*, 1928, p. 383.

Les troubles de la sensibilité, de type thalamique fruste le plus souvent, sont, d'ailleurs, à peu près constants chez ce type de malades.

Chez l'un d'eux, le premier, l'épisode névraxitique initial s'était accompagné d'une hémianesthésie douloureuse qui avait disparu au bout de quelques jours. Néanmoins, une émotion un peu forte, une discussion par exemple, déterminait l'apparition de phénomènes douloureux au niveau de la main et l'exagération de la sécrétion sudorale. Chez un autre, les troubles de la sensibilité objective sont restés, pendant longtemps, plus marqués à la main et au pied qu'à la racine des membres : il s'agissait d'une hypoesthésie intéressant surtout la piqûre, le chaud et le froid. Chez d'autres, la sensibilité objective était intacte ou ne se manifestait que par un élargissement des cercles de Weber, au niveau de la main, du pied, du côté malade. Ici encore, les troubles de la sensibilité, cette fois à peine ébauchés, prédominaient au niveau des extrémités.

Chez trois de nos malades, non pas au début des troubles, mais à une période plus avancée de leur évolution, nous avons constaté, du côté atteint, une augmentation de l'excitabilité idio-musculaire : cette hyperexcitabilité mécanique des muscles, qui ne s'accompagnait d'aucune modification des réactions électriques, est, à vrai dire, au cours de ce syndrome, très légère et assez variable. Nous l'avons constatée, néanmoins, au niveau des muscles fessiers, du pédieux, du quadriceps fémoral.

Deux de nos malades sur six présentaient des formes frustes du syndrome en question. Elles étaient caractérisées par des algies de type thalamique au niveau des segments du membre malade, de très légères modifications des réflexes tendineux (réponse plus brusque du côté malade que du côté sain, amplitude du mouvement sensiblement égale), légère impotence fonctionnelle du côté des pieds et des mains. D'une façon constante, chez quatre sujets sur six, les troubles étaient plus marqués au niveau du membre inférieur que du supérieur.

*
* *

L'origine organique totale du syndrome en question ne saurait, dans l'état actuel de nos connaissances, être mise en doute. Il existe chez ces sujets des modifications minimes des réflexes cutanés et même des réflexes tendineux ou ostéo-périostés, qu'un examen rapide ou superficiel peut très bien laisser passer inaperçues, une impotence fonctionnelle, que la volonté ou la suggestion sont incapables de déterminer, ni de faire disparaître. Les seuls troubles vaso-moteurs, en particulier l'exagération de la sécrétion sudorale, la diminution de l'indice oscillométrique, sont caractéristiques de l'organicité. Il suffit de quelques instants de réflexion pour se rendre compte que le sujet le plus averti, le mieux éduqué, ne peut reproduire un tel tableau clinique et de pareils symptômes.

Est-il possible de se faire une idée approximative de la localisation anatomique qui provoque ces troubles ? On sait depuis longtemps qu'un des caractères des phénomènes douloureux superposés aux troubles objectifs provoqués par une lésion de la couche optique est précisément d'être influencés par les facteurs psychiques, émotions, contrariétés, discussions. Il y a donc bien des chances pour que les troubles sensitifs, parfois passagers, parfois durables, subjectifs et objectifs, observés chez certains de nos malades, soient d'origine thalamique. Ils peuvent être d'origine corticale, provoqués par une atteinte légère du ruban de Feil ou des fibres qui en émanent lorsque le sujet ne souffre pas.

Il est plus difficile de déterminer l'origine des troubles moteurs superposés à ces derniers. L'hypothèse d'une association organico-pithiatique — on sait combien ces dernières s'observent fréquemment — ne semble pas pouvoir être envisagée. Elle n'expliquerait d'ailleurs pas les modifications minimes, difficiles à mettre en évidence, des réflexes ostéo-périostés, ni celles, beaucoup plus importantes, du réflexe cutané-plantaire ou des cutanés abdominaux.

Le syndrome en question ne s'accompagne pas des modifications des réflexes qu'on observe classiquement dans le cas de lésion intéressant le faisceau pyramidal ; exagération franche des réflexes tendineux du côté malade, clonus de la rotule et du pied, réflexe cutané plantaire en extension, réflexe de défense, d'Oppenheim, etc. Les signes traduisent, il est vrai, l'irritation des fibres qui constituent la voie motrice principale. D'une façon habituelle, ils accompagnent la contracture et le déficit moteur, conséquence de la lésion. M. Barré, de Strasbourg, a étudié ce qu'il appelle un syndrome « pyramidal déficitaire pur », tout en reconnaissant que, d'une façon habituelle, chez un même malade, les signes de déficit et les signes d'irritation sont étroitement intriqués (1).

Ce syndrome n'est pas autre chose que la réduction des troubles qu'on observe, après l'ictus, chez le sujet atteint d'hémiplégie flasque. On sait que, chez ces malades, il y a hypotonie, que le signe de la flexion exagérée de l'avant-bras, de M. Babinski par exemple, rend évidente, et que les réflexes, aussi bien cutanés qu'ostéo-tendineux, sont abolis, l'impotence fonctionnelle étant absolue. Dans le cas de syndrome pyramidal déficitaire pur, léger, traduisant une compression minime à distance du faisceau pyramidal au niveau de la capsule interne par exemple, les réflexes tendineux ne sont presque pas modifiés, le cutané, en particulier le cutané-plantaire, sont légèrement diminués du côté malade ; le sujet éprouve de la difficulté à effectuer des mouvements alternatifs d'abduction et d'adduction des doigts, parce que les troubles moteurs prédominent au niveau des extrémités ; le bras et la jambe retombent du côté malade, si on demande au sujet de les maintenir un instant étendu ou fléchie, à cause même du déficit moteur.

Les troubles moteurs qu'ont présentés nos malades ressemblent donc beaucoup à ce syndrome pyramidal déficitaire pur, qui traduit une inhibition

(1) Nouvelle conception du syndrome pyramidal. *La Médecine*, fév. 1923.

légère des fibres pyramidales. Nous avons dit que les troubles sensitifs et vaso-moteurs paraissaient bien chez certains de nos sujets d'origine corticale ou thalamique. La lésion qui provoque l'ensemble doit donc selon toute vraisemblance être thalamique ou juxtathalamique. L'hypothèse d'une lésion anatomique importante intéressant à la fois la couche optique et le faisceau pyramidal au niveau de la capsule interne ne saurait être retenue : on sait depuis longtemps que, lorsqu'elle existe, au syndrome thalamique typique, tel qu'il a été décrit par MM. Déjerine et Roussy, se superpose une hémiplégie avec contracture, exagération franche des réflexes tendineux et ostéo-périostés, clonus de la rotule et du pied, etc. Seul, le réflexe cutané plantaire peut, en pareil cas, ne pas être modifié et continuer de se faire en flexion. Chez nos malades, l'hémiplégie n'est pas de ce type, et d'autre part, les troubles sensitifs d'origine thalamique sont légers. C'est tout ce que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous pouvons dire de la physiologie et de l'anatomie pathologique du curieux syndrome que nous venons de décrire. Il est probable que nous pourrons, d'ici peu, apporter à son étude une importante contribution anatomique.

Il semble bien que le syndrome corresponde à la majorité des cas qui ont été étudiés autrefois sous le nom d'hémiplégie hystérique ou pithiatique. On y retrouve les troubles vasomoteurs de M. Raymond, les troubles sensitifs et moteurs qui en représentent les éléments essentiels, la marche de Todd, l'absence de modifications importantes des réflexes tendineux que les uns disaient légèrement augmentés, alors que d'autres les trouvaient diminués. On y retrouve la diminution ou l'abolition du réflexe cutané plantaire signalée dans une observation de M. Savy. Nous répétons que la simple diminution passait autrefois le plus souvent, comme celle des cutanés abdominaux, inaperçue. Ajoutons qu'il n'y a pas de flexion combinée de la cuisse et du tronc, ni le signe du peaucier du cou, auxquels on a, à la suite des travaux de M. Babinski, attribué une importance beaucoup plus grande que ce maître de la neurologie contemporaine ne l'a lui-même fait, ni les signes classiques de perturbation pyramidale, longtemps considérés à tort comme seuls caractéristiques « de l'organicité ». L'ancienne hémiplégie pithiatique est, il n'est pas inutile de le répéter, un caput mortuum dans lequel on a classé, à tort, des syndromes moteurs à topographie hémiplégique, d'origine extrapyramidale, ou, plus souvent encore, le curieux syndrome sur lequel nous venons d'insister dont l'origine organique — avec l'interprétation que nous en avons donnée — ne saurait être mise en doute, puisque les symptômes que présentaient nos malades ne pouvaient apparaître par suggestion ni disparaître par contre-suggestion.

Est-ce à dire que l'hémiplégie pithiatique, créée de toutes pièces par le sujet, curable par psychothérapie, n'existe pas? A dire vrai nous n'avons jamais vu la forme flasque, présentant, dans certains cas, des troubles moteurs dans le territoire du facial inférieur, sans troubles associés dans celui du supérieur, que la volonté, c'est-à-dire la suggestion est incapable de reproduire. Nous connaissons bien des observations d'hémiplégies légères qualifiées de pithiatiques qui ont guéri assez rapidement par psychothérapie. Mais elles sont nombreuses celles des petites hémiplégies qui guérissent rapidement, qu'elles soient pyramidales déficitaires, irritatives ou extrapyramidales. Chez un malade de cette espèce, qui présentait probablement des troubles pithiatiques superposés aux troubles organiques, M. Noïca, de Bucarest (1), observait récemment, après une guérison sans doute incomplète, la persistance de phénomènes que des sujets normaux ne pouvaient reproduire (signe de la pronation de l'avant-bras de Babinski, signes de Raïmiste, de Néri) et qu'on rencontre habituellement au cours de l'hémiplégie dite organique à la période de flaccidité. « Personne, dit-il, n'a pu imiter le bras mort avec tous les signes organiques connus. » N'est-il pas permis de supposer qu'il existait, dans ce cas, en plus d'un élément pithiatique (amaurose, surdité du côté paralysé), que le courant faradique tétanisant avait fait disparaître, des troubles moteurs d'origine organique? La contre-suggestion n'a pas, d'autre part, chez ce malade plus complexe que les nôtres, supprimé les troubles vaso-moteurs (cyanose de la main, moiteur à son niveau), qui ressemblaient étrangement à ceux de ces derniers.

Nous désirons nous montrer extrêmement prudent, et tout en soutenant, d'accord avec bon nombre de neurologistes français, que la plupart des hémiplégies dites pithiatiques sont en réalité d'origine organique et que le syndrome que nous avons identifié en représente la forme la plus fréquente, nous n'osons pas affirmer que, très rarement sans aucun doute, des sujets suggestionnables ne puissent reproduire grossièrement une hémiplégie flasque, avec hémianesthésie surajoutée, mais sans modification des réflexes. Dans ce cas, il nous semble impossible que la motricité de la face puisse être intéressée, et en particulier que le malade soit capable de reproduire des troubles dans le territoire du facial inférieur, le supérieur restant indemne. En revanche, nous avons eu l'occasion d'observer des contractures des membres supérieur et inférieur avec hémianesthésie surajoutée, sans troubles du côté de la face, ni modifications des réflexes tendineux ou cutanés, simulant grossièrement une hémiplégie : doigts fléchis sur la paume de la main, avant-bras fléchi sur le bras, jambe en extension sur la cuisse, pied en extension sur la jambe, orteils fléchis sur la plante. Ces contractures, survenues quand le sujet avait intérêt à être malade, à l'occasion d'une poussée fébrile, par exemple, dans un de nos cas, après un séjour prolongé sur la terre humide et sur le côté où s'est ultérieurement développée non point la paralysie, le déficit moteur, mais la contracture, ont toutes très rapidement guéri par psychothérapie. On sait que la plus patiente comme la plus énergique n'ont pas réussi à faire disparaître les troubles moteurs, sensitifs et vaso-moteurs de l'ancienne hémiplégie pithiatique.

(1) Noïca. *Revue neurol.*, 8 janv. 1931, p. 73.

Tel est l'état actuel de nos connaissances sur cette question à l'ordre du jour. Rappelons, en terminant, que l'on ne traitera plus, comme on l'a fait autrefois, de pithiatiques des malades atteints d'une affection organique des centres nerveux et déterminant une hémiplégie, un spasme, un tremblement, si, l'analyse clinique étant poussée aussi loin que possible, avec une grande rigueur technique et les procédés d'investigation dont nous disposons à l'heure actuelle, on se pose la question suivante : la suggestion, c'est-à-dire la volonté, est-elle capable de faire apparaître ces troubles ? Peut-elle les faire disparaître (compte tenu des conséquences de l'immobilisation prolongée)? Si non, ils n'entrent pas dans le cadre des accidents « fonctionnels » hystériques ou pithiatiques, tels qu'ils ont été définis par M. Babinski lui-même.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1931)

La dermatite des nageurs. — M. E. BRUMPT expose le résultat d'expériences qui lui permettent d'affirmer que la *cercaria ocellata* qui détermine la dermatite des nageurs provient d'une bilharzie des canards.

Interprétation des variations de la chronaxie musculaire par répercussion avec et sans troubles fonctionnels. — M. Georges BOURGUIGNON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1931)

Notices nécrologiques. — M. BRETEAU lit une notice sur M. Léon GRIMBERT, membre titulaire dans la section de pharmacie, récemment décédé.

M. LESNÉ rappelle la vie et les travaux de M. RAYNAUD (d'Alger), membre correspondant national, mort il y a quelques semaines.

Le kaolin bismuthé. — M. HAYEM montre les avantages qu'il y a à employer en thérapeutique gastro-intestinale le kaolin bismuthé à la place du carbonate de bismuth dont le prix est très élevé. La formule employée par M. H. Hayem est la suivante : 1/4 de bismuth pour 3/4 de kaolin.

M. H. VINCENT, se basant sur son expérience personnelle, estime qu'il y a lieu de stériliser au préalable le kaolin.

Les pyréthrines. — MM. GAUDIN et CARRON ont étudié l'action des pyréthrines sur la musculature des helminthes (présentation faite par M. Perrot).

Action histophysiologique de l'insuline sur l'hypophyse ; son mécanisme et ses conséquences sur l'ensemble de l'organisme. — MM. R. COLLIN, P. DROUET, J. WATRIN et P. FLORENTIN ont examiné le bien-fondé de l'hypothèse d'un certain antagonisme fonctionnel entre le pancréas endocrine et l'hypophyse (Houssay, M. Labbé, Escalier, Gilbert-Dreyfus) : l'hypophyse stimulerait la glycémie, le pancréas la freinerait.

Par des injections minimes mais répétées d'endopancrine, les auteurs ont observé une action immédiate sur le foie ; disparition des réserves de glycogène ; immédiate sur les surrénales ; excrétion de l'hormone dans le sang par les cellules adrénalinogènes.

L'adrénalinémie, que rend évidente la spléno-contraction concomitante provoque une forte hyperactivité hypophysaire. La ou les ormones hypophysaires entraînent la suractivité thyroïdiennc ; celle-ci retentit à son tour sur le thymus dans le sens de l'atrophie, sur le pancréas endocrine dans le sens de l'hypertrophie, conséquence dernière qui attire l'attention sur l'intérêt possible d'une opothérapie associée pour une restauration fonctionnelle éventuelle du pancréas.

Nouvelles preuves de la rareté du cancer en Egypte. — M. SCHRUMPF-PIERRON (présentation par M. Delbet).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1931)

Traitement des tuberculoses articulaires. — M. SORREL, après dix-huit mois d'essais de traitement par l'huile iodée dans le traitement des coxalgies et des tumeurs blanches du genou, considère que ce médicament n'a aucun effet. Il insiste sur la nécessité de la preuve bactériologique pour prouver ces affections dont le diagnostic est difficile.

Ossifications internes au niveau du genou. — M. MAUCLAIRE a déjà publié et fait publier une série de cas d'ossifications siégeant à la face interne du condyle interne du fémur. Le siège de ces ossifications fait penser qu'il s'agit d'un ostéome développé au niveau du ligament latéral interne arraché à son insertion fémorale.

Large perforation utérine avec inclusion de l'intestin grêle. — M. PROUST rapporte cette observation de M. Bergouignan qui obtint un très beau résultat par l'hystérectomie.

M. MOCQUOT rappelle un cas analogue qu'il a opéré pour petite perforation par curette et où il n'a pas fait l'hystérectomie.

M. BASSET a obtenu quatre guérisons par suture de l'utérus et un succès par hystérectomie.

M. SAUVÉ a également obtenu un succès en réséquant la partie perforée et en suturant l'utérus.

M. MOURE a opéré un cas analogue par hystérectomie et la malade mourut. Cette opération ne paraît indiquée, et par voie vaginale plutôt, que dans les cas où l'utérus est très infecté.

M. BROCQ estime qu'on ne doit pas être systématique. Il a fait trois sutures et une hystérectomie.

M. SAUVÉ estime qu'il faut opérer par laparotomie car seulement ainsi on peut faire l'inventaire des lésions.

M. PROUST estime qu'il faut toujours faire une laparotomie.

A propos de treize ulcères gastro-duodénaux perforés. — Ce travail de M. Yves BOURDES (de Marseille) est rapporté par M. Proust. L'auteur a eu quatre morts sur treize cas; la sonorité préhépatique existait sept fois et a permis une fois le diagnostic. La gastro-entérostomie a été faite dans six cas.

Cancer du côlon sigmoïde chez un jeune homme de quinze ans. — M. GUIMBELLOT rapporte ce travail de MM. Matignon et Fruchaud (d'Angers). A la laparotomie, on trouve une anse sigmoïde énorme : résection de ce segment avec abouchement des deux bouts intestinaux à la peau, fermeture ultérieure de l'anus. Mort par métastases. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. Il existe une série de cas analogues chez l'enfant.

Corps étranger du duodénum. — Ce travail de M. Tisserand (de Besançon) est rapporté par M. Fredet : une broche de bavoir reste fixée trois jours dans le duodénum. Extirpation de la broche repoussée, par l'estomac. Guérison.

M. Bréchot se demande si on n'aurait pas pu repousser la broche vers l'angle duodéno-jéjunal.

Artériographie. — M. Reynaldo dos Santos emploie maintenant du bioxyde de thorium pour l'artériographie, ce produit n'étant ni douloureux, ni toxique, ni irritant pour les vaisseaux. L'exploration par cette méthode a été appliquée par l'auteur aux anévrismes et aux tumeurs osseuses. L'auteur projette une série de radiographies.

Modification brutale des fibromes au cours de la grippe. — M. Rouhier a observé trois cas de mortification des fibromes au cours de la grippe. Cette mortification n'était pas due à une torsion. Guérison.

Présentation de pièce. — M. Richard : pièce d'ostéosynthèse vertébrale prélevée au quarantième jour après l'opération, chez un enfant de onze ans. Le greffon est absolument soudé à la colonne vertébrale.

Traitement des artérites oblitérantes par les résections artérielles. — M. Grégoire rapporte ce travail de M. René Fontaine (de Strasbourg) qui fit une artériectomie de 22 centimètres de l'artère fémorale, de l'arcade crurale au canal de Hunter. Ligature de la veine fémorale. Dès le soir le membre inférieur était chaud. Le malade se remit à marcher, puis l'autre jambe, à son tour, fut atteinte d'artérite. Le malade demanda immédiatement l'intervention ; 12 centimètres furent réséqués du côté gauche. Le résultat est excellent.

M. Grégoire conclut à nouveau qu'en réséquant ces artères oblitérées, on ne résèque pas un vaisseau, mais un cordon fibreux avec la sympathique qui l'accompagne.

M. P. Moure considère qu'il faut distinguer les résections d'artères saines et d'artères malades.

LIVRES NOUVEAUX

Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène (1), recueillis par ses élèves. T. II. *Appareil génital de la femme* (première partie), par P. Moulonguet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux et S. Dobkevitch, chef de laboratoire adjoint à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Le premier volume des *Diagnostics anatomo-cliniques*, de Paul Lecène, dernièrement publié, était consacré aux lésions du sein. Dans ce second volume et dans le troisième seront étudiées les affections de l'appareil génital de la femme.

Ce volume est présenté comme le premier de cette série ; son importance matérielle est plus considérable et il ne comprend pas moins de 162 figures, presque toutes originales. Pour chacune des affections exposées on y trouvera une interprétation minutieuse des signes cliniques, mais aussi un exposé des techniques spéciales, surtout histologiques et bactériologiques auxquelles le chirurgien devra avoir recours pour établir un diagnostic dans les cas difficiles, avant, pendant et après l'opération. C'est ce qui différencie nettement ces travaux des traités de « diagnostic chirurgical » habituels.

I. *Lésions chirurgicales vulvo-périnéales et vaginales :* lésions mécaniques, lésions inflammatoires, lésions dystrophiques, lésions néoplasiques bénignes, lésions néoplasiques malignes.

II. *Lésions de l'utérus et de ses annexes :* grossesse ectopique, les accidents de l'avortement, l'infection gonococcique, les infections utéro-annexielles en dehors de la blennorragie et de l'infection puerpérale, les lésions infectieuses de l'ovaire, la tuberculose utéro-annexielle et la syphilis génitale, la torsion des annexes.

L. G.

(1) In-8 de 286 pages et 162 figures. — Prix : 75 fr. — Paris, Masson et Cie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux et mémoires de clinique et de thérapeutique oculaire, par le docteur Ch. Abadie. Un volume in-8 de 410 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, N. Maloine.

PRATIQUE MÉDICALE

LA DÉFAILLANCE VENTRICULAIRE GAUCHE ET SON TRAITEMENT (1).

Par le docteur Ed. ATHON.

L'auteur, après avoir exposé les difficultés du traitement de l'insuffisance ventriculaire gauche, fait remarquer que la coramine peut être substituée à la digitaline dans les cas où celle-ci risque d'être dangereuse. La coramine complète aussi l'action de la digitaline pendant les périodes de cessation du médicament.

Il recommande par voie buccale des doses de xxx à lxxx gouttes par vingt-quatre heures en trois prises, et par voie sous-cutanée deux ampoules de 1 centimètre cube.

La grande maniabilité de la coramine permet d'ailleurs d'adapter facilement sa posologie à la gravité du cas et à l'intensité des effets à obtenir.

VARIÉTÉS

LE XIIe SALON DES MÉDECINS

Le XIIe Salon des médecins vient de fermer ses portes après avoir obtenu, comme les années précédentes, le plus vif succès : le Président de la République, guidé par l'éminent organisateur et fondateur notre excellent confrère Paul Rabier, a tenu à en parcourir les salles samedi dernier, et a témoigné du très grand intérêt qu'il portait à cette manifestation artistique.

Les Beaux-Arts n'étaient pas les seuls honorés par cette exposition car, cette année, la poésie ne fut pas oubliée et le catalogue débutait par un très beau sonnet de Jean-Louis Faure dont le lyrisme n'a pas passé inaperçu de la presse parisienne et que nous ne résistons pas au plaisir de donner ici :

O toi qui tiens la lyre aux sept cordes d'airain,
Toi qui penches vers nous ton front ceint de lumière,
Toi, vers lequel s'élève aujourd'hui ma prière,
Apollon ! Donne-nous ton appui souverain !

Car nous sommes tes fils, et tu vois par nos mains
Frémir le marbre auguste et palpiter la pierre,
Et se transfigurer l'immortelle Matière !
Sois pour nous le flambeau qui montre le chemin,

Ramène parmi nous la divine harmonie,
Désaltère notre âme aux sources du Génie,
Donne-nous la noblesse et la sincérité,

Inonde de clarté notre pauvre âme obscure !
Apollon ! Dieu vainqueur ! Maître de la Beauté !
Apprends-nous le respect de la grande Nature !

Le Salon a réuni 140 exposants et 345 œuvres, chiffres qui indiquent bien que nos confrères demeurent toujours fidèles à la culture des Beaux-Arts.

Nous avons particulièrement remarqué, parmi les peintures, les envois de Mlles Baillière et Berthelot ; le « Château de Lourmarin » et une « Vue de Lourmarin » par Mme Pierre Bianquis ; les fleurs de Mlle Blanchard, les envois de Mme Castex et ceux de Mlle Chauvois : « En Limousin ; mon Village » et « L'Etang noir » de Louis Boyer ; les toiles de P. Chavanon, de Mlle Christophe, de J. Duroeulx, d'Et. Escat. Mme Fourneau-Segond expose ses charmants « Hortensias sur la terrasse », « Nice vu d'un col », et un excellent portrait de sa grand'mère Mme Juliette Adam. Notons encore les « Nuages sur le Léman » d'A. Fraikin, les paysages et marines de W. Frogier, les envois de R. Glénard, de Gurlie et les paysages si sincères de J. Hallé, ceux de Janet, deux aspects pittoresques de la place de Massevaux, par Kolb, les toiles de Le Bec, Le Gendre, Lorentz, Lortat-Jacob fils, Mahu, celles de Marc La Marche pleines de couleur et de vie, de P. Mathieu (Grignan dans la lumière), de Millon, Oberthur, de Mme Perrens-Bonamy (lumineuse Provence), de Quesnay (Bruges mélancolique), de Peuvrier, Rabourdin, Ramoisy, Rendu, Ed. Taffanel, Mme Thoinot, André Thomas, les élégantes lithographies de Mlle Vitoux et les toiles de P. de la Villéon.

D'excellentes médailles nous arrêtent : ce sont celles de M. Hayem et de F. de Hérain, puis les modernes et charmants émaux de L. Jouhaud, les bois sculptés de Chardson Blanchard, les bustes de Forel (le professeur Roux, de Lausanne), de Lenoir, un très charmant masque intitulé « Mélancolie » par Mérignargues, le buste du docteur Raymond Letulle par Mlle Letulle, celui du docteur Dartigues par Moncassin, celui du professeur Gley par Mlles Quinquaud et Roginsky, celui du docteur X... dans lequel il est impossible de ne pas voir Pauchet. L'ordre alphabétique nous amène à terminer par Villandre et on ne saurait finir sur une impression plus agréable que celle qu'il nous procure avec ses parfaites médailles d'Ambroise Paré et de Ronsard et avec un buste de jeune femme, œuvre délicieuse d'expression et de facture.

R. L. S.

(1) *Journ. des prat.*, 12 avril 1930, n° 15.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 19 octobre. — Jury : MM. Legueu, président ; Fey, Cadenat et Giroud. — M. GUIGOLD. Des sutures en général et de celles de la peau en particulier. — M. GAMMAL ABDEL MONEM. Contribution à l'étude de la vitalité du spermatozoïde chez l'homme.

Mardi 20 octobre. — Jury : MM. Claude, président ; Lereboullet, Alajouanine, Chabrol. — M. SPIROS N. LIBERATOS. Le problème médico-légal de l'épilepsie. — Mlle RATNER. Etude sur le périmètre thoracique, l'amplitude respiratoire et la grande envergure chez les enfants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de physiothérapie et de petite chirurgie dermatologiques, par Jean MEYER et Jean SAIDMANN, avec la collaboration de Robert GIRAUDEAU. Préface de H. GOUGEROT, professeur de dermato-syphiligraphie à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis. In-8 de 200 pages avec 24 figures dans le texte. — Prix : 38 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Guide du praticien. Précis d'hygiène familiale et de thérapeutique journalière, par le docteur Henri BARTH, médecin honoraire de l'hôpital Necker. In-18 de 286 pages. — Prix : cartonné, 24 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les pyuries et les colibacilluries du nourrisson (avec un graphique), par M. le professeur LEREBOULLET.
XLe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. (Suite. Compte rendu par M. DARIAU.)
Troisième question : « Le traitement chirurgical immédiat des fractures ouvertes de jambe. » (MM. ROUX et SÉNÈQUE.)
Discussion.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Syndicat des chirurgiens français.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Diagnostic des orchites aiguës.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR DEUX PLACES DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Raison, Lemerle, Nespoulos, L'Hirondel, Harvier et Mouchet, qui acceptent; Maurel, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

Lecteur : M. Vilenski, qui accepte.

Censeurs : MM. Boissier, Chatellier, qui acceptent.

— CONCOURS DE CHEF DE LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — Le jury est composé de MM. Brulé, Harvier, de Massary, Tixier et Okinczyc.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 23 octobre. — Questions données : « Anthrax. — Diagnostic des paraplégies spasmodiques. »

MM. Werner, 18; Bonhomme, 17; Thomann, 15; Mlle Halin, 22; MM. Genty (Philippe), 23; Iliovici, 18; Bureau, 15; Beaufils (Roger), 22.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — (*Médecine.*) — Jury : M. Ravina, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Loeper Debré et Tzanck.

Censeurs : MM. Levesque et Paraf.

— (*Chirurgie et accouchements.*) — Jury : MM. Legueu, Cadenat, Bourdier, Bergeret et Portes.

Censeurs : MM. Métivet et Huet.

HÔPITAL NOTRE-DAME DE BON-SECOURS (66, rue des Plantes). — Une place de chirurgien adjoint est à pourvoir à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours dans le service d'oto-rhino-laryngologie.

Le concours est un concours sur titres. Les candidat pourront se présenter tous les matins, de 9 h. à midi. Il leur sera remis un règlement concernant le service médical de l'hôpital.

Le registre d'inscriptions restera ouvert jusqu'au 5 novembre 1931.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — TOULON. — Le 23 novembre 1931, s'ouvrira aux hospices civils de Toulon, un concours pour quatre places d'internes titulaires en médecine et chirurgie. Les candidats doivent être Français et pourvus de huit inscriptions au moins. Indemnité : 2.400 fr. la première année; 3.000 fr. la deuxième, et 3.600 fr. la troisième, plus la nourriture et le logement.

Renseignements, secrétariat des hospices de Toulon.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — M. le docteur Pierre Candelon (de Paris) a été nommé médecin du ministère du Travail.

GUERRE. — M. le médecin général Lecomte, des troupes coloniales, est promu au grade de médecin général inspecteur.

DIRECTION MÉDICALE D'UN SANATORIUM POUR TUBERCULEUX PULMONAIRES ET OSSEUX DE MALADES DU SEXE FÉMININ. — La place de médecin-chef du Sanatorium de Salem à Aubure-Fréland est mise au concours (concours sur titres).

Les candidats à ce poste devront adresser, au plus tard, avant le 1er décembre 1931, leur demande au Comité de direction de la caisse d'assurance des employés, 9b, rue de Genève à Strasbourg. A la demande doivent être jointes une copie certifiée conforme des diplômes obtenus et des titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances médicales, scientifiques et administratives ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Prière d'ajouter en même temps un exemplaire des publications et le curriculum-vitæ.

Le candidat doit connaître à fond la langue française et la langue allemande.

Une commission technique, nommée par le Comité de direction de la caisse d'assurance des employés, est chargée d'examiner les titres des candidats. La nomination sera faite par le Comité de direction.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — PRIX LE GENDRE (triennal, 3.000 fr.). — Ce prix sera décerné en 1932. Sujet proposé : *Le livret sanitaire*. Les mémoires des concurrents au prix devront être déposés sur le bureau de la Société avant le 1er novembre 1932.

PRIX GINGEOT. — Le prix triennal, fondé par le docteur Gingeot et destiné à récompenser un travail original portant sur les affections du foie et des voies biliaires, n'a pas été décerné en 1929, aucun mémoire n'ayant été présenté. Le concours sera reporté à 1932. Le sujet proposé est le suivant : *Des ictères choluriques sans décoloration des matières fécales*. Les manuscrits devront être déposés entre les mains du secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1932. La valeur du prix sera de 6.000 francs.

UN JUBILÉ DANS LA PRESSE MÉDICALE ROUMAINE. — Notre grand confrère roumain, *Spitalul*, vient de célébrer le cinquantième anniversaire de sa fondation. La *Gazette des hôpitaux* est heureuse de lui adresser l'expression de ses très vives félicitations et de sa très cordiale sympathie.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — La XIIe session des Journées médicales se tiendra les 25, 26, 27 et 28 juin 1932. Contrairement à ce qui avait été prévu, et pour répondre au vœu de nombreux laboratoires, l'Exposition internationale sera maintenue suivant les traditions.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MÉDITERRANÉENNE. — Ce Congrès se tiendra à Marseille, du 20 au 25 septembre 1932, sous la présidence de M. le professeur Marchoux. Les vice-présidents sont MM. les doyens Euzière (de Montpellier), Imbert (de Marseille) et Leblanc (d'Alger). Les secrétaires généraux sont MM. Violle et Ch. Broquet.

RAPPORTS. — *La spirochétose espagnole*. — M. Sadi de Buen.

La dengue. — M. Blanc.

La fièvre ondulante. — M. Burnet.

La fièvre exanthématique méditerranéenne. — M. Olmer.

Les procédés modernes de dératisation des navires. — M. Lutrario.

Inscriptions. Cotisation : 100 fr. M. G. Baillière, trésorier, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Renseignements auprès des secrétaires généraux : MM. Violle, laboratoire d'hygiène de la Faculté, 40, allées Léon Gambetta, à Marseille; Ch. Broquet, 195, boulevard Saint-Germain, à Paris.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL ET IIIe EXPOSITION INTERNATIONALE DE TECHNIQUE SANITAIRE ET D'HYGIÈNE URBAINE. — Après Prague et Milan, la ville de Lyon a été choisie pour être le siège, les 6, 7, 8 et 9 mars 1932, du IIIe Congrès international de technique sanitaire et d'hygiène urbaine.

Ce Congrès s'accompagnera, suivant l'usage établi aux précédentes manifestations, d'une Exposition internationale qui se tiendra du 7 au 20 mars 1932, dans le cadre et pendant la Foire de Lyon.

Tous renseignements seront donnés sur demande adressée au commissaire général du Congrès et de l'Exposition : M. le docteur Garin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, conseiller municipal, rue Ménestrier, Lyon.

(*Voir la suite des « Informations », p. 1597.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français s'est tenue le 8 octobre, sous la présidence du professeur J.-L. Faure.

250 chirurgiens y assistaient.

Après l'allocution du président, l'examen des questions inscrites à l'ordre du jour s'est poursuivi dans un ordre parfait.

Les rapports étaient présentés par le docteur Guillaume (de Tours) pour les statuts, le docteur Picard (de Douai) pour les Assurances sociales, le docteur Marquis (de Rennes), secrétaire général pour le tarif chirurgical.

Au cours de la discussion sur les Assurances sociales, le docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération, a exposé le rôle de la Confédération dans l'élaboration de certaines modalités de la loi et du règlement en ce qui concerne la chirurgie.

Les importantes résolutions suivantes ont été votées :

I. ADJONCTION AUX STATUTS ACTUELS D'UN RÈGLEMENT INTÉRIEUR.

II. TARIF CHIRURGICAL. — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français, considérant que le tarif chirurgical minimum national, invariable depuis cinq ans, n'a pas à subir de réduction actuelle.

Décide :

1° De rappeler à tous ses adhérents l'obligation de ne le diminuer en aucun cas, suivant les régions;

2° Toutes les fois que ce tarif sera exprimé par la multiplication de ne le diminuer en aucun cas, suivant les régions;

2° Toutes les fois que ce tarif sera exprimé par la multiplication d'un chiffre clé et d'un coefficient, le chiffre clé minimum 25 devra être partout adopté, tant pour l'acte global que pour le prix de l'acte isolé.

III. ASSURANCES SOCIALES. — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français dans son désir d'une application équitable de la loi, demande :

1° Pour les soins dans les maisons de santé : *a*. Couverture équivalente du risque chirurgical et du risque médical; *b*. Remboursement aux assurés sociaux soignés en clinique, des frais d'hospitalisation.

Désirant que dans le plus bref délai soient ainsi, d'une part diminuées les charges des assurés sociaux pour les gros risques chirurgicaux pour lesquels l'abus n'est pas à redouter, et que d'autre part le libre choix puisse être respecté.

2° Pour les soins dans les hôpitaux : *a*. L'entente directe partout où elle est réalisable; *b*. le relèvement du chiffre K dont la fixation abusivement faible a été arbitrairement fixée au début du fonctionnement de la loi ; *c*. le relèvement du tarif forfaitaire journalier; *d*. unification pour toute la France du tarif de remboursement.

Addendum. — En dehors de toute responsabilité de la caisse, le corps médical se réserve de faire la preuve qu'un assuré social est de par ses ressources complémentaires placé au-dessus de la situation pécuniaire normale des bénéficiaires de l'assurance-maladie et dans ce cas de lui réclamer des honoraires complémentaires.

* *

INFORMATIONS

(SUITE)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Aldebert, médecin principal honoraire de la marine, décédé à Montpellier; Gailly (de Romans), Guilbert (de Bellegarde), le médecin colonel Taste, médecin chef des salles militaires de l'hôpital d'Orléans; M. Jean Bergé, élève de l'Ecole du Service de santé militaire, victime d'un accident d'automobile, fils de M. le médecin commandant Bergé.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades. Professeur : M. NOBÉCOURT.) — M. Nobécourt commencera le cours de Clinique médicale des enfants le lundi 2 novembre 1931, à 9 h.

Des cours de revision de médecine et de clinique des enfants seront donnés à Pâques et en juillet 1932.

— COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. GOUGEROT.) — M. le professeur H. Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses cliniques le mercredi 4 novembre 1931, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte, et les continuera les vendredis matin, à 10 h., à l'amphithéâtre de la Clinique, et les mercredis soir, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE. (Clinique Tarnier.) — M. le professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements le samedi 7 novembre 1931, à 10 h. 1/2 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité.) — M. Emile Sergent commencera ses conférences cliniques le mercredi 18 novembre 1931, à 11 h., à l'hôpital de la Charité.

— CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Hospice des Enfants-Assistés. Clinique Parrot.) — M. le professeur P. Lereboullet reprendra ses leçons cliniques le mercredi 18 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice des Enfants-Assistés, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires commencera le mardi 3 novembre.

Des cours de revision et de perfectionnement auront lieu à Pâques et en juillet 1932.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 26 octobre. — Jury : MM. Gosset, président; Lemaitre, d'Allaines, Leveuf. — M. LEBOURG. La dysarthose cranio-faciale (mobilité anormale entre la face et le crâne). Etudes cliniques, anatomique, embryologique et étiologique. Rôle dans la pathogénie des dysmorphoses de la face. — M. BERGOUIGNAN. Les perforations utérines de l'avortement criminel.

Mardi 27 octobre. — Jury : MM. Carnot, président; Brindeau, Cunéo, Lavastine. — M. GEROLAMI. La crise bilieuse. M. MARTIN. Etude de la thyroséine synthétique et de son emploi thérapeutique. — M. MIRALLIÉ. Les ruptures sous-cutanées du tendon d'Achille. Leur traitement. — M. BURILL. La marquise de Sévigné.

LES PYURIES ET LES COLIBACILLURIES DU NOURRISSON [1]

Par M. le professeur P. LEREBOULLET,
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

S'il est, en pathologie du premier âge, peu de sujets aussi actuels et aussi intéressants que celui des pyuries et colibacilluries, il n'en est guère qui soient plus méconnus, plus négligés, dans les livres de pédiatrie. Et pourtant, le problème d'une fièvre durable, rebelle, inquiétante et de cause mystérieuse, ne se pose-t-il pas plus souvent chez le nourrisson que chez l'adulte? L'importance pratique et doctrinale de la colibacillose m'invite à vous en entretenir aujourd'hui, et pour en fixer mieux certains aspects dans votre mémoire, je vous présenterai quelques malades du service, qui en furent atteints, et sont actuellement guéris.

En présence d'un état fébrile survenu sans cause évidente chez un nourrisson, il est une suite d'examens familiers à tout médecin. C'est d'un geste quasi réflexe que l'on recherche la rhino-pharyngite ou l'otite, la tuberculose par la cuti-réaction et la radiographie du thorax, l'ostéomyélite par l'examen du système osseux, les troubles gastro-intestinaux et la colite, l'hérédo-syphilis. Il n'est pas rare que toutes ces investigations restent sans secours pour le diagnostic : l'on parle de fièvre « cryptogénétique », et bien souvent les choses en restent là... tandis qu'un examen d'urines, fait dans de bonnes conditions, eût précocement donné la clef du problème et permis un traitement efficace. L'on ne pense pas à l'infection urinaire parce que *rien n'attire l'attention vers les urines* (dont l'examen est à l'habitude négligé chez le nourrisson et d'ailleurs difficile); pourtant l'hypothèse de la colibacillose est parmi les plus souvent vérifiées, et l'*examen cyto-bactériologique systématique des urines* doit entrer dans la pratique courante.

Les pyuries et colibacilluries du nourrisson répondent à deux grands groupes de faits : d'une part, les pyuries avec *lésions locales* de l'arbre urinaire (cysto-urétéro-pyélo-néphrites); d'autre part, les *septicémies colibacillaires* avec décharges bactériuriques et pyuriques intermittentes. Cette distinction est d'importance majeure. Elle permet de grouper en un même chapitre de pathologie des faits cliniques en apparence très différents et que lie cependant un trait commun et essentiel : la *colibacillémie.*

C'est à Escherich (1894) que revient le mérite d'avoir ouvert le chapitre des pyuries du nourrisson : il en publie sept cas dus au colibacille, et les attribue à une cystite. Deux mois plus tard, à la Société de pédiatrie américaine, Emmet Holt reconnaît l'existence de la pyélite, et, presque aussitôt, en France, Haushalter étudie ce sujet. En 1896, Finkelstein soutient le rôle pathogénique de l'infection sanguine. Le professeur Hutinel fait une revue approfondie des colibacilloses de la seconde enfance et des cystites à colibacille. Heubner propose le terme de pyélo-cystite, qui fait fortune. Puis, la maladie, un peu oubliée en France, n'est l'objet que d'assez rares travaux d'auteurs anglo-saxons.

Après la guerre, l'attention des pédiatres de tous les pays s'éveille à cette question, et la plupart des faits recueillis se groupent en 1925, autour du magistral rapport du professeur Görter, lors de la réunion annuelle des sociétés de pédiatrie française et néerlandaise à Leyde et à Amsterdam (1). Les pédiatres français, Comby, Nobécourt, Debré, Röhmer, Armand-Delille, Lesné, Hallé, apportent le bilan de leurs recherches systématiques d'où il ressort qu'en France, si la pyurie colibacillaire du nourrisson n'est pas exceptionnelle, elle paraît cependant beaucoup plus rare qu'en Hollande, en Allemagne ou en Amérique.

Dès lors, les travaux français se multiplient. Bernheim, Louis Barreau (2), Chenilleau (3), étudient dans leurs thèses l'infection urinaire chez l'enfant. Nous-même, avec notre collaborateur et ami Fr. Saint-Girons, individualisons la *forme comateuse intermittente de la colibacillose du nourrisson*, qui fait l'objet de la thèse de notre élève Castellant. Des travaux d'ensemble sont publiés par Jacottet (4), Lavergne (5), Debré et Semelaigne, Dufourt (6), Morquio (7), Stransky (8), Cassoute, etc. A la lumière de tous ces faits, il nous semble logique de penser que la colibacillose du nourrisson est beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit, mais qu'il faut, pour la dépister, y penser toujours et la rechercher par l'examen *systématique* des urines. C'est vraisemblablement à une insuffisance d'examen que l'on doit rapporter cette rareté relative des observations typiques de pyélo-néphrites ou de septicémies colibacillaires. Voici, pour illustrer ces notions, des enfants qui furent atteints d'infection urinaire colibacillaire grave, et dont le bon état actuel est bien fait pour justifier notre optimisme.

Observation I (résumée). — Madeleine, neuf mois, entre salle Parrot, le 31 juillet 1930. C'est un nourrisson pâle, triste, très hypotrophique avec insuffisance de taille et de poids, atteint de troubles gastro-intestinaux avec vomissements, diarrhée intense, hépatomégalie, cranio-tabès, impétigo du cuir chevelu. Cuti-réaction négative; Hecht et Wassermann négatifs dans le sang. Le régime et la thérapeutique dictés par cet état sont institués d'emblée.

---

(1) Leçon clinique faite à la clinique Parrot (hospice des Enfants-Assistés) recueillie par M. Véran, interne du service.

(1) Görter. Les pyélites infantiles in *Soc. de pédiatrie*. Réunion pédiatrique d'Amsterdam et de Leyde, sept. 1925, Comby, Nobécourt, Debré, Rohmer, etc. *Ibidem*.

(2) Bernheim. Les infections urinaires du nourrisson, *Th. de Paris*, 1926. — Barreau. Bactériurics chez le nourrisson et chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1926.

(3) Chenilleau. Colibacillémie et colibacillurie chez le nourrisson, *Th. de Paris*, 1926.

(4) Jacottet. *Revue méd. de la Suisse romande*, 15 juin 1925.

(5) M. Lavergne. *Le Nourrisson*, avril 1926.

(6) Dufourt. Les infections urinaires du nourrisson, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 fév. et 5 mars 1927.

(7) Morquio. La pyélite chez les nourrissons, *Archives latino-américaines de pédiatrie*, nov. 1926.

(8) Stransky. Les pyélites de la première enfance, *Revue franç. de péd.*, mai 1927.

Le 3 août, la fièvre monte à 38°5 tandis que la courbe de poids descend de façon alarmante. Rhino-pharynx, mastoïdes oreille moyenne, poumons, squelette, sont indemnes de toute infection. Un fait nouveau oriente l'attention vers l'appareil urinaire, le rein droit est gros et sensible. Un cathétérisme vésical ramène une urine trouble, moirée, laissant déposer, après quelques heures, une couche de pus. L'examen cytologique du culot de centrifugation montre de nombreux leucocytes altérés. L'examen bactériologique direct révèle la présence de bacilles Gram négatifs, peu mobiles. La culture sur glucose donne des colonies abondantes de colibacilles.

Le diagnostic est fait : pyélo-néphrite à colibacilles chez un nourrisson atteint de troubles digestifs qui ne sont peut-être que secondaires.

Traitement prescrit : ingestion quotidienne de bactériophage anti-coli pendant dix jours, puis d'uroformine; alimentation au lait de femme. Sulfate d'atropine contre les vomissements. Injections alternées de sérum de Ringer ou de sérum glucosé contre la déshydratation.

L'étude de la traversée digestive par l'élimination du carmin, ayant montré un allongement du transit (durée totale : 57 h.), l'huile de paraffine est prescrite contre la stase intestinale.

A partir du 9 septembre, amélioration générale considérable ! Ascension régulière de la courbe de poids, éclaircissement presque complet des urines dont le culot de centrifugation renferme encore, en faible quantité, du pus et des colibacilles.

Du 27 septembre au 2 octobre, l'enfant reçoit sans incidents, par voie sous-cutanée, 40 centimètres cubes de sérum anti-coli-bacillaire de Vincent. Erythème sérique fugace le 3 octobre. Examen des urines le 10 octobre : quelques globules blancs intacts dans le culot de centrifugation, pas de coli (culture sur gélose). Reprise consécutive de l'uroformine et du collargol *per os*.

Malgré des incidents intercurrents (otite aiguë, adénite carotidienne maîtrisée par le propidon), la guérison cytologique et bactériologique de l'infection urinaire se maintient actuellement depuis deux mois. La croissance est régulière. Les digestions sont parfaites.

Cette histoire est typique. Elle vous montre que, chez un nourrisson de neuf mois dont l'état était très alarmant, la palpation très attentive de la fosse iliaque droite fit percevoir un *gros rein douloureux*, tandis que l'examen des urines mit en évidence une *pyurie* intense avec *colibacillurie*. Grâce au régime alimentaire maintes fois modifié, au sérum de Vincent, au bactériophage et à l'uroformine, cet enfant reste guéri depuis deux mois.

J'ai observé, dans ma pratique de ville ou d'hôpital, bien des cas semblables à celui-là. L'issue n'en fut pas toujours aussi heureuse. L'un des plus impressionnants concernait un enfant de deux ans qui mourut dans le service quelques heures après son arrivée, présentant le tableau de l'urémie aiguë, avec convulsions et hyperthermie. A l'autopsie, la vessie et le bassinet étaient remplis de pus. Robert Debré rapporte un cas semblable où l'azotémie atteignit 5 grammes par litre. Bien qu'il s'agisse de faits rares, une pyélonéphrite colibacillaire méconnue peut donc mener à l'insuffisance rénale aiguë mortelle. C'est dire l'importance de l'examen systématique des urines, dans toutes les fièvres inexpliquées du nourrisson.

Aussi bien que le petit enfant, le grand enfant peut être atteint de pyélo-cystite colibacillaire. Cette fille de dix ans, au teint frais, à l'état général aujourd'hui excellent, en est un vivant exemple. Chez elle, le rein dut cependant être moins profondément lésé que dans l'observation précédente.

Obs. II (résumée). — Pierrette, dix ans, entre en médecine le 25 septembre 1930, pour douleurs lombaires droites. L'interrogatoire oriente d'emblée l'examen vers l'appareil urinaire. Depuis plusieurs semaines, l'enfant souffre de lumbalgie avec pollakiurie, ténesme vésical, brûlures à la miction, incontinence nocturne d'urines qui n'est pas de l'incontinence essentielle. La température est normale. Première poussée de pyélonéphrite en août 1929.

L'enfant est pâle, un peu bouffie; le rein droit est ptosé et sensible. Il n'y a pas de douleur aux points urétéraux. Le cæcum est distendu et gargouillant, le côlon gauche spasmé en « corde ». Les urines sont troubles, moirées, avec dépôt puriforme. L'examen du culot de centrifugation montre des globules de pus et de nombreux germes, colibacilles identifiés par la culture sur gélose.

Examen radiologique du tube digestif : transit de durée prolongée (40 heures). Coudure excessive des angles splénique et hépatique du côlon. Spasme intense du transverse. Dolichocôlon.

Sous l'influence du régime alimentaire, de l'huile de paraffine belladonée, de l'uroformine, la constipation cède, la pyurie régresse. A partir du 20 octobre, la malade prend, journellement, pendant quinze jours, le contenu d'une ampoule de vaccin anti-colibacillaire de Fisch, *per os*. L'effet est très rapide. Les signes de cystite disparaissent en cinq jours et les urines éclaircies ne contiennent plus que de rares coli et quelques leucocytes non altérés. Elles sont aseptiques et amicrobiennes à partir du 20 novembre, et l'état général est parfait.

En résumé : récidive de pyélonéphrite chez une fille de dix ans, anémique, pâle, constipée chronique avec stase colique gauche. Effet rapide du vaccin de Fisch par la bouche.

Cette observation, parmi bien d'autres, montre que la pyélo-cystite peut se passer de fièvre. La guérison de la poussée étant obtenue, il n'en reste pas moins que le rein droit reste fragile, et d'autant plus exposé à un réveil infectieux que le dolichocôlon persiste et entretient l'infection intestinale. C'est dire la nécessité de surveiller ces malades pendant longtemps par des examens répétés de l'urine, et de continuer le traitement de la stase colique et de l'infection entéro-rénale.

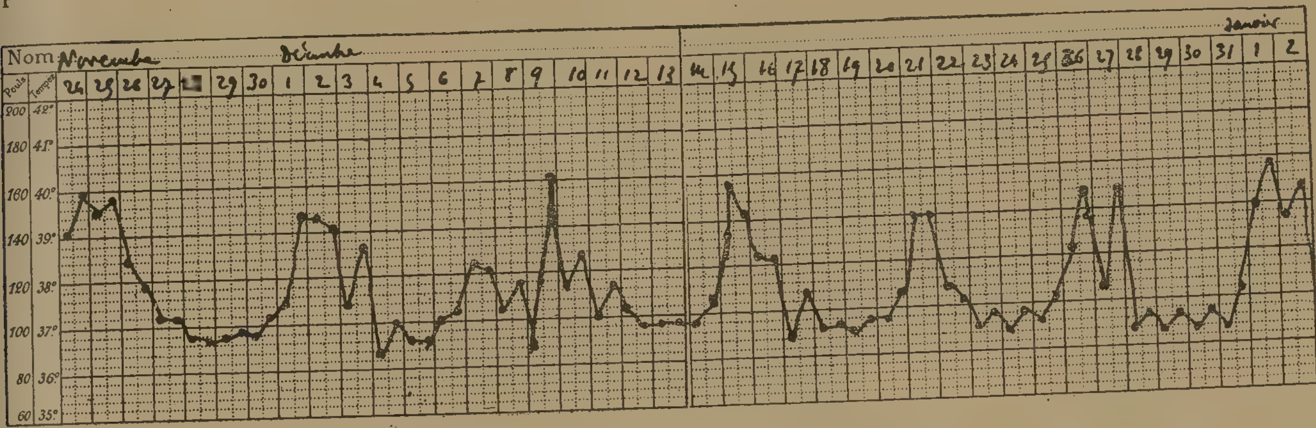
A l'opposé de ces faits caractérisés par des lésions probables de l'arbre urinaire, il en est d'autres également importants et plus embarrassants : ce sont les *septicémies colibacillaires* suivies de *décharges intermittentes bactériuriques* et *pyuriques*, sans signes nets d'atteinte cysto-pyélo-rénale. Ils peuvent se manifester par des accès fébriles périodiques entre lesquels l'enfant se porte relativement bien. Il en fut ainsi chez un nourrisson de quatre mois et demi, observé en 1928 au pavillon Pasteur par mon collaborateur et ami Marcel Lelong. C'était un enfant rachitique, très pâle, hypotrophique, atteint, lors de son entrée, de broncho-pneumonie. Huit jours après la guérison du foyer pulmonaire, l'apyrexie étant revenue, survinrent du 17 au 21 février et du 5 au 16 avril, des *accès fébriles* vespéraux à 40 degrés. Rien d'évident n'expliquant cette fièvre, l'on pratique un examen des urines qui, recueillies

par sondage, sont troubles, purulentes, riches en colibacilles. Malgré le traitement par l'uroformine et le régime, de nouvelles rechutes fébriles et pyuriques se produisent du 19 avril au 7 mai, du 22 au 30 mai, tandis que, dans leur intervalle, l'enfant, simplement un peu pâle, croît normalement.

Je voyais de même ces jours-ci une enfant pâle, présentant facilement des troubles digestifs, chez laquelle des *accès fébriles espacés de type intermittent* durant deux à trois jours, puis cessant, firent penser à la colibacillurie possible. L'examen des urines révéla une pyurie permanente avec colibacillurie très abondante (voir le tracé ci-joint). De ces formes à grands accès fébriles périodiques, il faut rapprocher la forme « intermittente comateuse » que nous avons décrite avec Fr. Saint-Girons; nous y reviendrons tout à l'heure.

La fièvre peut être *continue*, simulant la pneumonie, la typhoïde, la tuberculose, une infection générale indéterminée, et je fus personnellement appelé plusieurs fois au chevet de petits enfants suspectés de fièvre typhoïde sans preuves séro-bactériologiques, chez lesquels je fis pratiquer l'examen des urines et découvrir la pyurie latente.

Les formes *larvées*, silencieuses, sont encore plus fréquentes et là encore, l'examen systématique des urines a une valeur diagnostique capitale. Il s'agit fréquemment de nourrissons ayant eu, pendant l'été, de petits troubles digestifs dont ils n'ont pas bien guéri. Ils restent pâles, le visage un peu bouffi ; les selles sont glaireuses, fétides, peu influencées par les modifications du régime alimentaire. La température est facilement subfébrile. Tous ces troubles restent inexpliqués jusqu'au jour où on examine les urines soit recueillies proprement, mais sans sondage, soit surtout après cathétérisme vésical qui ramène des urines souvent claires, mais dont le culot de centrifugation renferme du pus et des colibacilles abondants. Sans doute, la mode qui s'est emparée de ce microbe suggère-t-elle à la mère une vive inquiétude! Vous pouvez la rassurer puisqu'un bon régime et une thérapeutique active amèneront la guérison.



Accès fébriles intermittents dans un cas de colibacillurie.

Si l'on ne trouve rien lors d'un premier examen d'urines, il faut le répéter. Je me souviens d'avoir été appelé par mon ami le docteur Nadal auprès d'un enfant qui, après une otite, avait des accès de fièvre intermittente, tantôt élevés à 39 degrés et plus tantôt dépassant à peine 38 degrés, survenant irrégulièrement depuis plusieurs mois. J'avais demandé que l'on recherchât la pyurie et la bactériurie, et deux laboratoires de ville avaient successivement donné des réponses négatives. Non convaincu par ces résultats, je fis prélever devant moi, aseptiquement, un échantillon d'urines qui, examiné au laboratoire de ce service, se révéla riche en pus et en colibacilles. L'enfant, utilement traité, guérit rapidement.

Je pourrais vous citer de même toute une série de faits concernant des enfants pâles, à passé digestif, ayant parfois des urines un peu fétides et chez lesquels la colibacillurie a pu être prise en évidence, du jour où on l'a systématiquement cherchée.

Vous jugez, par tous ces exemples, de la riche variété des aspects cliniques de la colibacillose du nourrisson. Elle répond à toute une gamme de faits qui vont des plus discrets aux plus bruyants, mais qui sont tous liés par l'importance *unique* de l'examen systématique des urines qui seul donne la clef du diagnostic.

Comment examiner les urines ? Chez le petit garçon, il suffit, après savonnage de la verge, de la faire pénétrer dans un tube de verre ou dans un vase stérilisé et fixé en place par deux bandes de leucoplaste collées à la racine des cuisses. M. Marfan a fait construire un petit urinal particulièrement commode. Chez la petite fille, après un bon savonnage de la région vulvaire, il faut pratiquer un cathétérisme aseptique. L'on cherche le méat urinaire profond et peu visible, et l'on y introduit la petite sonde métallique de Marfan.

Aussitôt recueillies, les urines sont ensemencées sur gélose et non sur bouillon et centrifugées au laboratoire. La recherche du pus et des germes à l'examen direct, dans le culot de centrifugation, est bien préférable au simple examen entre lame et lamelle préconisé par nombre d'auteurs et notamment par Bernheim dans sa thèse. Nous ne pensons pas, comme ce dernier, que l'on puisse rencontrer occasionnellement et d'une façon fréquente, le colibacille dans l'urine si elle a été bien recueillie. Même s'il n'existe qu'en faible quantité, ce microbe peut être responsable d'une infection grave ainsi que le prouve notre observation de colibacillose à forme comateuse intermittente.

Dernier détail fort important : les urines ne seront

pas prélevées n'importe quand, mais en période fébrile, au moment de l'acmé thermique ou au décours de la fièvre. Dans les formes septicémiques, le colibacille peut ne se trouver dans l'urine que pendant quelques heures. L'observation suivante que j'ai observée avec M. Saint-Girons (1), vous permettra de bien saisir cette notion.

Observation résumée. — *Colibacillose du nourrisson à forme comateuse intermittente.* — Henriette, trente mois. Début apparent, le 20 août 1925, par des troubles digestifs avec fièvre, suivis de deux rashs scarlatiniformes. Le 10 septembre, grand accès fébrile avec albuminurie massive. Le 11 septembre, l'un de nous examine l'enfant : température normale, pas d'albuminurie, quelques leucocytes dans l'urine.

Le 17 septembre se déroulent brusquement des phénomènes dramatiques : en quelques instants, l'enfant tombe dans le coma complet, avec myosis, absence totale de réactions pupillaires, stertor, rejet de mucosités par la bouche. Une prise de sang faite à ce moment par saignée révèle le chiffre de 0.43 d'urée par litre. L'enfant sort du coma en quelques heures et reste très fatiguée. Les urines, non albumineuses, contiennent quelques leucocytes.

Seconde crise identique le 29 septembre. M. Hallé, qui voit l'enfant avec nous, porte le diagnostic d'urémie. Le 3 octobre, troisième crise de coma hyperthermique (40°6), au cours de laquelle un sondage vésical est pratiqué.

L'urine ne contient *ni albumine, ni leucocytes, mais, par la culture seulement, on obtient de riches colonies de colibacilles typiques.* Azotémie : 0 22. Nouvelles crises les 4, 5, 8 et octobre. Le 15 octobre, au cours d'un accès impressionnant de coma complet avec fièvre à 40°6 ; *l'urine ramenée par sondage contient de nombreux leucocytes et des colibacilles* dont la culture sert à préparer un autolysat prudemment injecté à l'enfant (docteur Mauté). M. Aviragnet, qui examine Henriette le 15 et le 16 octobre, soulève l'hypothèse d'un abcès du cerveau ou d'un thrombus à colibacilles, pour expliquer l'intensité des phénomènes nerveux.

Le pronostic semble désespéré au cours d'une crise nouvelle avec coma profond qui dure du 17 au 19 octobre. Le retour à la conscience normale est très lent, et il existe une *amblyopie* que le professeur Terrien attribue à une atteinte toxi-infectieuse des centres, et qui régressera complètement.

Les 26, 27, 28 octobre, l'enfant retombe dans le coma pendant quelques heures chaque jour, tandis que la fièvre monte 39°5. Des crises de torpeur se produisent les 16, 24, 26, 29 novembre, et le 2 décembre, suivies d'élévation thermique à 39 ou 40 degrés pendant deux à trois jours.

Un traitement par le bactériophage spécifique (docteur Philibert) est institué en janvier 1926. L'enfant guérit parfaitement bien, et sa guérison se maintient depuis cette époque, malgré une diphtérie intercurrente ayant nécessité de grosses doses de sérum.

Ce tableau clinique impressionnant, avec ses accès successifs de coma hyperthermique durant un à trois jours, ayant simulé l'urémie, le paludisme, la thrombose cérébrale, l'abcès du cerveau, met en valeur l'existence de troubles nerveux au cours de la colibacillose. Ces faits, d'un diagnostic difficile, ne sont pas exceptionnels. Görter, Velasco Blanco, Walter Carr ont vu des formes méningées avec signe de Kernig. Brookmann et Erlichowna citent le tremblement, la déviation conjuguée de la tête et des yeux, la monoparésie ; Lowenburg signale l'association de crises convulsives et d'accès de cyanose. Le deuxième malade de la thèse de Castellant se rapproche du nôtre par ses crises d'algidité avec pâleur livide, pauses respiratoires, pertes de connaissance durant de cinq à trente minutes.

Chez l'adulte, il existe des faits analogues et, pour ma part, j'ai observé une femme qui fit, à plusieurs reprises, des accès de coma hyperthermique suivis d'amaurose transitoire et, ultérieurement, de guérison complète. Au cours de ces accès, les urines contenaient du pus et des colibacilles.

Ces formes septicémiques de la colibacillose du nourrisson, outre leur grand intérêt clinique, ont une valeur théorique considérable, car elles élargissent le cadre de l'infection colibacillaire au cours de la première enfance. Elles lui donnent à cet âge l'importance qui lui est depuis longtemps reconnue chez la femme enceinte et chez l'adulte. Albarran, Guyon, soutenaient l'origine ascendante de l'infection urinaire et en trouvaient la preuve dans sa fréquence plus grande chez les filles dont l'urètre est plus facilement infecté par les germes de la peau.

Jaccottet, revenu récemment sur cette pathogénie, reprend la théorie de la lésion locale prédominante, cystique, uretérale ou pyélonéphritique. Dufourt soutient la même thèse.

Il y a peut-être là une part de vérité, mais j'estime qu'on doit rapporter *la presque totalité des pyuries colibacillaires du nourrisson à l'infection urinaire d'origine sanguine.* Il est bien démontré, aujourd'hui, que les garçons sont atteints aussi souvent que les filles, et surtout, la connaissance des formes fébriles intermittentes, pseudo-palustres, comateuses, hyperthermiques, avec décharges urinaires bactériopyuriques, oblige à reconnaître l'importance primordiale de la septicémie.

Tantôt, comme chez les deux enfants que je vous ai montrés, il semble exister des lésions nettes et tenaces des voies urinaires, et la pyélo-cystite explique peut-être la chronicité de la pyurie. Tantôt, comme dans les autres cas relatés, il s'agit uniquement d'une maladie générale, d'une colibacillémie, les lésions des voies urinaires étant secondaires, éphémères, contingentes. Dans tous les cas, c'est une infection générale à point de départ le plus souvent intestinal. Pas plus qu'on ne classe la fièvre typhoïde parmi les entérites, l'on ne peut faire de la colibacillose du nourrisson exclusivement une cysto-pyélo-néphrite.

Le *pronostic* général de cette maladie est plutôt favorable. Sa gravité dépend de la ténacité des troubles intestinaux et de celle des lésions des voies urinaires qui peuvent être absentes comme dans la simple colibacillurie à forme intermittente, d'importance modérée avec présence de pus dans le bassinet et la vessie, très graves et mortelles comme dans les pyélonéphrites suppurées avec abcès du rein d'origine septicémique. Mon collègue Debré a cité un cas dans lequel l'azotémie atteignait 5g60. De tels faits sont naturellement de pronostic sévère et l'existence d'une pyélonéphrite doit nécessairement amener des réserves sur l'avenir. Mais,

(1) P. Lereboullet et Fr. Saint-Girons. La forme comateuse intermittente de la colibacillose du nourrisson, *Le Nourrisson*, 927, et Castellant : *Th. de Paris*, Jouve, édit., 1927.

d'une façon générale, la constatation d'une pyurie colibacillaire ne doit pas à elle seule inquiéter outre mesure. Si la pyurie n'est pas associée à des lésions rénales prononcées, le traitement est généralement efficace et seul l'avenir est un peu assombri par les chances de rechutes ou de récidives.

Le *traitement* s'adresse d'une part à la stase et aux troubles intestinaux habituels, d'autre part à l'infection colibacillaire.

Un bon régime alimentaire est le meilleur mode de désinfection de l'intestin. Il varie suivant l'âge et les cas. Chez le nourrisson, on pourra recourir au babeurre, plus tard au kéfir. Chez l'enfant, on évitera l'excès de lait et de farines qui fermentent, d'albuminoïdes qui putréfient. L'uroformine, associée ou non au benzoate de soude, est un précieux désinfectant digestif et urinaire. Elle sera prescrite à petites doses au début, car elle risque de provoquer chez certains sujets plus sensibles, une irritation formolique de la vessie, parfois assez marquée pour faire cesser son usage.

La médication spécifique comprend : les vaccins, le sérum de Vincent, le bactériophage de d'Hérelle. Parmi les nombreux vaccins, le *vaccin colitique* de Fisch, absorbé *per os*, nous a donné de très bons résultats. L'on peut aussi choisir un auto ou un stok-vaccin injectable à doses progressives. Le *bactériophage*, entraîné, suivant la méthode de d'Hérelle, à lyser le germe en cause, sera prescrit concurremment par voie sous-cutanée, *per os*, et en cas d'urgence, *in situ*, dans la vessie, mais cette dernière méthode est assez difficilement applicable au jeune enfant. Dans les formes septicémiques ou rebelles, l'on saura recourir au sérum anticolibacillaire du professeur Vincent qui a donné de beaux succès.

Pratiquement, par la patience, le régime alimentaire, les modifications de la flore intestinale, le traitement spécifique, l'on vient à bout de l'infection colibacillaire. A condition d'être dépistée assez tôt, cette maladie autorise l'optimisme malgré son allure souvent impressionnante. Elle donne une preuve éclatante de la nécessité d'examiner à fond les nourrissons, de ne pas négliger l'étude systématique des urines et leur ensemencement dans des conditions parfaites. Il faut penser plus souvent qu'on ne le fait, en pratique pédiatrique, à la colibacillose, et essayer de discerner dans ce vaste chapitre les formes entretenues par une lésion des voies urinaires et les formes purement septicémiques. L'importance de l'infection sanguine dans tous les cas, nous fait rejeter le terme courant de pyélocystite pour adopter celui de « colibacillose », doctrinalement plus vrai. Je suis, pour ma part, convaincu qu'en examinant bien à cet égard tous les nourrissons présentant les signes dont je vous ai parlé, on se rendra compte que, si les pyélocystites sont relativement rares, la colibacillose ou colibacillurie est assez fréquente, aussi bien en France qu'à l'étranger, et permet de rattacher à leur vraie cause un certain nombre de fièvres cryptogéniques et d'états mal définis du nourrisson.

XLe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 5-10 octobre 1931 (1).

TROISIÈME QUESTION

Le traitement chirurgical immédiat des fractures ouvertes de jambe.

Résumé du rapport de MM. Roux (de Montpellier) et Sénèque (de Paris).

Il faut entendre par fractures de jambe, celles qui intéressent la diaphyse du tibia seule ou la diaphyse du tibia et celle du péroné.

Par fractures ouvertes, les rapporteurs désignent celles où le foyer de fracture communique avec l'extérieur, la peau étant sectionnée sur toute son épaisseur et les masses musculaires plus ou moins altérées, contuses ou déchirées.

Enfin, par traitement immédiat, il faut entendre celui qu'on applique avant l'apparition de toute infection.

Une importance considérable, quant au choix du traitement et quant au pronostic, doit être attribuée aux circonstances qui ont entouré l'accident.

Ou bien il s'agit d'une fracture de cause indirecte, ou bien d'une fracture de cause directe. La gravité du trauma varie dans les deux cas.

Dans les fractures indirectes, l'ouverture de la peau s'est produite de dedans en dehors. On se trouve en présence d'une fracture bi-fragmentaire oblique ou spiroïde, rappelant de tous points les fractures banales fermées. Le pronostic en est favorable.

S'agit-il, au contraire, d'une fracture directe? Les lésions sont plus graves. L'os peut être écrasé, broyé; les esquilles sont multiples. La peau est souillée de terre, de fumier, et les parties molles présentent de larges décollements. Parfois les vaisseaux et les nerfs sont le siège de délabrements importants; le pronostic est grave. Sa gravité varie avec le lieu où s'est produit l'accident, l'âge du blessé, ses tares antérieures, les premiers soins qu'il a reçus.

Conduite générale du traitement. — Aussi précocement que possible, on procédera à la désinfection du foyer de fracture.

C'est là le temps le plus important du traitement; de la façon dont il sera exécuté dépend le pronostic. Il ne faudra pas hésiter si cela paraît nécessaire, à recourir à l'anesthésie de préférence à la rachicocaïnisation.

Les bords cutanés de la plaie seront excisés, les plans sous-jacents soigneusement explorés. On évacuera les épanchements séro-hématiques. Les segments musculaires contus seront supprimés à petits coups de ciseaux de façon à ne plus avoir qu'un muscle de coloration normale et répondant au pincement. On vérifiera l'hémostase.

Il est certain que les plaies de la loge musculaire externe sont moins graves que celles de la loge postérieure. Ce sont, sans doute, les plaies du mollet intéressant le soléaire, les jumeaux et les muscles de la couche profonde qui comportent le pronostic le plus sérieux.

Les extrémités des fragments osseux, si ceux-ci n'ont pas fait issue au dehors, seront curettées et lavées au sérum. Mais dans le cas où ces fragments auraient été en contact avec l'extérieur, il conviendrait d'en réséquer les extrémités.

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 81, p. 1506, n° 83, p. 1545, et n° 84, p. 1567.

Les esquilles, parfaitement libres, seront supprimées; les esquilles adhérentes conservées.

Manière de se comporter avec l'os. — Le foyer de fracture largement exposé et la désinfection faite, on réduit à ciel ouvert.

Deux cas sont à considérer :

I. Il n'y a pas de perte de substance osseuse. — La réduction est, dans ces conditions, toujours possible; son maintien en position correcte est souvent moins aisé, en particulier dans les fractures obliques ou spiroïdes.

On se demande alors s'il faut recourir à l'ostéosynthèse soit à l'aide de fils métalliques et cerclage, soit à l'aide de plaques, soit enfin en utilisant à distance du foyer des fixateurs externes.

Les risques d'ostéite secondaire et de rupture du tissu osseux ne sont pas illusoires, et dans la plupart des cas on se bornera à une réduction simple avec, si nécessaire, une ligature circulaire au catgut facilitant l'application immédiate d'un appareil plâtré.

II. Il y a une perte plus ou moins importante de substance osseuse. — C'est ce qu'on observe d'ordinaire en chirurgie de guerre. En pratique civile, de tels dégâts sont rares. Ces fractures nécessitent des opérations répétées : désinfection, suture secondaire des téguments, traitement de la perte de substance.

Les esquilles, les fragments volumineux seront conservés. Ils peuvent évidemment se nécroser, mais il sera toujours temps de les enlever, et souvent on assistera à un véritable réveil de leur vitalité.

C'est alors que se pose la question de l'opportunité de la suture primitive.

La méthode a pour elle la rapidité de la cicatrisation, la rareté des pansements trop souvent douloureux, la simplicité de l'immobilisation qu'une attelle peut réaliser parfaitement. Mais elle expose à des phénomènes infectieux particulièrement graves. Elle ne sera tentée que si le traitement initial de la plaie et les circonstances de l'accident ne laissent subsister aucun doute sur l'évolution aseptique de la fracture.

L'immobilisation plâtrée si couramment employée peut entraîner la contamination de la plaie. Il serait désirable que nous sachions stériliser le plâtre d'une façon parfaite et les auteurs conseillent de préparer la bouillie avec la solution de formol à 5 p. 1.000 déjà préconisée par Cunéo.

Ici, plus qu'en toute autre circonstance, il faut éviter la compression du membre. Jamais on n'emploiera d'appareil circulaire, surtout si l'on croit qu'un pédicule vasculaire a pu être ésé.

Les appareils à anse sont indiqués dans les cas de larges blessures.

A défaut d'immobilisation sous le plâtre, on peut recourir à l'extension continue, la traction prenant point d'appui, soit sur les parties molles, soit sur le squelette (Lambret, Quénu, Mathieu, Kirschner).

Résultats. Indications. — De l'étude des statistiques il ressort que les résultats obtenus varient avec les méthodes employées, mais aussi avec l'âge du blessé, les circonstances de l'accident, la date du début du traitement, l'importance des lésions cutanées, vasculaires et osseuses.

Il est difficile de juger définitivement une méthode, celle-ci devant du reste se modifier avec chaque cas considéré dès l'apparition d'une complication.

Schématisant la question, les rapporteurs distinguent 5 degrés dans les fractures ouvertes de jambe.

Premier degré. — Il s'agit de cas favorables. La plaie cutanée est souvent minime, parfois punctiforme. Ce sont des fractures indirectes qui ne comportent pas d'hématome important ni de lésions osseuses étendues.

Le traitement sera réduit au minimum. Après excision des bords de la plaie qu'on pourra souvent suturer, on immobilisera par le plâtre ou par extension.

Deuxième degré. — C'est peut-être le cas le plus fréquemment observé. Il s'agit encore d'une fracture de cause indirecte, exception faite des fractures par coup de pied de cheval.

La plaie cutanée est nette, non déchiquetée. On pourra souvent en rapprocher les bords. Les parties molles sont peu lésées. La fracture n'est pas comminutive; elle siège au niveau de la loge externe ou au niveau de la loge antérieure.

On réduira à ciel ouvert. Deux catguts circulaires maintiendront cette réduction. Les parties molles suturées, un léger drainage aux crins sera établi. On appliquera une gouttière plâtrée.

Exceptionnellement on pourra être amené à pratiquer une ostéo-synthèse ou à utiliser les fixateurs externes.

Troisième degré. — Ici les dégâts sont plus importants. La fracture intéresse le tiers supérieur de la jambe. Elle est comminutive, parfois étagée. Les muscles sont contus, la loge postérieure est déchirée. La peau est trop altérée pour qu'un seul instant on pense à réaliser une réparation par synthèse.

C'est le cas d'utiliser l'excellent appareil immobilisateur de Lambret-Quénu-Mathieu.

La brèche tégumentaire largement maintenue béante sera pansée soigneusement, régulièrement.

On pourrait également pratiquer l'extension continue à la broche ou recourir aux fixateurs externes.

Quatrième degré. — Toute synthèse est impossible en raison de l'étendue des lésions du squelette, des parties molles et des vaisseaux.

La plaie est souillée, le malade voué à l'infection.

On s'efforcera de coapter les segments osseux par un circulaire métallique à l'aide d'un simple fil de fer recuit.

Ces fractures bénéficieront souvent de l'extension continue.

Cinquième degré. — Les dégâts sont tellement accusés que le mot de fracture est impropre à caractériser la lésion. Il s'agit plutôt d'un broiement, d'un écrasement.

Le traitement conservateur serait illusoire et dangereux. Il faut savoir se résoudre à l'amputation d'emblée.

Évolution des lésions. — *A.* Complications précoces. — *Le tétanos* est devenu rare depuis que l'emploi du sérum à doses massives et répétées est entré dans la pratique.

La gangrène gazeuse est toujours à redouter dans les cas graves. On la préviendra dans une certaine mesure en débridant largement et en luttant contre l'érysipèle bronzé par les antiseptiques « ad hoc ».

Bien souvent, quand l'état général sera manifestement mauvais et l'infection à tendance extensive, on devra recourir à l'amputation « en saucisson ».

Les infections streptococciques seront combattues par le débridement, l'irrigation continue au Dakin, la vaccinothérapie.

L'ostéomyélite grave précoce imposera l'ablation du matériel de synthèse, la trépanation osseuse, voire l'amputation.

L'arthrite suppurée tibio-tarsienne signalée parfois au cours de l'évolution des fractures spiroïdes infectées entraînera l'astragalectomie.

B. Complications tardives. — *Les ostéites prolongées* imposeront l'ablation précoce du matériel de synthèse et la suppression de l'os malade. Dans les cas légers cette résection sera limitée, mais en cas de récidive il faudra recourir à des interventions très étendues allant parfois jusqu'à la suppression de toute une diaphyse.

Les cals vicieux seront traités par les ostéotomies.

Les pseudarthroses avec perte de substance nécessiteront des greffes d'Albee ou de Delagenière. Parfois on les verra se développer au contact même de ces greffes.

Le traitement médical n'est pas à négliger. On a préconisé le sucre à hautes doses, l'adrénaline, les extraits thyroïdiens, les sels de chaux, l'acide osmique, l'huile de foie de morue, le sérum des fracturés, l'ergostérine irradiée, les rayons ultra-violets, le traitement syphilitique quand il est indiqué.

En cas d'insuccès, la sympathectomie péri-artérielle et les greffes ostéopériostiques pourront être de quelque utilité.

Discussion.

M. Alivisatos (d'Athènes) donne ses conclusions découlant du traitement d'une trentaine de fractures ouvertes de jambe.

Il n'y a pas de traitement convenant à tous les cas, chaque blessé offrant des particularités anatomo-pathologiques ou cliniques susceptibles de modifier toute technique choisie.

Pourtant l'ostéosynthèse immédiate paraît devoir être une méthode d'exception. Deux sujets seulement ont été traités par cette méthode; les 28 autres ont subi une réduction sanglante, puis une immobilisation dans une gouttière plâtrée, ou bien ont été traités par l'extension continue à la Tillaux.

Dans cinq cas, l'amputation immédiate s'est imposée.

Presque tous ces blessés ont été soignés précocement. C'est là un facteur important de succès. Il faut réduire au minimum le choc opératoire et procéder à un nettoyage minutieux du foyer de fracture ; si l'anesthésie est nécessaire, on doit recourir de préférence à la rachicocoïnisation.

Les deux blessés traités par ostéosynthèse ont présenté entre le troisième et le cinquième jour une hémorragie importante qui nécessita une réintervention. L'un d'eux a suppuré.

La rareté de l'indication de l'ostéosynthèse est confirmée par les recherches bactériologiques auxquelles s'est livré l'auteur. Il a presque toujours trouvé au niveau du foyer de fracture une flore microbienne riche en staphylocoques et streptocoques.

Dix-neuf fracturés ont été réduits à ciel ouvert. Sur la plaie largement ouverte, l'auteur applique un pansement qu'il imbibe parfois de sérum antigangréneux. Une gouttière plâtrée assure la consolidation. Une large fenêtre permet de surveiller l'évolution de la plaie. Le plâtre est supprimé après cicatrisation et consolidation, c'est-à-dire dans un délai variant de quarante à soixante-cinq jours. Chez les sujets corpulents, on place alors pendant vingt-cinq jours un appareil de marche de Delbet.

M. Hansen (de Copenhague) insiste sur l'importance de la désinfection du foyer de fracture.

L'ostéosynthèse immédiate lui a donné d'excellents résultats dans 39 cas sur 40.

Il n'a jamais vu la guérison se faire en sept ou huit semaines comme l'a observé Boehler ; il faut toujours beaucoup plus longtemps.

M. Lambotte (d'Anvers) est un partisan convaincu de l'ostéosynthèse d'emblée. Dans les fractures transversales, il utilise le fixateur externe; dans les fractures obliques, il fait un cerclage au fil de fer.

Il draine toujours avec un drain « debout » allant du foyer de fracture à la face postérieure de la jambe.

L'auteur condamne l'irrigation à la Carrel. Il ne croit ni au vaccin, ni au sérum, pas même au sérum antitétanique, et relate un cas de tétanos après injection préventive.

239 cas lui ont donné 60 p. 100 de résultats parfaits. 70 p. 100 d'invalidité légère.

M. Boever (de Namur) présente un fixateur externe perfectionné d'application facile.

M. Rouhier (de Paris) expose la statistique de Dujarrier. L'ostéosynthèse a toujours été faite dans les premières heures qui ont suivi l'accident. Les résultats sont excellents. Sur 90 cas, on ne relève que 2 décès, 2 amputations secondaires et une pseudarthrose.

M. Imbert (de Marseille) pense que la réduction sanglante est la méthode de choix. Sa statistique porte sur 106 cas. Il distingue les fractures traitées comme fractures fermées 29 — celles traitées par réduction sanglante : 54 — les ostéosynthèses : 23.

Il a eu 2 morts et 9 amputations secondaires.

La première série de blessés a donné une moyenne de 36 p. 100 d'invalidité et neuf mois de consolidation. La deuxième 30 p. 100 et huit mois. La troisième 50 p. 100 et quatorze mois.

M. Billet (de Lille) rappelle qu'en 1910, Lapasset conseilla, dans les fractures du tibia par coup de pied de cheval, l'excision de la plaie, le nettoyage des tissus contus, la suture de la peau. On doit donc le considérer comme un des précurseurs de la suture primitive.

L'auteur insiste sur les indications respectives de l'ostéosynthèse et du traitement à ciel ouvert sans ostéosynthèse.

MM. Charbonnel et Massé (de Bordeaux), considérant 396 cas de fractures ouvertes de la jambe, comparent les résultats donnés par la mise à plat, par la suture primitive et l'ostéosynthèse primitive avec ou sans suture des parties molles.

Ce qui est grave, c'est la suture des parties molles et non l'ostéosynthèse, surtout quand celle-ci est pratiquée avec certaines techniques : cerclage ou fixation externe de préférence aux plaques.

La méthode « prudente » reste la mise à plat sans suture des téguments. Toutefois, il faut reconnaître que les résultats ne s'en montrent pas supérieurs à ceux des autres méthodes. En particulier, les ostéites sont aussi fréquentes qu'avec l'ostéosynthèse.

Daus cette chirurgie des fractures, le pronostic dépend de la valeur du nettoyage de la plaie. Si l'on n'a pu intervenir dans les six à huit premières heures avec une bonne asepsie, mieux vaut laisser les parties molles largement ouvertes.

M. Petit de la Villéon (de Paris) critique « l'épluchage » et lui préfère la « toilette chirurgicale », plus raisonnable plus mesurée.

L'ostéosynthèse ne peut être qu'une méthode d'exception. Il préconise l'usage des antiseptiques légers, notamment du savonnage abondant, quotidien, du foyer de fracture.

Une bonne pratique lui paraît être celle de l'appareillage en deux temps : une attelle d'abord, permettant le pansement fréquent du début, puis un appareil plâtré fenêtré.

Il fait l'éloge du « Scultet », toujours facile à improviser.

M. Masini (de Marseille) expose une statistique de 53 cas. 8 fractures ouvertes traitées par la conservation à outrance ont donné 7 guérisons et 1 mort par septicémie. 10 autres ont dû être amputées entre la vingtième et la cinquantième heure avec 6 guérisons et 4 morts.

Il convient d'amputer seulement quand le choc traumatique est complètement « remonté », en moyenne au bout de deux jours.

16 cas traités pendant la guerre par la méthode de Carrel ont donné 13 bons résultats, 3 amputations de cuisse avec 2 décès par gangrène gazeuse. 9 cas traités par la suture primitive ont donné 7 succès, 2 avaient subi un cerclage par lames de Parham ; 2 fois on a dû faire sauter les sutures à cause des phénomènes infectieux. Les plaies se sont comblées par bourgeonnements et la fracture s'est consolidée normalement.

Depuis la guerre, l'auteur a traité 10 autres cas, dont 4 par suture primitive avec succès. Les 6 autres ont nécessité une amputation d'emblée et ont donné 2 morts ; il s'agissait d'écrasements plutôt que de fractures.

M. A. Chalier (de Lyon) est partisan d'une intervention sanglante dans la très grande majorité des cas. Il préconise l'opération maxima d'emblée : nettoyage sous rachi-anesthésie des parties molles et du foyer de fracture, extraction des esquilles complètement mobiles, coaptation des fragments par ostéosynthèse.

Ses préférences sont à l'ostéosynthèse externe qu'il réalise au moyen de son appareil « le crampon extensible ». Cet appareil s'enfonce par deux vis à mèche perforatrice dans le tibia, au-dessus et au-dessous de la fracture; il est extérieur à elle et permet de faire aisément les pansements.

S'il existe un déplacement très marqué, on ajoute une ou deux ligatures métalliques sortant par la plaie et suspendant en quelque sorte les fragments au pont métallique que constitue le « crampon ». On renforce par une gouttière plâtrée postérieure.

Après consolidation on retire le « crampon »; un peu plus tard la ligature métallique, en dernier lieu, la gouttière plâtrée.

M. Tavernier (de Lyon). D'une statistique de 37 cas l'auteur tire les conclusions que voici : les plaies punctiformes ne méritent pas leur réputation de bénignité, car sur 14 cas traités à la façon d'une fracture fermée, on a observé 7 évolutions aseptiques, 4 suppurations prolongées et 3 amputations.

La suture primitive après débridement et nettoyage offre aux germes subsistants un milieu de culture trop favorable; l'assèchement du foyer par tamponnement à la gaze augmente les chances de succès.

La suture secondaire précoce si l'évolution est favorable a tous les avantages de la suture primitive sans en avoir les risques. Les cas ainsi traités ont donné 11 évolutions aseptiques sur 14 malades.

L'ostéosynthèse primitive aboutit trop souvent à des fistules (5 fois sur 5 cas), secondaire, elle est bonne (2 succès, 1 fistule), mais elle n'est pas nécessaire d'ordinaire.

Le maintien de la réduction par plâtre dans les fractures transversales ou par ligature au fil métallique enlevé après trois semaines suffit généralement à obtenir un résultat correct (sur 6 ligatures, 5 bons résultats, 1 fistule).

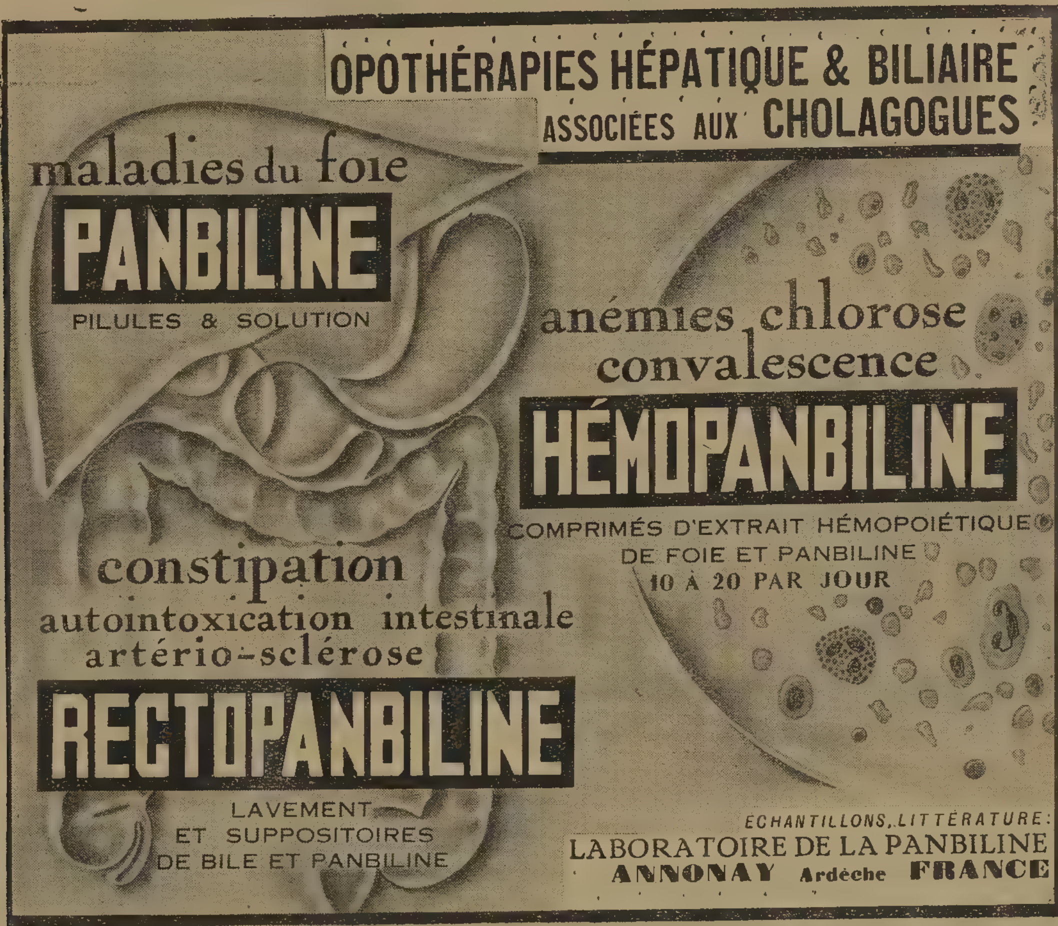
M. Leclerc (de Dijon) préfère les procédés non sanglants à l'ostéosynthèse.

L'extension continue à la Kirschner permet la réduction dans la plupart des cas. Quand celle-ci ne pourra être obtenue par cette méthode on aura recours à l'ostéosynthèse; elle sera de préférence secondaire.

M. Masmonteil (de Paris). La suture primitive et l'ostéosynthèse primitive sont deux opérations qui tendent à s'exclure. Leur association est dangereuse en cas de fracture ouverte.

Si suture primitive, ostéosynthèse secondaire. Sans suture primitive, ostéosynthèse primitive.

M. Descarpentries (de Roubaix) insiste sur la nécessité de bien aseptiser le canal médullaire. Entre les fragments


OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
maladies du foie
PANBILINE
PILULES & SOLUTION
anémies chlorose
convalescence
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS D'EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE
DE FOIE ET PANBILINE
10 À 20 PAR JOUR
constipation
autointoxication intestinale
artério-sclérose
RECTOPANBILINE
LAVEMENT
ET SUPPOSITOIRES
DE BILE ET PANBILINE
ÉCHANTILLONS, LITTÉRATURE:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY Ardèche FRANCE


MÉDICATION
Radioactive et Bactéricide
DES AFFECTIONS
URÉTRALES ET UTÉRINES
AIGUES ET CHRONIQUES
BLENNORRAGIES
et ses complications
MÉTRITES
diverses
Salpingites et Annexites
Toutes formes de
PROSTATITES
le microbe
Suppositoire Rectagine
LES AGENTS
Ovule
Crayon Leucagine
Bougie Réthragine
Capsules Réthraginol
le résultat
LABORATOIRES L.-G. TORAUDE
Docteur de la Faculté de Pharmacie de Paris — Lauréat de l'Institut et de l'Académie de Médecine
22, Rue de la Sorbonne - PARIS (Ve)

osseux il place une lame de caoutchouc ou de gaze qu'il laisse en place quatre ou cinq jours afin d'éviter que le canal médullaire ne se transforme en cavité close et ne donne ainsi naissance à des phénomènes infectieux fort graves parfois.

Il n'est plus partisan de l'ostéosynthèse d'emblée ni de la suture primitive.

M. Judet (de Paris). La réduction des fractures ouvertes est en général facile. Leur coaptation l'est beaucoup moins. L'ostéosynthèse est cependant dangereuse. Mieux vaut recourir à la simple suture au fil d'argent, au tendon de renne ou au catgut à résorption lente. Il immobilise toujours sous le plâtre, et systématiquement pratique la sérothérapie antigangréneuse.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) est partisan de l'ostéosynthèse quand le blessé peut être traité assez près de l'accident.

Les manœuvres doivent être douces et prudentes sous peine de diffuser l'infection.

DARIAU.

(A suivre.)

ERRATUM. — Chirurgie de l'ulcère jéjunal. — M. Victor Pauchet nous adresse la rectification suivante (1) :

La gastrectomie pour ulcus n'est pas plus grave que la gastro-entérostomie dans les cas égaux, mais elle exige une plus grande expérience ; *l'opération ne vaut que par l'opérateur.*

Les gastrectomies pour ulcère droit donnent 2 pour 100 de morts (sauf chez les tarés et les obèses où il faut la déconseiller).

Les gastrectomies pour ulcère gauche du tiers pylorique ou de la partie moyenne, donnent 3 pour 100 de mortalité.

Pour l'ulcère gauche du tiers supérieur et pour ulcus jéjunal simple, elles donnent 10 p. 100 de mortalité.

Pour l'ulcus jéjunal compliqué de fistule colique, la mortalité atteint 38 p. 100.

LIVRES NOUVEAUX

Conférences de clinique chirurgicale pratique (2), par J.-P. Tourneux, chirurgien des hôpitaux de Toulouse (première série).

L'accueil tout à fait flatteur fait aux Conférences de clinique médicale pratique de Louis Ramond, a incité MM. Vigot à tenter de faire pour la chirurgie ce qui a si bien été réalisé pour la médecine, en réunissant en volumes un certain nombre de questions ayant trait aux diverses parties de la Pathologie chirurgicale.

Le but de ces Conférences, négligeant de parti pris toute érudition et destinées à rester essentiellement pratiques, es de fournir au lecteur la mise au point d'un sujet choisi parmi ceux qu'il peut avoir l'occasion d'observer dans sa pratique quotidienne et qu'il lui importe de connaître.

Partant de l'observation d'un malade, chaque leçon est conduite de manière à présenter successivement l'étude détaillée de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement; l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique ne sont pas assurément passées sous silence, mais elles ne sont envisagées que dans leurs points principaux, indispensables à la compréhension du sujet et à la connaissance aussi complète que possible de l'affection.

Toutes ces Conférences ont été faites en vue de l'enseignement. Un certain nombre d'entre elles ont paru, sous une forme quelque peu abrégée il est vrai, dans les colonnes du *Concours médical*; le succès qu'elles ont obtenu permet d'espérer que, réunies en volume, elles seront de nouveau accueillies favorablement par le public médical.

Ce premier volume contient les quinze Conférences suivantes :

1. Le drame abdominal. — II. Les fractures du rocher. — III. Fractures de l'olécrane. — IV. Les sténoses du pylore. — V. Les tumeurs des gaines tendineuses. — VI. Les péri-urétrites. — VII. La tuberculose de la langue. — VIII. Diagnostic et traitement des hémorragies génitales de la femme. — IX. L'ostéomyélite costale. — X. Les tumeurs paranéphritiques. — XI. Luxation du maxillaire inférieur. — XII. Complications des kystes de l'ovaire. — XIII. Luxation congénitale de la rotule. — XIV. Pronation douloureuse des enfants. — XV. Le chorio-épithéliome utérin.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC DES ORCHITES AIGUES

Syndrome clinique dans lequel il faut faire entrer, non seulement les *inflammations aiguës* du testicule et de l'épididyme, mais aussi les *torsions testiculaires* dont le diagnostic n'est qu'opératoire.

1° DIAGNOSTIC POSITIF

A. **Examen du scrotum.** — **Inspection.** — Le scrotum est rouge, œdématié, déformé par le testicule augmenté de volume.

Palpation. — Palpation de la vaginale, dont le pincement est souvent impossible (léger épanchement).

— Palpation de l'épididyme, du testicule, du cordon qui sont douloureux, augmentés de volume, avec presque toujours *prédominance épididymaire des lésions.*

B. En outre : **Examen du carrefour génito-urinaire.**

Au toucher rectal, apprécier l'état des vésicules séminales, de la prostate, de l'ampoule du déférent.

Examen de l'urètre. — Recherche d'un écoulement urétral, qui peut donner d'importants renseignements étiologiques.

2° DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A. **Le testicule est en place normale.** — On peut confondre avec :

1. **Lésions des téguments.** — Phlegmon, érysipèle des bourses.

Le diagnostic est facile.

2. **Lésions du cordon.** — Déférentite, thrombo-phlébite du cordon.

— Kyste suppuré du cordon.

Mais les lésions siègent au-dessus d'un testicule normal.

3. Plus rarement certaines **lésions testiculaires** :

— Tumeurs à allure aiguë.

B. **Le testicule est en ectopie.** — Ectopie inguinale : erreurs classiques avec hernie étranglée, adénite inguinale.

Ectopie plus haute : diagnostic très difficile (réaction péritonéale).

---

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 17 oct. 1931, n° 83, p. 1549.

(2) In-8 raisin, 440 pages, 61 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Vigot frères.

3° DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

On est bien en présence d'une lésion aiguë orchi-épididymaire. Quelle est sa nature?

A. **Cas faciles.** — Le malade est déjà soigné pour :

1. **Une maladie infectieuse.** — Type : **Orchite ourlienne.**

Elle réalise l'orchite par voie sanguine. Métastase de la parotidite qui est à son déclin.

Symptômes. — DÉBUT. — Le plus souvent chez un adolescent, au déclin des oreillons :

Signes fonctionnels. — Douleur intense du testicule et du cordon.

Signes généraux. — Rapidement développés :

— Frissons répétés;

— Fièvre à 40 degrés;

— Souvent agitation, subdélire (forme ataxo-adynamique parfois).

Signes physiques. — Scrotum infiltré, œdématié;

— Leger épanchement dans la vaginale;

— Epididyme peu douloureux, mais par contre *testicule* très gros, induré, douloureux;

— Cordon, vésicules, prostate, normaux.

C'est donc une *orchite* vraie.

Evolution. — Résolution en quatre à cinq jours; la suppuration est rarissime.

Mais savoir qu'elle détermine une *atrophie testiculaire*, d'où azoospermie si l'orchite est bilatérale.

D'autres maladies peuvent être en cause :

— **Rhumatisme articulaire aigu.** — Donne surtout une vaginalite aiguë bilatérale cédant au salicylate.

— **Goutte, paludisme.**

— **Syphilis secondaire.** — Donne une épididymite indolente frappant la tête de l'épididyme.

— **Pneumonie, typhoïde, scarlatine, variole,** qui peuvent se terminer par la suppuration.

— **Filariose.** — Aboutissant à l'éléphantiasis du scrotum.

2. **Une affection urinaire.** — Il s'agit d'**infectés urinaires**, prostatiques ou rétrécis, qui accusent :

Symptômes. — DÉBUT par douleur sur le trajet du cordon. Puis se localisant au scrotum.

A l'examen :

— Epididyme augmenté de volume, souvent un seul gros noyau douloureux et dur.

— Présence d'un épanchement vaginal léger.

Cette épididymite va évoluer *vers la suppuration* : le noyau se ramollit, il apparaît une vaginalite suppurée.

Evolution bénigne, souvent bilatéralisation; en tout cas ténacité et récidives.

3. **Un traumatisme.** — *Orchite traumatique.* — Groupe d'attente; peut-être une manifestation de tuberculose ou de gonococcie latentes.

4. **Une urétrite gonococcique.** — C'est la plus fréquente des orchites aiguës; type de l'*orchite par voie canaliculaire*, elle frappe surtout l'**épididyme.**

Le diagnostic est souvent très simple :

— *La blennorrhée est connue* : écoulement urétral connu ou accusé d'emblée par le malade, déjà ancien (troisième ou quatrième semaine).

Début. — Les phénomènes sont apparus après traumatisme ou soins mal donnés. L'écoulement s'est brusquement tari.

Signes fonctionnels. — Douleur souvent intense avec irradiations lombaires et crurales.

— Parfois hémospermie.

Signes généraux. — Légers, 38 degrés, fatigue générale.

Localement :

— *Epididyme* très gros, en cimier de casque, avec surtout un gros noyau de la queue, très douloureux au palper. Testicule à peine sensible.

— *Vaginale* impossible à pincer (présence de liquide).

— *Urètre* : rechercher la goutte purulente où l'on mettra en évidence des gonocoques.

— *Au toucher rectal* : prostate, vésicules un peu douloureux.

Evolution. — Evolution vers la résolution avec noyau cicatriciel et oblitération des voies d'excrétion.

Complications rares : suppuration, péritonite.

Plus fréquentes : bilatéralisation, récidives, greffe de tuberculose.

B. **Cas difficiles.** — Mais les symptômes ne sont pas toujours aussi nets et il faut savoir qu'il existe :

a. *Des formes anormales d'***orchite blennorragique.**

— *Formes subaiguës* uniquement douloureuses, à symptomatologie pseudo névralgique, ou au contraire indolentes.

— *Formes tardives* où il n'y a plus d'écoulement.

— Formes survenant *sans écoulement connu*, et où seuls le massage de la prostate, la spermoculture montreraient le gonocoque.

b. *Des formes aiguës d'***orchi-épididymite tuberculeuse** pouvant simuler une orchite gonococcique typique, mais elle va souvent évoluer vers la caséification (forme galopante de Duplay).

Parfois, au contraire, évolution subaiguë après début rapide. Mais de toute façon :

— Rechercher les *lésions prostato-vésiculaires* classiques au toucher rectal;

— Savoir qu'un *écoulement urétral* est fréquent dans la tuberculose (il est alors *amicrobien*).

C. **Chez l'enfant** et l'adolescent, on pensera surtout à :

— Une **épididymite gonococcique**, qui n'est pas exceptionnelle (Broca);

— Une **orchite tuberculeuse aigue**, soit forme galopante, soit forme orchitique pure, enfin forme avec épanchement vaginal aigu; en général assez typiques;

— Mais surtout aux **syndromes de torsion du testicule** qui sont des diagnostics d'**urgence.**

a. Soit **torsion d'une hydatide** (sessile ou péduculée) avec signes fonctionnels d'une orchite, mais pas de signes généraux.

Localement douleur intense, gênant l'examen qui pourrait montrer une petite tumeur douloureuse appendue à l'épididyme.

b. Soit **torsion du testicule ou du cordon** :

Signes fonctionnels. — Douleurs, nausées, angoisse.

Signes généraux. — Pâleur, agitation.

Signes physiques. — Gonflement intense et rapide, sans rougeur. Douleur très vive au moindre contact. Vaginale contient un peu de liquide.

Dans les deux cas nécessité d'une *intervention précoce*; d'où exploration presque systématique de toutes les orchites primitives de l'enfance.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Oto-rhino-laryngologie, par M. Paul TRUFFERT.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société médicale des hôpitaux.
Société de biologie.
REVUE DES THÈSES
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1930-1931.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 26 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la crise aiguë d'appendicite. — Symptômes et diagnostic des chancres syphilitiques. »

MM. Damon, 23 ; Debidour, 21 ; Arnous, 15; Jouffroy, 17; Groubée, 22 1/2; Boursat, 21; Varangot, 19; Vial, 22 1/2; Rodier, 16; Abaza, 17.

Séance du 27 octobre. — Questions données : « Fractures du col du fémur. — Diagnostic des hépatomégalies. »

M. Sauvain, 21 1/2; Mlle Lyon, 24; MM. Legry, 18 1/2; Ichard, 16; Yaich, 19; Ullmann, 16; Coldefy, 19; Dubot, 23; Amante, 17.

— Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes le 5 janvier 1932 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à l'Institution Sainte-Périne et à la Fondation Chardon-Lagache; 3° à l'Asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées); 4° au Sanatorium de la Ville de Paris, à Champrosay (Seine-et-Oise), sera ouvert le jeudi 10 décembre 1931, à 9 h., dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du lundi 16 jusqu'au mercredi 25 novembre 1931 inclusivement, de 14 à 17 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — En raison de la séance de rentrée de l'Université, les cours, travaux pratiques et examens de la Faculté vaqueront le samedi 7 novembre, à partir de midi. — La bibliothèque sera fermée.

MARINE MILITAIRE. — Ont été nommés, après concours, aux fonctions ci-après :

A. CHARGÉS DE COURS. — Pour une période de quatre ans comptant du 1er novembre 1931 :

I. *Séméiologie et petite chirurgie à l'Ecole annexe de Brest.* — M. Simon, médecin de 1re classe, en service à l'Ecole navale.

II. *Anatomie descriptive à l'Ecole annexe de Rochefort.* — M. Fougerat, médecin de 1re classe, en service à Rochefort.

III. *Physique.* — MM. Huitrie, pharmacien chimiste de 1re classe, en service à Paris, pour l'Ecole annexe de Brest; Audebert, pharmacien chimiste de 1re classe, en service à Cherbourg, pour l'Ecole annexe de Rochefort.

B. PROSECTEURS. — Pour une période de deux ans comptant du 1er novembre 1931 :

MM. Badelon, médecin de 1re classe, pour l'Ecole annexe de Toulon; Siméon, médecin de 1re classe, pour l'Ecole annexe de Rochefort.

JUBILÉ DU PROFESSEUR DELBET. — Les élèves du professeur Delbet ouvrent une souscription pour l'édition d'un livre jubilaire qu'ils désirent lui offrir, au moment où il va abandonner ses fonctions de professeur à la Faculté et de chirurgien des hôpitaux.

Dans son ensemble, l'ouvrage formera une synthèse de ce que le professeur Delbet a apporté d'original dans sa longue carrière, riche en travaux et en enseignement.

Le comité est composé de MM. Basset, Boppe, Bréchot, Brocq, J.-C. Bloch, Cadenat, Capette, Carajannopoulos, Caraven, Cartier, Chevassu, Couvelaire, Douay, Robert Dupont, Fiessinger, Gougerot, Herrenschmidt, Marc Iselin, Lamare, Lascombes, Legrand, Leveuf, Mabille, Madier, G. Meillière, J. Meillière, Ménégaux, Mock, Mocquot, Raoul Monod, Mouchet, Oberlin, Oberthur, Palios, Schwartz, Trèves, Veau, élèves du professeur Delbet.

Les souscriptions sont reçues chez M. Georges Masson,

120, boulevard Saint-Germain (Paris). Compte chèques postaux : n° 599.

Toutes les souscriptions d'un minimum de 100 francs donneront droit à recevoir un exemplaire du livre jubilaire.

LE GROUPE LYONNAIS D'ÉTUDES MÉDICALES, PHILOSOPHIQUES ET BIOLOGIQUES (ancienne Section médicale et biologique du secrétariat social) réunit tous ceux, médecins ou non, qu'intéressent les multiples problèmes psychologiques, moraux, sociaux, religieux que posent la médecine et la biologie, ou dont la solution est éclairée par ces sciences.

Il se donne pour tâche d'étudier chaque année un grand problème, sur lequel il fait converger les lumières de la biologie, de la médecine, de la psychologie, de la morale, de la métaphysique.

Les sessions 1931-1932 et 1932-1933 seront consacrées à « Forme, Vie et Pensée ».

Secrétariat, 16, rue du Plat, à Lyon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN. — VIIIe VOYAGE MÉDICAL INTERNATIONAL DE NOËL SUR LA CÔTE D'AZUR, avec excursions dans les Alpes et en Italie, sous la présidence de M. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et la Direction scientifique de M. le professeur Laignel-Lavastine de la Faculté de Paris (Histoire et Pathologie générales), avec le concours de M. le professeur Duhot de la Faculté de Lille (Climatologie et Hydrologie).

Première partie (du 26 décembre 1931 au 4 janvier 1932) : Marseille, Aix, Toulon, Hyères, Saint-Raphaël, Agay, Cannes, Le Cannet, Grasse, Antibes, Juan-les-Pins, Nice, Les Alpes.

Deuxième partie (du 1er au 9 janvier) : Nice, Les Alpes, Roquebrune, Cap Martin, Bordighera, San Remo, Ospedaletti, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, Nice.

Programme et conditions. — Société médicale du Littoral Méditerranéen, 24, rue Verdi à Nice.

Nous rappelons que la Société médicale du Littoral Méditerranéen et la Fédération médicale des Pyrénées présentent annuellement quatre Voyages médicaux internationaux, sous le Patronage des Facultés de Bordeaux, Lyon, Marseille et Montpellier.

Voyage de Noël en Provence et sur la Côte d'Azur. — Ce Voyage Bleu est divisé en deux parties : la première, du 26 décembre au 4 janvier (Marseille-Nice) et la deuxième, du 1er au 8 janvier (Nice-San-Remo).

Voyage de Pâques. — Ce Voyage Rose sur la Côte d'Azur a lieu pendant la Semaine Sainte, entre Saint-Raphaël et Menton. Il est suivi d'excursions en Corse et en Italie, pendant la Semaine de Pâques.

Voyage dans les Alpes. — Ce Voyage Violet a lieu au commencement de juillet, dans le Dauphiné et la Savoie, entre Grenoble et Evian. Il est suivi d'une excursion en Suisse.

Voyages dans les Pyrénées. — Il existe deux Programmes de Voyages dans les Pyrénées :

Le Voyage Vert Cévennes-Pyrénées, qui parcourt le Languedoc, les Cévennes et les Pyrénées, des Gorges du Tarn à Luchon.

Le Voyage Orange Pyrénées-Océan, qui commence par les stations préhistoriques du Périgord et parcourt ensuite les Pyrénées, de Lourdes à Biarritz et Saint-Sébastien.

Chacun de ces Voyages Pyrénéens a lieu, alternativement, durant le mois de septembre.

S'adresser, pour les Programmes et les Conditions, à la Société médicale du Littoral Méditerranéen, 24, rue Verdi à Nice (de novembre à mai), ou à la Fédération médicale des Pyrénées (Direction des Voyages) à La Malou-les-Bains, Hérault (de juin à octobre).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Edmond Benech (de Montpellier), Bourdon, ancien médecin colonel des troupes coloniales ; Champ (d'Aubervilliers), Georges Durieux (de Ribérac), Labbé (de Saint-Servan), Maestraggi (de Rognac), Montignac (d'Allanche), Pierre Reymond (de Marseille-Saint-Barthélémy), Eugène Salmon et Villy (de Paris), Camille Boufflers (de Crèvecœur-le-Grand), Pierre Fayollat, médecin commandant en retraite ; Antoine Dionisi (de Rome), Arcile Zamora, professeur de thérapeutique et médecin de l'hôpital Santa-Barbara (Bolivie), André Plaisant (de Nevers), Paul Roustan, décédé à Creil ; le professeur Constantin von Economo (de Vienne), l'éminent neurologiste à qui on est redevable des premières observations d'encéphalite épidémique léthargique.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE (hôpital de Vaugirard). — *Cours de radiologie clinique du tube digestif* (œsophage, estomac, duodénum, intestin grêle, côlon, rectum, voies biliaires). — Professeur : M. Pierre DUVAL ; MM. les docteurs Jean Gatellier, agrégé ; J.-Ch. Roux, Henri Béclère, François Moutier, Alban Girault, Pierre Porcher.

Le cours a lieu chaque année depuis le deuxième lundi d'octobre.

En 1931, le cours a commencé le lundi 12 octobre et comprendra vingt et une leçons qui auront lien : le matin à 9 h. 1/2, le soir à 17 h. 1/2.

— CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. (Asile clinique.) — M. le professeur Henri Claude commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la Clinique le mercredi 18 novembre 1931, à 10 h., et continuera son enseignement les mercredis suivants, à la même heure.

Le samedi, à 10 h. : Leçon policlinique avec présentation de malades.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Vendredi 6 novembre. — Jury : MM. Balthazard, président ; Grégoire, Duvoir et Quénu. — M. JUNGINE. Contribution à l'étude de la loi des assurances sociales (L'assurance-maladie, l'assurance-maternité. Leur fonctionnement. Les premiers résultats). — M. HENRY-BORDIER. Contribution à l'étude du retentissement urétéral possible de certaines interventions, principalement gynécologiques (les blessures de l'uretère exceptées).

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par M. Paul TRUFFERT,

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DE L'HÔPITAL BON-SECOURS
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

I. BOUCHE. PHARYNX. ŒSOPHAGE.

Les foyers amygdaliens, sources d'infections secondaires. (G. Worms et J.-L. Le Mee. Rapport au *XLIII*e *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, Paris, 15 octobre 1930.) — Les amygdales, quelle que soit leur forme, ou leur volume, sont fréquemment le siège d'infections qui peuvent se manifester par des localisations à distance.

Ce sont des septicémies aiguës post-opératoires ou spontanées avec leurs localisations métastatiques diverses dans les séreuses ou dans les ganglions.

Mais à côté de ces manifestations bruyantes, d'autres ont une allure plus torpide dans lesquelles le foyer amygdalien causal « focal infection » doit être mis en évidence : rhumatisme articulaire aigu ou déformant, les abcès du poumon auxquels les auteurs semblent assigner une origine parfois embolique, les troubles dyspeptiques, l'appendicite, les ulcères gastro-duodénaux, des néphrites aiguës ou chroniques, certains goitres (?), peut-être des troubles nerveux; sans compter l'action favorisante de l'infection amygdalienne comme porte d'entrée de la tuberculose et de la syphilis.

Loin d'être systématiques dans l'origine amygdalienne de ces diverses infections, les auteurs préconisent l'établissement d'un test amygdalien.

Le massage, suivi d'un examen bactériologique positif; la présence de caséum.

Le massage de l'amygdale normale est suivi d'une leucopénie transitoire, le massage de l'amygdale pathologique donne une hyperleucocytose polynucléaire (Viggo-Schmidt).

A ce sujet, les auteurs ont fait un vaste référendum; les nombreuses réponses qu'ils ont reçues leur font honneur. On ne peut d'ailleurs qu'approuver la prudence de leurs conclusions.

Les tonsilles sont, à n'en pas douter, de toute la région bucco-pharyngée, la portion la plus sensible à l'infection.

Mais elles ne sont pas isolées; il y a encore la muqueuse rhino-pharyngée, il y a les sinus, il y a les dents.

Les amygdales sont souvent infectées conjointement avec les fosses nasales et leurs diverticules. Il conviendra éventuellement de s'en préoccuper.

Etude bactériologique du parenchyme amygdalien après amygdalectomie. (Rebattu et Charachon (Lyon) (*Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — Pour établir, sur des bases solides, la notion de « focal infection » amygdalienne, on a cherché tout un ensemble de signes cliniques et de tests pouvant permettre d'incriminer sûrement l'amygdale comme foyer d'infections secondaires.

A cette question, les auteurs apportent une contribution par l'étude bactériologique du parenchyme amygdalien prélevé aseptiquement après amygdalectomie totale chez l'adulte.

Les cultures sont positives dans 27 p. 100 des cas, et il s'agit presque toujours du streptocoque hémolytique. On ne doit pas négliger la flore bactérienne périamygdalienne intracryptique qui n'est séparée du parenchyme que par une frêle barrière.

Quelquefois, la réaction de l'amygdale sera insignifiante : une septicémie se produira sans qu'il y ait d'angine vraie. Lorsque l'amygdale est le siège d'une infection microbienne intraparenchymateuse torpide, elle peut être considérée comme un foyer microbien latent, avec élaboration de toxines pouvant donner des troubles toxi-infectieux à distance, tels qu'une néphrite.

Une conclusion s'impose. Quand une amygdale est soupçonnée d'être un foyer d'infection secondaire, l'amygdalectomie s'impose, totale, anatomique, de façon à ne laisser aucun vestige de parenchyme, aucune trace de crypte, cryptes et parenchymes pouvant contenir des agents microbiens susceptibles d'entretenir et de perpétuer la « focal infection amygdalienne ».

Indications et techniques de l'amygdalectomie. (Jacques (Nancy), Molinié (Marseille). Deuxième rapport au *Congrès franç. d'oto-rhino-laryngol.*, 17 oct. 1930.) — De nombreuses raisons imposent la chirurgie amygdalienne. A l'hypertrophie, seule envisagée autrefois, s'ajoute maintenant la notion de l'infection chronique des amygdales. Celle-ci justifie la pratique de plus en large de l'amygdalectomie totale.

Au point de vue technique une anesthésie s'impose. Elle sera loco-régionale chez l'adulte, générale chez l'enfant; la préférence générale semble aller au chlorure d'éthyle.

Les méthodes d'ablation sont multiples. Les rapporteurs les classent en deux groupes :

Méthodes rapides. — *Anse froide.* (Vacher, Mahu, Dutheillet de Lamothe, Bourgeois.)

Anse chaude. (Jacques.)

Anse diathermique.

Arrachement et torsion après dégagement du pôle supérieur. (de Kéramgal.)

Sluder-Ballenger, guillotine à lame mousse qui écrase le pédicule et arrache par traction.

La Force-Popper, guillotine à deux lames, l'une mousse écrasante, l'autre tranchante pour éviter la traction.

Méthode lente. — Dissection de l'amygdale.

Les complications sont : l'adénopathie, le phlegmon périamygdalien; l'œdème laryngé, la broncho-pneumonie, mais surtout l'abcès du poumon et l'hémorragie.

En dehors des hémorragies cataclysmiques auxquelles les rapporteurs semblent ne pas attacher l'importance que leur a conférée M. le professeur Sebileau, les auteurs étudient les hémorragies immédiates qui généralement cèdent à l'un des procédés classiques : compression, ligature des vaisseaux

ou des piliers et, en dernière analyse, ligature de la carotide externe.

La gravité des hémorragies secondaires tient plus à l'éloignement de l'opéré qu'à l'importance de celle-ci.

Les résultats favorables tant immédiats qu'ultérieurs de l'amygdalectomie totale en font l'opération de choix.

Les abcès péri-amygdaliens. (G. Canuyt. *Ann. d'oto-laryngol.*, n° 1, 1931, p. 61.) — L'auteur, par des expériences anatomiques reproduit des collections dans la loge péri-amygdalienne, qui fusent soit par le recessus vélo-palatin, soit par l'espace pré-stylien.

Une constatation nécropsique, des injections de lipiodol, les ponctions exploratrices amènent Canuyt à rejeter la théorie de Killian et de Botey, qui placent l'origine du phlegmon dans le recessus palatin.

L'incision située sur le pilier antérieur part du pôle supérieur de l'amygdale et s'étend jusqu'au niveau de la dent de sagesse.

Canuyt, généralement, n'est pas systématiquement opposé à l'amygdalectomie à chaud.

En tout cas, l'amygdalectomie totale est pour lui le procédé de choix.

Thrombose du sinus caverneux et du sinus longitudinal supérieur, consécutive à un abcès péritonsillaire. (P. U. Calamida [Milan]. *Oto-rhino-laryngol. intern.*, n° 10, 1930, p. 469.) — L'auteur rapporte l'observation d'un homme de soixante et un ans qui, au cours d'une suppuration péritonsillaire, présente une thrombose du sinus caverneux et du sinus longitudinal supérieur.

Il rappelle à ce sujet les différentes observations (rares d'ailleurs), se rapprochant de la sienne.

Il faut cependant remarquer que son malade avait subi quelques jours auparavant l'avulsion d'une grosse molaire supérieure de ce côté, grosse molaire infectée, et l'on est en droit de se demander si, dans le cas particulier, la thrombophlébite du sinus caverneux ne pourrait pas être rattachée aux complications dentaires de la mâchoire supérieure, si bien étudiées par M. Pillière de Tanouarn dans le service de M. le professeur Sebileau. Etude qui a échappé aux recherches bibliographiques si complètes de l'auteur à propos de sa remarquable observation.

Céphalée d'origine amygdalienne. (I. Vasiliu [de Bucarest]. *Arch. int. de laryngol.*, nov. 1930, p. 951.) — L'auteur rapporte l'observation d'un homme de quarante-cinq ans, présentant depuis son enfance des céphalées occipitales pénibles en relation avec des poussées de suppuration amygdalienne.

Les céphalées ont cédé complètement après un morcellement large des amygdales.

L'auteur attribue ce fait à une communauté d'innervation des amygdales et des méninges.

Anesthésie au chlorure d'éthyle avec le gazéthyleur pour l'amygdalectomie. (M. Lafite-Dupont [Bordeaux]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — Le gazéthyleur de l'auteur est un appareil émettant du chlorure d'éthyle gazeux, réchauffé sous pression faible et réglable.

Le gaz est amené par un tube de caoutchouc à un ouvre-bouche de Whitehead dont le mors supérieur tubulé est percé d'une rampe de trous d'échappement dans la partie qui rentre dans la bouche du malade. La narcose est très progressive, sans suffocation, sans asphyxie et se prolonge pendant l'opération sans gêner les manœuvres de l'opérateur.

Un tube aspirateur spécial, manié par l'aide, balaie salive et sang.

La narcose continue, au gazéthyleur, apporte à l'amygdalectomie à l'anse froide toute sa perfection et lui confère sa supériorité sur les autres procédés d'exérèse.

De l'anesthésie locale chez l'enfant dans l'adénectomie et l'amygdalectomie. (M. Robert Rendu [Lyon]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — De tout temps, les laryngologistes ont redouté l'emploi de l'anesthésie locale chez l'enfant : cette phobie ne paraît pas justifiée. L'auteur, en effet, emploie depuis une dizaine d'années, l'anesthésie par imbibition cocaïnée et par infiltration novocaïnée, aussi bien dans l'adénectomie que dans l'amygdalectomie et cela chez des enfants de tout âge. Il n'a eu jusqu'à maintenant qu'à s'en louer, n'ayant jamais observé le moindre accident. Les anesthésiques locaux semblent même être mieux supportés par l'enfant que par l'adulte. Aussi l'auteur croit-il que la cocaïne et la novocaïne devraient remplacer le chlorure d'éthyle dans l'adéno-amygdalectomie de l'enfant puisque toutes les statistiques prouvent que l'anesthésie locale est moins dangereuse que l'anesthésie générale.

L'ablation des amygdales par le procédé de Sluder-Balenger. (H. Proby [Lyon]. *Congrès d'oto-rhino-larygol.*, 1930.)

Procédé d'évidement des amygdales par la diathermo-coagulation. (Daudin-Clavaud [Dunkerque]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'exploration préalable de l'organe ayant montré la disposition des cryptes les plus profondes qui se branchent généralement dans le fond du sinus de Tourtoual, on y introduit un crochet électrode qui jouera un rôle attractif pendant que l'autre électrode active est promenée en divers points de la surface amygdalienne et fait converger vers la première électrode le courant coagulant. Les cryptes intermédiaires sont du même coup supprimées et l'on a réalisé après cicatrisation une large gouttière creusée en éventail du haut en bas de l'amygdale.

L'organe est ainsi évidé comme l'est une mastoïde après opération; on a transformé de multiples cavités mal drainées en une seule largement ouverte et non susceptible de rétention.

Ce procédé est surtout indiqué pour traiter les amygdalites chroniques de l'adulte.

L'hémorragie dans l'amygdalectomie totale. (Lapouge [Nice]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'hémorragie peut être opératoire, post-opératoire précoce, post-opératoire tardive.

L'hémorragie opératoire, si elle n'est pas cataclysmique (ouverture de la carotide), est bénigne.

La post-opératoire précoce, de beaucoup la plus sérieuse, est artérielle (artère tonsillaire), veineuse ou capillaire. Elle doit être arrêtée par ligature ou par tamponnement. La pince de l'auteur facilite la ligature vasculaire.

L'hémorragie post-opératoire tardive (du deuxième au sixième jour) est bénigne et se manifeste par le caillot, qu'il faut en général respecter.

La prophylaxie fait l'objet d'un chapitre : l'hémophilie activité inflammatoire du corps amygdalien, étant un *noli me tangere*

L'auteur termine en insistant sur l'éducation du public qui considère à tort l'amygdalectomie totale comme une intervention bénigne.

Traitement abortif des phlegmons de l'amygdale par le bactériophage. (Halphen et Djiropoulos [Paris]. *Congrès d'oto-rhino-laryngologie*, 1930.) — Les auteurs rapportent 300 observations de phlegmons de l'amygdale traités par injection intravélique du bactériophage. Une injection de bactéstaphyphage) (2 centimètres cubes) dans le voile du palais à la phase du début, suivie immédiatement d'une auto-hémothérapie de 10 centimètres cubes de sang, entraîne (80 p. 100) la guérison du phlegmon, en vingt-quatre heures; disparition immédiate de la douleur, du trismus, chute de la température, retour des tissus *ad integrum*.

L'auto-hémothérapie est destinée à détruire les antiphages qui existent dans l'organisme. Ce pouvoir antilytique du sérum peut être prouvé *in vitro* en mélangeant le sérum du malade avec un mélange de la bactérie pathogène et de son bactériophage. La lyse qu'un tube témoin démontre ne se produit pas.

Mycose des amygdales et diathermo-coagulation. (PÉRI [Alger]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — La diathermo-coagulation, qu'elle soit monopolaire ou bipolaire, est une arme puissante que possèdent les laryngologistes dans le traitement des mycoses pharyngées qui jusqu'alors faisaient leur désespoir par leur ténacité et par la facilité avec laquelle elles récidivaient quand on leur opposait les procédés classiques (éradication à la pince des touffes mycosiques et de leur base d'implantation suivie d'attouchements à l'acide lactique, ou à la teinture d'iode, ou au chlorure de zinc; galvano-cautérisations, etc.).

On peut affirmer que la diathermo-coagulation est le traitement le plus efficace, rapide et complet.

Rétrécissement congénital de l'œsophage. (CASADESUS [Barcelone]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — Cas d'un garçon de onze ans qui, depuis sa naissance, a toujours eu des vomissements de lait et d'aliments, avec crises variables de sténose œsophagienne qui ont obligé à lui faire une gastrostomie.

L'auteur a fait une œsophagoscopie, a trouvé un diaphragme congénital de l'œsophage à 22 centimètres de l'arcade dentaire, lequel a été enlevé à la pince et traité après par dilatation; le malade a pu s'alimenter.

Sur la technique de l'extraction des dents de sagesse incluses dans le maxillaire inférieur. (GAULT [Dijon]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — A propos de l'extraction par voie endobuccale d'une dent de sagesse ectopique avoisinant l'angle du maxillaire inférieur à gauche, l'auteur discute l'utilisation de cette voie endobuccale et de ses avantages, et présente des considérations sur la technique opératoire à mettre en œuvre et sur le mode d'anesthésie à utiliser.

Recherches anatomiques sur les connexions de l'espace préstylien et de la loge sous-maxillaire; réflexions sur la migration sous-maxillaire de certains phlegmons périamygdaliens. (André VIELA et Maurice ESCAT [Toulouse]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — Les auteurs rapportent une observation du professeur Escat, relative à un malade qui, après une péri-amygdalite phlegmoneuse, fit une fusée purulente dans la loge sous maxillaire correspondante. Il semble qu'une paroi pharyngée paraamygdalienne épaissie et durcie, par exemple à la suite d'infections amygdaliennes répétées, facilite la migration inférieure des phlegmons périamygdaliens en leur rendant tout drainage oto-pharyngé difficile.

Malformation de l'œsophage. (F.-J. COLLET. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1930, n° 11, p. 1073.) — L'auteur rapporte l'observation d'un nouveau-né présentant une respiration bruyante, impossibilité de s'alimenter, sans signes d'asphyxie. Mort le deuxième jour.

Autopsie : larynx normal; l'hypopharynx se termine en cul-de-sac.

Du larynx part une trachée normale aboutissant au hile du poumon gauche sans trace de bifurcation.

De la face postérieure de la trachée à 25 millimètres au-dessous du cricoïde part un conduit membraneux plissé qui est l'œsophage aboutissant à un estomac normal.

L'œsophage s'abouche dans la partie postérieure de la trachée par un orifice arrondi sans valvule.

Au niveau du hile du poumon droit se détache de l'œsophage un canal très court et serré qui pénètre dans le poumon et représente le système bronchique droit.

II. FOSSES NASALES ET SINUS

Les injections sclérosantes, traitement de choix des hypertrophies de la muqueuse nasale, sans malformation osseuse sous-jacente. (DUTHEILLET DE LAMOTHE [Limoges]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930). — L'auteur croit à l'avenir de la méthode des injections sclérosantes : 1° pour le traitement des hypertrophies limitées à la seule muqueuse; 2° comme traitement complémentaire des cornets dans le rétablissement de la statique normale des fosses nasales. Il utilise la solution de quinine-uréthane à 5 p. 100 suivant la technique de Richier. Les résultats sont favorables dans 75 à 80 p. 100 des cas.

La mucocèle du cornet moyen (BOUCHET [Paris]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930). — En étudiant les céphalées d'origine frontale, l'auteur a pu relever trois observations de mucocèle du cornet moyen.

L'étude des cavités kystiques au moyen d'injections de lipiodol lui permet d'essayer de préciser la situation de la cellule initialement atteinte.

Il accepte l'opinion de Hajek, concernant l'origine de la mucocèle au niveau de l'ethmoïde postérieur.

Simple mot relatif au traitement des sinusites maxillaires chroniques. (DENIS [Orléans]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930). — Partisan du traitement endo-nasal des sinusites maxillaires chroniques et convaincu que la guérison de cette affection est fonction non pas du curettage de la muqueuse qu'il faut respecter, mais d'un drainage permanent obtenu au moyen d'une large communication intersinuso-nasale, l'auteur expose le procédé opératoire très simple qu'il emploie avec un succès qui n'est pas démenti.

Il présente un nouveau perforateur qui permet de réaliser avec une rapidité et une simplicité extrêmes, le large orifice de drainage qui s'impose si l'on veut obtenir une guérison définitive.

Dilatation caoutchoutée du canal naso-frontal dans un cas de récidive de sinusite frontale après cure radicale. (BRINDEL [Bordeaux]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930).

Polype fibroïde, uniquement nasal, de dimensions anormales, caché par des polypes muqueux simples. (KOWLER [Menton], *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur présente ce cas qui se singularise : 1° par la limitation de la tumeur à la fosse nasale gauche seule; 2° par sa dégénérescence fibreuse quasi totale, l'élément muqueux ne paraissant pas dans les préparations microscopiques; 3° par ses dimensions anormales de tumeur intranasale exclusivement, ayant une longueur de 75 millimètres, une largeur de 22 millimètres et une épaisseur, étant bosselée par endroits, de 7 à 10 millimètres; 4° elle était dérobée à la vue et au toucher, derrière une sorte de rideau, de simples polypes muqueux.

Anosmie totale datant de quatre ans. Guérison. (IRIBARNE [Paris]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur présente un cas de perte totale de l'odorat qu'il a guéri par la résection des deux cornets moyens. L'air indispensable à l'olfaction ne pouvait arriver à la tache olfactive.

L'ablation de l'obstacle a fait cesser cette anosmie respiratoire datant de quatre ans.

Des rhinolithes. (A. JOUKOVSKY [Léninegrad]. *Ann. d'oto-rhino-laryngol.*, n° 2, 1931, p. 147.) — Relativement rares puisque l'auteur n'en a relevé que 134 cas publiés, les rhi-

nolithes se caractérisent par une rhinorrhée fétide, des épitaxis, une obstruction unilatérale.

S'ils atteignent un volume notable (85 grammes dans un cas de l'auteur, 110 grammes (R. Bothey), ils peuvent atteindre et détruire le squelette.

Ce sont des corps étrangers (noyaux de cerises, graine de tournesol, poussières calcaires, brins de laine ou de tissus).

L'auteur rapporte quatre observations, elles se sont toutes terminées par la guérison, ce qui est la règle après ablation du rhinolithe.

Considérations sur l'étiologie de l'ozène. (A. Péroni. *Arch. intern. de laryngol.*, oct. 1930, p. 940.) — Pour l'auteur, le bacille de Pérez-Hofer ne saurait être retenu, le bacille Abel-Loewenberg est un saprophyte banal des fosses nasales, l'ozène est seulement un milieu favorable à son développement, le bacille de Belfanti semble plus important, sans qu'on puisse le retenir comme cause déterminante de l'ozène.

Il semble que l'atrophie de la muqueuse, du cartilage et de l'os qui caractérise l'ozène serait d'ordre constitutionnel (sérologique, endocrinien, sympathicotropique) et qu'elle créerait un milieu favorable au développement de la flore microbienne saprophyte.

Epitaxis récidivantes tardives par rupture du sinus caverneux consécutive à une fracture de la base du crâne. (G. Worms. *Ann. des mal. de l'oreille*, n° 7, 1930, p. 917.) — L'auteur rapporte l'observation d'un blessé qui, huit jours après un accident de motocyclette, présente des céphalées, de l'amaurose gauche. Le malade guérit suffisamment pour être envoyé en convalescence.

Quatre mois après, le blessé est hospitalisé à nouveau pour une épitaxis abondante de la fosse nasale gauche, dont la rhinoscopie est impuissante à déterminer le siège. L'auteur pense à une lésion sphéno-palatine. Devant la gravité du syndrome, l'auteur pratique, le 18 décembre, une ligature de la carotide primitive qui ne fut suivie d'aucun trouble, mais sans déterminer la cessation des épitaxis. Une nouvelle hémorragie, foudroyante celle-là, enlève le malade le 25 décembre.

Autopsie : fracture de la base du crâne, mais une esquille a déchiré le sinus caverneux sur 1 centimètre. La carotide interne est intacte.

A ce propos, l'auteur rapporte les observations connues de rupture traumatique du sinus caverneux.

Une seule de Jacques, de Nancy, fut suivie de guérison par tamponnement transsphénoïdal.

L'idée du « vacuum sinus » repose-t-elle sur une base scientifique sérieuse et peut-elle être reconnue comme donnant lieu à une entité clinique ? (Bourguet. *Oto-rhino-laryngol. int.*, n° 8, 1930, p. 373.) — L'auteur, avec sa verve et une compétence anatomique indiscutable, s'attaque à la conception du « Vacuum sinus ». Les arguments qu'il oppose à cette conception sont puissants et basés sur une anatomie exacte. C'est dire qu'ils font impression.

Recherches expérimentales sur la sécrétion nasale après castration. (Jung, Auger et F. Chavanne [Lyon]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'expérimentation montre que le ganglion cervical supérieur et ses efférents à destination nasale exercent une action frénatrice permanente sur la sécrétion des filets excito-sécrétoires qui, à l'exception de quelques fibres venues directement du nerf maxillaire supérieur, suivent le trajet du nerf vidien-ganglion de Meckel et rejoignent les terminaisons nasales du nerf maxillaire supérieur (Jung, Tagand et F. Chavanne).

La clinique ayant fourni à plusieurs reprises à l'un des auteurs l'occasion de constater la diminution ou même la disparition du symptôme hydrorrhée dans des cas de rhinite spasmodique à la suite de l'absorption d'extraits pluriglandulaires, ils ont entrepris une série de recherches sur l'action des différentes glandes endocrines sur la sécrétion nasale.

Leurs expérimentations sont à leur début ; sans pouvoir encore formuler de conclusions définitives, ils ont constaté déjà à plusieurs reprises qu'une même dose de pilocarpine déterminait chez le chien une sécrétion nasale comptée goutte à goutte, plus abondante après castration qu'avant elle.

III. OREILLES

Les reliquats adénoïdiens péritubaires, cause de chronicité d'otite moyenne rhinogène chez l'adulte. (Maurice Jacod. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — Ces formations sont le siège d'inflammations aiguës ou subaiguës, comparables aux amygdalites cryptiques ; elles provoquent des coudures ainsi que des compressions de la trompe cartilagineuse. En présence d'otorrhées tubaires, d'otites moyennes catarrhales récidivantes, l'auteur dégage systématiquement avec l'index le pourtour du pavillon tubaire; le traitement habituel peut, à la suite, améliorer une otite tenace. Il a vu parfois disparaître également des bourdonnements et des vertiges, et il explique cette action par une modification anatomique locale de la trompe cartilagineuse.

Syndrome de Gradenigo bilatéral. (M. le professeur A. Malan [Turin]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur rapporte un cas d'ostéite otogène progressive de la base du crâne qui a envahi deux pyramides pétreuses et le sphénoïde, produisant un double syndrome de Gradenigo.

L'autopsie a permis de vérifier les données fournies par les recherches radiologiques : à ce propos, l'auteur insiste sur la nécessité d'effectuer différentes projections, dont la plus intéressante paraît être la transorbitaire antéropostérieure.

Quelques observations d'otite moyenne séreuse avec démonstrations d'aiguille exploratrice à succion buccale. (Sir James Dundas-Grant [Londres]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur est convaincu de l'importance d'un diagnostic précoce dans les cas de transsudation ou d'exsudation séreuse dans la caisse déterminée par l'occlusion inflammatoire de la trompe d'Eustache. Il conseille l'emploi d'une aiguille exploratrice spéciale. Elle est montée sur un tube en verre formé en U, et munie d'un tuyau en caoutchouc d'une longueur suffisante pour atteindre la bouche de l'opérateur qui retire quelques gouttes du contenu liquide par succion buccale.

Cellulite d'origine otique. (F. Laval [Toulouse]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — Il ne s'agit pas, ainsi que pourrait le faire croire le titre, de lésions osseuses otitiques, mais de l'affection du tissu conjonctif bien étudiée par les médecins, chirurgiens et oculistes sous la désignation de « cellulite ». L'auteur demande que ce terme ne soit pas détourné de sa signification générale en laryngologie.

Il n'apparaît pas que la cellulite dans sa véritable acception ait préoccupé les laryngologistes français en particulier; on ne peut guère trouver de publications concernant cette affection qui ne sauraient se cantonner hors du domaine laryngologique.

A l'occasion d'un cas observé à la suite d'une infection tout particulièrement torpide de l'oreille moyenne, l'auteur donne de la cellulite d'origine otique une description qui permet aisément d'assurer le diagnostic et de conduire le traitement.

Indications thérapeutiques dans les labyrinthites infectieuses otogènes. (J. Ramadier. *Ann. d'oto-laryngol.*, 1931, n° 1, p. 42.) — Après avoir retracé dans leurs grandes lignes

les symptômes qui témoignent d'une infection labyrinthique, l'auteur étudie les indications thérapeutiques dans les différents cas.

Les labyrinthites précoces de l'otite aiguë ne constituent pas en principe une indication de la trépanation labyrinthique. En général le drainage de la suppuration oto-mastoïdienne suffit à en amener la guérison.

Lorsqu'il y a atteinte méningée, celle-ci est contemporaine de la labyrinthite et l'évolution est telle qu'elle échappe à toute thérapeutique.

Pour l'auteur, l'antrotomie est l'opération de choix en dehors de toute indication à une mastoïdectomie.

Labyrinthites tardives de l'otite aiguë : les formes incomplètes, surtout à prédominance cochléaire, sont les plus dangereuses, la ponction lombaire et l'antrotomie sont indiquées.

Les formes complètes au contraire, dont la méningite est l'aboutissant fréquent, commandent une trépanation labyrinthique.

La labyrinthite nécrosante, généralement scarlatineuse ou diphtérique, comporte une thérapeutique médicale (vaccinothérapie) et les mêmes indications que les précédentes.

La labyrinthite postopératoire est subordonnée à la virulence de l'infection.

La fistule labyrinthique est justiciable de l'évidement pétro-mastoïdien.

Les labyrinthites chroniques au cours d'otorrhée peuvent justifier une trépanation labyrinthique, en dehors d'une période de réchauffement.

Les labyrinthites compliquées (abcès péripétreux, abcès du cervelet) relèvent de la thérapeutique d'évacuation de ces collections.

En cas de méningite il y a lieu d'ajouter à la trépanation labyrinthique le drainage méningé par le conduit auditif interne.

Histocytomes xanthélasmisés et polypes de l'oreille. Contribution à l'étude des micro-cholestéatomes. (M. MOUNIER KUHN [Lyon]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — Ayant eu l'occasion d'observer un cas de polype de l'oreille, où le diagnostic porté par l'histologiste fut celui d'histocytome xanthélasmisé, l'auteur revient sur la notion des microcholestéatomes de l'oreille, mis en évidence par Lemaitre et Lavrend, et montre qu'il ne s'agit là que d'un cas particulier d'une règle générale de réaction de l'organisme. Dans certains tissus de granulations d'origine infectieuse subaiguë ou chronique, il se constitue des foyers de désintégration tissulaire avec mise en liberté d'éthers de la cholestérine, d'acide gras, de graisse neutre, selon un mode bien connu dans ses détails histologiques, mais encore imprécis dans son déterminisme biologique.

Etude bactériologique des suppurations auriculaires à microbes pyogènes aérobies. (J. BONNACHON. *Arch. intern. de laryngol.*, sept. 1930, p. 597.) — Les conclusions de cette importante Revue générale sont les suivantes :

L'examen bactériologique des suppurations auriculaires peut fournir des données pronostiques et thérapeutiques de grande valeur.

Le streptocoque et le pneumocoque sont les plus habituellement rencontrés.

Au streptocoque appartiennent surtout les septicémies et les lésions veineuses.

Le pneumocoque comporte un pronostic plus favorable. Il faut faire une réserve touchant le pneumococcus mucosus, qui détruit d'une façon insidieuse et évolue vers les méninges. Ces conclusions viennent confirmer des recherches déjà anciennes de Chatellier père. Vers 1888 environ, Chatellier avait déjà attiré l'attention sur le monomicrobisme de l'otite (pus prélevé avant la paracenthèse), sur l'intérêt d'identification du germe et l'intérêt d'éviter les infections secondaires auxquelles il attachait une énorme importance dans l'apparition des complications.

Hémorragie périodique par le conduit auditif. (A. DEBIDOUR [Mont-Dore]. *Oto-rhino-laryngol. intern.*, juin 1930, n° 6, p. 271.) — Une femme atteinte d'une otite moyenne suppurée, voit survenir, un an après une hystérectomie pour métrite hémorragique, un écoulement sanguin mensuel suivi d'écoulement purulent pendant les périodes répondant à ses époques disparues.

Ces symptômes durent une quinzaine de jours et sont séparés d'un intervalle égal pendant lequel il n'existe aucun symptôme auriculaire. Ces symptômes ont cédé à une thérapeutique thyro-ovarienne.

Quelques remarques sur les abcès encéphaliques. (M. LANOS [Le Havre]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — Une malade ayant une otorrhée depuis l'enfance fit, brusquement, une labyrinthite aiguë avec réaction méningée. Des ponctions lombaires successives montrèrent, après une formule à polynucléaires altérés et liquide purulent, un retour progressif vers la lymphocytose et l'état normal, coïncidant avec une aggravation progressive de l'état général et des symptômes cérébraux. Cette dissociation entre l'état clinique grave et le « tableau bénin » de la ponction lombaire permit de diagnostiquer, d'opérer et de guérir un abcès du cerveau, confirmant ainsi à nouveau les règles déjà formulées par Borries.

Quelques cas de paralysie faciale périphérique. (SARGNON [Lyon]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur, dans la symptomatologie, a constaté habituellement les troubles sensitifs du début, troubles sur lesquels il a insisté dans son rapport. Deux fois, il y eut paralysie gustative, mais due dans un cas à la paracenthèse faite haute et verticale. Comme troubles vasomoteurs, il a observé une fois un léger œdème facial et dans un cas auditif une congestion persistante du manche. Tous ces malades ont guéri ou tout au moins ont été améliorés de telle façon qu'on peut parler de guérison. Plusieurs fois il a fallu faire de l'électrisation et la combiner dans un cas avec la diathermie. En somme, les paralysies faciales sont peu fréquentes ; étudiées dès le début, avec un traitement approprié à l'étiologie, le pronostic est habituellement favorable, même dans les cas traumatiques.

Du rôle du tabagisme comme agent d'aggravation des surdités. (COME FERRAN [Lyon]. *Congrès d'oto-rhino laryngol.*, 1930.) — L'usage du tabac et le séjour dans les locaux enfumés sont groupés par l'auteur sous la désignation de tabagisme. Le tabagisme, qui semble sans action nocive sur les oreilles saines, est un agent puissant d'aggravation des lésions aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne et surtout de l'oreille interne. Il semble s'agir là d'un processus de trophonévrose nicotinique. Il faudra donc proscrire, de façon absolue, l'usage du tabac chez les malades à lésions scléreuses et, en général, chez tous ceux qui présentent des troubles plus ou moins graves de leur audition.

Résultats primitifs et secondaires de quatorze cas de surdité par ostopongiose opérés. (Maurice SOURDILLE [Nantes]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — Les résultats fonctionnels les meilleurs sont donnés par l'opération en deux temps avec conservation de l'enclume appliquée contre la paroi labyrinthique et formant chevalet à la membrane tympanique. La trépanation acoustique du labyrinthe seule semble arrêter l'aggravation de la surdité, mais maintient l'audition à un niveau qui peut être insuffisant dans les grandes surdités ; aussi faut-il lui adjoindre la modification de l'appareil de transmission qui augmente le gain d'audition obtenu.

Les bourdonnements sont, la plupart du temps, très favorablement influencés.

Le réflexe vestibulo-capillaire. (J. Vasiliu [Bucarest]. *Ann. d'oto-neurol.-ophtalm.*, n° 10, 1930, p. 753.) — Au cours de l'épreuve calorique, presque en même temps que le nystagmus, apparaît au niveau du réseau capillaire en général, un spasme passager suivi d'une vaso-dilatation appréciable.

L'auteur en signale le fait, constant d'après ses constatations et qui ouvre la voie à un certain nombre de recherches méthodiques d'où pourra peut-être un jour sortir une théorie solide.

La localisation de la réaction vestibulaire des bras tendus et de l'épreuve de l'indication. La valeur diagnostique de ces réactions au cours des affections de la fosse cérébelleuse. (G.-S. Zimmermann et A.-S. Tchernychew [Moscou]. *Rev. d'oto-neurol.-ophtalm.*, nos 7 et 8, 1930, p. 504.) — D'une longue et fortement documentée étude basée sur une observation clinique personnelle, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

La localisation cérébelleuse donnée par Barany doit être abandonnée.

Le mécanisme de la réaction est une excitation des centres sous-corticaux, d'où impulsion corticale qui modifie le mouvement.

Cette étude remarquable demande à être lue en entier.

On ne peut qu'apprécier la modestie des auteurs qui d'eux-mêmes considèrent leur opinion comme susceptible de corrections et de suppléments. Il est cependant très probable que, avec le temps, la conception nouvelle des auteurs prendra ses grades et deviendra classique.

L'attitude normale de la tête déterminée par le labyrinthe de l'oreille. (L. Girard. *Oto-rhino-laryngol. intern.*, 1930, n° 11, p. 517.) — L'auteur, reprenant et continuant ses remarquables études sur le labyrinthe, démontre que l'attitude normale de la tête chez les animaux et chez l'homme doit être telle que le canal semi-circulaire externe soit horizontal.

Chez l'homme, la tête est légèrement inclinée comme pour porter le regard au sol à deux ou trois pas en avant, « c'est l'attitude du penseur, c'est celle du travailleur intellectuel qui lit ou écrit... c'est une attitude parfaitement naturelle ».

Cette remarquable étude d'anatomie comparée et d'anthropologie fait le plus grand honneur à son auteur qui, le premier il y a vingt ans, a émis le dogme de l'horizontalité du canal semi-circulaire externe.

La pléthysmographie en acoumétrie. (Helsmoortel junior et René Nyssen [d'Anvers]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'enregistrement pléthysmographique par le procédé de Wiersma constitue une méthode acoumétrique facile.

Un résidu auditif même insignifiant peut suffire au déclanchement du réflexe vasomoteur.

De même que la méthode psychogalvanique d'Albrecht, la pléthysmographie permet de déterminer le degré d'excitabilité cochléaire et, en particulier, permet d'établir si le sujet est capable d'entendre et même de comprendre la voix parlée.

Une réaction positive permet de conclure avec certitude à l'excitabilité cochléaire, tout au moins en cas de surdité bilatérale. L'absence de réaction ne constitue qu'un simple renseignement en faveur de la surdité.

Les enfants sourds-muets doivent recevoir les premiers soins médico-pédagogiques avant l'âge de trois ans. (G. de Parrel. *Arch. intern. de laryngol.*, nov. 1930, p. 1069.) — Article remarquablement documenté et instructif de l'auteur, démontre que la réceptivité pédagogique est très développée dès l'âge de deux ans. Il faut développer l'attention du jeune sourd et l'éduquer avec la collaboration de l'entourage. Il faut surtout utiliser et développer méthodiquement les reliquats d'audition qui servent à perfectionner l'articulation.

IV. LARYNX. TRACHÉE. BRONCHES.

La valeur des sympathectomies péri-artérielles et de l'ablation du plexus rétrocarotidien de Haller dans le traitement de la laryngite tuberculeuse. (C. Canestro [Gênes]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur suivant les nouvelles orientations de la Chirurgie de la douleur, a voulu expérimenter l'ablation du plexus rétrocarotidien de Haller simple ou associée à la sympathectomie du bulbe carotidien dans les laryngites tuberculeuses dysphagiques.

Les résultats obtenus ont été satisfaisants pour ce qui a rapport au syndrome douloureux.

L'auteur pense que ces interventions sont indiquées dans les lésions laryngées bilatérales fortement douloureuses et résistant aux traitements communs, mais il les croit contre-indiquées dans les formes rapidement évolutives ou avec résistance générale insuffisante.

Pneumothorax et tuberculose du larynx. (MM. le professeur Portmann et Retrouvey. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — Le pneumothorax, lorsqu'il est efficace et longtemps entretenu, a une action incontestablement favorable sur l'évolution des lésions laryngées existantes, de même qu'il prévient l'apparition ultérieure d'une localisation sur l'organe vocal. Il permet également d'apporter un élément de grosse valeur à la théorie pathogénique de la septicémie bacillaire. En annihilant la circulation fonctionnelle du poumon malade, le pneumothorax s'oppose à l'essaimage des embolies microbiennes et amène la suppression de la toux et des crachats bacillifères ; la mise au repos de l'organe a une action adjuvante considérable.

Epiglottites aiguës à marche léthale. (M. le professeur F. Carnevale-Ricci [Milan]. *Oto-rhino-laryngol.*, 1931, n° 1, p. 1.) — L'auteur rapporte deux cas d'œdème infectieux aigu de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques ayant entrainé la mort en quatre et cinq jours.

Dans les deux cas l'infection était de nature streptococcique.

Remarques sur le traitement du cancer du larynx. Chirurgie et radiations. (M. le professeur G. Canuyt [de Strasbourg]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur rappelle l'utilité de la biopsie et décrit la technique de la laryngectomie partielle qu'il emploie, ainsi que le traitement post-opératoire par la radiothérapie profonde ou par la télécuriethérapie à distance. Il fait part des idées qui semblent se dégager à la suite d'un échange de vues entre les laryngologistes et les radiologistes.

L'emploi des rayons X et du radium demande une technique précise et minutieuse. A cette condition, on peut dire que les radiations sont une de nos meilleures armes après la chirurgie.

L'auteur termine en faisant remarquer qu'il y a des inconnues. Tout malade atteint de cancer porte en lui des facteurs de guérison ou de récidive. Ces facteurs nous échappent. Nous devons être réservés dans nos opinions et surtout dans nos conclusions.

Laryngectomie totale pour sarcome du larynx. (M. le professeur van den Wildenberg. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur a observé 3 cas de sarcome du larynx fuso-cellulaire dans 2 cas et probablement un myosarcome dans le cas présent. La tumeur est le plus souvent intrinsèque, présentant parfois un teint jaune luisant. Il n'y a guère d'infiltrations ni de métastases ganglionnaires. Sur 117 cas opérés et suivis pendant longtemps il n'y a eu que 13 p. 100 de guérisons définitives.

L'auteur a obtenu un succès définitif (10 ans), le deuxième malade est mort un mois après l'opération. Le troisième malade a subi une laryngectomie totale indiquée par l'extension de la base d'implantation et les infiltrations du squelette laryngien. Il est guéri depuis quatre mois.

L'auteur insiste sur une nouvelle technique de laryngectomie en deux temps.

Epithélioma primitif de la trachée. (René GAILLARD [Lyon]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — Le cancer primitif de la trachée est exceptionnel et le nombre des cas publiés ne dépasse pas la centaine.

Celui-ci survint chez un homme de quarante-cinq ans, ancien syphilitique, obèse et alcoolique. L'affection évoluait depuis six mois sous forme d'une dyspnée progressive. Une trachéotomie fut faite d'urgence et un traitement antisyphilitique institué qui fut inactif. Le malade ne fut revu qu'un an après. On lui fit alors une trachéo-laryngotomie qui permit d'extraire une tumeur bourgeonnante et sessile de la trachée cervicale, qu'un examen histologique montra être un épithélioma épidermoïde. On fit une application de radium intra-trachéale (25 milligrammes pendant cinq jours). Actuellement, neuf mois après, la guérison se maintient, mais avec sténose cicatricielle de la trachée.

Quelques cas de laryngite suffocante du nourrisson en dehors de la diphtérie. (COLLEVILLE [Douai]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur rapporte 3 cas d'œdème infectieux sous-glottique chez des nourrissons (six mois, dix mois, treize mois) pour lesquels on fut obligé de pratiquer une trachéotomie, le tubage ayant été impossible dans 2 cas, ayant déterminé dans le troisième cas une sténose laryngée. Au sixième jour les enfants présentèrent des accidents asphyxiques et moururent malgré une canule fonctionnant bien. L'absence d'autopsie fait que l'on est obligé de rester dans le domaine de l'hypothèse pour expliquer ces faits.

Quelques considérations sur les lois du mécanisme vocal dans le chant et la parole. (M. C.-J. KŒNIG [Paris]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.)

Considérations sur la trachéotomie. (J. ELBAZ. *Ann. d'oto-laryngol.*, 1931, n° 3, p. 257.) — L'auteur expose avec clarté la technique de son maître le professeur Sébileau. L'urgence ne modifie en rien cette technique et la hâte ne doit point entraîner la précipitation ni exclure la méthode.

Sous le secours de l'anesthésie locale, l'accès de la trachée doit se faire plan par plan en soignant l'hémostase. L'auteur énumère les différents plans.

La trachée découverte on y instille quelques gouttes de solution anesthésiante (cocaïne 1/10) qui supprime le réflexe de toux pénible qui suit l'ouverture de la trachée.

Puis fixer la trachée à la paroi et finalement l'inciser quand elle est extra-cervicale.

Ce temps peut être modifié en cas d'urgence, le malade asphyxiant. Dans ce cas la fixation des berges trachéo-cutanées s'exécute après ouverture du conduit aérien.

Cette technique évite les fausses routes et les emphysèmes septiques qui en sont la conséquence.

En cas d'extrême urgence l'auteur conseille la laryngotomie intercricothyroïdienne.

Application de l'endoscopie au diagnostic et au traitement des maladies des poumons. (CHEVAKIER-JACKSON. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930. (Conférence avec projections et démonstrations cinématographiques.) — Les études bronchoscopiques ont révélé la fréquence de trois types d'obstruction bronchique :

Obstruction partielle ou soupape entr'ouverte ;

Obstruction à sens unique ou soupape de non-retour, qui permet le passage de l'air dans une seule et unique direction, produisant de l'atélectasie ou de l'emphysème selon la forme et la position du mécanisme valvulaire ;

Obstruction complète ou soupape d'arrêt ; l'air ne peut entrer ni sortir, produisant une atélectasie par absorption de l'air.

Ces trois types d'obstruction bronchique peuvent être causés par des sécrétions, des corps étrangers ou des lésions (inflammatoires ou néoplasiques).

Remarques sur les corps étrangers des voies respiratoires inférieures. (E. AUCOIN [Philadelphie]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur rapporte une série d'observations de corps étrangers des voies aériennes inférieures au sujet desquelles il tire les déductions suivantes :

1° Dans les affections aiguës ou chroniques des voies respiratoires inférieures, on doit penser à la possibilité de corps étrangers, même en l'absence de commémoratifs.

2° Laissée à ses propres moyens, la clinique ne permet pas d'établir d'une façon certaine qu'il y a ou qu'il n'y a pas corps étranger soit du larynx, soit de la trachée, soit des bronches.

3° Le radiologiste peut situer les corps étrangers opaques aux rayons X ; encore faut-il que, dans certains cas, il tienne compte des données cliniques pour interpréter ses radioscopies.

4° Quant aux corps étrangers non opaques aux rayons X, ni la clinique, ni la radiologie ne peuvent en diagnostiquer la présence d'une façon certaine.

Manœuvres bronchoscopiques dans le traitement des suppurations broncho-pulmonaires. (A. SOULAS [Paris]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur attire l'attention sur l'importance du facteur technique dans la méthode bronchoscopique, maintenant que celle-ci devient une investigation d'usage courant. La technique, schématisée par l'auteur dans un film de dessins animés, comprend l'organisation matérielle, l'instrumentation ; le choix et le maintien des positions correctes du malade ; l'introduction des tubes et l'art des manœuvres endoscopiques.

L'endoscopie des voies aériennes inférieures est dominée par les conditions d'ordre clinique, radiographique, bactériologique du malade et par cette notion pratique : primum non nocere.

Vingt-cinq ans de pratique du traitement par les méthodes directes des suppurations intrapulmonaires. (J. GUISEZ. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur rappelle qu'il a été un des premiers, non seulement en France, mais à l'étranger, à pratiquer le traitement par les voies naturelles des suppurations intrapulmonaires par cette méthode.

Il faut distinguer dans ces suppurations : 1° celles consécutives aux corps étrangers qui peuvent se former très rapidement ; au bout de cinq à six jours après l'extraction, la guérison est de règle. Lorsque le cas est ancien, il y a une véritable poche avec lésions scléreuses périphériques et les méthodes directes sont alors sans aucun effet curatif ; 2° pour les abcès reconnaissant une autre étiologie, l'auteur en a observé trois consécutifs à des opérations sur les amygdales, un à des adénoïdes et amygdales. Dans l'un des cas, la guérison a été spontanée après vomique ; les trois autres ont guéri par la méthode des injections massives intrabronchiques.

Dans cinq autres cas consécutifs à des maladies infectieuses, en particulier la grippe, dont un avec pus à odeur gangréneuse très nette, guérison par la méthode directe.

Echec complet des méthodes directes dans toutes les vieilles suppurations des bronches (dilatation bronchique).

L'auteur, tout en reconnaissant la plus grande valeur à la bronchoscopie, lui préfère en général la méthode des injec-

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Poliomyélite (paralysie spinale infantile ou maladie de Heine-Medin). Etude clinique et thérapeutique, par le docteur Paul Duhem, électro-radiologiste de l'hôpital des Enfants-Malades à Paris. Préface de M. le docteur Nobécourt, professeur de Clinique médicale des Enfants à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine. Monographies de pédiatrie et de puériculture publiées par les soins du docteur P. Gauthier-Villars. Un volume in-8 (20 × 15) de 137 pages avec figures. — Prix : 25 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

tions massives quotidiennes ou tous les deux jours, tandis que les bronchoscopies doivent être forcément plus espacées, car plus traumatisantes et dans le traitement des suppurations intrapulmonaires elles ne se sont pas montrées supérieures aux injections massives.

La bronchoscopie est contre-indiquée dans tous les cas aigus avec fièvre et mauvais état général, et en particulier dans les gangrènes pulmonaires. Or, l'auteur a réussi à en guérir deux cas par les injections massives.

V. DIVERS

Paralysie faciale périphérique consécutive à une engelure de la joue. (J. N. Roy [Montréal] *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille qui, s'étant congelé la moitié droite de la figure, vit apparaître vingt-quatre heures plus tard une paralysie faciale périphérique qui devint rapidement complète. Il conclut que la cause est extra-pétreuse et en dehors de la parotide. Il n'hésite pas à dire que cette paralysie, qui a disparu au bout de quatre mois, a été produite par l'engelure, à la suite d'une altération directe des deux branches terminales du facial.

Les ondes entretenues dans la pratique diathermo-chirurgicale courante de l'oto-rhino-laryngologie. (Technique de sécurité.) (Jouffray [Paris]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.) — L'auteur signale la supériorité chirurgicale des postes à lampe et indique la « technique de sécurité » qu'il a adoptée pour sa simplicité et son absence totale de danger.

Les applications sont faites en unipolaire, la borne indifférente étant mise à la terre ou reliée à un objet métallique isolé suivant l'effet cherché. Toutes les interventions courantes sont ainsi réalisables. L'auteur précise sa technique pour chacune d'elles et pour l'utilisation des effets coupants hémostatiques, décrit l'instrumentation qu'il a spécialement créée : curettes hémostatiques à végétations, à amygdales; rabot diathermique; polypotome à boucles préparées.

Le point actuel de la diathermothérapie des hypoacousies. (Poujol [Paris]. *Congrès d'oto-rhino-laryngol.*, 1930.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1931)

Nouvelles recherches sur les cryptotoxines. La sursaturation des toxines par l'ion salicylique. — M. H. Vincent. « Parmi les divers corps non colloïdaux capables de neutraliser les toxines microbiennes et de les transformer en cryptotoxines, j'ai signalé (1928) que l'orthosalicylate de sodium est l'un des plus intéressants : 0g04 à 0g05 neutralisent 400 doses mortelles de toxine tétanique en quatre à cinq jours, à 38°. La tension superficielle du mélange s'abaisse sensiblement. Cette cryptotoxine salicylique TS, injectée au lapin à doses progressives, est *immunigène*.

Ce complexe T est très stable; les méthodes habituelles ne peuvent le dissocier (action de l'alcool, du sulfate d'ammonium, du chlorure de calcium, forte dilution, etc.). Seule l'acidification sépare en partie la toxine de son agent neutralisant : la toxine n'était donc pas détruite, mais dissimulée, tout en demeurant immunigène (*cryptotoxine*).

En outre, la dialyse prolongée du complexe TS est sans action, même alors qu'elle en a séparé la plus forte partie du constituant salicylique. Ni le liquide dialysé, ni le liquide dialyseur ne sont tétanigènes, même à très hautes doses. Le potentiel cryptotoxique latent de l'ion salicylique est donc beaucoup plus élevé qu'il ne paraît dans les conditions habituelles.

Soit encore un mélange de 10 centimètres cubes de toxine tétanique et de 0g4 de salicylate de soude (dose minima neutralisante). Après cinq jours d'étuve, on en prélève tous les cinq jours 0cm35 à 1 centimètre cube, qu'on remplace chaque fois par un volume égal de toxine *pure*. Si, à chacune de ces opérations, on inocule au cobaye 1/10, 1/5, 1/3 de centimètre cube de ces mélanges successifs, on constate que les premières séries ne sont pas pathogènes. C'est seulement lorsque la concentration du mélange en salicylate de sodium s'est fortement abaissée (0g0163 à 0g0248) que l'injection devient tétanigène. Il en résulte donc que les toxines ont la propriété de fixer normalement de très fortes proportions d'acide salicylique, *proportions très supérieures à la dose limite neutralisante de celui-ci*. Il y a sursaturation de la toxine par l'anticorps chimique, ce qui appelle des conclusions qui seront ultérieurement développées. »

La fluorescence de l'urobiline. — Le professeur Charles Dhéré (de Fribourg, Suisse), en collaboration avec M. Roche, a fait l'étude des spectres de fluorescence de l'urobiline et des divers composés voisins. L'urobiline est la matière colorante de l'urine ; on suppose qu'elle dérive de l'hémoglobine, pigment rouge du sang, par l'intermédiaire de la bilirubine matière colorante de la bile, mais cette dérivation hypothétique est chimiquement indéterminée. Profitant du fait connu que l'urobiline, en présence d'une petite quantité de sels de zinc, présente une belle fluorescence verte, les auteurs ont analysé les éléments lumineux de cette fluorescence en vue de préciser les ressemblances et les dissemblances de la structure moléculaire dans une série de substances appartenant au même groupe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1931)

Conservation de l'activité pathogène du virus poliomyélitique incorporé dans du beurre. — MM. Levaditi, Kling et Lépine ont montré qu'il est possible de conférer la paralysie infantile aux singes en leur faisant ingérer, soit des émulsions névraxiques virulentes, soit des aliments contaminés (eau, lait, banane). Le beurre pouvant jouer un rôle actif dans la transmission de la poliomyélite par la voie digestive, les auteurs ont étudié la conservation du virus dans le beurre. Ils établissent que, incorporé à du beurre frais, le germe conserve sa virulence à basse température (— 2 degrés) pendant au moins 91 jours. Le fait est intéressant du point de vue du mode de propagation de la paralysie infantile pendant les épidémies.

Récurrenthérapie. — M. Auguste Marie lit une note concernant 50 applications de récurrente au traitement de la paralysie générale.

Le bilan donne en 5 ans 18 rémissions, 16 stabilisations, 17 échecs, soit 34 améliorations dont 18 sorties.

L'auteur se défend d'opposer la récurrente à la malaria.

Il la considère comme un complément précieux en cas de rechute, immunité ou rémission insuffisante.

La réserve alcaline du sang dans le rhumatisme chronique et ses modifications sous l'influence de la cure de Bourbonne-les-Bains. — MM. M. Piéry, M. Milhaud et Grandpierre ont observé chez 13 malades, atteints de rhumatisme chronique polyarticulaire, un abaissement net de la réserve alcaline dans 66 p. 100 des cas. Ces malades soumis


DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HÉPATIQUES ASTHÉNIE ETC.
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
ET Cie
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NÉOPLASMES
BOURGEOIS
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)

à la cure hydrominérale de Bourbonne, cure externe, ont constamment, sauf un cas, présenté un relèvement plus ou moins important de la réserve alcaline (présentation faite par M. Desgrez).

Organisation et rendement d'une mission de prophylaxie du trachome dans les oasis du Sud tunisien. — M. TALBOT. M. Morax présente un mémoire de M. Talbot, chef de la mission de prophylaxie créée en janvier 1930 par un arrêté du directeur général de l'Intérieur et du résident général du Protectorat tunisien. Cette mission va terminer sa deuxième année d'exercice et s'il est encore trop tôt pour apprécier les résultats prophylactiques, on peut dégager de cette expérience certaines directives importantes. L'examen méthodique des écoliers a montré que la proportion des sujets affectés, qui est de 97 p. 100 à Tozeur, atteint 76 p. 100 à Gafsa et 53 p. 100 à Gabès. La contamination se produit plus particulièrement dans les deux ou trois premières années et c'est presque toujours la mère malade qui transmet son trachome à l'enfant.

La contamination est préscolaire et aucun cas de transmission scolaire n'a été observé. Il n'y a donc pas de nécessité d'instituer des classes spéciales pour trachomateux. Il y a, par contre, utilité à traiter les enfants à l'école par une action thérapeutique quotidienne sous la surveillance médicale espacée. Le collaborateur imposé au médecin est l'instituteur indigène ou français. Les soins sont donnés à la fin de la classe du soir, le temps nécessaire étant pris sur les horaires officiels. En dehors de l'école, l'action prophylactique, qui doit surtout viser les filles et les mères, s'exerce par l'intermédiaire des dispensaires gratuits installés à Gabès, Gafsa, Tozeur. Six infirmières appointées par le Comité central de l'œuvre de protection de l'enfance en Tunisie, sont attachées à ces dispensaircs et sont infirmières le matin et visiteuses l'après-midi. Elles assument l'action de propagande indispensable pour amener l'élément féminin, source éminente de la contagion familiale, à se faire soigner.

Le facteur principal de l'action sociale, soit à l'école, soit dans les dispensaires, est la gratuité absolue des traitements, des médicaments et des interventions.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1931)

L'autopyovaccin dans le traitement des suppurations pulmonaires putrides. — MM. Léon BERNARD et PÉLISSIER ont utilisé un autopyovaccin, préparé à partir des crachats fétides des malades, en « passant par le cobaye ».

Dans les abcès gangréneux isolés, les résultats en ont été excellents, non pas seulement dans ceux de ces abcès qui doivent guérir spontanément, mais aussi dans des abcès vieux de plusieurs mois, et pour lesquels on propose ordinairement l'opération chirurgicale, si dangereuse.

Dans les gangrènes diffuses subaiguës, de bons résultats ont été enregistrés chaque fois qu'il n'y avait pas de dilatation des bronches associées.

De toute manière, l'autopyothérapie agit toujours très vite sur la bronchorrée, la fedidité, sur la fièvre, et cette action symptomatique justifierait l'intérêt de cette médication.

Un cas de péricardite subaiguë tuberculeuse secondaire de l'adulte. — MM. Léon BERNARD et PÉLISSIER ont observé un cas de péricardite tuberculeuse secondaire chez l'adulte, à évolution subaiguë mortelle. Ils insistent sur la nature hématique de l'épanchement et sa richesse extraordinaire en bacilles de Koch.

Cancer primitif pleuro-pulmonaire avec éosinophilie pleurale. — MM. Léon BERNARD, Julien MARIE et J. AUCHEL rapportent l'observation d'un malade qui présenta, au cours de l'évolution d'un cancer primitif du poumon, un épanchement pleural hémorragique contenant 56 p. 100 de polynucléaires éosinophiles.

A propos d'un cas d'ictère grave avec atrophie jaune aiguë du foie. — MM. Etienne CHABROL et A. BUSSON rapportent une observation d'ictère grave qui s'est déroulé en un laps de temps très bref : cinq jours au maximum. Les signes d'urémie et de réaction méningée faisaient complètement défaut. Bien que la glande hépatique ne présentât aucun signe de cirrhose, son atrophie était considérable, le poids du foie étant tombé à 725 grammes.

Du point de vue histologique, les auteurs soulignent l'importance de la macrophagie pigmentaire ayant pour territoire le centre des lobules hépatiques. Il s'agit là d'une lésion relativement rare si l'on en juge par les renseignements bibliographiques.

Diagnostic bronchoscopique des cancers bronchopulmonaires. — M. A. SOULAS insiste sur la valeur de la bronchoscopie dans le diagnostic des cancers bronchopulmonaires. Les signes endobronchiques les plus caractéristiques du cancer sont la tumeur diffuse, l'infiltration, l'état hémorragique de la muqueuse, les anomalies de forme et de direction des conduits bronchiques.

Manifestations hépatiques au cours d'état encéphalo-méningé. — MM. Ch. RICHET fils, André JACQUELIN et François JOLY.

Les ictères de l'acide phénylquinoléine carboxylique. — MM. Et. CHABROL, A. BUSSON et J. MENNECIER.

Hépatosphénomégalie familiale due à une syphilis de deuxième génération. — M. Marcel PINARD.

Atrophie mammaire et pneumothorax artificiel. — MM. RIST, COURNAN et VÉRAN.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1931)

Le métabolisme du phosphore dans quelques maladies généralisées des os. — MM. M. LABBÉ et M. FABRYKANT présentent les résultats des recherches qu'ils ont effectuées dans la maladie de Recklinghausen, l'ostéomalacie et la maladie de Paget. La formule phosphorée sanguine se montre analogue dans les deux premières affections; elle est caractérisée par l'abaissement de toutes les fractions du phosphore sanguin. Dans la maladie de Recklinghausen, le bilan d'entrée et de sortie est négatif; il devient positif à la suite du traitement (ergostérol irradié, chlorure de calcium). Cet examen a donc une valeur pratique pour l'appréciation précoce de l'effet du traitement.

Dans la maladie de Paget que certains auteurs allemands considèrent comme identique à la maladie de Recklinghausen, MM. Labbé et Fabrykant trouvent soit une formule sanguine normale, soit même une élévation du phosphore organique non lipidique; le bilan se montre ici nettement positif.

Le phosphore sanguin dans les affections du cœur avec foie cardiaque. — MM. M. LABBÉ, C. ZAMFIR et M. FABRYKANT ont constaté que dans les affections du cœur ne s'accompagnant pas de trouble du fonctionnement hépatique, la formule phosphorée du sang peut rester normale. Par contre, dans les cas compliqués d'une atteinte du foie, ils ont trouvé un trouble du métabolisme phosphoré dans le sens de la diminution de diverses fractions du phosphore sanguin.

Magnésium et grossesse. — MM. H. VIGNES et H. POTÉ. La teneur de l'organisme en magnésium est plus élevée chez les souris pleines que chez les femelles témoins. Peut-être aussi, la teneur augmente-t-elle au fur et à mesure que la gestation est plus avancée.

Sur le passage des antitoxines et des toxines à travers la barrière méningée. — MM. G. RAMON et P. DESCOMBEY. Les nombreuses expériences effectuées, et dont quelques-unes seulement sont exposées dans cette note, montrent que la barrière méningée n'est absolument infranchissable ni aux antitoxines ni aux toxines. En particulier, le liquide céphalo-rachidien du cheval immunisé, soit contre l'intoxication tétanique, soit contre l'intoxication diphtérique, contient une proportion minime sans doute, néanmoins très appréciable d'antitoxine spécifique; l'antigène injecté dans la cavité rachidienne du cobaye, du lapin, passe rapidement, en grande proportion, dans la circulation générale.

Essais sur l'immunité antitoxique. L'antigène injecté dans la cavité rachidienne provoque t-il la formation locale d'antitoxine? — MM. G. RAMON, P. DESCOMBEY et S. BILAL. Les expériences et les résultats rapportés autorisent à conclure que l'antigène injecté dans la cavité rachidienne ne détermine pas la formation locale d'antitoxine. Quelle que soit la voie d'introduction de l'antigène, la production de l'antitoxine est, comme l'immunité antitoxique qu'elle conditionne d'ailleurs, d'ordre général. L'antitoxine en provenance de la circulation sanguine n'arrive dans le liquide céphalo-rachidien qu'en traversant la barrière vasculo-méningée rendue plus aisément franchissable grâce à la réaction méningée que provoque l'injection intra-rachidienne d'antigène, par exemple.

Virus de l'encéphalo-myélite enzootique (maladie de Borna) et électrophorèse. — M. S. NICOLAU et Mme L. KOPCIOWSKA soumettent au passage du courant électrique des émulsions de cerveau provenant d'animaux morts d'encéphalo-myélite enzootique expérimentale conférée par voie sous-duremérienne. Ils arrivent aux conclusions suivantes : dans des émulsions accusant un pH de 7,4-7,2 et 6,6, les particules qui servent de support au virus de la maladie de Borna ont une charge électrique négative. Dans une émulsion à pH 5,6, ces particules se déplacent sous l'influence du courant électrique vers les deux pôles, mais d'une manière inégale : tandis qu'on trouve du virus en abondance au niveau de la cathode. Des expériences faites sur des émulsions à pH encore plus acides, ne donnent aucun résultat, puisque l'acidité trop prononcée du milieu, jointe à la dilution réalisée par l'opération d'électrophorèse, finit par enlever totalement la virulence de l'émulsion.

REVUE DES THÈSES

De l'hystérectomie abdominale totale (1),
par le docteur Lucien DIAMANT-BERGER.

1° La totale est une opération supérieure à la subtotale à plusieurs points de vue essentiels; en particulier :

— Elle dispense du drainage abdominal.

— Elle supprime tous les inconvénients résultant de la persistance d'un col infecté.

— Elle met à l'abri de la cancérisation secondaire.

Elle ne mérite aucun des reproches qui lui sont couramment adressés concernant la statique pelvienne et la vie génitale ultérieure.

La qualité de la guérison qu'elle confère est donc aussi parfaite que possible, ainsi qu'en témoignent les 92 résultats éloignés que nous avons observés.

2° La totale est certainement plus difficile à réaliser que la subtotale, mais la technique que nous décrivons obvie à cet inconvénient, qui ne devrait pas, d'ailleurs, entrer en ligne de compte.

Sa plus grande gravité opératoire est formellement démentie par les chiffres que nous apportons. En effet, le même chirurgien, sur un très grand nombre de cas, a une mortalité de 6 p. 100 sur la subtotale, et de 4,1 p. 100 sur la totale. Il avait par ailleurs, avant la mise au point de la technique décrite, une mortalité de 10,25 p. 100 : ce chiffre démontre surabondamment la plus grande gravité des autres procédés.

3° Pour étudier cette technique, nous avons pratiqué des lipioradiographies sur un certain nombre d'artères utérines. Or, la lecture de nos clichés démontre essentiellement que l'artère cervico-vaginale doit être considérée comme la véritable artère du col utérin.

On ne conçoit donc pas que l'on puisse exécuter une hystérectomie totale, avec toutes les garanties désirables de sécurité, sans consacrer à la ligature de cette artère un temps opératoire suffisamment individualisé.

4° Or ce temps n'avait jamais été décrit, dans les techniques antérieures, ou tout au moins n'avait-il été qu'ébauché dans deux ou trois publications. Il existe réellement dans celle de M. Wiart, où l'hémostase de l'artère du col se trouve assurée par une pince spéciale, verticalement disposée en dedans de la pince à utérine, et dont tous les détails de mise en place sont parfaitement réglés.

5° Nous avons apporté par nos lipio-radiographies, la preuve anatomique de l'excellence de cette technique, qui n'avait jusqu'alors été vérifiée que cliniquement. Cette preuve

(1) *Th. de Paris.* — Paris, Louis Arnette.

est tout simplement que la pince verticale, à coup sûr, saisit l'artère du col, et permet d'en réaliser la ligature.

6° Elle est également que l'uretère, contrairement à une notion couramment répandue, ne peut pas être mis en danger par l'exérèse du col, si l'on utilise le procédé décrit.

7° Pour cet ensemble de raisons, nous croyons que la totale est appelée à supplanter la subtotale dans la majorité des cas où l'hystérectomie abdominale est indiquée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1930-1931 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 84. AUBERTIN. — Contribution à l'étude des rapports des cardiopathes et de l'anesthésie générale.

93. BENSIMON. — La césarienne suprasymphysaire d'après les documents recueillis à la Maternité de Nancy.

66. BERGE. — Sur l'organisation de la lutte contre la syphilis héréditaire.

59. BERNARD (Mlle). — Les formes latentes, frustes et fugaces de l'ophtalmie sympathique.

76. BERTHELOT. — De l'abouchement de l'uretère dans l'urètre prostatique.

68. BLEICHER. — Anatomie médico-chirurgicale des glandes surrénales. Voies d'accès opératoire.

71. CASILE. — Migration intrapelvienne progressive de la tête fémorale et fonction ovarienne.

88. CHICLET. — Epilepsie et puerpéralité.

91. CHOLTUS. — L'artérite goutteuse.

75. COUETTE. — Le réflexe oculo-cardiaque dans la démence précoce.

62. DELNATTE. — Anémie pernicieuse et paludisme.

52. DEMANGE (Mlle). — Cancer du col de l'utérus. Etude statistique et thérapeutique.

53. DESBONNETS. — Contribution à l'étude de la hernie crurale prévasculaire.

55. DUPAS. — Des fistules duodénales consécutives à la néphrectomie droite.

57. DURAND. — L'intervalle libre dans les traumatismes craniens au point de vue médico-légal.

81. FLOUQUET. — Contribution à l'étude des manifestations vasculaires chez les porteurs de côtes cervicales.

50. GAUME. — Contribution à l'étude de l'action du bain carbo-gazeux naturel sur les troubles de la ménopause.

69. GENEL. — L'asystolie dans la maladie de Basedow. Son évolution, son traitement.

65. GENTIN. — Ruptures sous-cutanées et désinsertions traumatiques du tendon inférieur du biceps brachial.

78. GEORGE. — L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée dans la furonculose.

79. GRIMAUD. — Les kystes mandibulaires d'origine dentaire. Etude clinique et thérapeutique.

92. HENNEQUIN (Mlle). — Contribution à l'étude physiologique et clinique de la pression moyenne.

67. HUET. — Le traitement du mal de Pott dorso-lombaire tout en assurant la marche.

73. HUSSON (Mlle). — Contribution à l'étude du rôle puerpéral des tumeurs des os du bassin.

51. KAISER. — La spirochétose ictéro-hémorragique. Etude sur la période d'incubation.

72. KRAEMER. — Contribution à l'étude des corps étrangers articulaires.

70. LAURENT. — Les méningites aiguës à entérocoques.

86. LOUYOT. — Contribution à l'étude de la rétrodéviation utérine mobile au cours du postpartum.

80. MANONVILLER. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie du rhumatisme articulaire aigu.

74. MARCHAL (Mlle). — L'insuffisance hépatique dans ses rapports avec la puerpéralité.

49. MASSON. — Les albumines du sérum dans la tuberculose pulmonaire. Variations, quotient albumineux, signification pronostique.

54. MENARD. — Contribution à l'étude de la polypose nasale syphilitique.

90. MICHEL. — La thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

96. MOSINGER. — Contribution à l'étude des syndromes sympathiques viscéraux dans les lésions de l'axe cérébro-spinal, en particulier dans les traumatismes médullaires. Complications infectieuses et des syndromes vaso-moteurs extraviscéraux qui les accompagnent.

47. NILUS. — L'aspect radiologique de la selle turcique normale et pathologique.

63. POIROT. — Contribution à l'étude des états de choc consécutifs à l'accouchement.

87. POLU. — La cholestérolémie des tuberculeux pulmonaires.

77. SAMUEL. — La synostose radio-cubitale congénitale.

48. SCHÄCHTER. — Les sévices envers les enfants. Etude médico-légale et sociale.

89. SEGAL. — Premières recherches sur les variations du pH sanguin au cours de la syphilis acquise.

94. SEIGNEUR. — L'opération de Kraske (extirpation du cancer du rectum par voie sacrée avec rétablissement de la continuité intestinale).

56. SIMONIN. — Le flutter auriculaire chez l'homme. Etude clinique et électrocardiographique.

46. STEICHEN. — Contribution à l'étude de la douleur viscérale abdominale et de sa répercussivité périphérique. (Etude limitée à la moitié droite de l'abdomen.)

85. TARTE. — Quelques observations du traitement de l'hypospadias par la méthode de Nové-Josserand.

45. THOMAS. — Les manifestations circulatoires de la douleur provoquée.

60. VEILER. — Contribution à l'étude des effets thérapeutiques de l'acétylcholine, en particulier dans la transpiration des tuberculeux.

44. VIAL. — Les ondes entretenues en chirurgie : le bistouri électrique.

61. WAGENLANDER. — L'utilisation des eaux minérales diurétiques en dehors des stations.

82. WALTRIGNY. — Traitement des gastro-entérites des nourrissons par les doses massives de cultures lactiques fraîches.

83. WEIS. — Le pH en dermatologie.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 64. MOUSTAFOFF. — Les insuccès thérapeutiques dans le traitement de l'hérédo-syphilis au cours de la gestation.

58. ROZEN. — Thorax en carène.

95. VASSILEFF. — Contribution à l'étude de quelques cas de métrite hypertrophique, pseudo-néoplasique.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, Montpellier, n° 77, p. 1450; Strasbourg, n° 78, p. 1463; Toulouse, n° 82, p. 1532.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Cataracte nucléaire sénile, par le docteur H. SPINDLER (de Lille). Un volume de 112 pages et 27 figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 88. — MERCREDI 4 NOVEMBRE 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 4 NOVEMBRE 1931. — N° 88.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Pathogénie des calculs biliaires, par M. le professeur Henri Hartmann.
XLe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. (Fin. Compte rendu par M. Dariau.)
Communications particulières.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux.
Société de chirurgie.
Société de médecine de Paris.
PRATIQUE MÉDICALE
Manifestations pubertaires, pré et postpubertaires d'hypoplasie orchitique, par M. A. Savigny.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Complications intestinales de la fièvre typhoïde.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 29 octobre. — Questions données : « Arthrites blennorragiques du genou. — Symptômes et diagnostic des paralysies faciales périphériques. »

MM. Laude, 15; Maspetiol, 19; Aliker, 15 ; Soubrane, 24 ; Flori, 14; Chatain, 21 ; Tribalet, 17; Suchmann, 23 ; Billard, 18.

Séance du 30 octobre. — Questions données : « Plaies du poumon. — Diagnostic de la fièvre typhoïde à la période d'état. »

Mlles Salembiez, 16 1/2 ; Verlière, 15 ; MM. Bréhant, 24 ; Baratoux, 17; Dutray et Mlle Huguet, 19; MM. Pyt, 21 ; Seringe, 20 ; Brouet, 20 1/2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Agrégation. — Les compositions des concours de l'agrégation des Facultés de médecine 1er degré ci-après :

Section II : physique;

Section I : médecine générale,

fixées primitivement aux 6 et 7 novembre 1931, sont reportées aux 12 et 13 novembre 1931 pour la physique et 9 et 10 novembre pour la médecine.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Lavergne, maire de Latourrette (Corrèze).

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Un concours sera ouvert le 1er décembre 1931, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'admission à des emplois, sans limitation de nombre, de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales et à un emploi de pharmacien sous-lieutenant des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et le pharmacien admis à la suite de ce concours seront nommés médecin ou pharmacien lieutenant au 31 décembre 1931, avec, pour les médecins, une majoration d'ancienneté d'un an dans ce grade sans rappel de solde.

Ils suivront à Marseille, pendant huit mois, les cours de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

A l'issue de ce stage ils pourront percevoir une bourse de 10.000 fr. à condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse (cinq bourses sont offertes par l'Afrique Occidentale Française; cinq par Madagascar, cinq par le budget de la Guerre pour toutes colonies).

Les dispositions relatives à l'admission aux emplois susvisés ont fait l'objet d'un arrêté inséré au *Journal officiel* du 30 avril 1931 (p. 4716).

Tous renseignements complémentaires ainsi qu'une notice relative au Service de santé militaire colonial seront adressés aux candidats qui en feront la demande au ministre de la Guerre (8e direction, 1er bureau).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Par arrêté en date du 28 octobre 1931, un crédit global de 19.680.616 fr. 70 a été reporté de l'exercice 1930-1931 à l'exercice 1931-1932 du budget du ministère de la santé publique (prélèvement effectué sur le produit net de la taxe des cercles de jeux et destiné à des subventions aux organismes de lutte anticancéreuse, aux dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse).

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Le *Journal officiel* du 30 octobre 1931 publie (p. 11369 à 11375) un arrêté fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

MARINE MILITAIRE. — Un décret en date du 28 octobre 1931 prévoit pour les élèves du Service de santé de la marine en possession de leur diplôme de docteur en médecine une indemnité d'impression de thèse dont le montant est fixé à mille francs.

ÉQUIVALENCES. — Le *Journal officiel* du 31 octobre publie (p. 11402 et 11403) la liste des titres étrangers admis en équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE. — La Société française d'hématologie tiendra sa première séance le mercredi 4 novembre, à 9 h. 30, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Christophe (service du professeur Carnot), sous la présidence d'honneur du professeur Hayem et sous la présidence du professeur Chauffard.

Le bureau de la Société est composé ainsi :

Président d'honneur : M. Hayem; président : M. Chauffard; vice-présidents : MM. Achard, Vaquez, Jolly, Sabrazès (province), Nolf (étranger); membres du Comité : MM. Aubertin, Clerc, N. Fiessinger, Roskam, P. Emile-Weil, Weinberg; secrétaire général : M. Paul Chevallier; secrétaire général adjoint : M. Jean Bernard; trésorier : M. Weissenbach; trésorier adjoint : M. Deren; bibliothécaire : M. G. Rosenthal.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur P. Chevallier, à l'hôpital Cochin, rue du Faubourg-Saint-Jacques, à Paris.

AVIS DE VACANCE. — Un poste de médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Marseille est vacant par suite du départ de M. le docteur Alombert-Goget, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

XVIe CROISIÈRE DE « BRUXELLES MÉDICAL » AUX ILES DE SOLEIL. — La croisière annuelle de grandes vacances organisée par *Bruxelles médical* s'effectuera, en 1932, en Atlantique et en Méditerranée Occidentale, suivant l'itinéraire ci-après : Bordeaux, Porto, Lisbonne, Punta Delgada et Horta (îles Açores), Funchal (Madère), Ténériffe (Canaries), Casablanca (Rabat, Larache), Tanger, Ceuta (Tétouan, Maroc Espagnol), Palma de Majorque (Baléares), Cagliari (Sardaigne), Côtes Est de la Sardaigne et de la Corse, Livourne (Pise et Florence), Marseille.

Le départ aura lieu de Bordeaux le 27 juillet et le retour à Marseille, le 21 août. Le navire à bord duquel aura lieu le voyage est le paquebot de luxe *Brazza* (15.000 tonnes). Ce navire, bien connu des médecins, sera, comme pour les croisières médicales antérieures, spécialement affrété par notre confrère. Le voyage sera également, comme les précédents, organisé « à bureaux fermés », pour bien garder à nos croisières leur caractère d'œuvre, indispensable à leur renom, et justifier leur raison d'être.

Le *Brazza* sera commandé par le commandant Cariou.

Deux classes sont prévues, avec un prix minimum médical de 4.975 fr. français en 1re classe, et de 2.325 fr. français en 2e classe. Deux tarifs par classe ont été établis : un pour les docteurs et leurs familles (femmes de médecins et enfants mineurs célibataires) et un autre pour les personnes ne faisant pas partie du corps médical, mais recommandées par leur médecin de famille. Jusqu'au 1er février 1932, seront seules acceptées les inscriptions de médecins et familles de médecins. Une liste d'attente sera dressée pour les autres.

Des excursions facultatives et forfaitaires seront organisées dans les ports et aux environs. Le prix en sera modéré.

Pour tous renseignements complémentaires et les inscriptions, prière de s'adresser de notre part à la Section des voyages de *Bruxelles médical*, 29, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles, qui enverra sur demande outre la photographie du navire, le plan du paquebot, la carte de la croisière et le barème des prix, toutes indications utiles sur le voyage. Une brochure complète paraîtra sous peu.

En raison de l'affluence habituelle des demandes, il sera, comme toujours, tenu compte de l'ordre d'arrivée des inscriptions. Les médecins que ce voyage intéresse sont priés de se signaler dès maintenant, sans engagement de leur part, bien entendu.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Steinhäuslin (du Locle) et Alfred Machard, président de la Société genevoise de pédiatrie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cours de clinique chirurgicale. (Hôpital Cochin. Professeur : M. Pierre Delbet.) — M. le professeur Pierre Delbet commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 12 novembre 1931, à 10 h. du matin, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— Cours de médecine légale. — M. le professeur Balthazard commencera ce cours le vendredi 13 novembre, à 18 h. (grand amphithéâtre), assisté de MM. Duvoir et Piédelièvre, agrégés, et de M. Hugueney, professeur à la Faculté de droit.

Le cours aura lieu tous les jours, à la même heure et au même amphithéâtre.

— Clinique obstétricale. (Clinique Baudelocque.) — M. le professeur Couvelaire reprendra son cours de clinique le vendredi 13 novembre, à 11 h., et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : Discussion d'observations cliniques.

Vendredi : Présentation de malades.

— Clinique de la tuberculose. (Hôpital Laennec. Professeur : M. Léon Bernard.) — M. le professeur Léon Bernard commencera ses leçons à la salle des conférences de la clinique le mercredi 18 novembre 1931, à 11 h., et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Les leçons porteront spécialement sur la thérapeutique de la tuberculose.

— Clinique médicale de l'hôpital Cochin. — M. le professeur Charles Achard commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la Clinique médicale le samedi 21 novembre 1931, à 10 h. 1/2, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— Clinique médicale propédeutique. (Hôpital de la Charité. Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile Sergent.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 7 décembre au samedi 12 décembre inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 fr.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

PATHOGÉNIE DES CALCULS BILIAIRES

Par le Professeur Henri HARTMANN
Membre de l'Académie de médecine.

Pendant un temps, à la suite des travaux de Bouchard, on a regardé la lithiase biliaire comme le résultat d'une maladie par ralentissement de nutrition. Cette opinion a ensuite fait place à une série d'autres encore discutées. Actuellement, en France, deux hypothèses pathogéniques se partagent le plus grand nombre des auteurs, celle de l'école Chauffard et celle de l'école Gilbert.

Pour Chauffard « *l'hypercholestérinémie est une des conditions pathogéniques constantes de la lithiase* ». Cette hypercholestérinémie serait le résultat d'un trouble dans le fonctionnement de la cellule hépatique, au niveau de laquelle la cholestérine, dit Grigaut, s'élimine normalement sous forme d'acide cholalique. Que le fonctionnement de la cellule hépatique soit altéré, il y a diminution de la quantité d'acide cholalique dans la bile et augmentation de la cholestérine, qui, en excès, se précipite d'autant plus facilement que l'acide cholalique est le principal agent de sa solubilisation.

Sur un point, nous sommes d'accord avec l'école Chauffard : *L'hypercholestérinémie est le résultat d'un trouble dans le fonctionnement de la cellule hépatique.* Rien d'étonnant à ce qu'elle soit fréquente chez les lithiasiques, car d'une manière habituelle, les malades atteints de lithiase, alors même que celle-ci est simplement vésiculaire, présentent au niveau du parenchyme hépatique des lésions inflammatoires. Des biopsies, que nous avons faites sur le foie au cours d'opérations pour cholélithiase même limitée à la vésicule, ont montré à notre élève Caroli l'existence de lésions du parenchyme hépatique, ce qu'avaient déjà signalé, en Amérique, Graham et Mac Carthy; en Allemagne, Tietze et Winkler. Ces lésions siègent non seulement au voisinage de vésicules enflammées, mais aussi à distance, comme Caroli a pu le constater sur des fragments de tissu hépatique, que nous avions prélevés sur le lobe gauche du foie, à grande distance, par conséquent, de la vésicule enflammée. Ce sont ces lésions hépatiques qui expliquent l'hypercholestérinémie. Celle-ci diminue, comme l'a constaté un autre de nos élèves, Petit-Dutaillis, après l'intervention chirurgicale; son abaissement est surtout marqué après les opérations pour lithiase cholédocienne. L'opération, qui améliore le fonctionnement de la cellule hépatique, entraîne une diminution de la cholestérinémie. Il semble bien que l'hypercholestérinémie soit, comme l'a dit Chauffard, en rapport avec un trouble dans le fonctionnement de la cellule hépatique.

S'ensuit-il qu'elle est une cause de la lithiase comme le veut Chauffard? Je ne le crois pas. En rapport avec une altération de la cellule hépatique, elle manque en l'absence de celle-ci, alors même qu'il existe de la cholélithiase. Les analyses faites par Petit-Dutaillis et Mestrezat sur les malades de la clinique de mon collègue Gosset, ont montré sur 14 cas de lithiase cholédocienne sept fois un taux de cholestérine atteignant ou dépassant 1g80, soit dans 50 p. 100 des cas, alors que sur 41 cas de cholécystite calculeuse, maladie où le fonctionnement de la cellule hépatique est moins altéré que dans la lithiase cholédocienne, on ne trouve une augmentation de la cholestérine du sang que dans 12 cas, soit 28 p. 100.

Si l'hypercholestérinémie avait, comme le croit Chauffard, un rôle capital dans la formation des calculs biliaires, comment expliquer ce fait que dans les maladies telles que la néphrose lipoïdique, qui s'accompagne d'une élévation considérable du taux de la cholestérine sanguine, allant jusqu'à 10, 15 et même 56 grammes, on n'ait jamais signalé l'existence d'une lithiase biliaire concomitante? Comment expliquer que l'hypercholestérinémie soit aussi inconstante chez les lithiasiques et qu'elle diminue après les interventions chirurgicales?

Ajoutons enfin que l'hypercholestérinémie n'entraîne pas une augmentation du taux de la cholestérine dans la bile, loin de là. Les analyses de la bile, soit prélevée au cours de l'opération (Petit-Dutaillis et Mestrezat), soit recueillie par tubage duodénal (Chabrol et Bénard, Chiray) ont montré que, dans les cas de cholélithiase, non seulement il n'y a pas augmentation du taux de la cholestérine dans la bile, mais qu'au contraire l'hypocholestérinocholie est habituelle.

Gosset, qui admet, comme Chauffard, le rôle primordial de l'hypercholestérinémie, pense que la paroi de la vésicule est le lieu de production des calculs. Frappé par l'aspect que présentent les dépôts jaunâtres qu'on rencontre quelquefois dans l'épaisseur de la muqueuse vésiculaire et que Mac-Carthy a décrits sous le nom de vésicules fraises, il voit là le premier stade de l'évolution des calculs. En fait, les vésicules fraises, que nous avons enlevées, n'étaient jamais accompagnées de calculs et les vésicules calculeuses ne présentaient pas l'aspect de vésicules fraises. Que dans quelques cas, vésicules fraises et calculs aient été associés, c'est possible. Gosset en a publié des exemples, mais ce sont là des faits exceptionnels. La vésicule fraise correspond, ainsi que l'ont indiqué Lecène et Moulonguet, à une forme de cholécystite légère et les grains jaunes à des dépôts lipoïdiques dans la muqueuse tels que nous en avons observés dans d'autres régions, en particulier au niveau des trompes utérines sur des pièces que nous avons remises à Lecène, alors qu'il était notre assistant.

Naunyn en Allemagne, Gilbert en France, contrairement aux opinions émises par Chauffard et ses élèves, admettent pour les calculs une *origine infectieuse*. Dans un grand nombre de cas, comme l'ont établi les examens de Gilbert et Dominici, de Hanot et Létienne, de Gilbert et Fournier, etc., on trouve au centre des calculs des agents infectieux. Cette constatation ne suffit toutefois pas pour dire que le microbe est la cause du calcul, il peut y avoir eu pénétration secondaire du calcul par un agent microbien. Gilbert lui-même, avec son élève Fournier, a montré qu'elle était possible. Ayant stérilisé par tyndallisation, des calculs de cholestérine, puis les ayant plongés dans une culture de colibacilles, il a

constaté, au bout de quinze jours, que le calcul contenait, dans son centre, du colibacille. Cliniquement, cette pénétration ne doit toutefois guère exister. Ce qu'on observe au contraire assez souvent, ce que j'ai constaté personnellement, ce sont des calculs à centre infecté contenus dans une bile stérile. Il semble dès lors probable qu'au moment de la formation du calcul, il y avait infection de la vésicule, puis que, secondairement, les microbes ont disparu de la vésicule, ne persistant qu'à l'intérieur des calculs.

Tous les chirurgiens ont vu des cholécystites sans calculs, ils n'ont pas vu de calculs sans cholécystite, ce qui porte à penser que l'inflammation de la vésicule précède la formation des calculs.

La question ne pouvait toutefois être tranchée d'une manière définitive que par l'expérimentation. Les premières concrétions obtenues expérimentalement l'ont été sur le lapin, par Gilbert et Dominici, après production d'une cholécystite typhique. Quelques années plus tard, le même Gilbert, avec un autre de ses élèves, Fournier, obtint, après inoculation de la vésicule par du colibacille, de véritables petits calculs chez le lapin, le cobaye et le chien. Ces calculs expérimentaux ne se rencontraient toutefois que d'une manière exceptionnelle, et il faut arriver jusqu'aux patientes recherches de notre élève Mignot, en 1898, pour voir préciser les conditions de leur production. A partir de ce moment, comme l'a écrit Gilbert, « ce qui n'était que hasard heureux d'expériences, est devenu entre ses mains conséquences habituelles ».

Dans ses expériences sur le cobaye, Mignot montra que l'infection était nécessaire pour la production expérimentale de la cholélithiase.

La présence de corps étrangers ne suffit pas pour déterminer leur formation. Au bout de six mois, un fil de soie aseptique, au bout de huit mois, un tampon d'ouate aseptique ont été retrouvés dans la vésicule simplement teintés en jaune, sans la moindre cristallisation biliaire.

La stase biliaire, si elle est aseptique, est de même sans action, même combinée à la présence d'un corps étranger. Ayant placé dans la vésicule un ressort de laiton aseptique, Mignot sacrifie l'animal sept mois après. La vésicule est toujours tendue sur son support métallique, ses parois ne présentent pas la moindre inflammation, la bile est claire, sans précipité visible au microscope ; le fil de laiton n'est recouvert d'aucune concrétion.

L'infection seule est de même insuffisante, surtout quand elle est intense; en introduisant dans la vésicule des fils de soie ou de petits tampons d'ouate infectés avec du bactérium coli, du staphylocoque ou du streptocoque, on détermine le développement d'une cholécystite plus ou moins intense avec précipitation de boue biliaire mêlée au pus, mais pas de formation de vrais calculs.

Pour obtenir ceux-ci il faut utiliser des *cultures microbiennes atténuées*, les cultivant pendant plusieurs mois dans de la bile additionnée de quantités de plus en plus faibles de bouillon ou de sérum ascitique. Il faut, de plus, *empêcher l'expulsion prématurée de concrétions molles*. Mignot y arrivait de la manière suivante : il remplit la vésicule avec un tampon d'ouate ou de gaze stérile sur laquelle il dépose une parcelle de culture; trois semaines après la vésicule enflammée est devenue rigide, il retire le tampon, constate qu'il y a déjà des concrétions molles mais pas de véritables calculs; il referme la vésicule et attend six mois avant de sacrifier l'animal. Sur 17 animaux, 9 avaient des calculs, soit plus d'un sur deux.

A partir de ces expériences minutieusement suivies, la possibilité d'obtenir expérimentalement des calculs en suivant une technique précise est établie.

Myake, Klinkert, Flandin obtinrent de leur côté des calculs expérimentaux. On a dit que ces calculs expérimentaux « différaient grandement des calculs humains par leur pauvreté en cholestérine et par leur constitution presque uniquement pigmentaire ». (Chauffard). Cette assertion, vraie pour les quelques calculs obtenus par Klinkert, par Flandin à la suite de traumatismes de la vésicule associés à des injections bactériennes intraveineuses, est inexacte pour les calculs obtenus par Mignot; leur analyse faite par M. Guerbet, professeur à la Faculté de pharmacie, a montré que, suivant les cas, ces calculs étaient presque exclusivement formés de cholestérine ou principalement formés de cholestérine avec addition de quelques sels biliaires ou d'un peu de sels biliaires et de produits d'altération de pigments biliaires. Il s'agissait de calculs identiques à ceux que l'on observe chez l'homme.

Infection atténuée et stase vésiculaire combinées semblent, d'après les belles expériences de Mignot, *les conditions nécessaires pour obtenir les calculs expérimentaux*.

Cette pathogénie de la lithiase biliaire reste toutefois encore discutée. Si des anatomo-pathologistes comme Aschoff et Bacmeister admettent l'importance de la stase, ils estiment que la formation des calculs biliaires est toujours due, au début, à un processus aseptique.

Enfin, un certain nombre d'auteurs, en particulier au Danemark, ont insisté sur l'importance des calculs de pigments. Ces calculs, dont l'élément principal est la bilihumine qui ne se trouve pas normalement dans la vésicule d'après Boysen, se forment dans les voies biliaires et sont entraînés dans la vésicule par le courant de la bile. Une fois arrivés dans la vésicule, ils augmentent par le dépôt de couches successives d'autres substances; de cholestérine en particulier. C'est à cette théorie que se rallie Rovsing qui, dans 530 cas de lithiase qu'il a opérés, a trouvé, en coupant les calculs, dans tous les cas sauf un, un noyau de pigment noir. Les concrétions pigmentaires arrivant dans la vésicule irriteraient la muqueuse, d'où un catarrhe lithogène, déterminant d'autant plus rapidement la précipitation des matières solides que, pendant l'arrêt de la bile dans la vésicule, la résorption de l'eau entraîne une très importante concentration de la bile.

Comme on le voit par ce que nous venons de dire, on ne peut actuellement tirer des conclusions définitives des travaux publiés. Toutefois, comme le fait très justement remarquer Chiray dans son

excellent ouvrage sur la vésicule biliaire, quelques faits se dégagent des diverses opinions exprimées :

Des calculs peuvent se développer primitivement dans la vésicule, l'expérimentation le montre, la constatation de calculs muraux l'établit, l'existence de calculs intrahépatiques reste toutefois bien établie.

L'infection et la stase jouent un rôle.

Il en est de même de certaines altérations humorales et des lésions de la cellule hépatique; point important, le chirurgien qui a enlevé un calcul ne doit pas croire qu'il a nécessairement guéri son malade et doit insister sur la nécessité d'instituer, après son opération, un traitement médical.

XLe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 5-10 octobre 1931 (1).

Communications particulières.

Fracture de l'atlas avec luxation transversale des masses latérales sur l'axis, sans signes fonctionnels importants. — M. GIRAUD (de Marseille) rapporte cette intéressante observation où le traumatisme n'a créé aucun signe fonctionnel appréciable, aucun trouble nerveux important.

Du point de vue médico-légal, la possibilité de pareils faits doit être connue de tous les chirurgiens. Il est bon de prévoir une forte incapacité.

Thoracoplasties d'indications pleurales dans la tuberculose pulmonaire. — M. BONNIOT (de Grenoble). Les indications en sont plutôt rares. Dans un premier temps, il faut drainer la cavité pleurale. L'état général du sujet en est d'ordinaire amélioré et permet ensuite les interventions plastiques. Celles-ci doivent être pratiquées « largement ». L'auteur rapporte en détail quatre observations personnelles.

Traitement des sténoses cicatricielles du larynx par laryngotomie et autoplastie myohyoïdienne. — M. NASTA (de Bucarest) propose une technique qui, six fois de suite, lui a donné d'excellents résultats.

Il pratique une laryngotomie en maintenant les moitiés du larynx écartées par l'interposition de deux fragments de l'os hyoïde.

Un dilatateur est introduit dans le larynx ainsi agrandi ; il détruira mécaniquement le tissu cicatriciel et conservera la béance du canal laryngien.

Le reste de l'intervention est pratiqué aussitôt. Le caractère original de cette technique est justement sa réalisation en un temps. On obtient le même but que par des opérations multiples. On évite les soins opératoires prolongés. On réalise toujours un canal assez large pour assurer une bonne respiration normale. Les résultats sont durables.

Méthode pour assurer la place exacte du greffon dans les fractures du col. — M. STUYT (d'Arnhem). La mise en bonne place du greffon est assurée par l'emploi d'un fil métallique conducteur guidant une mèche perforée suivant son grand axe. La manœuvre s'effectue sous les rayons.

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 81, p. 1506, n° 83, p. 1545, n° 84, p. 1567, et n° 86, p. 1603.

Fixation complémentaire du péroné dans le traitement sanglant des fractures de jambe. — M. VERBRUGGE (d'Anvers). Cette fixation se fait à l'aide d'une simple ligature. Elle facilite la consolidation et évite la formation du valgus qu'on observe souvent au-dessous du foyer de fracture.

Traitement de la coxalgie. — M. CALOT (de Berck) se déclare l'adversaire résolu des interventions sanglantes. Il a du reste suivi la méthode pendant cinq ans.

La comparaison de ses statistiques lui montre que le traitement conservateur donne une mortalité cinq fois moindre que le traitement chirurgical.

Trois cas d'affections post-traumatiques de la tête humérale. — M. ROTTENSTEIN (de Marseille). Cette lésion est caractérisée par un arrachement du trochite et un aspect lacunaire du trochiter. Il y a une douleur vive à la pression et de l'impotence fonctionnelle.

L'intervention montre une petite cavité osseuse à contenu huileux qu'un simple curettage suffit à guérir.

L'auteur en rapporte trois observations.

M. GOURDET (de Nantes) présente : 1° Une sonde métallique à robinet et à courbure de Gely. Cette sonde est munie d'un système spécial d'yeux à fente facilitant le placement des fils suspenseurs dans la cystostomie, et rendant, par suite, l'opération rapide et sûre.

2° Une pince pour tenir la lèvre supérieure de l'incision vésicale, que sa forme permet de poser aisément et qui ne peut déchirer le gant de la main gauche.

3° Un petit dilatateur très simple pour les fistules de cystostomie définitive lorsque celles-ci ont tendance à se resserrer. Ce petit modèle est créé pour les praticiens qui ont à changer la sonde de Pezzer loin d'un chirurgien.

4° De petites valves isolantes destinées à empêcher la brûlure de la paroi opposée au pédicule, dans la diathermie des polypes de l'urètre chez la femme.

Le traitement ambulatoire de la coxalgie. — M. FRŒLICH (de Nancy), compare les résultats dans le traitement de la coxalgie par la méthode classique do l'immobilisation prolongée, et par la méthode ambulatoire.

Depuis 1898, il demeure fidèle à la méthode ambulatoire. 146 cas ainsi traités depuis dix ans, suivis et revus, lui ont donné 15 p. 100 de mortalité globale. Il a eu 10 guérisons parfaites avec mobilité conservée, 72 ankyloses en bonne position, 19 claudications. Il a dû pratiquer 12 ostéotomies contre des ankyloses vicieuses. 12 résultats ont été mauvais.

Tous ces cas ont été diagnostiqués soigneusement avec épreuves radiographiques et examens sérologiques.

Au total, les guérisons sont aussi bonnes qu'avec la méthode classique; elles sont obtenues plus rapidement.

Ostéomes intra-tendineux et intra-ligamentaires. — M. PASTEL (de Lyon). Les ostéomes traumatiques paracondyliens du fémur ne constituent pas une affection spéciale. Ils sont de tous points comparables à d'autres lésions que l'auteur a observées dans les régions les plus diverses après des traumatismes prolongés ou répétés.

Les localisations les plus fréquemment observées sont celles du tendon d'Achille, du tendon du quadriceps fémoral, du fascia lata.

La radiothérapie est très active quand les ostéomes sont de formation récente; le plus souvent l'extirpation chirurgicale s'impose.

Les opérations parathyroïdiennes dans la polyarthrite ankylosante. — M. R. SIMON (de Strasbourg). L'auteur a opéré trois fois des malades atteints de polyarthrite ankylosante. Il rapporte ses observations qui prouvent qu'à côté des

cas avec hypercalcémie qui sont justiciables d'une parathyroïdectomie, il en est d'autres où le taux global du calcium sanguin est normal ou abaissé et chez lesquels la simple exploration chirurgicale du cou est susceptible de produire une amélioration aussi nette, aussi profonde, et autant qu'on peut le dire à présent, au moins aussi durable que celle obtenue par la parathyroïdectomie dans le rhumatisme avec hypercalcémie.

Une technique de mastoplastie. — M. Sénéchal (de Paris). Elle est applicable à tous les cas de ptose et d'hypertrophie mammaire. Elle réalise un véritable soutien-gorge anatomique définitif.

On l'exécute en deux temps : le premier sous anesthésie générale, le second sous anesthésie locale. La cicatrice sous-mamelonnaire verticale disparaît en six mois, mais on peut hâter sa disparition en utilisant l'ionisation suivant la technique de Bourguignon.

Un lambeau piriforme est tracé dont la demi-circonférence supérieure embrasse le point fixé pour l'emplacement nouveau du mamelon. Il descend de part et d'autre du mamelon libéré par une incision circulaire et après avoir circonscrit l'aire de la plicature désirée se termine à angle très aigu au niveau du pli sous-mammaire normal.

Le mamelon est placé à l'endroit qu'il doit définitivement occuper.

La glande est plicaturée par de grands points en V placés horizontalement sur deux plans superposés. La peau ne doit remplir qu'un rôle de recouvrement, jamais de soutien.

Le deuxième temps n'est que le perfectionnement de la plastique déjà obtenue. Il n'intéresse que la partie sous-mamelonnaire.

La suture primitive dans les fractures ouvertes de cuisse. — MM. Grimault et Wilmertz (d'Algrange) sont partisans de la suture primitive dans les fractures ouvertes de cuisse.

Ils en rapportent trois observations : ces fractures ont été causées par des traumatismes graves ayant entraîné des lésions étendues des parties molles.

Deux fois les fragments osseux ont été souillés par la terre : une fois il s'agissait de fractures à esquilles multiples avec séton de la cuisse.

Après excision minutieuse au bistouri électrique, la suture primitive a été faite sur large drainage.

L'ostéosynthèse immédiate a été exécutée deux fois par simple fil de bronze ; une fois l'ostéosynthèse a été pratiquée tardivement avec plaque vissée de Lambotte.

Ces blessés n'ont présenté ni complication infectieuse des parties molles ni ostéite.

Extraction des corps étrangers par la broncho-œsophagoscopie. — M. J. Guisez (de Paris) insiste sur la longue tolérance et la latence des corps métalliques : seize ans dans un cas, quatre ans et demi dans l'autre.

Par contre, les complications sont rapides en cas de corps organiques : graines, noyaux, grains de café.

Au niveau de l'œsophage, les corps étrangers le plus souvent rencontrés sont les os, les arêtes, les dentiers, les épingles de nourrice, les pièces de monnaie.

Les petits os et les arêtes sont particulièrement dangereux. Ils amènent rapidement des complications phlegmoneuses péri-œsophagiennes ou médiastinales.

Quand l'os est enclavé, il faut le morceler. L'usage du tube ovalaire de l'auteur permet l'extraction facile des dentiers même volumineux.

Traitement radio-chirurgical du cancer du sein. Résultats éloignés. — M. Mayer (de Bruxelles) expose sa statistique qui porte sur 208 cas traités par large exérèse suivie pendant quarante-huit heures d'une application de deux tubes de Dominici et de radiothérapie post-opératoire.

La mortalité globale est inférieure à 5 p. 100. Les survies sans récidive après cinq ans dépassent 50 p. 100 dans les cas opérés au début et 20 p. 100 dans l'ensemble des cas y compris les décès et les malades perdus de vue qui ne représentent que 7 p. 100 dans cette statistique minutieusement établie.

En dépit de l'effort des ligues et des centres anticancéreux, l'auteur pense que trop de sujets arrivent au chirurgien à un stade très avancé de leur maladie.

A sa statistique personnelle, M. Mayer ajoute les résultats concordants publiés récemment en France, en Italie, en Suède, en Allemagne, Amérique du Nord, Argentine, Norvège et Belgique.

Angioplastie pédiculée. — M. J. Jiano (de Bucarest). En face d'une lésion étendue, accidentelle ou opératoire intéressant un vaisseau important, mieux vaut recourir à une intervention restauratrice qu'à une ligature.

Les autoplasties vasculaires peuvent être réalisées à l'aide du péritoine ou du « matériel vasculaire » en orientant toujours le tissu réparateur de façon telle que sa face endothéliale regarde la lumière du vaisseau.

L'auteur a pu restaurer expérimentalement la veine cave inférieure et la veine porte au moyen de lambeaux péritonéaux doublés de tissus aponévrotiques fibro-musculaires. Il a pu de même réparer une artère iliaque externe en utilisant un cylindre péritonéo-aponévrotique.

Chez l'homme la même méthode a permis de refaire la paroi d'une veine fémorale déchirée au cours d'une cure radicale de hernie crurale ; l'étoffe réparatrice fut le sac herniaire lui-même.

Chez l'homme encore, l'auteur a réparé deux fois une veine fémorale à l'aide d'un lambeau emprunté à une saphène.

M. Jiano a fait construire une pince spéciale élastique qui, appliquée à demeure, réalise la fermeture définitive d'une plaie vasculaire latérale ou transversale incomplète.

A propos des césariennes et en particulier des césariennes basses. — M. Ferey (de Saint-Malo) dit sa préférence pour la césarienne basse. Sur 42 interventions il a pratiqué 21 fois la césarienne basse, 14 fois la césarienne haute et 7 fois la césarienne avec hystérectomie. Il a eu un seul décès ; il s'agissait d'une femme asystolique opérée par césarienne haute.

L'auteur expose des détails de technique qui lui paraissent importants : la suture utérine doit être pratiquée au catgut n° 2 ou 3 ; elle est faite « en lacet de soulier » le surjet étant arrêté tous les 2 points par deux nœuds ; dès que le placenta est enlevé, il convient de faire une injection immédiate d'hypophyse ; la meilleure anesthésie est la rachi-cocaïnisation.

Considérations cliniques et chirurgicales sur 250 lithotrities. — M. Cathelin (de Paris) expose sa statistique personnelle, la plus forte de France, depuis la mort de Guyon.

Il étudie successivement le rôle de l'âge et du sexe, le diagnostic, le nombre des pierres, leurs dimensions et leur nature chimique, leurs poids, la durée de l'intervention, les résultats immédiats et éloignés, avec une suite de considérations sur cette admirable opération qu' « il faudrait inventer si elle n'existait pas ».

L'auteur conclut ainsi : « Je place cette opération à côté des pyramides, c'est la huitième merveille du monde ».

Nouvelle méthode d'anesthésie. — MM. Pascalis et Garrelon (de Paris) rappellent l'importance du réflexe oculo-cardiaque qui renseigne sur les réactions éventuelles du malade à l'anesthésie.

La compression du globe oculaire entraîne-t-elle un ralentissement du pouls? On peut compter sur une bonne anesthésie.

Dans le cas contraire, on a affaire à un malade rebelle qu'une injection d'un demi-milligramme de salicylate d'ésérine rendra du reste docile.

Les sujets présentant une bradycardie exagérée bénéficieront d'une injection d'atropine, faite quelques minutes avant l'opération.

Traitement chirurgical du diabète chez les enfants, basé sur une nouvelle conception pathogénique. — M. Soresi (de New-York). L'auteur est convaincu que tout état pathologique suppose une constitution anormale d'organe.

Il propose d'intervenir chez les jeunes diabétiques pour supprimer les adhérences dont il a constaté maintes fois l'existence chez ces sujets, adhérences s'opposant au fonctionnement de l'intestin et des voies biliaires.

De plus, il serait nécessaire de reconstituer un ligament hépato-colique normal.

Cette technique exécutée 5 fois, lui a donné 5 bons résultats.

Volvulus total du grêle chez un enfant. — M. Martin du Pan (de Genève). Il s'agit d'un enfant qui, depuis cinq jours, souffrait de violentes coliques et qu'on amena au chirurgien dans un état fort grave.

L'intervention montra un intestin uniformément noirâtre dont la détorsion n'améliora nullement la circulation.

La mort suivit l'opération, et l'autopsie permit de constater un défaut d'accolement du méso du côlon droit qui participait au volvulus.

De tels faits sont rares quoique l'auteur en ait observé en plusieurs circonstances. L'essentiel est d'opérer au début des accidents.

La gastrophotographie. — M. Bécart (de Paris) communique sa technique et ses premiers résultats.

Cette méthode, fort intéressante et pleine d'avenir, permet de prendre en plein jour seize photographies stéréoscopiques de l'intérieur de l'estomac.

Un bloc photographique minuscule présentant huit chambres noires dotées chacune de deux trous d'aiguille jouant le rôle d'objectif, est introduit dans la cavité gastrique à l'aide d'une sonde de caoutchouc. A ce bloc photographique est adjointe une ampoule électrique qui donne une lumière de 20.000 bougies pendant 1/120e de seconde.

Cette nouvelle méthode d'investigation ne doit supplanter dans l'esprit de l'auteur aucune des autres méthodes usitées jusqu'à ce jour ; elle s'ajoute à elles simplement. Elle accroit dans des proportions notables la possibilité des diagnostics précoces et multiplie par suite les chances de succès dans les interventions chirurgicales.

La néphrectomie transpéritonéale. — M. Perrin (de Lyon) fait l'éloge de cette opération qui donne un jour parfait sur le pédicule rénal. Elle n'est même pas contre-indiquée en cas de pyonéphroses, à condition qu'on pratique dès le début de l'intervention la marsupialisation de la loge rénale à l'abri de laquelle on peut opérer en toute sécurité.

Contre l'embolie avant, pendant et après les opérations gynécologiques abdominales. — M. Jayle (de Paris). De 1904 à 1908, l'auteur a observé 4 embolies foudroyantes après hystérectomie abdominale.

L'étude de ces cas lui a montré que l'accident était imputable à des fautes dans la préparation des malades et dans la technique opératoire. Il a largement modifié sa façon de faire, et depuis n'a plus eu à déplorer de tels accidents.

Il évite minutieusement la blessure des veines et réduit au minimum le traumatisme abdominal, se contentant d'incisions petites, supprimant les écarteurs et les compresses intra-abdominales, utilisant le moins possible la position déclive.

L'auteur a grand souci de l'état moral des malades, de leur type morphologique, de leur tube digestif avant l'opération. Il leur donne la position assise aussi rapidement que possible après l'intervention ; des sangsues sont posées au moindre point de côté, à la moindre menace de phlébite.

Depuis 1910, il fait systématiquement l'examen du sang, surtout au point de vue de la coagulation.

Exceptionnellement, à son insu, le chirurgien opère en pleine poussée de phlébite pelvienne, et l'auteur en donne des exemples probants.

C'est l'examen du sang qui paraît constituer le meilleur moyen d'éviter l'embolie, laquelle peut apparaître avant, pendant ou juste après l'opération.

Grâce à cet examen, on peut remettre à plus tard des interventions qui, sans doute, auraient abouti à une mort subite.

Nouveau procédé de rachianalgésie générale par rachidelcaïnisation. — M. Le Filiatre (de Paris). Il s'agit d'un nouveau produit : la delcaïne, qu'on extrait des eaux mères servant à la préparation de la cocaïne officinale.

La delcaïne ou chlorhydrate de pseudo-cocaïne droite a une toxicité très inférieure aux substances employées jusqu'ici en rachi-anesthésie. Elle n'abaisse que très faiblement la tension sanguine (1/2 division du Vaquez).

Elle est vaso-constrictrice et présente un pouvoir anesthésique deux fois et demi à trois fois plus grand que celui de la cocaïne.

Aucune préparation du malade n'est nécessaire. On n'a pas à user de l'éphédrine pour combattre l'hypotension et elle donne une anesthésie complète.

La delcaïne est admirablement supportée et parfaitement éliminée.

Les grandes interventions abdominales se font, grâce à elle, sans shock appréciable.

L'auteur pense que ce procédé très simple mettra la rachianesthésie à la portée de tous et constituera de ce fait un grand progrès dont bénéficieront malades et chirurgiens.

DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 23 octobre 1931)

Images radiologiques arrondies, opaques, intrathoraciques dans une adénopathie hilaire et dans un cancer du thymus. — M. Caussade insiste : 1° sur les tumeurs d'aspect radiologique dans la région supérieure et antérieure du thorax qui, de nature cancéreuse, sont plutôt envahissantes et destructives que refoulantes, comme le goitre plongeant, par exemple; 2° sur leur action destructive : exemple dans le cas présent de cancer de l'œsophage (végétations intracanaliculaires, cause de la sténose).

Il y eut aussi fissuration de la paroi, d'où infection (fièvre et polynucléose à 92 p. 100) et, consécutivement, ramollissement assez prononcé de la tumeur, surtout dans son segment interne (sous-sternal).

Syndrome hypogranulocytaire mortel. Essai du traitement par le radium. — MM. Railliet, Delattre, Ginsbourg et Nicolle. Angine nécrotique avec anémie, syndrome hémorragique et hypogranulocytose mortelle chez une femme de trente ans, hémagénique méconnue, longtemps traitée par l'arsenic. Un essai de traitement par le radium a donné un

relèvement de 500 à 700 leucocytes, de 17 à 18 polynucléaires neutrophiles.

Pleurésie putride traitée par le sapoïde d'acridine. Guérison complète huit jours après évacuation à minima. — M. Maurice Renaud. Ainsi que le prouve l'observation actuelle, les résultats qu'on peut obtenir par thérapie chimique dans le traitement des processus infectieux apportent un surcroît d'arguments en faveur des opérations au cours desquelles on se borne, en présence d'une suppuration pleurale, à assurer l'évacuation du pus par une pleurotomie juste suffisante pour introduire un petit drain et établir un siphonage.

C'est l'histoire d'une malade qui est sortie d'une façon extrêmement rapide absolument guérie d'un épisode qui aurait dû entraîner les pires conséquences et que la conjugaison des deux moyens thérapeutiques très simples a fait un épisode bénin et dont il ne reste plus actuellement aucune trace.

Un cas de pyélonéphrite à pneumobacille de Friedlander secondaire à une otite moyenne suppurée. — Mme Bertrand-Fontaine et M. R. Parlier. Observation de pyélonéphrite à bacille de Friedlander survenue chez une enfant de cinq ans à la suite d'une otite moyenne suppurée. La localisation rénale s'est traduite par un minimum de signes généraux et fonctionnels, l'infection rénale a évolué en un mois vers la guérison avec la bénignité d'un abcès circonscrit largement drainé.

Hypoglycémie dans deux cas d'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne. — MM. Fr. Rathery, M. Derot et J. Sterne. Les auteurs ont observé de l'hypoglycémie dans deux cas d'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne. Ils opposent à cet état d'hypoglycémie l'augmentation du taux du glucose sanguin qu'ils ont constatée dans deux cas d'hémorragie cérébro-méningée.

Urée sanguine et chlorémie chez les diabétiques. — MM, Fr. Rathéry, J. Sigwald et M. Derot.

Traitement des affections hépatiques par la glycose et l'insuline. — MM. M. Labbé et Zamfir ont essayé de traiter par la méthode de Richter (injection de sirop de sucre et injections d'insuline), 10 cas d'affections hépatiques diverses. Cette méthode leur paraît être inefficace.

A propos de la radiographie du lobe azygos. — M. Debré attire l'attention sur les erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu la méconnaissance d'une scissure azygos, qui n'est pas furcément pathologique, bien qu'elle soit le plus souvent le témoin d'un reliquat de scissurite tuberculeuse.

Deux cas d'ostéite fibreuse de Recklinghausen. — MM. Mathieu-Pierre Weil, Paul Aime et Louis Langlois présentent 2 cas de cette maladie. Ils attirent l'attention sur la note rénale, la première est morte d'urémie et de troubles digestifs; sur l'hypotonie et l'affaiblissement de la force musculaire.

Un nouveau cas de polyarthrite chronique tuberculeuse. — MM. Mathieu-Pierre Weil, J. Delarue et V. Oumanski. Malade de quarante-quatre ans chez laquelle se sont succédé en trois ans, des accidents articulaires de moins en moins aigus, mais aussi de moins en moins curables, qui aboutirent sinon à une coxalgie classique, du moins à une arthrite érosive d'une hanche qui, trois ans auparavant, avait été le siège d'un processus aigu éminemment passager. La nature de la maladie fut prouvée par l'inoculation du liquide retiré des hydarthroses curables des genoux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1931)

Ulcus peptique après gastro-entérostomie. — M. Lapointe a observé trois cas d'ulcère peptique après gastro-entérostomie. Dans le premier cas, on fit une dégastro-entérostomie suivie d'une gastrectomie. Le second cas fut traité par dégastro-entérostomie, résection jéjunale et Polya. Le troisième cas se termina également par gastrectomie.

M. Gosset estime que pour faciliter la dégastro-entérostomie, il faut non pas aller à la bouche, mais attaquer jéjunum et estomac loin de la bouche.

Hématome périrénal spontané. — M. d'Allaines rapporte ce travail de M. Hertz qui concerne deux observations: dans un premier cas, douleur lombaire, tuméfaction lombaire; il s'agissait d'une tumeur rénale dont le malade finit par mourir. Dans un deuxième cas, une tuméfaction lombaire incisée donna issue à du sang et à des fragments du rein. Il s'agissait d'un sarcome.

M. d'Allaines estime que ces hématomes périrénaux sont causés soit par des tumeurs, soit par des néphrites chroniques. Souvent l'allure inflammatoire simule une infection périrénale.

Hématémèse grave. Ligature des branches de la coronaire stomachique et de la pylorique. — Ce travail de M. Pierre Faucher (d'Orléans) est rapporté par M. d'Allaines. L'intervention fut exécutée à la locale : ligature des artères encadrant l'ulcus. Arrêt des hémorragies. Une intervention ultérieure montra la disparition de l'ulcère.

M. Picot rappelle que M. Cunéo a opéré un cas de très grave hémorragie gastrique guéri par ligatures artérielles et gastro-entérostomie.

M. Moulonguet, pour deux cas d'hémorragie, a pratiqué une fois une gastrectomie partielle et une fois une ligature des artères gastriques, avec succès.

M. Moure estime la question complexe, car certains ulcères calleux attaquant foie et pancréas, ce sont ces organes qui saignent.

M. Bréchot a obtenu des succès par gastro-entérostomie.

M. Pierre Duval estime qu'il faut distinguer les grandes hémorragies brutales et les hémorragies à répétition.

M. de Martel serait tenté d'arrêter les hémorragies gastriques par l'emploi du muscle d'oiseau, excellent hémostatique.

Vingt-quatre cas de réparation des tendeurs fléchisseurs de la main. — M. Mathieu rapporte ce travail de M. Marc Iselin, qui a modifié certains points importants de la technique de Starling Bunnell, en particulier une incision transversale à la main, l'emploi de la suture en lacets, un dégagement important des tendeurs avant leur réintroduction et leur réinsertion en mettant le doigt en position fléchie. Les douze premiers cas sont des échecs. Sur les douze derniers, sept succès (bon résultat fonctionnel ou succès complet avec flexion isolée de la troisième phalange).

M. Alglave estime que pour qu'un tendon fonctionne, il faut qu'il y ait intégrité de la synoviale.

M. Brocq se demande si la suture immédiate ne donne pas d'aussi bons résultats.

Hystérectomie élargie pour cancer du col. — M. Mocquot a enlevé des ganglions de siège variable et pas toujours classique. La nécessité de leur ablation est peut-être moins importante que pour d'autres cancers, et la gravité de leur

ablation doit faire tempérer parfois la tentative logique anatomiquement de cette extirpation.

Actuellement, le radium donne parfois de bons résultats, et si l'opération doit être grave, l'auteur a tendance à confier la malade au radiumthérapeute.

Résection des apophyses transverses au cours de la thoracoplastie. — MM. Proust et Maurer estiment que la résection des tranverses présente plusieurs avantages : elle facilite le collapsus en permettant la résection du segment le plus interne des côtes, et permet ainsi d'obtenir des collapsus impossibles à réaliser autrement. Les auteurs projettent une série de radiographies démonstratives.

Présentation de malades : M. Martin. Résection de la diaphyse radiale ; le radius n'a pas repoussé.

M. Mathieu. Arthrite déformante de la hanche traitée par résection et arthropathie : très bon résultat.

M. Sorrel. Résection du poignet pour tumeur blanche. Cette résection partielle a donné un excellent résultat.

M. Lenormant estime que la résection est une bonne opération.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 9 octobre 1931)

Présentation par M. Dalimier d'un **appareil destiné à traiter la sénescence et les asthénies masculines**, au moyen de la chaleur et de très faibles doses de rayons gamma du radium appliqués sur les glandes génitales.

M. Pauchet fait un rapport sur un travail de M. Soresi (de New-York) au sujet d'une **incision latéro-postérieure pour l'appendicectomie**. Celle-ci présente les avantages suivants : pas de hernies consécutives, pas d'adhérences post-opératoires et moins de complications graves.

M. d'Alsace, répondant aux critiques de M. Petit de la Villéon, estime que l'hystéro-salpingographie conserve ses indications propres à côté des interventions opératoires.

M. Auguste-Marie présente une note sur les **avitaminoses** en rapport avec certains syndromes neuro psychiques (onichophagie, trichophagie, picau, malacie). Ces mêmes syndromes observés sur les animaux d'élevage se développent à l'occasion de déficience alimentaire et se corrigent par les vitamines totales. Il en est de même dans certains cas pathologiques de mutilation et de cannibalisme morbides qu'on ne puisse rapprocher chez l'homme et chez les animaux. Les animaux qui se mutilent ou dévorent leur progéniture, le font par avitaminose ; les mêmes procédés chez l'homme sont de même origine.

A propos de **Science et Laboratoire**, M. Gorges Rosenthal, à l'appui de sa communication, a reçu de M. Pron (d'Alger), deux articles du *Journal des praticiens* parus en août, où il montre combien le laboratoire peut parfois faire errer la clinique. Il lui paraît utile que l'étude critique continue.

M. Georges Rosenthal présente un rapport sur le traitement de la tuberculose par un complexe organo-métallique à base d'iode, de cadmium et d'or, préconisé par MM. Maigre et Pierre Reynier.

M. Georges Rosenthal analyse deux chapitres du livre de Piéry et Roshem sur l'*Histoire de la tuberculose* et fait ressortir toute l'utilisation de ces études historiques documentaires pour l'évolution des idées.

Adduction d'air pur dans les villes. — Pour M. Georges Rosenthal, les grandes agglomérations humaines ont deux nécessités de même ordre : il leur faut de l'eau potable, il leur faut de l'air respirable. L'auteur pose le problème non envisagé de l'air respirable qui sera capté dans les hautes régions de l'atmosphère, et canalisé dans les régions sans microbes. Le problème de l'adduction d'air pur ne peut manquer désormais de retenir l'attention des urbanistes.

PRATIQUE MÉDICALE

MANIFESTATIONS PUBERTAIRES PRÉ ET POST-PUBERTAIRES D'HYPOPLASIE ORCHITIQUE (1)

Par M. A. Savigny.

La période pubertaire soumet les jeunes organismes à un effort d'adaptation entraînant fréquemment des troubles fonctionnels plus ou moins marqués. Aussi arrive-t-il que cette évolution se trouve entravée, sinon inhibée par différents facteurs d'origine héréditaire, le plus souvent que le jeune garçon garde le type infantile et n'effectue pas sa transformation virile, que le sujet reste chétif et grêle ou qu'une adiposité excessive se substitue au développement musculaire.

Les fonctions intellectuelles concomitamment troublées : puérilité persistante, apathie intellectuelle, inaptitude au travail cérébral.

Un traitement opothérapique bien conduit peut donner d'excellents résultats : la thyroïde et l'hypophyse seront parfois indiquées. Plus souvent encore et d'une façon plus générale, l'opothérapie spermatogénétique par l'androstine, très puissante dans de tels cas et qui a donné à l'auteur de très beaux succès, de véritables transformations somatiques et psychiques dont plusieurs observations citées dans ce travail donnent une idée très précise.

LIVRES NOUVEAUX

Exploration radiologique de l'appareil respiratoire (2), par Emile Sergent, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine ; Francis Bordet, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris ; Henri Durand, chef du laboratoire de la Clinique de la Charité, avec la collaboration technique de J. Couvreux, chef de laboratoire de radiologie de la Clinique de la Charité.

Voici un des plus beaux livres de l'année, c'est aussi un des plus précieux pour tous ceux qui sont appelés à lire et à interpréter les indications fournies par la radiologie de l'appareil respiratoire.

Les auteurs n'ont pas voulu faire un simple atlas, si luxueux soit-il, ils ont cherché à faire un guide sûr, pratique et précis.

« Précis », livre de consultation et de travail, cette œuvre l'est par la clarté de son exposé didactique et par l'effort fait pour situer à leurs places toutes les données que la clinique fournit éparses et à l'état brut. Le lecteur, en raison même de la facilité avec laquelle il consultera cet ouvrage si magnifiquement ordonné, ne soupçonnera jamais le travail persévé-

(1) *Les Sciences médicales*, 30 juin 1930.

(2) Un vol. grand in-4 (25 × 32) de 464 pages avec 639 figures dont 580 radiographies et schémas inédits. — Prix : reliure toile, fers spéciaux, 320 fr. ; relié en deux volumes, 350 fr. — Paris, Masson et Cie.

rant qu'a représenté son élaboration : dix ans de recherches cliniques dans un service bien outillé, avec des collaborateurs entraînés, la constitution d'abondantes collections de radiographies, celle d'un musée de pièces anatomiques, celle enfin d'un fichier d'observations tenu à jour.

Tous ces documents se sont présentés échelonnés au hasard des circonstances, mais une volonté constante les a méthodiquement classés et confrontés les uns avec les autres, chaque radiographie étant en particulier examinée à la lumière des données de la clinique et de l'autopsie.

De là le caractère unique de ce livre : les auteurs, en effet, se sont attachés à toujours donner des images radiologiques une interprétation qui concordât avec l'ensemble des signes et symptômes enregistrés par les autres moyens et procédés d'exploration et qui trouvât son contrôle dans les caractères anatomo-pathologiques des lésions constatées à l'autopsie. Aussi, dans ce volume, pas une image n'est-elle publiée qui ne soit accompagnée d'une légende développée, qui ne soit mise en face de la reproduction du document anatomique, quand il était possible de le faire, et qui ne soit encadrée dans un texte qui la situe à son rang dans la pathologie.

Cette confrontation de la clinique et de la radiologie est possible aujourd'hui, elle ne l'était pas hier. « Sans doute, écrit le professeur Sergent dans la préface, on a pu dire que l'exploration radiologique réalisait une *autopsie sur le vivant*. Encore faudrait-il, pour admettre intégralement cette opinion, que l'interprétation des images soit toujours conforme à la réalité. Malheureusement, il est loin d'en être ainsi et tous les cliniciens qui ont quelque expérience de la radiologie, s'accordent pour reconnaître aujourd'hui que bon nombre d'interprétations, entrées dès le début de la radiologie dans le domaine des notions classiques, c'est-à-dire bien établies, sont, en réalité, purement conventionnelles, sinon controuvées, et doivent être révisées. Chaque jour apporte des constatations qui s'opposent aux idées reçues. L'heure est venue où il est permis de commencer à entreprendre cette révision. Cette iconographie n'a pas d'autre but : elle représente un essai, un effort vers la recherche de la signification exacte des images radiographiques. »

Un des plus sérieux écueils dans la réalisation de cette tentative résidait dans la difficulté matérielle d'obtenir une reproduction fidèle des images fournies par un bon film. S'il est vrai que l'appareil respiratoire (ou si l'on veut la cage thoracique) se prête mieux que tout autre à l'exploration radiologique, pour cette raison même qu'il se révèle par des oppositions normales d'ombres et de clartés, il n'en est pas moins certain que les images radiologiques de l'appareil respiratoire — abstraction faite des grosses lésions (blocs de condensation, cavités, épanchements, etc.) — comportent des finesses que ne connaît pas l'exploration radiologique du tube digestif par exemple : de fines arborescences, bronchiques ou vasculaires, de fins réseaux périlobulaires, visibles sur un film tiré avec une bonne technique, s'estompent ou disparaissent sur une reproduction de ce film, lorsque celle-ci est réduite en de trop petites proportions ; c'est pourquoi les auteurs ont, pour de telles images, très justement maintenu les dimensions du film, en ne conservant que la zone de ce film correspondant aux lésions décrites ; c'est pourquoi, en-

core, ils ont parfois donné des agrandissements de cette zone, afin de rendre plus apparentes les finesses radiologiques.

Les éditeurs ont fait tous leurs efforts pour rendre possible la tâche difficile des auteurs, ils ont pleinement réussi et on peut affirmer que le livre publié aujourd'hui peut, par la qualité de sa présentation matérielle et le tirage parfait de ses 640 figures, rivaliser avec ce qui a été fait de mieux en France ou à l'étranger. L. G.

Précis de pathologie médicale. Tome III : *Maladies de l'appareil respiratoire* (1), par Fernand BEZANÇON, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, et S. I. DE JONG, médecin des hôpitaux de Paris, avec la collaboration du docteur André BLOCH, pour l'oto-rhino-laryngologie.

Le tome III du *Précis de pathologie médicale*, épuisé depuis quelque temps déjà, était très demandé. Cette nouvelle édition a été entièrement refondue. Les auteurs, dont les travaux depuis bien des années font autorité, présentent dans ce livre très illustré un exposé complet de ce que dans l'état actuel de la science un médecin doit savoir sur les maladies de l'appareil respiratoire : bronchites, dilatation des bronches, asthme, emphysème, tuberculose, pleurésies, pneumothorax, maladies du médiastin, adénopathie trachéo-bronchique, médiastinite, etc. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS INTESTINALES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

L'exagération du processus ulcératif dn tissu lymphoïde de l'intestin, localisation essentielle de l'infection éberthienne, amène deux complications redoutables : l'hémorragie et la perforation.

Le pronostic de l'hémorragie intestinale très abondante ou récidivante est heureusement transformé par la *transfusion sanguine*, qui donne, dans bien des cas, de véritables résurrections.

ÉTIOLOGIE

a. **Quelles fièvres typhoïdes?** — 1. *Surtout les formes graves* avec phénomènes intestinaux marqués : météorisme accentué, diarrhée profuse.

2. Mais aussi quelquefois les formes plus légères, y compris les formes ambulatoires qui échappent à la surveillance médicale.

3. Certaines épidémies peuvent être incriminées.

b. **Chez qui ?** — *Adultes*; rares chez l'enfant.

c. **Causes favorisantes** — Ecart de régime, balnéation, lavement purgatif.

Mais aussi sans raison clinique appréciable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. Ulcération. — Progression en profondeur; au niveau d'une plaque de Peyer, d'un follicule clos.

PREMIER STADE. — Hémorragie.

DEUXIÈME STADE. — *Perforation.*

Siège : partie terminale de l'*iléon.*

Unique généralement.

Dimensions. — a. *Généralement petite*, arrondie, située au fond d'une ulcération cratériforme, ou bien

Chute d'escarre intéressant l'épaisseur de la paroi, ulcération grande, découpée à l'emporte-pièce.

II. Péritonite exceptionnellement localisée.

CLINIQUE

Les complications *intestinales* survenant en *pleine période d'état*, surtout à la fin du deuxième septenaire ou troisième septenaire.

Hémorragie intestinale. — Nous ne ferons que signaler l'hémorragie intestinale, élément d'une *forme hémorragique*, de pronostic redoutable, et nous insisterons peu sur les hémorragies que l'on observe à la

PÉRIODE DE DÉBUT : hémorragies d'origine congestive sans gravité pronostique : un aspect noirâtre des selles et c'est tout.

PÉRIODE D'ÉTAT : hémorragies beaucoup plus sérieuses.

Début. — Deux symptômes anormaux au cours d'une forme tardive ont été signalés :

1° Élévation passagère de la tension artérielle, au cours de l'hypotension typhique;

2° Disparition du dicrotisme du pouls,

Mais presque toujours le début de l'hémorragie est *brusque et imprévu.*

Plusieurs types d'hémorragies. — 1. *Forme foudroyante.* — Dans quelques cas, c'est la mort brutale.

Dans un tableau d'anémie aiguë et le sang n'a pas le temps d'extérioriser.

2. *Forme grave, abondante.* — Mais le plus souvent, l'histoire de l'hémorragie intestinale est moins dramatique.

SIGNES FONCTIONNELS. — Parfois le malade accuse une légère douleur abdominale à type de colique.

Les vertiges, une tendance syncopale, la pâleur des téguments attirent l'attention.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Mais pratiquement, il ne faut pas compter sur ces signes.

1. C'est presque toujours *l'examen de la courbe de température* qui révèle la complication : — *chute brusque de la température* d'autant plus brusque et plus accusée que l'hémorragie est plus abondante.

Cette chute de la température n'est que très passagère et la température remonte rapidement pour atteindre un niveau souvent plus élevé qu'avant sa descente.

2. *Pouls* s'accélère, devient petit, la tension artérielle s'abaisse : *gros élément de pronostic d'un pouls qui s'accélère à des examens successifs.*

SIGNES PHYSIQUES. — L'examen de l'abdomen est dangereux à pratiquer et d'ailleurs ne donnerait aucun renseignement. Mais bientôt le diagnostic est fait car *l'hémorragie s'extériorise, abondante*, *sang rouge*, rutilant, mêlé à de gros caillots; *si moins abondante*, le sang a pu séjourner dans l'intestin : *sang noir.*

ÉVOLUTION. — Spontanément ou sous l'influence du traitement, les phénomènes peuvent s'amender, la température remonte rapidement mais le pronostic reste réservé :

1° Craindre les récidives.

2° L'état d'anémie diminue la résistance du malade.

(*A suivre.*)

(1) Deuxième édition refondue. Un volume de 750 pages avec 36 planches hors texte dont 2 en couleurs. — Prix : broché, 55 fr; relié toile, 70 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LIPIODOL LAFAY

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %
54. centigr. d'iode pur par centi. cube



Injection intra-utérine de Lipiodol

Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE
ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER
VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

A. GUERBET & Cie
Pharmacien
Ex-interne des Hôpitaux de Paris
22, Rue du Landy
St-OUEN (près Paris)

Dosage :
1 cm3, = 0 gr. 54 d'iode
1 capsule / 1 cuiller à café d'émulsion } = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉMET-JEP-CARRÉ

N° 89. — SAMEDI 7 NOVEMBRE 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 7 NOVEMBRE 1931. — N° 89.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS. Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
L'anacrotisme (avec 4 fig.), par M. P. BROUSTET.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Le secret médical.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — ASSISTANT D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — 1° La réunion de la commission chargée d'établir la liste des candidats admis à accomplir la 2e année de stage se réunira le lundi 23 novembre 1931, à 16 h. 1/2, à l'Administration centrale (3, avenue Victoria).

Le nombre des candidats admis est fixé à 7 au maximum.

2° Epreuve pratique à laquelle sont seuls admis à prendre part les candidats ayant accompli la deuxième année de stage dans les conditions prévues ci-dessous.

Cette épreuve aura lieu le jeudi 26 novembre 1931. (Les candidats seront avisés ultérieurement du lieu et de l'heure de l'épreuve.)

Le nombre des candidats admis est fixé à 6 au maximum.

Les candidats à la Commission de classement et à l'épreuve pratique devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours (les dimanches et fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, du mardi 3 novembre au mardi 10 novembre 1931 inclusivsment.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 3 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la tuberculose iléo-cæcale. — Infarctus pulmonaire. »

MM. Vildé, 13; Rouvillois, 19; Strée, 23; Bloch, 24 1/2; Pergola, 17; Mirbeau, 16; Judet, 25 1/2; Vélez, 21; Marcy, 16 1/2.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — RENNES. — Ont été nommés :

Interne titulaire de médecine et de chirurgie des hôpitaux : M. Jacq.

Interne titulaire de la maternité : M, Dorange.

Internes titulaires de la pharmacie : MM. Defeuvre, Delachienne.

Externes faisant fonctions d'interne : MM. Perdrix, Toutirais, Joly, Miroux.

Externes de médecine et de chirurgie des hospices civils de Rennes : MM. Jambon, Delamaire, Le Goff, Fraboulet, Macé, Hamoniaux, Hamon, Mabin, Simon, Baudoin, Lebranchu, Jegourel, Le Hueroux, Bouthelier, Lancien, Riaux, Chauveau, Richard, Dezaunay, Hesry, Joly, Damey, Garvel, Duine, Lorans.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officier d'Académie. — M. le médecin lieutenant-colonel Donier, à Paris.

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Angellier, médecin chef de l'Ecole nationale des Arts-et-Métiers de Cluny; Gunsett et Keller, chargés de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg; Lebeaux, secrétaire de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes; Robardey, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. —

Médaille d'or. — MM. les docteurs Desbouis et Lecornu (de Caen), Devillard (de Brantôme), Tollin (de Cheppes-la-Prairie), Marie, Noir, Toulouse (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Bridoux (de Mézières), James (de Caen), Tourmente (de Courseulles), Le Goff (de Lorient), Schutzenberger (de la Charité-sur-Loire), Hamel (de Sotteville-les-Rouen), Henry (de Tunis).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Orlatelli (de Corte), Faure (de Périgueux), Barin (de Sommières), Ducos (de Château-Picon), Chaix (de Bourgoin), Tregouet (de Malestroit), Gerst (de Sundhouse), Bloch (de Neuf-Brisach), Lompre (de Champlitte), Laverrière (de Cuisery) Metenier (de Villejuif), Bellicaud, Caussade et Leconte (de Rouen), Duvaldestin (de Bray-sur-Seine), Arroux (de Nabeul), Le Faucheur (de Béja), Wiehn (de Gafour).

PRIX NOBEL. — Le prix Nobel de médecine et de physiologie a été donné au professeur Otto Warburg pour ses découvertes sur la nature de l'action des enzymes. Le professeur Warburg est directeur de l'Institut de physiologie cellulaire de Berlin-Dahlem.

MARINE MILITAIRE. — Ont été nommés assistants des hôpitaux maritimes les médecins dont les noms suivent :

MM. le médecin de 1re classe Laurent, comme adjoint au chef des services chirurgicaux de l'hôpital maritime de Lorient; le médecin de 1re classe Martin, comme adjoint au chef des services chirurgicaux de l'hôpital maritime de Cherbourg.

— Sont autorisés à subir les épreuves des concours pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien et spécialiste des hôpitaux maritimes, annoncés au *Journal officiel* du 9 mai 1931, et qui auront lieu à Toulon aux dates indiquées ci-dessous :

A. 5 NOVEMBRE 1931. — *Médecine générale.* — MM. le médecin principal Mondon, médecin-major du *Gueydon*; le médecin de 1re classe Kerjean, en service à Cherbourg; le médecin de 1re classe Le Roy, en service à Lorient.

Bactériologie et anatomie. Pathologie. — M. le médecin de 1re classe Querangal des Essarts, en service à Brest.

Médecine légale et neuro-psychiatrie. — M. le médecin principal Darleguy, en service à Toulon.

Dermato-vénéréologie. — M. le médecin principal Verdollin, en service à Cherbourg.

Electroradiologie et physiothérapie. — MM. le médecin de 1re classe Chrétien, en service à Lorient; le médecin de 1re classe Saves, en service à Brest.

B. 12 NOVEMBRE 1931. — *Chirurgie générale.* — MM. le médecin de 1re classe Canton, Ecole de Bordeaux; le médecin de 1re classe Lequerre, en service à Brest.

Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie. — MM. le médecin principal Bondet de La Bernardie, médecin-major du *Foch*; le médecin de 1re classe Tabet, en service à Cherbourg; le médecin de 1re classe Maurandy, en service à Lorient.

Stomatologie. — M. le médecin de 1re classe Deney, en service à Rochefort.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE. — Le Congrès international de la lithiase biliaire se tiendra à Vichy du 19 au 22 septembre 1932, sous la présidence de M. le professeur Carnot, membre de l'Académie de médecine.

Il comprendra quatre sections :

1. Médecine.
2. Chirurgie.
3. Thérapeutique et hydrologie.
4. Electro-radiologie et physiothérapie.

Le titre des communications devra être annoncé par écrit avant le 1er juin 1932, au secrétariat général. Le texte des communications, dactylographié et corrigé ne varietur, sera remis au secrétaire général à la suite de leur présentation au Congrès.

Il ne devra pas avoir plus de 5 pages de 40 lignes, lignes de 68 lettres.

Etant donné le nombre déjà important de communications annoncées chaque congressiste ne pourra avoir droit qu'à une seule communication d'une durée de dix minutes au maximum.

Le droit d'inscription au Congrès, comprenant l'envoi du volume des rapports, est fixé à la somme de 50 francs français pour les membres titulaires.

Les congressistes accompagnés de personnes de leur famille désireuses de prendre part aux fêtes et réceptions organisées à l'occasion du Congrès, devront annoncer, en s'inscrivant, le nombre de ces personnes qui recevront le titre de membre associé et pour chacune desquelles il sera versé une cotisation de 25 francs français.

Des indications complémentaires seront adressées ultérieurement aux congressistes.

Les médecins désireux de prendre part au Congrès sont priés de bien vouloir adresser leur adhésion et toute correspondance au secrétariat général du Congrès, 24, boulevard des Capucines, Paris.

LXVe CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — Le LXVe Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira à Besançon le 29 mars 1932.

UNION MÉDICALE LATINE. — Le prochain Conseil d'administration est fixé au samedi 14 novembre et se tiendra à l'Academia Gaya, 2, rue des Italiens, Paris, à 21 h. 15 très précises.

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — RÉUNION DU 11 NOVEMBRE. — Le Comité de l'Association amicale des anciens médecins des corps combattants rappelle aux membres de cette dernière que, suivant la tradition, une cérémonie intime aura lieu le mercredi 11 novembre (jour anniversaire de l'armistice), à 9 h. du matin, au Monument aux Morts de la Faculté de médecine

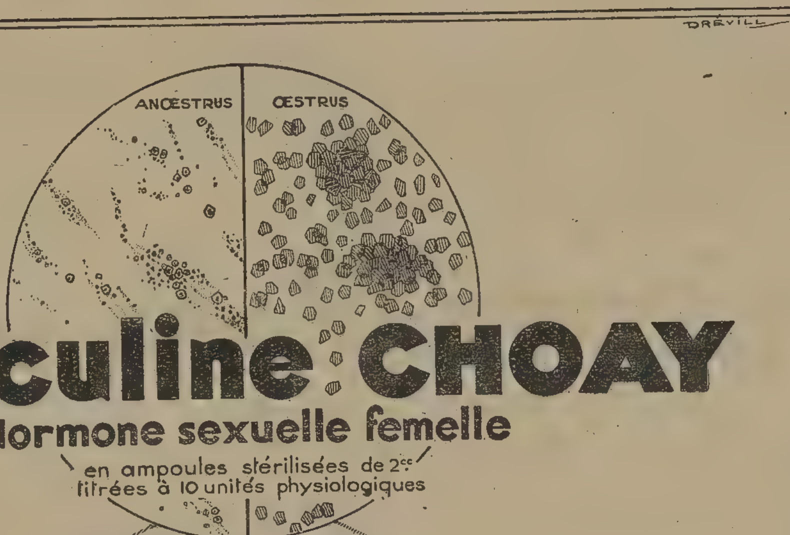
Le Comité désire ainsi participer aux manifestations du Souvenir qui auront lieu ce jour-là.

Il convie donc les membres de l'Association à s'y rendre très nombreux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Emile Thoumas, secrétaire général de l'Association médicale mutuelle (Association Lagoguey) président de la Société des médecins de l'état civil à Paris, père du docteur Jean Thoumas à qui nous adressons l'expression de nos sentiments de condoléances très vives; — Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Courbet (de Sainte-Adresse), Edmond Guertin (de Tours) et Fillion, maire de Vertou (Loire-Inférieure).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)


DREVILL
ANŒSTRUS
ŒSTRUS

REVUE GÉNÉRALE

L'ANACROTISME

Par M. le docteur Pierre BROUSTET.

(Travail du laboratoire de physiologie de M. le professeur Pachon.)

Certains sujets tombent dans l'oubli, ne figurant plus que dans les collections anciennes des bibliothèques; certains problèmes sur lesquels on a discuté pendant des années n'intéressent plus personne. Des chapitres entiers de pathologie, de physiologie, même, sortent ainsi du domaine de l'actualité et l'on s'attendrait presque à ne plus les retrouver un jour ou l'autre que dans quelque traité d'Histoire de la médecine, suivis d'une appréciation désabusée sur les vains efforts de chercheurs qui n'arrivèrent pas à imposer leurs conceptions.

Parfois, contrairement à ces prévisions, les idées jadis jetées au vent s'imposent à nouveau à l'examen, provoquent des travaux, raniment des discussions, et forcent l'attention.

Ainsi l'étude du pouls anacrote qui a passionné les cardiologues aux environs de 1890, qui n'a motivé que de très rares communications entre 1900 et 1930, vient-elle d'être simultanément reprise par plusieurs auteurs. Langeron, dans la *Revue de médecine* de mai 1930, exposait sa conception personnelle de l'anacrotisme. Nous-même, sans avoir eu connaissance du travail précédent, remettions à la Faculté de médecine, le 31 juillet 1930, un mémoire encore inédit sur cette anomalie du pouls. En septembre 1930 et dans les mois suivants, Laubry avec ses élèves Soulié, Mlle Brosse, A. Van Bogaert, consacrait à ce même anacrotisme plusieurs travaux du plus haut intérêt.

Il serait puéril de croire que le seul hasard entraîne sur la même piste des auteurs différents ignorant d'ailleurs leurs recherches simultanées. Il faut soupçonner, au contraire, et tâcher de démêler des raisons profondes, des causes générales susceptibles de s'imposer au même moment à divers esprits et de les pousser aux mêmes recherches.

Les motifs du renouveau de l'anacrotisme sont bien faciles à discerner, ils sont de deux ordres :

Il y a tout d'abord une question de technique. On a dit bien souvent, et à juste titre, que la plupart des progrès réalisés en médecine résultent de l'utilisation d'une technique nouvelle. Encore faut-il que celle-ci soit parfaite. Or, le sphygmographe de Marey qui, certes, permet l'inscription du pouls est loin d'être un instrument commode et rigoureux. C'est ce qui explique que les travaux de sphygmographie, après avoir tenté beaucoup de chercheurs, les aient rapidement rebutés, par suite des déboires techniques qu'ils éprouvaient. D'où la raréfaction progressive, à partir de 1900, des travaux relatifs à la sphygmographie pure. Depuis lors, Pachon a introduit dans la pratique son oscillographe construit par Boulitte. L'inscription du pouls se fait dans des conditions théoriquement beaucoup plus exactes et pratiquement beaucoup plus aisées avec la capsule de Pachon-Boulitte qu'avec tout autre sphygmographe. Par conséquent, ce progrès technique considérable rend possible l'éclosion de nouvelles recherches sphygmographiques.

Le second motif qui a poussé à cet examen nouveau de l'anacrotisme est d'ordre théorique. Il tient à l'orientation des recherches cardiologiques modernes de plus en plus tournées vers l'appréciation de la valeur fonctionnelle du cœur. Les méthodes graphiques, longtemps bornées à démêler l'écheveau confus des arythmies, sont susceptibles, en dehors des troubles du rythme, de nous renseigner sur la qualité fonctionnelle du myocarde, et c'est dans ce sens que, de plus en plus, on les interroge.

Peut-être la sphygmographie elle-même qui ne servait guère qu'à étudier les arythmies est-elle susceptible de nous documenter aussi sur la valeur fonctionnelle du myocarde.

Le désir de résoudre cette question a évidemment inspiré les recherches récentes sur ce chapitre, recherches qui, grâce à la capsule oscillographique, sont d'une réalisation simple et sûre.

Le travail qui va suivre n'est pas la reproduction textuelle du mémoire inédit dont nous avons parlé, auquel nous faisons toutefois de larges emprunts; mais nous faisons état aussi des travaux récents de Laubry et Langeron, que nous ignorions l'an dernier, et dont la plupart d'ailleurs n'étaient pas encore publiés.

Définition. — Le terme d'anacrotisme a été créé par Landois. Il le définit ainsi :

« Quand il se produit dans la partie supérieure de la ligne d'ascension (du pouls) plusieurs soulèvements d'élasticité pressés les uns contre les autres, de sorte que le sommet de la courbe paraît obliquement tronqué du côté de cette ligne et comme dentelé, on dit qu'il y a *anacrotisme.* » (Landois, *Traité de physiologie*. Traduction Mocquin-Tandon, Reinwald, éd., Paris, 1893.)

Cette définition, il faut l'avouer, ne brille pas par la clarté, du moins dans sa première partie et nous avouons ne pas très bien comprendre ce que signifient les « soulèvements d'élasticité ».

Heureusement les tracés de Landois (*Loc. cit.*, p. 135) précisent son texte. Il s'agit de tracés de pouls dans lesquels la branche ascendante, avant d'atteindre son sommet, s'infléchit, marque un temps d'arrêt, décrit un palier, une petite onde secondaire. Et c'est cette forme particulière du pouls que, par la suite, tous les auteurs ont qualifiée d'anacrote. Si l'on s'en tient à cette acception, le terme d'anacrote est parfaitement choisi puisque, au sens littéral, il signifie « onde en montant », c'est-à-dire, onde sur la branche montante du pouls.

Ce terme a cependant subi force critiques; elles proviennent d'une conception trop étendue et trop imprécise de l'anacrotisme. En effet, si Landois publie quelques tracés qui répondent à cette définition, il en apporte d'autres où l'onde dite anacrote est notablement plus élevée que les suivantes, réalisant un pouls analogue à celui de l'insuffisance aortique. Et dans ce cas, ce terme d'anacrote devient impropre, à moins de le traduire par « onde située en haut ».

Mais tirer du même mot deux traductions différentes, c'est faire au moins un contre-sens.

Marey juge inexact le terme d'anacrote. Il estime que, sur des pouls à rythme rapide, l'onde dicrote normale n'ayant pas le temps de se développer peut venir s'inscrire sur la branche ascendante de la pulsation suivante; malgré sa position, elle ne mérite plus le terme d'anacrote, mais, en réalité, il faudrait l'appeler hémicatadicrote. Cette objection, certainement justifiée du point de vue théorique, ne nous

semble pas en pratique devoir être retenue. D'abord, les rythmes assez rapides pour donner des déformations de cet ordre sont assez rares. Dans le cas où l'on pourrait hésiter, il suffira d'étaler suffisamment le tracé du pouls sur un cylindre tournant à grande vitesse pour repérer les ondes multiples qui le composent normalement et qui sont, on le sait, au nombre de quatre. On pourra voir de la sorte si l'onde dicrote ou celle qui lui fait suite n'ont pas quitté la branche descendante de ce pouls pour venir s'inscrire sur la branche ascendante du tracé suivant.

Potain a proposé de substituer au terme d'anacrotisme celui de « dicrotisme initial ». (*C. R. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 24 avril 1896, p. 398); lui aussi considère en effet comme anacrotes des pouls sur lesquels l'onde pathologique est sensiblement plus haute que la suivante. Par conséquent, ce qui caractérise pour lui l'onde anacrote, c'est le fait que, très faible ou très intense, cette onde se trouve sur la phase initiale du tracé sphygmographique. Elle peut siéger, d'ailleurs, soit sur la branche montante, soit à son sommet. Ce qui lui vaut le qualificatif d'anacrote, c'est sa *précocité*, et Potain s'appuie pour l'affirmer sur le retard normal du pouls sur le choc de la pointe. Il qualifie d'anacrotes tous les pouls dont la première onde a un retard sur le cœur inférieur à 0s06. Et c'est pourquoi il substitue au terme d'anacrote celui de « dicrotisme initial » par opposition au dicrotisme classique.

Il ne semble pas que la conception de Potain ait prévalu. Le critère qu'il propose est en effet bien difficile à mettre en évidence et le retard du pouls sur le choc de la pointe, en dehors de ses variations physiologiques possibles d'un sujet à l'autre, n'est point commode à apprécier très exactement. En tout cas, dans aucune des publications postérieures à la sienne nous ne trouvons de sphygmogrammes sur lesquels l'onde qualifiée « anacrote » soit plus élevée que la suivante.

En vérité, à l'heure actuelle, l'accord est fait sur les limites du pouls anacrote. Les tracés de Gallavardin, Strohl, Mougeot, Ackermann, etc... ne laissent aucune hésitation. On ne qualifie d'anacrotes que ceux des tracés qui portent sur leur phase ascendante une onde toujours inférieure à celle qui constitue, par la suite, le sommet du pouls.

Mais un point litigieux semble encore en suspens. Cette onde, placée sur la phase ascendante, est-elle une des ondes du sphygmogramme normal, est-elle une onde surajoutée?

Les schémas ci-joints, mieux que de longs commentaires, permettent de suivre le débat. L'onde anacrote est-elle une onde *a* que l'on ne retrouve pas sur un sphygmogramme normal; est-elle l'onde *b* qui fait partie intégrante du tracé normal, mais qui, dans l'anacrotisme, se trouve abaissée au-dessous de l'onde *c*, au lieu de constituer elle-même le sommet du pouls.

Les solutions de ce problème varient avec les auteurs. En 1924, Mougeot et Ackermann, dans un travail inspiré par Laubry, refusèrent le qualificatif d'anacrotes à tous les pouls où n'existait pas l'onde supplémentaire *a*; ils appelaient catacrotes les pouls de forme analogue, mais où l'onde *b* constituait l'accident placé sur la branche montante du pouls. Cette opinion était formellement opposée à celle formulée par Gallavardin dans un travail paru en 1907 dans le *Lyon médical*, d'après laquelle l'abaissement de l'onde *b* constitue précisément l'anacrotisme. Récemment, Laubry vient de modifier sa conception première et admet, comme Gallavardin, que l'abaissement de *b* crée un pouls anacrote authentique et de beaucoup le plus fréquent. Il existerait aussi quelquefois un anacrotisme par onde *a* supplémentaire, c'est la grande exception.

Ainsi la signification maintenant reconnue à ce terme est-elle peut-être un peu différente de celle que lui donna Landois lui-même. On a exclu du cadre de l'anacrotisme tous les pouls polyphasiques dont l'onde initiale est la plus haute. Ce terme d'anacrotisme était d'ailleurs inapte à définir tout ce que Landois et Potain voulaient placer sous sa rubrique.

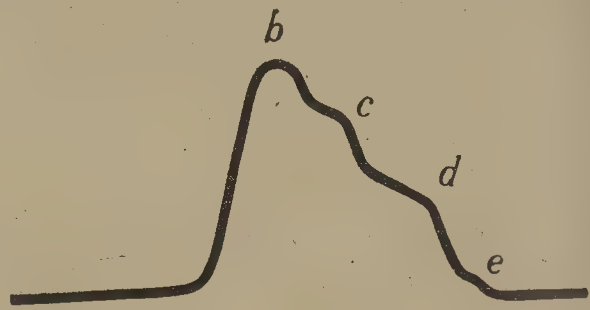


Fig. 1. — *Sphygmogramme normal.*

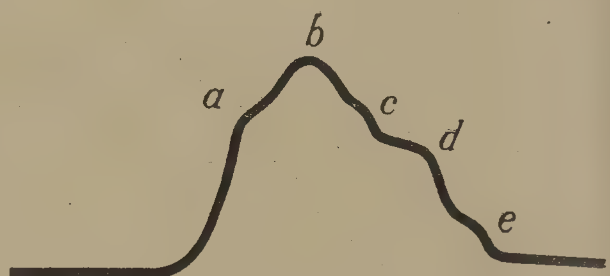


Fig. 2. — *Anacrotisme par onde* a *supplémentaire* (rare).

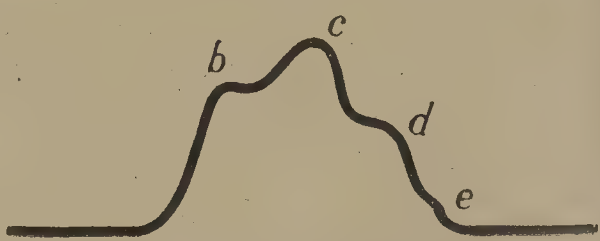


Fig. 3. — *Anacrotisme par abaissement de l'onde* b (le plus fréquent).

Il convient parfaitement au contraire, si l'on adopte — et l'adhésion semble unanime — la conception de l'anacrotisme que résume la définition suivante, très voisine de celle de Gallavardin, qui a été adoptée par Laubry :

« *Il s'agit d'une forme particulière du pouls caractérisée par la présence, sur la branche montante, du tracé d'une onde appartenant à la phase systolique de la pulsation, de telle sorte que l'ascension semble se faire en deux temps.* »

Cette définition élimine les faux anacrotismes par dicrotisme exagéré, signalés par Marey, dont nous avons parlé plus haut.

Technique. — Jusqu'en 1910, le sphygmographe de Marey fut à peu près seul employé dans l'enregistrement du pouls. Cet instrument a subi force critiques; certaines, celle de Mackensie en particulier, qui accusait le système inscripteur de déformer par inertie le tracé de la pulsation artérielle, ne sont pas fondées. L'exactitude des tracés sphygmo-

graphiques a été surabondamment démontrée par des expériences multiples, et, d'une manière péremptoire, par Landois qui recueillit par hémautographie une courbe semblable à celle donnée par l'appareil de Marey, en projetant sur une feuille de papier mobile le jet de sang d'une artère sectionnée.

Mais, si le sphygmographe ne mérite pas ce reproche d'inertie, il possède d'autres défauts que ne nie aucun des auteurs qui l'ont utilisé. L'application de l'appareil est assez délicate; le patin doit être placé exactement sur l'artère, ce qui n'est pas toujours très facile; dans le cas où le vaisseau n'occupe pas la gouttière radiale, l'inscription du pouls devient impossible.

Lorsqu'on évite ces petits écueils, il reste encore des inconvénients auxquels on ne saurait échapper. Il est difficile de savoir à quel point il faut tendre le ressort pour donner au patin la pression favorable. Marey lui-même a noté cette difficulté; il a conseillé de régler le ressort de telle sorte que les mouvements du style inscripteur aient une amplitude maxima. Technique qui permet évidemment d'avoir de beaux tracés, mais peut-être pas toujours, nous le verrons, les plus significatifs. On peut sans doute, et c'est le mérite de Gallavardin (*Loc. cit.*), faire varier au cours d'un même examen la tension du ressort pour recueillir des tracés divers suivant la pression.

Si l'on arrive de la sorte à recueillir une série de sphygmogrammes différents, reste l'inconvénient majeur de ne pas savoir à quel degré de contre-pression correspond chacun d'eux.

Un autre procédé d'inscription était donc indispensable pour pousser plus avant l'étude du pouls. Marey avait constaté les variations du battement d'une artère soumise à des contre-pressions différentes, mais n'avait pas résolu le problème de leur inscription exacte, car la sensibilité de la membrane du tambour inscripteur variait avec le degré de la pression exercée, et par conséquent donnait une traduction inexacte des pulsations artérielles, de certaines d'entre elles au moins. Pachon, grâce à son « *oscillomètre* » à sensibilité constante, réussit à recueillir correctement ces pulsations, quelle que fût la pression exercée sur l'artère.

On sait que les variations d'amplitude de ces battements permettent la mesure des pressions artérielles. Mais l'oscillomètre, outre qu'il donne parfaitement les valeurs tensionnelles, expose aussi fort bien la forme de la pulsation, comme l'a fait remarquer Pachon, dès l'origine (1); on peut ainsi, mieux que par tout autre moyen, suivant l'expression de Billard, « tâter le pouls » à l'oscillomètre. Chaque oscillation de la grande aiguille est, pour une pression donnée, un sphygmogramme parfait.

La capsule oscillographique de Pachon-Boulitte, qui n'est autre que l'oscillomètre rendu enregistreur, permet d'inscrire ce que l'oscillomètre montre d'une façon fugitive. La capsule doit être naturellement en connexion avec un manomètre qui indique à chaque moment le degré de pression exercée sur l'artère. Le manomètre d'un oscillomètre voisin remplit cet office.

Ainsi arrive-t-on à connaître la forme du pouls aux diverses contre-pressions. On recueille celui-ci au niveau des supramaximales, de la maxima, de la pression moyenne dynamique ou pression efficace, où il se trouve avoir son amplitude la plus grande, de la minima, des inframinimales, enfin. Et nous verrons que les renseignements fournis sont très variables suivant que l'on se place à l'un ou à l'autre de ces niveaux différents.

La capsule oscillographique de Pachon-Boulitte a complètement supplanté tous les autres appareils enregistreurs du pouls; tous les récents travaux de sphygmographie, tous ceux en particulier concernant l'anacrotisme ont été réalisés grâce à elle. Ackermann en 1924, Langeron en 1930, Laubry et ses élèves l'ont utilisée à l'exclusion de tout autre instrument. Nous-même l'avons longuement employée et nous avons enregistré, sans difficulté, sans déboires, de nombreux tracés.

Tous ceux-ci ont été recueillis au niveau du poignet, à l'aide du brassard simple de Pachon. Il faut procéder dans les mêmes conditions rigoureuses que pour la mesure de la pression artérielle; il faut avoir soin de gonfler et de dégonfler deux ou trois fois le brassard avant de commencer l'inscription; car, à la première application brusque d'un brassard généralement froid, on obtient, sans doute par suite de réactions vaso-motrices locales, des oscillations très différentes de celles recueillies par la suite, lorsque quelques manœuvres successives ont en quelque sorte apprivoisé l'artère. Quand l'inscription est commencée, il faut la réaliser aussi vite que possible. L'application prolongée et continue du brassard provoque, comme le signale Laubry, comme nous l'avons souvent remarqué, des modifications du tracé.

En dehors des méthodes graphiques, nous avons quelques moyens de soupçonner l'anacrotisme. La palpation du pouls permet à des doigts très exercés de sentir la pulsation en deux temps qui le caractérise, et nous l'avons vu ainsi découvrir par M. le professeur Cassaët. Dans le *Journal de médecine de Lyon* (1923), Barbier a signalé un procédé de recherche de l'anacrotisme par palpation combinée du pouls huméral et du pouls radial. On exerce au niveau de l'humérale une pression assez forte pour ne laisser passer que l'extrême sommet de la pulsation et l'onde anacrote, lorsqu'elle existe, est ainsi arrêtée. Puis, on cherche le pouls radial. Si l'on constate un très gros retard du pouls radial sur le pouls huméral, on peut en conclure que l'ascension du pouls était lente, et qu'il existait par conséquent de l'anacrotisme.

La méthode ausculatoire de Korotkow permet aussi parfois de soupçonner sa présence. On a constaté, en effet, la coexistence fréquente de l'anacrotisme avec le trou auscultatoire observé assez souvent à la place des bruits de souffle perçus normalement un peu au-dessous de la maxima. Nous ne pouvons discuter ici le mécanisme de ce trou auscultatoire. Mais de l'avis à peu près unanime et, comme le confirment Laubry et van Bogaert dans un article récent des *Annales de médecine* (janvier 1931), sa découverte doit laisser soupçonner la possibilité d'une onde anacrote. Celle-ci n'entraîne pas fatalement le trou auscultatoire, mais l'accompagne néanmoins assez souvent.

La mesure de la tension artérielle à l'oscillomètre

(1) Pachon écrit : « Outre son emploi comme appareil sphygmomanométrique, il est facile de se rendre compte que l'oscillomètre constitue encore, en raison de sa grande sensibilité, un *instrument pratique d'étude de la pulsation artérielle et d'appréciation de l'impulsion cardiaque.* » (V. Pachon. L'Oscillométrie pratique, *Paris méd.*, juillet 1911.)

permet assez souvent, lorsque le rythme du cœur n'est pas trop rapide, de saisir l'ascension saccadée, l'oscillation en deux temps de l'aiguille.

Mais ces divers procédés n'ont d'autre valeur que de faire soupçonner par le simple examen clinique, l'existence de l'anacrotisme. Celle-ci devra être confirmée par l'oscillographie, et c'est seulement sur les tracés que l'on pourra reconnaître et étudier avec précision cette anomalie.

Quand et dans quelles conditions trouve-t-on l'anacrotisme? — L'anacrotisme est fréquemment rencontré lorsqu'on le recherche systématiquement, beaucoup plus fréquemment que ne le laisserait soupçonner le silence presque complet de nombreux traités classiques à son sujet. Nous avons enregistré une centaine de sphygmogrammes : sur 49 insuffisants cardiaques, sur 35 à 40 sujets porteurs de lésions cardiaques ou vasculaires, mais chez lesquels n'existait pas d'insuffisance ventriculaire, sur une vingtaine de sujets normaux dont l'appareil circulatoire paraissait absolument sain. Nous avons ainsi découvert quatorze fois l'anacrotisme.

Laubry et Van Bogaert, disposant d'un gros effectif de malades, apportent des tracés fort nombreux; sur une série de 80 aortiques, ils découvrent vingt-cinq fois l'anacrotisme.

C'est assez dire que cette anomalie est loin d'être exceptionnelle, et mérite mieux qu'un intérêt purement spéculatif. Sa fréquence la place, au contraire, parmi les signes d'observation courante, et par conséquent, si toutefois il est possible de dégager sa valeur séméiologique, sa recherche systématique doit s'imposer.

Sans discuter à fond pour l'instant la signification de cette anomalie, nous faisons remarquer, d'ores et déjà, qu'elle est exclusivement découverte chez des sujets dont l'appareil cardio-vasculaire n'est pas normal. Les constatations des divers auteurs sont concordantes dans ce sens, réserve faite de l'opinion de Laubry sur certaine variété d'anacrotisme, opinion que nous discuterons dans un instant. Si l'on est à peu près d'accord à l'heure actuelle, il n'en a pas toujours été ainsi.

Potain considérait l'anacrotisme comme un phénomène physiologique. Il rapporte dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris quatre exemples d'anacrotisme découvert chez des sujets normaux. Les trois premiers exemples concernent des jeunes gens en parfaite santé; le quatrième, Potain lui-même, qui découvrit que son pouls, habituellement normal, était devenu anacrote au sommet de la tour Eiffel. Si les trois premiers cas ne souffrent aucune contestation, le quatrième prête le flanc à la critique ; un cœur normal peut ne pas fonctionner normalement après l'ascension de la tour Eiffel; l'effort qu'elle nécessite, ou même les sensations vertigineuses qu'elle peut déclencher sont susceptibles de placer un myocarde, même sain, dans des conditions extra-physiologiques.

Potain est d'ailleurs le seul auteur qui n'attache aucune signification pathologique à l'anacrotisme. Comment expliquer ce désaccord avec la presque unanimité des cardiologues? On se souvient que pour Potain, l'anacrotisme n'est pas l'accident placé sur la ligne d'ascension du pouls, mais l'accident initial (dicrotisme initial); peut-être a-t-il considéré comme anacrotes des pouls sur lesquels existe simplement un crochet ou une onde initiale semblable à celle que l'on découvre sur les tracés des insuffisants aortiques et sur ceux des sujets à cœur éréthique. Il semble bien, au contraire, que l'anacrotisme, tel du moins que nous le concevons aujourd'hui, ne soit rencontré que chez des sujets dont l'appareil circulatoire ne fonctionne pas normalement.

Modalités de l'anacrotisme. — L'analyse détaillée des graphiques nous montre que l'inscription du pouls anacrote ne se fait pas toujours dans les mêmes conditions. L'exploration sphygmographique complète, c'est-à-dire l'exploration successive de l'artère avec toute la série des contre-pressions, permet de constater que l'accident anacrote n'est pas, dans tous les cas, inscrit sur tous les tracés, ou que, lorsqu'il apparaît sur la totalité, son aspect n'est pas forcément le même sur tous les graphiques.

Lorsqu'il existe sur tous les tracés recueillis de la maxima à la minima, ce qui est fréquent — ce qui serait même une règle pour Laubry — l'accident anacrote est cependant variable sur les uns et sur les autres. Au niveau des tracés enregistrés avec une contre-pression importante, l'accident anacrote est généralement plus bas situé sur la branche ascendante du pouls, et plus fortement marqué ; avec des contre-pressions moindres, l'onde est moins accusée, à peine inférieure au sommet du pouls ; parfois même celui-ci prend simplement l'aspect du pouls à plateau.

Pour mériter son nom, l'onde anacrote devrait avoir, d'après Laubry et ses élèves, ces caractères et cette constance. Cependant, beaucoup d'auteurs ont appelé pouls anacrotes des pouls où l'onde anormale existait seulement sur les tracés recueillis avec une contre-pression donnée et disparaissait lorsque variait celle-ci.

Gallavardin qui, le premier, tint compte des conditions d'inscription dans la recherche de l'anacrotisme, rapporte de nombreux tracés dans lesquels l'accident anacrote se marque très nettement à des contre-pressions toutes voisines de la maxima. Sur les pulsations enregistrées avec des contre-pressions moindres, l'accident tantôt persiste, quoique en devenant beaucoup moins net, tantôt disparaît tout à fait. Le tracé recueilli à la minima est nettement polyphasique, mais l'onde initiale reste la plus haute; il n'y a plus d'anacrotisme véritable. Nous possédons plusieurs tracés de cet ordre et nous ne croyons pas devoir leur refuser, comme le fait Laubry, d'entrer dans le cadre de l'anacrotisme.

Certains auteurs sont allés plus loin et Strohl et Barré ont jugé valables des anacrotismes constatés uniquement au niveau des supra-maximales (*Presse méd.*, 1920, n° 67). Il est vrai que, usant pour définir la maxima, d'un critère démontré inexact par R. Fabre, ils placent celle-ci beaucoup trop bas, et les oscillations qu'ils considèrent comme des supra-maximales, sont en réalité tout simplement des oscillations maximales. Pour notre compte, déterminant les pressions sur la courbe oscillométrique, nous avons toujours trouvé les anomalies signalées au voisinage immédiat de la maxima.

Inversement, l'accident anacrote peut exister seulement au voisinage de la minima, et manquer sur toutes les oscillations recueillies avec des contre-pressions supérieures. Dans ce cas, affirment Laubry et ses collaborateurs, l'anacrotisme est constant; on le retrouve sur tous les sphygmogrammes aussi bien des sujets normaux que des malades. Il perd, par conséquent, toute valeur séméiologique. Pour considérer comme pathologique une onde ana-

crote, il faudrait donc qu'elle existât sur tous les sphygmogrammes recueillis de Mx à Mn.

Cette opinion nous paraît un peu trop exclusive. D'abord, nous n'avons pas toujours trouvé cet anacrotisme minimal, bien loin de là. Sur plus de 75 sujets, malades ou non, nous n'avons relevé d'anacrotisme à aucune contre-pression. Sans doute, lorsqu'on se rapproche de la minima, on constate que le tracé devient plus franchement polyphasique : les diverses ondes *b*, *c*, *d* sont plus nettement détachées. Toutefois, dans la très grande majorité des cas, l'onde initiale reste la plus haute, et l'on ne saurait parler d'anacrotisme. Parfois il y a égalité des ondes *b* et *c* et formation d'un pouls à plateau ; parfois on peut découvrir une très légère prépondérance de *c*, mais la différence n'atteint jamais celle marquée sur les véritables pouls anacrotes.

Par conséquent, lorsque l'accident est très net, lorsque — et c'est la règle — on le trouve non seulement à la pression minima, mais un peu audessus, à partir par exemple de Pe, nous ne pensons pas qu'on puisse lui refuser le qualificatif d'anacrote et la signification spéciale que comporte cette anomalie. Les cas dans lesquels nous avons trouvé ce type d'anacrotisme étaient absolument superposables à ceux où nous en découvrîmes les autres modalités.

Mécanisme de l'anacrotisme. — Pour arriver à apprécier la valeur séméiologique de l'anacrotisme, il faut s'efforcer de démêler le mécanisme de sa production, de trouver la cause — ou les causes — de la déformation du pouls qu'il constitue.

Dans ce but, nous utiliserons uniquement des documents cliniques, tirés de nes propres observations et de celles publiées par divers auteurs. Nous ne pouvons, à l'heure actuelle, apporter d'autres documents. Il y aurait peut-être, pensons-nous, motif à poursuivre l'étude expérimentale de l'anacrotisme sur le schéma de circulation tel qu'il est réalisé et couramment employé dans le laboratoire de notre maître le professeur Pachon. Nous ne pouvons, pour le moment, apporter aucun document de cet ordre.

L'anacrotisme a longtemps été considéré comme la conséquence d'*une sténose vasculaire* créant un obstacle à la progression de l'onde systolique. Cette opinion tenait à la découverte de pouls anacrotes chez des sujets dont la circulation artérielle se heurtait à d'indiscutables obstacles : obstacles d'ordre pariétal — rétrécissement de l'aorte — obstacles par compression extérieure du vaisseau due à une tumeur voisine, à l'utérus gravide s'appuyant, en décubitus dorsal, sur l'aorte abdominale. Ces constatations amenèrent de nombreux auteurs à professer sur l'anacrotisme une opinion un peu exclusive : il fut longtemps considéré uniquement comme la conséquence d'une lésion localisée du système artériel.

Cependant, cette interprétation était trop étroite pour s'appliquer à tous les cas; chez des malades porteurs d'authentiques sténoses, l'anacrotisme manquait; chez d'autres dont le système artériel ne présentait aucun rétrécissement, on découvrait au contraire cet anacrotisme. On en vint même à mettre en doute la possibilité de l'anacrotisme par sténose vasculaire, Et pour apprécier la valeur réelle de ce facteur pathogénique, Laubry, Soulié et van Bogaert réalisèrent tout récemment l'expérience suivante : ils placent sur le membre supérieur d'un sujet sain deux brassards, l'un au niveau du bras, l'autre au niveau de l'avant-bras. Ils inscrivent le pouls recueilli à l'aide du brassard inférieur. Le brassard supérieur leur permet de réaliser, par gonflement plus ou moins complet, une sténose plus ou moins serrée de l'artère en amont du point d'inscription du pouls. Ils constatent ainsi que dans nombre de cas, cette manœuvre provoque des modifications de forme de l'artériogramme normal. Lorsque l'on exerce dans le brassard supérieur une pression à peu près égale à la maxima, l'artériogramme présente de l'anacrotisme assez nettement caractérisé. Il s'agit d'une variété spéciale d'anacrotisme; dans ce cas particulier, l'accident anacrote est bien constitué par une onde *a* supplémentaire, surajoutée aux ondes systoliques normales *b* et *c*. Or, les anacrotismes de ce type sont la grande exception; la plupart des accidents anacrotes sont dus à l'abaissement de l'onde *b* par rapport à l'onde *c*.

Par conséquent, une sténose isolée du système artériel peut causer un accident anacrote; mais d'une part, il s'agit là d'une éventualité rare; d'autre part, c'est une variété spéciale d'anacrotisme qui se trouve réalisée.

En pratique, d'ailleurs, en dehors de ces conditions expérimentales, l'anacrotisme est rarement rencontré dans les sténoses pures; on le trouve beaucoup plus souvent au contraire dans les sténoses associées soit à des insuffisances, soit à des troubles cardiaques, soit à des lésions artérielles étendues. Bref l'anacrotisme par sténose qui a longtemps tenu la première place est maintenant complètement relégué au second plan; c'est une explication parfois valable, mais exceptionnelle et à laquelle il ne faudra s'arrêter qu'à défaut de toute autre, à condition toutefois que l'anacrotisme décelé réalise le type spécial que nous venons de décrire.

Rejeter, ou limiter considérablement la part de la sténose dans la genèse de l'anacrotisme n'entraîne pas la négation de tout facteur vasculaire. Si une lésion segmentaire d'un vaisseau est rarement en cause, il ne faut pas négliger les modifications possibles de la *résistance périphérique* tenant soit à des lésions étendues des petits vaisseaux, soit à des modifications de leur calibre qui peuvent exister par simple mise en jeu des vaso-moteurs, sans lésions anatomiques pariétales. L'importance de ce facteur vasculaire avait été depuis fort longtemps soupçonnée. Marey, qui sans avoir dénommé l'anacrotisme le décrivait en fait sous le nom de pulsation saccadée, s'exprime ainsi : « La pénétration saccadée du sang dans les artères s'observe dans l'altération sénile ou l'athérome aortique. Ces vaisseaux qui ont perdu leur élasticité deviennent très peu extensibles dès qu'ils ont reçu une partie de l'ondée que projette le ventricule. Dès lors, l'effort ventriculaire n'accomplit que lentement et avec peine la dernière partie de la systole. Dans l'insuffisance aortique des conditions analogues se produisent. On peut considérer que la colonne sanguine, subissant un temps d'arrêt dans sa pénétration à l'intérieur des artères, donne un véritable coup de bélier contre les parois artérielles. » (Circulation du sang.)

Il faut remarquer d'ailleurs que cette explication de Marey laisse la part très belle au facteur cardiaque dont nous verrons dans un instant la réalité.

Beaucoup d'autres auteurs, constatant la coexistence assez fréquente de l'anacrotisme avec des alté-

rations vasculaires, en font tout simplement un signe d'athérome artériel. C'est une opinion récemment encore exprimée par Langeron (*Revue de méd.*, 1930). Mais comme il ne dit rien de l'état fonctionnel du myocarde de ses malades, on ne peut accepter d'emblée ses conclusions. Laubry et ses collaborateurs insistent aussi sur l'importance du facteur « résistances périphériques ». Apportant des exemples assez nombreux d'anacrotisme recueillis chez des scléreux, ils prennent soin d'ajouter que leurs malades ne présentaient pas de signes d'insuffisance cardiaque, et se croient par conséquent fondés à attribuer exclusivement ces signes aux modifications périphériques. Il faut noter toutefois qu'un myocarde, même sans présenter de phénomènes éclatants d'insuffisance, peut fonctionner dans des conditions anormales, extra-physiologiques en quelque sorte. Mais Langeron et Laubry apportent en outre des arguments qui nous semblent péremptoires, et qui permettent — en dehors de tout facteur cardiaque — d'affirmer l'importance des modifications des résistances périphériques dans la genèse de l'anacrotisme.

Langeron procède chez un certain nombre de sujets à des massages artériels. L'artériogramme, inscrit avant cette manœuvre, était normal. Après son exécution, l'anacrotisme apparaît. Il est difficile d'expliquer cet anacrotisme autrement que par des réactions vaso-motrices *locales*, résultant de la manœuvre ainsi pratiquée sur l'artère, entraînant à son niveau des modifications de calibre, de tension et partant, l'onde anacrote.

D'autre part, Laubry et Van Bogaert ont récemment apporté à la Société médicale des hôpitaux une observation fort démonstrative. Leur malade est un sujet présentant des crises solaires et de l'œdème de Quincke, dont le système vago-sympathique jouit d'une hyperexcitabilité considérable. Si l'on soumet ce sujet à un bain froid, on voit apparaître des modifications importantes de sa pression artérielle, et l'artériogramme présenter un accident anacrote. Le bain chaud fait disparaître celui-ci et permet de retrouver un tracé de forme normale. Bref, là encore, des modifications du calibre et partant des résistances périphériques sont fort susceptibles d'entraîner l'anacrotisme,

De là à conclure que celui-ci est la traduction invariable de modifications périphériques, il n'y a qu'un pas.

Il serait peut-être imprudent de s'en tenir là et de n'envisager aucune autre cause à cet anacrotisme.

Il est difficile, en effet, de concevoir que le *cœur* ne joue jamais aucun rôle dans la production de cette anomalie du pouls. La contraction ventriculaire créant l'onde pulsatile qui se traduit au niveau des artères périphériques par le pouls, il serait assez surprenant que ses anomalies ne puissent avoir leur répercussion sur le sphygmogramme. Bon nombre d'auteurs, en effet, ont incriminé le cœur dans la production de l'anacrotisme. Huchard insistait sur la coïncidence de celui-ci avec certaines lésions valvulaires, insuffisance aortique en particulier. Ce n'était pas relier cette anomalie à l'état fonctionnel du cœur, mais seulement à certaines lésions qui n'impliquent pas *à priori* un fonctionnement défaillant du myocarde. Gallavardin le premier, en 1907, tenta de rattacher l'anacrotisme à un *état fonctionnel spécial du myocarde*.

Il nous semble que de nombreux arguments militent en faveur de cette opinion.

Nous ne ferons pas état, pour le moment, des circonstances dans lesquelles on découvre cet anacrotisme.

Nous voudrions tout d'abord grouper un certain nombre d'arguments favorables à la thèse de l'origine cardiaque de l'anacrotisme, arguments tirés exclusivement de l'étude des graphiques du pouls et du cœur.

Il nous semble qu'une constatation de Laubry, Soulié et Van Bogaert, bien qu'ils lui donnent une interprétation différente, vient à l'appui de cette doctrine. Ils notent chez des sujets à pouls anacrote l'exagération de cette anomalie lorsqu'ils placent le membre exploré dans la position verticale. Chez d'autres sujets qui ont simplement un pouls à plateau, la même manœuvre entraîne l'apparition d'un anacrotisme vrai. Laubry et ses collaborateurs tirent de cette expérience la conclusion que l'anacrotisme apparaît ou s'exagère, dans ce cas, en raison des conditions différentes de la réaction de la paroi artérielle à l'onde systolique.

Il nous paraît difficile de comprendre quelles modifications de réaction de la paroi artérielle peut apporter, toutes autres conditions restant les mêmes le changement de position d'un membre. L'attitude imposée rend évidemment plus difficile l'arrivée du sang au niveau des vaisseaux, du simple fait de la pesanteur. Il est probable, par conséquent, que les anomalies de la pulsation artérielle recueillie dans cette situation expriment cette réplétion vasculaire difficile ou tout au moins spéciale. Mais pourquoi le cœur ne jouerait-il aucun rôle dans la genèse de ces troubles ? Sa contraction suffisante à assurer la marche du sang dans les vaisseaux des membres placés en position normale peut faillir à la tâche plus ardue nécessitée par la réplétion d'un membre supérieur en position verticale. On pourra parfaitement obtenir un sphygmogramme normal sur le membre déclive, un sphygmogramme anacrote sur le membre surélevé, sans pouvoir rapporter cette différence à des facteurs artériels. Car on conçoit difficilement que le simple changement de position d'un membre suffise à modifier ainsi les réactions pariétales. La même ondée systolique, pénétrant aisément dans les vaisseaux d'un membre déclive, y provoque une déformation et par suite un sphygmogramme normal ; dans un membre surélevé, sa progression plus difficile déforme moins aisément la paroi, d'où l'anacrotisme. Mais cette réaction différente de la paroi est moins due aux qualités propres de celle-ci qu'à la force différente qui s'exerce sur elle. En d'autres termes, cet anacrotisme peut être fort bien l'expression d'une mauvaise pénétration du sang dans un vaisseau, que ce trouble reconnaisse une cause centrale ou périphérique.

En faveur de l'influence du myocarde sur la production de l'anacrotisme témoignent encore de nombreux sphygmogrammes recueillis chez des malades arythmiques. On constate chez eux — et cette remarque fut faite dès 1920 par le professeur Delaunay — que l'anacrotisme n'est pas constant. Il existe sur quelques tracés seulement; ces quelques tracés anacrotes sont toujours ceux dont l'amplitude est la plus grande. Divers auteurs ont apporté des documents dont se dégagent les mêmes conclusions. Qu'il s'agisse d'arythmie sinusale, respiratoire ou non, d'arythmie complète, d'arythmie extra-systolique, l'anacrotisme existe seulement sur les pulsations les plus amples. Ces pulsations fort amples correspondent de toute évidence aux systoles qui

ont entraîné une ondée sanguine très importante. Ce sont, par conséquent, celles qui ont été précédées de la meilleure réplétion ventriculaire, ce sont par suite celles qui ont réclamé du ventricule un effort maximum. Cette contraction vigoureuse, le ventricule la réalise avec difficulté et l'anacrotisme s'ensuit. Par contre, lors des systoles prématurées n'entraînant qu'une ondée très minime, la contraction s'exerce sans aucune difficulté et le sphygmogramme prend un aspect normal.

Cette coïncidence de l'anacrotisme avec certaines contractions, avec celles des contractions qui, demandant au myocarde un effort considérable, sont susceptibles de le placer dans des conditions extra-physiologiques, nous semble un témoignage de l'origine ventriculaire de cet anacrotisme.

Laubry, Soulié et Van Bogaert apportent une constatation de même ordre et de même portée. Ils ont découvert, chez un malade à pouls alternant, un anacrotisme existant seulement sur les *pulsations les plus fortes*. L'anacrotisme se montre là encore dans les cas où l'effort ventriculaire est maximum. Il manque sur le sphygmogramme correspondant à la pulsation la plus faible et par conséquent à l'évacuation la plus facile.

Dans ces cas, l'apparition de l'anacrotisme est liée à l'importance de l'ondée ventriculaire.

Peut-être pourrait-on imaginer que cet anacrotisme est le fait d'une réponse spéciale de la paroi artérielle à une ondée particulièrement importante. Nous avons pu recueillir, chez une malade, un beau tracé qui permet d'écarter cette hypothèse, et d'attribuer l'anacrotisme au cœur lui-même. Il s'agissait d'une malade atteinte d'une néphrite chronique, très fortement hypertendue (33-18), qui avait eu deux accès d'asthme cardiaque. Chez cette femme, hospitalisée, mise au repos et au régime, légèrement améliorée, les accidents dyspnéiques ne s'étant pas reproduits, le cœur ne semblait pas devoir subir de défaillance imminente. Nous découvrîmes sur les tracés recueil-

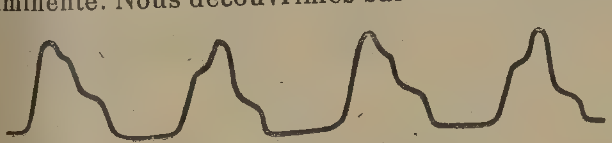


FIG. 4. — *Anacrotisme alternant.*

lis avec une contre-pression fort voisine de la maxima, un *anacrotisme alternant*. Il ne s'agit pas ici, comme dans l'exemple de Laubry, d'un pouls alternant avec anacrotisme sur les pulsations les plus fortes. Toutes les pulsations ont, chez notre malade, la même amplitude, mais elles n'ont pas la même forme : un anacrotisme très net marque une pulsation sur deux. Nous n'avons trouvé dans la littérature, aucun autre exemple d'anacrotisme alternant.

Il n'est plus question de réplétion ventriculaire inégale, il ne peut plus être question par suite de réponse différente, suivant l'ondée ventriculaire inégale, des parois artérielles. Cet anacrotisme intermittent, tous les autres facteurs restant les mêmes, est forcément l'expression d'une contraction ventriculaire modifiée. Cet anacrotisme alternant est donc un phénomène assez voisin de l'alternance véritable, et il ne saurait accepter d'autre explication que celle-ci. Il est impossible de l'interpréter sans mettre en cause le ventricule et le seul ventricule.

L'étude combinée du *cardiogramme* et du sphygmogramme des malades apporte encore un argument à la thèse de l'origine ventriculaire de nombreux anacrotismes. Très souvent, en effet, à un sphygmogramme anacrote, correspond un cardiogramme anormal. Gallavardin, le premier, a noté que les sujets chez lesquels il relevait un pouls anacrote, présentaient le plus souvent sur la branche ascendante de leur cardiogramme, un accident particulier, situé en général à l'union des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur de cette branche.

Nous avons recueilli les cardiogrammes de D. L. G. de nos quatorze malades à pouls anacrote, ou plutôt nous avons tenté de les recueillir tous : chez l'une d'elles nous n'avons pu, en raison d'une obésité marquée, obtenir de tracé correct. Chez une seconde, le tracé paraît normal. Mais chez les douze autres, il existe d'indiscutables modifications du cardiogramme, modifications d'ordre pathologique constituées par la présence d'un plateau horizontal (1 cas), l'existence d'un plateau ascendant de durée plus ou moins longue (10 cas), la présence d'une onde très accentuée placée à la fin de la branche ascendante du cardiogramme, analogue à celle signalée par Gallavardin (1 cas).

Bref, dans 12 cas sur 13, le cardiogramme de nos sujets à pouls anacrote se révèle anormal, et dans 10 de ces 12 cas, il réalise l'image désormais bien classique du cardiogramme en dos de chameau.

Des constatations analogues sont faites aussi par Laubry et ses élèves, qui écrivent dans leur article des *Archives des maladies du cœur*, nov. 1930 : « Chez les sujets ayant un pouls anacrote, dans la plupart des cas, le plateau systolique du tracé apexien en D. L. G., au lieu d'être oblique et descendant, s'élève et décrit une bosse qui autorisa la dénomination du tracé : c'est le cardiogramme en dos de chameau.

« On a judicieusement lié l'anacrotisme du pouls et le cardiogramme en dos de chameau en faisant du premier l'image périphérique du second. »

Cette coïncidence, notée par l'unanimité des auteurs qui ont étudié parallèlement cardiogramme et oscillogramme, est évidemment un argument solide en faveur de l'origine ventriculaire de cet anacrotisme.

La coexistence très fréquente aussi de l'anacrotisme et du *bruit de galop* est un nouveau témoignage à apporter à cette conception. Sans discuter la nature et la cause du galop, il est bon de noter sa présence qui témoigne indiscutablement d'une contraction cardiaque anormale.

Enfin, les sujets chez lesquels nous découvrons cet anacrotisme ont tous un cœur, ou lésé, ou soumis à des efforts excessifs. Notre groupe de 14 malades est constitué de mitraux, aortiques, hypertendus. Huit d'entre eux avaient fait, peu avant l'enregistrement de leurs tracés, des accidents sérieux d'insuffisance cardiaque, améliorés au moment de la prise des graphiques, mais qui se reproduisirent rapidement ; 4 d'entre eux étaient morts peu de mois après. Dans 2 cas, l'anacrotisme existait chez des sujets rénaux qui avaient fait des accidents d'insuffisance cardiaque légers, mais nets, et qui moururent peu après, plus d'urémie que de défaillance circulatoire. Quatre hypertendus, enfin, n'eurent que de très légers troubles, et leur cœur, sans être normal, n'inspirait pas d'inquiétude grave.

Ainsi l'anacrotisme est-il recueilli tantôt chez des sujets franchement insuffisants, tantôt chez des sujets dont le cœur, obligé de fournir un effort exagéré, résiste à sa tâche. Dans tous les cas, le ventricule gauche de la plupart des malades à pouls ana-

crote, sans être toujours franchement défaillant, fonctionne en tout cas, à peu près constamment, de manière extraphysiologique.

Valeur séméiologique de l'anacrotisme. — Quelles conclusions tirer de cet exposé? Comment comprendre — non pas la pathogénie de l'anacrotisme que nous n'avons pas l'intention de discuter ici — mais ses causes et sa signification?

La difficulté d'interprétation provient de la diversité des facteurs susceptibles de créer cet anacrotisme. Si la sténose vasculaire ne peut guère être retenue que très exceptionnellement, à tel point que l'on peut la considérer comme quantité négligeable, l'anacrotisme peut résulter ou d'une augmentation des résistances périphériques, ou d'un état fonctionnel spécial du myocarde.

Or, la valeur séméiologique de cet anacrotisme risque d'être, à première vue, fort différente suivant qu'il reconnaîtra l'une ou l'autre de ces deux causes. Le problème revient donc à savoir, en présence d'un pouls anacrote, s'il faut reconnaître à cette anomalie un facteur périphérique ou un facteur cardiaque. La distinction est souvent possible lorsque existent d'indiscutables troubles cardiaques, lorsque l'on découvre des anomalies du cardiogramme. Mais comment la réaliser chez des sujets dont le système circulatoire périphérique est scléreux et dont le cœur, par suite, est fort exposé à la défaillance? Sur quels critères devrait-elle s'appuyer? La difficulté de cette distinction risque donc d'enlever à l'anacrotisme une grande partie de son intérêt pratique.

Peut-être n'y a-t-il là qu'une apparence. Peut-être est-il un peu spécieux de vouloir opposer les diverses variétés de l'anacrotisme suivant son origine centrale ou périphérique. Le sphygmogramme enregistre les réactions d'une paroi vasculaire plus ou moins déformée par l'ondée systolique. C'est un complexe. L'anacrotisme témoigne, au point où il est enregistré, que la pénétration du sang dans le vaisseau s'effectue de manière anormale. Cette mauvaise circulation périphérique peut être la conséquence d'une contraction ventriculaire défectueuse. Elle peut être aussi le fait d'une exagération des résistances pariétales.

Dans le premier cas, cette anomalie est indiscutablement l'indice d'un trouble fonctionnel du myocarde. Dans le second groupe se trouvent probablement des anacrotismes de significations diverses. Les anacrotismes temporaires, liés à une vaso-constriction passagère n'expriment pas une perturbation bien profonde de la dynamique circulatoire. De même les anacrotismes partiels, découverts seulement sur un segment artériel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Pratique de l'ionisation. Applications médico-chirurgicales, par Pierre Rousseau, ancien interne des hôpitaux, assistant d'électrothérapie à l'hôpital Necker, et Pierre Nyer, assistant adjoint d'électrothérapie à l'hôpital Necker. In-8 de 168 pages avec 28 fig. dans le texte et 8 planches hors texte. — Prix : 32 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Mais des facteurs purement vasculaires peuvent entraîner un anacrotisme permanent, généralisé à tous les segments artériels. Il faut pour créer cette anomalie une augmentation sensible des résistances périphériques, et pareille gêne à la circulation périphérique n'ira pas longtemps sans retentir sur le cœur et entraîner des troubles de l'évacuation ventriculaire.

Par conséquent, l'anacrotisme, qu'il relève comme c'est la règle, d'une cause cardiaque, qu'il provienne, ce qui est possible, des seuls facteurs périphériques, a une signification à peu près constante; dans un cas, il exprime un trouble myocardique déjà réalisé; dans l'autre, il l'annonce.

Ainsi donc pensons-nous en définitive que tout anacrotisme net, constant et généralisé, est l'expression d'un trouble fonctionnel du ventricule gauche.

Pouvons-nous préciser davantage la nature, la gravité de ce trouble fonctionnel ?

Laubry et ses collaborateurs l'ont fait. Ils rapportent comme nous la majeure partie des anacrotismes à des anomalies de la contraction du ventricule gauche. Mais ils n'en découvrent pas l'existence aux phases ultimes de l'insuffisance cardiaque. Ils l'observent chez des sujets dont le myocarde, auquel sont demandés de sérieux efforts, est encore capable d'y faire face. Sa découverte permettrait de reconnaître évidemment l'insuffisance cardiaque, mais en même temps de porter un pronostic relativement favorable. Chez un malade de ce type, la disparition d'un anacrotisme précédemment noté marquerait, au contraire, la déchéance myocardique de plus en plus profonde. L'anacrotisme ne serait pas un signe de défaillance, mais un signe d'alarme.

Nos propres observations mous amènent à des conclusions légèrement différentes. Sans doute chez bon nombre de malades chez lesquels on découvre l'anacrotisme, le fonctionnement ventriculaire est encore insuffisant. Mais nous avons aussi noté sa présence chez des sujets dont le myocarde était nettement défaillant. Notons toutefois que nous n'avons pas enregistré d'anacrotisme au moment des grands accidents d'asystolie. Mais nous l'avons souvent trouvé entre deux crises chez des malades temporairement améliorés par le repos et la diététique, mais bientôt en proie à de nouveaux troubles de plus en plus rebelles à la thérapeutique. Plusieurs de ces malades ont d'ailleurs succombé dans de bien brefs délais. Nous ne pensons pas que l'anacrotisme existe sur un sphygmogramme de sujet agonique. Mais nous ne croyons pas que sa présence implique forcément une résistance encore importante du ventricule gauche et nous ne saurions lui attribuer une signification pronostique aussi favorable.

En résumé, l'anacrotisme nous paraît donc être l'expression non pas constante, mais fréquente de l'insuffisance cardiaque gauche. Tantôt il constitue un signal d'alarme existant avant les troubles sérieux que peut créer celle-ci. Tantôt il accompagne ces grands accidents et s'il disparaît ne pleine asystolie, il n'en est pas moins contemporain de troubles myocardiques sévères.

Il n'est donc pas justiciable d'une interprétation toujours identique. Il n'est qu'un signe; isolément, sa valeur est difficile à apprécier; le contexte clinique, fourni par l'examen complet du malade, viendra lui donner sa juste signification.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1931)

Action de l'eau de mer où a séjourné du carotène sur le développement expérimental de l'œuf d'oursin « Paracentrotus lividus L. K. ». — M. André THOMAS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SECRET MÉDICAL

ORDRE DU JOUR VOTÉ A L'UNANIMITÉ LE 22 OCTOBRE 1931 PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE.

Le secret médical est une obligation de la conscience professionnelle.

Il est antérieur à l'article 378 du Code pénal. Il lui survivrait si cet article venait à disparaître.

Il remonte au serment d'Hippocrate. Il est notre charte et nous l'observerons quoi qu'il advienne.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SUR LA ROUTE D'HIVER DES ALPES EN AUTOCAR P.-L.-M. — Les services automobiles de la route d'hiver des Alpes fonctionnent entre Aix-les-Bains, Mont-Revard et Nice.

Jusqu'en fin janvier, deux départs par semaine ont lieu dans chaque sens : les lundi et jeudi au départ d'Aix ; les lundi et vendredi au départ de Nice.

Le parcours d'Aix-les-Bains à Nice s'effectue en 3 jours :

Première étape : Aix-Grenoble par Chambéry, Les Echelles, Saint-Laurent-du-Pont, Saint-Pierre-de-Chartreuse (déjeuner), Col de Porte.

Deuxième étape : Grenoble-Digne par Monestier-de-Clermont, Le Col de la Croix Haute, Lus (déjeuner), Aspres, Sisteron.

Troisième étape : Digne-Nice par Saint-André-les-Alpes, Annot (déjeuner), Pont-de-Gueydan, Entrevaux, Puget-Théniers, Touet-de-Beuil.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser aux gares, bureaux de renseignements, bureaux de ville du réseau P.-L.-M. et aux agences de voyages.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 90. — MERCREDI 11 NOVEMBRE 1931. 104e ANNEE. MERCREDI 11 NOVEMBRE 1931. — N° 90.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
L'enfant épileptique. Les troubles de l'humeur et du caractère, par M. GILBERT-ROBIN.
Contribution à l'étude du diagnostic des hémorragies pelviennes d'origine génitale, par M. G. PASCALIS.
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE. (Compte rendu, par M. J. HUBER.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
Société de biologie.
CHRONIQUE
Le Congrès de stomatologie de Budapest, par M. A. HERPIN.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Complications intestinales de la fièvre typhoïde (suite).
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hopitaux sera ouvert le mardi 19 janvier 1932, à 9 h., à l'Administration centrale (salle des commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du mardi 15 au mardi 29 décembre 1931 inclusivement.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Admissibilité : MM. Béal, Cabrol, Houzeau et Fleury.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 4 novembre. — Questions données : « Diagnostic du cancer du rectum. — Accidents cardiaques du rhumatisme articulaire aigu (séquelles non comprises). »

MM. Natier, 15; Scemama, 15 1/2; Livierados, 21; Mme Longuet, 23; MM. d'Escrivan, 21 1/2; Bernard (Jacques), 15; Hanaut, 23 1/2; Boisseau, 17 1/2; Sacquépée, 15.

— Séance du 7 novembre. — Questions données : « Gangrène sénile. — Diagnostic des hémorragies méningées non traumatiques. »

MM. Douay, 19 1/2; Roux (Marcel), 20; Bonnet (Georges), 17; Guillaumat, 23 1/2; Boutron, 13; de Botton, 17; Kipfer, 21; Chevallier (André), 12; Castany, 14; Netter, 19.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — Au cours de la séance solennelle de rentrée de l'Université qui a eu lieu samedi en présence de M. le président de la République, le diplôme de docteur honoris causa a été remis à M. Walter B. Cannon, professeur de physiologie à l'Université de Harvard (U. S. A.), dont on admire les travaux au sujet de l'influence de l'émotion sur les fonctions gastriques.

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — Le prix Dagnan-Bouveret (1.000 francs) destiné à favoriser les études de psychologie, est donné à M. Daniel Lagache, ancien élève de l'Ecole normale, agrégé de philosophie, interne à l'asile de Ville-Evrard.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour deux places d'interne titulaire en pharmacie des Asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri Rousselle et de l'hospice Paul Brousse à Villejuif, s'ouvrira à Paris le jeudi 7 janvier 1932.

Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, escalier A, 2e étage, porte 227) tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h. du 1er décembre 1931 au 19 décembre inclus.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE MARCHANDE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Bohec, médecin sanitaire maritime, médecin chef de l'*Ile-de-France*.

GUERRE. — Sont nommés :

Médecins des hôpitaux militaires. — MM. les médecins capitaines Martin, des troupes du Maroc; Boide, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Dutrey, de l'hôpital militaire de Rennes.

Chirurgiens des hôpitaux militaires. — MM. les médecins capitaines Ribollet, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Sarroste, du régiment de sapeurs-pompiers de Paris.

Spécialiste des hôpitaux militaires. — M. le médecin commandant Fricker, médecin des hôpitaux militaires, du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée.

CONFÉRENCES DE L'HÔTEL CHAMBON. — M. le docteur Constant Mathis, directeur de l'Institut Pasteur de Dakar, correspondant national de l'Académie de médecine, fera, le vendredi 13 novembre, à 21 h., dans la grande salle des séances de l'hôtel Chambon, une conférence sur « Les progrès réalisés en hygiène et en prophylaxie dans les pays tropicaux ».

LA SOCIÉTÉ AMICALE DES MÉDECINS DU XVIIIe ARRONDISSEMENT se réunira le vendredi 13 novembre, à 21 h., à la mairie place Jules Joffrin. Le docteur Pascalis présentera un film inédit sur la réduction des fractures (double écran).

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PROPHYLAXIE DE LA CÉCITÉ (2, avenue Vélasquez, Paris). — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du samedi 14 novembre 1931, à 14 h. — Ordre du jour :

1. Rapport du président sur les travaux de l'année.
2. Rapport du secrétaire général sur les questions administratives.
3. Création de comités nationaux. Propositions des membres du Comité exécutif au sujet des projets pour l'année 1931-1932.
4. La prophylaxie de la cécité dans l'industrie.

Rapport du docteur Coutela, secrétaire général du Comité français de l'Association internationale de prophylaxie de la cécité sur « Quelques modifications à apporter à la loi de 1898 sur les accidents du travail ».

5. Rapport du docteur Cridland, membre du Comité exécutif, sur « L'importance d'une recherche approfondie des causes de la cécité au point de vue de la prophylaxie ».

Conférence (avec projections) de M. le docteur Park Lewis, vice-président de l'Association, sur « Quelques formes rares de cataracte d'origine parasitaire observées chez les poissons ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Oudaille (du Cannet), Priolo fils (de Brives), Gallice (de Langeac), Edmond Benech (de Montpellier), Guay (de Sillans), le professeur Maurice Vallas, ancien chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ancien chef de clinique du professeur Ollier; les docteurs Louis-Ernest Barié, médecin honoraire des hôpitaux de Paris; Maurice Bloch (de Paris); Jean-Robert Cautru, âgé de 27 ans, décédé accidentellement.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 9 novembre. — Jury : MM. Baudoin, président; Couvelaire, Cathala, Portes. — M. ARCHAMBAUD. Traitement chirurgical de la syringomyélie. — M. LUXEREAN. De quelques croyances populaires sur la grossesse et l'accouchement.

Mardi 10 novembre. — Jury : MM. Lereboullet, président; Tanon, Joannon, Sézary. — Mme MALDAN-MASSOT. Enquête sur 92 enfants vaccinés par le B. C. G. — M. BARBIN. Contribution à l'étude de l'énurésie et de ses traitements, essais de cupressus simpervirens. — M. JUDDÉ. Contribution à l'étude des accidents observés à la suite de l'injection intraveineuse du vaccin antichancrelleux de Nicolle.

Jeudi 12 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président Pierre Duval, Gatellter, Velter. — M. LANDAIS. De l'influence des altérations de la vue sur l'œuvre des artistes. — M. CANDON. Contribution à l'étude du cholépéritoine hydatique.

Lundi 9 novembre. — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Legueu, président ; Bresson, Coquot. — M. LAMY. Des affections de la prostate chez le chien.

CHRONIQUE

LE CONGRÈS DE STOMATOLOGIE DE BUDAPEST

Au début de septembre s'est tenu, à Budapest, le 1er Congrès international de stomatologie, organisé par l'Association stomatologique internationale.

La Hongrie fut choisie pour cette première manifestation, parce qu'elle fut également la première à créer une chaire d'Université de cette spécialité. Il convient de préciser que cette création remonte à 1844 et que le titulaire actuel, le professeur Szabo, est aussi le doyen de la Faculté de médecine de Budapest. 1844, il y aura bientôt un siècle, et nous en sommes encore à espérer qu'on voudra bien ne pas attendre qu'il soit accompli pour organiser cet enseignement dans nos facultés.

Dans la pratique, les Hongrois ont été également des premiers à exiger le doctorat en médecine pour l'exercice de la stomatologie ; ils ont obtenu de cette mesure une telle satisfaction qu'actuellement personne ne pense qu'il pourrait en être autrement. Quant à la considération dont jouit cette branche de la médecine, elle apparaît assez nettement dans la désignation du titulaire de la chaire comme doyen de la Faculté.

Aussi les inexactitudes qui ont été si légèrement proclamées au sujet des pays étrangers ayant accompli la même réforme, ont-elles sérieusement ému les Hongrois. Et pour bien manifester que leur opinion lui était toujours favorable et peut-être en même temps une réprobation discrète des propos tenus, tous les professeurs de la Faculté de médecine de Budapest sans exception sont venus se grouper autour de leur doyen à la séance d'inauguration, avec le secrétaire d'Etat à la Santé publique; le régent Horthy, lui-même, a voulu recevoir à sa propriété de campagne, ce qui est exceptionnel, les délégués de tous les pays étrangers, pour bien manifester la satisfaction générale.

L'an dernier, à Venise, une réunion à caractère également international avait groupé 377 stomatologistes appartenant à douze pays différents ; cette année, à Budapest, il y eut 1.102 congressistes, 221 communications et 25 pays étaient représentés. Ces 1.102 congressistes se divisaient en 452 Hongrois et 650 étrangers.

On ne saurait citer tous les sujets traités ; déjà les rapports embrassaient toute la spécialité, pathologie, clinique, thérapeutique, prothèse et prophylaxie.

En somme, un très grand succès qui permet d'espérer que les erreurs commises seront reconnues et que la progression suivie depuis une année vaudra bientôt à cette spécialité sa place normale dans le cadre de la médecine.

A. HERPIN.

L'ENFANT ÉPILEPTIQUE

LES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU CARACTÈRE

Par le docteur GILBERT-ROBIN,
Ancien chef de clinique,
Médecin de l'Assistance aux enfants nerveux, retardés et instables.

On connaît, chez l'enfant épileptique, les crises convulsives, les absences, les troubles du sommeil (terreurs, somnambulisme), l'énurésie nocturne persistante, la lenteur psychique (Ducosté), l'obnubilation intellectuelle (docteur Gilbert-Robin), les colères aveugles et violentes.

Insistons sur les troubles de l'humeur et du caractère.

Falret (*Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*) décrit les épileptiques comme « timides, craintifs, cauteleux, obséquieux jusqu'à la bassesse, caressants et complimenteurs ». Féré (*Les Epilepsies et les épileptiques.* Alcan, éditeur) parle de crises de bienveillance et de générosité.

C'est, à mon avis, Falret et Mme Minkowska qui ont le mieux démêlé les traits du caractère épileptoïde. Wallon s'est davantage attaché à l'étude de la pensée épileptique, des moyens d'expression, des attitudes, du langage, du comportement de l'épileptique, en un mot de sa psycho-motricité, plutôt qu'au retentissement de cette psycho-motricité sur l'humeur profonde. Voici comment Mme Minkowska caractérise l'épileptique et l'épileptoïde : (*Le Problème de la constitution. L'évolution psychiâtrique*, t. II, Payot, édit.).

« Profitant de la haute compétence linguistique de mon confrère le docteur Pichon, j'adopte le terme qu'il a proposé — glischroïdie (du grec, visqueux), car le caractère essentiel de ces épileptoïdes, c'est leur affectivité concentrée, condensée, ramassée, visqueuse. C'est cette affectivité qui détermine chez eux l'amour pour les objets et l'amour de l'ordre, qui les attache spécialement à leur famille, à leur profession de cultivateurs, à leur sol natal, qui leur inspire l'intérêt pour les problèmes moraux et la religion; c'est en raison de cette affectivité aussi qu'ils sont des ralentis dans le domaine intellectuel; ils aiment ce qui dure et ce qui est stable et gardent les traditions.

Cette affectivité devenant de plus en plus visqueuse, accompagnée d'une bradypsichie croissante, n'ayant pas de décharge suffisante, crée une atmosphère de *stase*. C'est la stase, la tension, qui provoque les décharges explosives. *Les ralentis deviennent des excités.*

Nous voyons ici également *deux pôles opposés*, comme nous pouvions le constater dans la schizoïdie et dans la syntonie : *d'un côté le pôle du ralentissement et de la viscosité, et de l'autre le pôle des réactions explosives.* La différence consiste peut-être en ceci, qu'entre les deux facteurs dont se compose la glischroïdie, il existe un lien plus intime sous la forme d'un rapport de cause à effet : viscosité-stase-explosion. Nous n'avons de rapport analogue, ni dans la proportion psychesthésique, ni dans la proportion d'humeur des syntones. Je propose l'expression : *proportion affectivo-accumulative*, pour désigner les traits caractéristiques du comportement des glischroïdes. »

Ce que sont les épileptiques et les épileptoïdes, ils le sont avec insistance. Mme Minkowska dit avec exactitude de leur affectivité qu'elle est « doucereuse et collante ».

Pour Wallon « toutes les manifestations psychiques de l'épileptique témoignent de contrainte. Dans le domaine affectif au lieu du libre écoulement des émotions, c'est un état de latence émotionnelle, qui donne issue sans jamais s'y résoudre totalement, à des explosions intermittentes ». C'est l'analogue de ce que Mme Minkowska appelle stase et viscosité.

En passant en revue les centaines d'enfants épileptoïdes que j'ai eu l'occasion d'examiner, je dois convenir qu'un des traits les plus caractéristiques qu'ils présentent, est cette viscosité, cette contrainte. On a l'impression de quelque chose de forcé et de faux dans la présentation, la mimique, les paroles. Une sorte de bassesse et de feinte souplesse. Le regard est souvent sournois. Il est bien certain que ces manifestations ne doivent pas êtré jugées sur le plan moral. Elles vont de pair avec la bradypsychie. Elles traduisent une perturbation organo-psychique profonde.

Les décharges impulsives très violentes qui coupent cet état de lenteur psycho-motrice et d'adhérence affective montrent bien que cette sorte de suspension ne peut être tenue qu'au prix d'une tension qui se libère elle-même en crises explosives.

Un des traits les plus fréquents du caractère épileptoïde m'a paru être *la morosité.* Les enfants se plaignent sans cesse, ils ne sont jamais contents. Rien ne leur fait plaisir. Ils sont maussades, grognons, pleurnichent continuellement. On pense ici à l'animosité, l'irascibilité. Mais c'est plus de l'énervement que de la colère à proprement parler. On a l'impression que cette mauvaise humeur traduit un malaise organique intime et ineffable par nature. Peut-être dans une certaine mesure « le pessimisme de l'impuissance » dont parle Féré. Par bouffées éclatent des velléités de suicide bien différentes de celles qu'on rencontre dans la dépression chronique. Ces enfants ne sont ni tristes, ni déprimés, ils sont mécontents : « J'en ai assez... Je mourrai... Si on m'embête, je me tuerai... ». « Je vais me tuer, moi, » s'écrie un enfant de neuf ans observé par Ducosté (De l'épilepsie consciente et mnésique. *Th. de Bordeaux*, 1899). « Ça le prend tout à coup et puis ça lui passe. » Les menaces de se tuer, que j'ai rencontrées si souvent chez les enfants épileptoïdes, peuvent être suivies de tentatives réelles. Elles m'ont paru comparables, au point de vue psychologique, à ces velléités meurtrières qu'on signale dans les colères. Les unes et les autres traduisent cette attirance profonde de la mort qui est la marque de bien des psychopathies et névropathies et qui chez l'épileptique témoigne d'un trouble instinctif si profond, alimenté par de lointains atavismes, que la mort apparaît obscurément comme la seule délivrance possible. Le mysticisme que j'ai assez fréquemment observé chez

l'épileptoïde, s'il mérite sans doute d'être étudié à la lumière de l'hérédité, indique peut-être un essai de compensation affective.

Les enfants épileptoïdes se plaignent sans cesse d'éprouver des malaises. Ils aiment à se faire plaindre et pleurnichent sur leurs sensations les plus insignifiantes. Ils ont peur des maladies, ce sont des hypocondriaques précoces.

Rien de plus vrai que cette affectivité collante décrite par Mme Minkowska. Car ces enfants, leur entourage les dit « tannants », « cramponnants ». « La persévération est un trait spécifiquement épileptique » (Wallon). Ces enfants, ce sont les faux-câlins, les faux-tendres. Non qu'ils jouent la comédie. Mais le fond mental cache à ces moments une impulsivité dont la violence cruelle emporte à la dérive toutes ces manifestations.

L'entêtement de l'épileptoïde est bien connu. On devine l'enfant épileptoïde — au caractère lent, obtus, buté, — rien qu'en le voyant entrer avec ce type athlétique, ce crâne et cette face « aux contours carrés », traits si fidèlement mis en valeur par Mme Minkowska (*Le Problème de la constitution. Evolution psychiâtrique*, t. II, Payot édit.). Entêtement inséparable « de la routine mentale ». « Les jugements de l'épileptique sont peu élastiques », écrit Soukharof (Du caractère épileptique. *Revue de psychiâtrie*, juin 1910). Caractère d'où n'est jamais absente, comme l'a bien fait remarquer Wallon, « une sorte de volonté intransigeante qui atteste l'attachement de la conscience aux seuls procédés par lesquels elle sache se manifester et se connaître. Il en résulte dans la conduite une minutie tatillonne, intolérante, un besoin de tout régler selon certain ordre préconçu (qui n'est pas incompatible avec la turbulence); un véritable malaise si le milieu s'y dérobe ».

L'entêtement, si bien protégé par l'inertie épileptoïde, — elle-même sœur de la bradypsychie — pour peu qu'on s'y attache, se corse d'opposition.

Rarement l'opposition se contente d'être passive. Elle se teinte de négativisme. L'enfant résiste à ce qu'on lui demande ou à ce qu'on veut obtenir de lui. Il résiste avec énergie. Il met, dans cette lutte, toutes ses forces en œuvre. Il dit non à tout. Le « non » énergique et opiniâtre de l'enfant doit d'abord faire penser au caractère épileptoïde. On éliminera évidemment le « non » habituel à l'enfant maladroitement éduqué, dominant son entourage. Ce non témoigne d'un moyen de défense, moyen de défense d'autant plus impérieux, d'autant plus nécessaire pourrais-je dire, que l'enfant d'un naturel lent doit résister plus qu'un autre aux sollicitations. Le « non » est d'autant plus appuyé que la lenteur est plus considérable. Il est un moyen de maintenir en équilibre le tempérament visqueux de l'épileptoïde. Il rend compte aussi de l'hostilité de l'enfant épileptoïde, hostilité que du reste on pourrait intégrer également dans les moyens de défense utilisés par l'être moins bien armé que les autres pour l'activité.

Un des traits de l'humeur épileptoïde c'est l'irrégularité de ses manifestations. C'est ce qui me faisait dire plus haut que l'amour tatillon de l'ordre n'excluait pas la turbulence brouillonne. Falret avait bien noté cette variabilité de l'humeur chez les épileptiques : « Tantôt ils sont taquins, disposés à la controverse, à la discussion, aux querelles; tantôt au contraire, ils montrent une douceur, une affectivité et des sentiments religieux de soumission et d'humilité aussi exagérés et aussi peu motivés que l'étaient, précédemment, les manifestations opposées. » Pôle du ralentissement. Pôle des réactions explosives. L'épileptoïde oscille toujours entre les deux. Le caractère épileptoïde est un caractère à éclipses. Il se ramasse, se tapit pour mieux bondir. Les paroxysmes sont d'autant plus violents qu'ils jaillissent d'une nature plus ralentie, plus obtuse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC DES HÉMORRAGIES PELVIENNES D'ORIGINE GÉNITALE

Par M. George PASCALIS

J'ai été appelé d'urgence, récemment, par mon très distingué confrère et ami le docteur Provost, auprès d'une femme, à l'occasion d'une métrorragie violente. Je fis toute diligence et trouvai la malade étendue à terre, reprenant progressivement ses sens à la suite d'une syncope prolongée.

Un interrogatoire rapide m'apprit que je me trouvais en présence d'une femme de trente-sept ans, grand'mère déjà, toujours bien réglée et chez qui rien ne permettait de penser à une grossesse en cours, normale ou non.

Le toucher vaginal laissait percevoir une tumeur faisant corps avec l'utérus, montant jusqu'à trois travers de doigt en dessous de l'ombilic, parfaitement mobile. La consistance, très dure à la partie supérieure, était, dans les deux tiers inférieurs, tout à fait molle. Il s'agissait, évidemment, d'un fibromyome. Et si la malade n'avait point été indemne de tous signes secondaires et parfaitement réglée, on aurait cru facilement à une grossesse concomitante.

Je la fis transporter d'urgence à la maison de santé. L'examen du sang, aussitôt pratiqué, indiqua 3.700.000 hématies, 11.500 leucocytes, 75 p. 100 d'hémoglobine. Coagulation et temps de saignement normaux.

Bien qu'il n'y eût là rien d'alarmant, je fis pratiquer, le même soir, une transfusion.

En même temps, on donnait de grandes injections chaudes et un traitement général reconstituant : huile éthéro-camphrée, sérum, hépatrol, etc.

Le lendemain, l'amélioration était très notable et la perte sanglante disparue. La formule indiquait 3.800.000 hématies, 7.300 leucocytes. Hémoglobine 75 p. 100.

Le surlendemain, un petit caillot était expulsé avec douleur. Le toucher montrait la partie inférieure de la matrice, jusqu'ici molle et fluctuante, très tendue et augmentée de volume. Je fis remarquer à mon entourage que la malade continuait à saigner goutte à goutte dans son utérus qui était certainement rempli de caillots.

La température, montée à 39° le soir de la transfusion, était tombée à 38° et s'y maintenait. J'attribuai cette ascension à la résorption sanguine

Et je décidai d'intervenir immédiatement. A la faveur d'une anesthésie à l'éther réchauffé, je pratiquai une laparatomie médiane sous-ombilicale. A ma grande surprise, le ventre était rempli de sang rouge non coagulé, comme s'il se fût agi d'une inondation péritonéale par rupture récente de grossesse tubaire. Je pratiquai rapidement une hystérectomie subtotale et, l'opération terminée, j'allai au laboratoire d'anatomie pathologique examiner la pièce.

Mon diagnostic était exact. Fibrome en haut, intramural, de la forme et de la dimension d'une orange moyenne. Les deux tiers inférieurs de l'utérus, mous, fluctuants, dilatés, étaient remplis par un gros caillot qu'un orifice cervical atrésié n'avait pas permis d'évacuer. Les trompes, les ovaires, les ligaments larges étaient absolument normaux, indemnes de toute lésion. C'est par l'ostium abdominal, largement perméable, des trompes que le sang, ne pouvant s'écouler par en bas, avait reflué dans la cavité abdominale.

Le fait n'est pas inconnu, mais fort rare, et j'ai pensé qu'il pouvait être utile de le rappeler. Ainsi voit-on la possibilité d'élargir le chapitre des hémorragies génitales internes ne relevant pas de la rupture d'une grossesse tubaire.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

(PREMIÈRE CONFÉRENCE)

[*La Haye, 7-8 septembre 1931* (1)].

Sous le patronage de l'Union internationale de secours aux enfants, l'Association internationale de pédiatrie préventive a tenu sa première conférence à La Haye, aux salles comtales, les 7 et 8 septembre 1931. Cette conférence avait été préparée par un comité provisoire composé de MM. les professeurs Clifford, C. Grulee (Chicago), F. Hamburger (Vienne), I. Jundell (Stockholm), P. Lereboullet (Paris), le docteur J.-H. Mason Knox (Baltimore), le professeur S. Mourad (Copenhague), le docteur José Velasco Pajarès (Madrid), les professeurs Léonard Parsons (Birmingham), G. Scheltéma (Groningue), A. Schlossmann (Dusseldorf), J. Taillens (Lausanne), T. Valagussa (Rome).

Ce comité, qui a été maintenu, s'est adjoint en outre M. le professeur Morquio, président de l'Union internationale de secours aux enfants et M. le docteur Mackensie, secrétaire général.

Le Comité d'organisation de la Conférence comprenait M. le professeur Scheltéma (Groningue); président. assisté de MM. le professeur P. Lereboullet (Paris), le professeur A. Schlossmann (Dusseldorf);

Secrétaires : Docteur R.-P. van de Kasteele (Scheveningue); docteur I.-H.-G. Carstens (Uttrecht.)

La délégation française comprenait, outre le professeur Lereboullet, les docteurs Lesné, Debré, Armand-Delille, Péhu, professeur Rohmer, docteurs Lacomme, Woringer, Weill-Hallé, Mlle le docteur Dreyfus-Sée, Huber.

Deux questions étaient à l'ordre du jour :

1° Les causes de la mortalité des dix premiers jours de la vie et les moyens de l'abaisser.

2° La contagion tardive de la scarlatine et les moyens de l'éviter.

Après le discours d'ouverture de M. le président Scheltéma et les allocutions de M. Lereboullet au nom des congressistes de M. Cœnen, au nom de la société de pédiatrie néerlandaise, de M. Eykel, au nom du ministre du travail, le premier rapport a été exposé par le docteur Lacomme.

PREMIER RAPPORT

Les causes de la mortalité des deux premiers jours de la vie et les moyens de l'abaisser.

Rapporteurs : MM. P. Lereboullet, Couvelaire et Lacomme (Paris), A. Schlossmann (Dusseldorf).

MM le professeur Lereboullet, le professeur Couvelaire et le docteur Lacomme limitent leur rapport aux points essentiels servant de base et d'orientation aux recherches et aux discussions. Ils rappellent que dans la première année, le premier mois, et dans ce mois la première décade fournit proportionnellement le plus gros contingent de décès.

Dans le département de la Seine, de 1903 à 1907 :

Total des morts au cours de la première année.....	28.099
Total des morts au cours du premier mois........	8.474
Total des morts avant le dixième jour............	4.293

Soit 15,2 p. 100 du chiffre total.

De 1925 à 1928 inclus (Ville de Paris) :

Total des morts au cours de la première année.....	16.655
Total des morts au cours du premier mois.........	3.405
Total des morts avant le dixième jour.............	2.561

Soit 15 p, 100 du chiffre total.

Les causes de cette mortalité précoce des dix premiers jours doivent être précisées; par leur connaissance, on pourra agir contre elle et contre la mortinatalité et la mortalité de la première enfance. « La survie et la mort précoce du nouveau-né sont en rapport direct avec la vitalité de l'enfant au moment de la naissance. » Le problème revient à assurer *la procréation, le développement intra-utérin et la naissance facile d'enfants sains.*

Causes de mort dans les dix premiers jours de la vie :

1° Défaut de vitalité; 2° Affections acquises après la naissance. Ces deux groupes de causes pouvant se surajouter.

Les dix premiers jours, limite un peu artificielle, représentent cependant la période de fragilité par excellence, surtout pour les débiles.

I. Causes de mort anté-natales liées soit à un facteur pathologique de la procréation et de la gestation, soit à un facteur traumatique lors de la parturition, ce facteur traumatique étant, dans les centres obstétricaux organisés, d'importance secondaire.

En effet, *la mortalité des dix premiers jours est essentiellement une mortalité d'enfant de petit poids.* Sur 180 cas, à la clinique Baudelocque, les quatre cinquièmes de ces enfants pesaient moins de 3 kilogrammes, les deux tiers moins de 2 kg 500 ; la parturition étant moins traumatisante chez les enfants de faible poids, la cause réelle est donc *bien la débilité congénitale.* On peut conclure :

1° Que, sauf quand l'assistance obstétricale compétente fait défaut, le traumatisme obstétrical est une cause de mort peu importante;

2° Que les malformations fœtales sont d'importance réelle, mais limitée ;

(1) *Association de la Presse médicale française.*

3° Que la cause essentielle est la débilité ou l'existence d'affections congénitales des nouveau-nés : ceux-ci pouvant pourtant être achevés par le traumatisme d'une parturition même physiologique. Les causes de cette débilité congénitale sont : d'une part, l'interruption prématurée de la gestation liée à la fatigue, au travail des mères, aux anomalies obstétricales locales, et d'autre part, les maladies du fœtus par hérédité paternelle, plus souvent encore par hérédité maternelle (syphilis congénitale, responsable d'un décès sur cinq et toxémie gravidique, éclampsie, affections cardiaques, rénales, tuberculose, infections et intoxications aiguës, toutes ensemble responsables d'un décès sur cinq.

Le traumatisme obstétrical paraît lié aux présentations vicieuses, aux rétrécissements pelviens surtout, s'ils ont été méconnus ou mal évalués, à des causes pathologiques plus difficiles à évaluer telles les anomalies de la contraction utérine ; le rôle des anesthésiques et des ocytociques mérite également d'être signalé et précisé.

II. Causes de mort post-natales. — Elles rentrent dans trois catégories :

a. Affection contractée après la naissance, infection, intoxication, grave faute alimentaire (érysipèle, phlegmons septicémies, tétanos à porte d'entrée surtout ombilicale). Les soins appropriés rendent ces causes de plus en plus rares ;

b. Une maladie ou une débilité congénitale mal soignées, notamment chez les enfants privés de lait de femme ;

c. Divers syndromes, hémorragies multiples, ictère grave, etc., pouvant relever d'une infection congénitale ou d'une infection post-natale.

Certains points sont à souligner notamment la prédominance des morts de sexe masculin sur les morts de sexe féminin.

Donc, dans ces causes de mortalité précoce, il faut retenir :

1° Le traumatisme ;

2° Les malformations ;

3° La débilité congénitale par incidents locaux, surmenage maternel, par maladies maternelles (syphilis), par états pathologiques conditionnés par la gestation.

III. Moyens capables de diminuer la mortalité des dix premiers jours. — On peut agir sur les causes les plus importantes : syphilis, affections maternelles conditionnées par la gestation, surmenage maternel, traumatisme obstétrical, soins et alimentation défectueux du nouveau-né. Cette action comporte des soins médicaux et des mesures d'ordre social.

1° Mesures médicales. — Examen, traitement des procréateurs (syphilis, endométrite gonococcique) ; examen des femmes en état de gestation au point de vue médical et obstétrical, surveillance de la parturition pour éviter la naissance prématurée et toute extraction de force ; surveillance du nouveau-né et surtout des débiles, bonne alimentation, lait de femme, aération et bonne température, prophylaxie des infections ombilicales, cutanées, digestives et respiratoires, en évitant l'élevage en commun avec l'encombrement.

2° Application des mesures médicales, nécessité d'une action médico-sociale. — a. *Surveillance de la procréation*, encore trop rudimentaire (consultations prénuptiales, propagande éducative en vue du certificat prénuptial obligatoire à instituer suivant des modalités souples appropriées à chaque pays).

b. *Surveillance de la gestation et de la parturition* comportant l'*organisation de l'assistance médicale* individuelle (médecin et sage-femme) et collective (consultations prénatales et maternités, crèches de débiles, maisons maternelles, dispensaires antisyphilitiques). Dans les campagnes, à l'assistance individuelle se substitue la création de centres cantonaux d'hygiène, de maternités rurales avec sages-femmes instruites en puériculture.

Organisation de l'assistance sociale visant à la surveillance de toutes les femmes (gestation, parturition, suites de couches); à une hygiène appropriée des femmes avant, pendant et après les couches.

En France, la loi de 1893 (assistance médicale gratuite), la loi Strauss (allocation compensatriee de la cessation du travail mercenaire, le mois avant et le mois après l'accouchement) les organisations mutualistes (mutualités maternelles), patronales (caisses de compensation), ou charitables et, depuis 1930, la loi des Assurances sociales, les asiles et refuges (maisons maternelles recevant avant et après l'accouchement les femmes seules, nécessiteuses, privées d'aide et de protection).

Toutes ces lois, ces œuvres et ces créations supposent l'instruction préalable de la mère : c'est le rôle de l'assistante du service social, tutrice et guide compétent et affectueux que toute mère ou toute future mère doit trouver en toutes circonstances et en tous lieux.

M. Lereboullet complète cet exposé, présenté par le docteur Lacomme, en faisant ressortir la prédominance manifeste des débiles parmi les victimes de la mortalité précoce et en montrant qu'à l'origine de cette mortalité les causes post-natales n'interviennent que bien rarement. Il insiste toutefois sur la possibilité de soigner les débiles dans les jours qui suivent la naissance et sur les résultats heureux que peut avoir, au point de vue du péril alimentaire et du péril infectieux, une bonne organisation des nourriceries de débiles. Il fait allusion à l'effort qui se poursuit de divers côtés pour développer l'enseignement des soins à donner aux nouveau-nés et signale l'organisation réalisée à Varsovie, grâce à la collaboration de Mlle Erlich.

Mais pour lui, la vraie thérapeutique préventive est ailleurs. Elle est dans la prophylaxie anténatale, dont les bases ont été fixées dans l'exposé de M. Lacomme.

La mortalité précoce du nourrisson.

Professeur Arthur Schlossmann (Dusseldorf).

I. La mortalité précoce du nourrisson est la mortalité des sept premiers jours de la vie. Elle ne comprend pas uniquement des enfants prématurés et débiles, incapables de vivre, mais en plus un nombre assez considérable de sujets bien conformés, capables de se développer et semblant devoir donner des individus entièrement normaux.

Le décès de ces derniers représente justement une perte particulièrement grave pour un peuple. Le but de la puériculture moderne n'est donc pas de maintenir en vie et d'élever par des moyens artificiels des sujets qui resteront toujours débiles et seront une charge pour la société, mais de conserver et d'élever les enfants qui promettent de devenir des individus sains et vigoureux.

Le principe de la « pitié pour les forts » est bien supérieur, à ce point de vue, à celui de la « pitié pour les faibles ».

II. La mortalité générale des nourrissons a beaucoup baissé depuis trente à quarante ans. Le nombre absolu des enfants qui meurent dans la première année a sensiblement diminué, ainsi que le taux relatif de mortalité pour 100 naissances.

Les causes de cette amélioration des chances de survies sont de deux ordres :

1° La diminution des naissances en général. Moins il y a d'enfants pour 1.000 habitants, plus ils ont de chances de rester en vie ;

2° Les progrès qui ont été réalisés dans nos connaissances concernant les meilleures conditions de vie du nourrisson, en particulier les soins et l'alimentation ; dans la vulgarisation de ces notions parmi la population et spécialement parmi les mères, et enfin dans les institutions pour la protection de l'enfance.

De façon générale, on surestime l'importance des causes citées sous 2° et on sous-estime celle mentionnée sous 1° dans leur influence sur la mortalité infantile.

L'abaissement de la mortalité infantile et ses rapports avec la diminution des naissances sont un phénomène *international*.

III. En Allemagne, on a observé le fait curieux que la mortalité des premiers jours n'a pas baissé, qu'au contraire le nombre d'enfants qui succombent dans la première semaine de la vie et surtout dans les tout premiers jours, a augmenté non seulement de façon relative, mais même en chiffres absolus.

Dans le district de Dusseldorf qui est le mieux étudié au point de vue statistique et qui comprend plus de 4 millions d'habitants, on a constaté :

1° Qu'un tiers environ de tous les enfants qui meurent dans la première année succombent le premier jour et près de la moitié dans la première semaine. Cette proportion a tendance à augmenter.

2° Que, dans les villes, la mortalité précoce est plus élevée que dans les campagnes.

3° Que la mortalité précoce des enfants illégitimes est d'environ le double de celle des enfants légitimes.

En Allemagne, le nombre des enfants nés dans des établissements hospitaliers augmente beaucoup vis-à-vis du nombre de ceux qui naissent à domicile. Ceci est surtout le cas dans les villes. Dans le district de Dusseldorf, pour l'année 1930, 27,96 p. 100 de tous les enfants étaient nés dans des établissements hospitaliers, dans les villes 32,52 p. 100, à la campagne 18,81 p. 100, à Dusseldorf même 49,56 p. 100, c'est-à-dire près de la moitié.

La mortalité précoce des enfants nés à domicile est plus élevée que celle des enfants nés dans des établissements, au moins pour ce qui concerne la ville. A la campagne, la mortalité des enfants nés dans des établissements est sensiblement plus élevée que celle des enfants nés à domicile. La raison en est, à côté de la moins bonne qualité des établissements ruraux, le fait qu'à la campagne ce sont principalement des accouchements pathologiques qui sont hospitalisés, et cela souvent trop tard.

La cause de l'augmentation de la mortalité précoce a été cherchée dans des conditions diverses.

1° Dans l'augmentation relative du nombre des premiers-nés, par suite de la forte diminution des familles nombreuses. Les premiers-nés sont, en effet, plus souvent lésés par l'accouchement que les suivants.

Une étude statistique a montré pour la ville de Dusseldorf que la mortalité précoce des premiers-nés n'est pas plus élevée que celle des enfants qui suivent.

2° Dans l'âge plus avancé auquel les femmes se marient aujourd'hui, et par suite celui auquel les femmes mariées ont leur premier enfant. La forte mortalité précoce des enfants illégitimes chez lesquels l'âge de la mère doit être sensiblement le même qu'autrefois, montre que l'âge de la mère ne peut non plus jouer un rôle important.

En dehors de ces raisons, on en trouve souvent citées d'autres qui ne sont que des phrases, par exemple, une forte proportion de femmes incapables d'accoucher, une moins bonne constitution de la femme d'aujourd'hui, une suite de la diminution des naissances, etc. Tout ceci manque de faits positifs. Si vraiment la constitution de la femme était en train de devenir moins bonne, l'effet ne pourrait cependant se faire sentir qu'après quelques dizaines d'années.

Par contre, on ne tient pas compte du fait que le nombre des interventions opératoires au cours de l'accouchement a augmenté. L'intervention abaisse vraisemblablement la vitalité des enfants. Dans l'ensemble des cliniques d'accouchements allemandes, le nombre des femmes ayant accouché avec intervention est monté de 177,5 p. 1.000 pour l'année 1925 à 204 5 p. 1.000 en 1928. De même, le nombre des interventions doit avoir augmenté fortement en dehors des établissements (instructions des médecins, barème des assurances sociales qui prévoit des honoraires plus élevés pour les interventions).

On a aussi prétendu que l'institution des assurances sociales en Allemagne aurait fait apparaître une augmentation de la mortalité précoce par le fait que, en raison des honoraires plus élevés pour un accouchement que pour une fausse couche, des enfants qui, autrefois, auraient été déclarés comme mort-nés sont déclarés aujourd'hui comme étant nés vivants et morts ensuite. Mais alors le taux de la mortalité devrait avoir baissé par rapport à l'augmentation de la mortalité précoce. Or, cela n'est pas le cas.

Vraisemblablement, la mortalité précoce n'est pas due à une cause unique, mais à des facteurs divers qui agissent tous dans le même sens.

L'augmentation de la mortalité précoce n'est pas un problème *international*, car un peu partout en Europe, on constate le même phénomène. Une nouvelle diminution de la mortalité infantile ne peut être obtenue que si l'on réussit à devenir maître de la mortalité précoce.

Si l'on veut prendre des mesures dans ce sens, il faut avant tout étudier les conditions de cette mortalité chez les différents peuples. C'est une tâche qu'il faut recommander au Comité d'hygiène de la Société des Nations.

Dans la discussion des rapports sont intervenues miss Hazel-Gregory et miss Jean Smith (de Londres). M. le docteur E. Rietz (de Stockholm) a opposé en Suède la mortalité des enfants légitimes et illégitimes, variable suivant qu'il s'agit des campagnes ou des villes où les organisations obstétricales sont, comme on sait, remarquables. Le professeur Taillens (de Lausanne) a insisté sur l'amélioration des statistiques de mortalité infantile entre 1890 et 1920 ; il pense que la mortalité plus élevée des garçons tient aux tares paternelles transmises plus directement aux garçons qu'aux filles. Pour lui, l'enfant de poids moyen serait le moins menacé ; le gros enfant à tête volumineuse, surtout si c'est un garçon, et le petit enfant débile seraient les plus menacés. Le traumatisme obstétrical ne s'entendrait pas dans le même sens pour ces deux catégories ; il insiste sur le rôle néfaste de l'hémorragie méningée, qu'il croit plus fréquente qu'on ne pense. M. le docteur von Reuss (de Graz) propose une classification de ces enfants débiles, et montre l'influence qu'on peut tirer de l'opération césarienne. Le docteur de Snoo (Utrecht) fait un exposé de la mortalité générale en Hollande et des résultats obtenus dans les établissements où les soins cliniques sont donnés aux mères et aux enfants. Le professeur Lowegren d'Helsingfors, le docteur Coenen, le docteur Eyckel prennent également part à cette discussion, et seule l'absence de tout compte rendu nous empêche, à notre grand regret, d'apporter ici avec exactitude une relation équitable de ces diverses interventions. Nous croyons devoir rappporter plus en détail l'intervention de M. R. Debré en son nom et au nom de M. Joannon.

(*A suivre.*) J. HUBER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Goutte. Son mécanisme et son traitement, par Daniel Critzmann, ancien interne des hôpitaux de Paris. Edition posthume mise au point par le docteur Jacques Forestier. Collection des actualités de médecine pratique. Directeur : docteur R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris. Un volume in-16 de 240 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1931)

A propos du procès-verbal. — **Le cancer en Egypte. Rôle prophylactique nul des sels de magnésium dans le cas des cancers (adénocarcinomes) spontanés des souris blanches.** — M. Brumpt. — Le docteur Schrumpf-Pierron (du Caire), étant venu affirmer de nouveau, dans un travail analysé par le professeur Delbet, dans la séance de l'Académie du 20 octobre dernier, que le cancer était au moins dix fois moins fréquent en Egypte qu'en Europe, l'auteur confirme ses déclarations antérieures et établit que les cancérologues sont unanimes à admettre que seules les autopsies faites systématiquement permettent de se faire une idée de la fréquence du cancer dans un pays donné. En se basant sur les autopsies encore trop peu nombreuses dont les résultats ont été publiés en Egypte, l'auteur montre que les cancers s'y rencontrent dans plus de 6 p. 100 des cas, chiffre à peine inférieur d'un tiers à la moyenne de 9,2 p. 100 relevée sur l'ensemble des autopsies faites en Allemagne où les Instituts anatomo-pathologiques existent depuis longtemps.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur expose les premiers résultats de ses recherches expérimentales. Désirant se placer à un point de vue strictement épidémiologique, il a fait ingérer du pain imbibé de sel de magnésium à plusieurs lots de souris blanches, les doses quotidiennes étant environ trente fois plus considérables que celles qui sont habituellement prescrites chez l'homme. Il a constaté alors l'apparition de 27 cancers spontanés chez 89 souris traitées par les sels de magnésium et l'apparition de 24 cancers spontanés chez les 130 souris témoins, du même âge, et vivant dans les mêmes conditions. Sans vouloir généraliser et passer du domaine de la pathologie comparée au domaine de la pathologie humaine, l'auteur se contente, en enregistrant les résultats qu'il a obtenus dans son laboratoire, de constater que les sels de magnésium n'ont aucune action prophylactique en ce qui concerne l'apparition des cancers spontanés des souris blanches.

Récurrentothérapie dans les syphilis nerveuses et dans les psychoses. — MM. H. Claude et F. Coste. La récurrentothérapie a été préconisée à la place de la malariathérapie dans le traitement de la paralysie générale, ou même pour être substituée à la malariathérapie dans les cas où celle-ci a été inopérante.

Depuis 1925, l'un de nous avait employé la récurrente soit dans la paralysie générale, soit dans le parkinsonisme, soit dans des états psychopathiques avec des résultats relativement peu favorables.

Dans ces derniers temps, on a préconisé avec un certain retentissement la récurrentothérapie par le *tréponème hispanicum* dans le parkinsonisme et dans la démence précoce. Nous avons cru utile de reprendre, depuis deux ans, des recherches avec ce parasite. Nous avons pu confirmer notre opinion antérieure, à savoir que la récurrente, comme moyen pyrétothérapique, est d'un maniement difficile, exigeant des précautions de laboratoire spéciales et que dans la paralysie générale, elle ne présente pas d'avantages sur la malaria. Dans le parkinsonisme, elle est d'un maniement dangereux; elle expose les malades à des accidents graves et même mortels. Dans la démence précoce, contrairement aux affirmations des auteurs sud-américains, elle ne nous a donné aucune amélioration appréciable et paraît, dans certains cas, provoquer des états fébriles difficiles à arrêter.

Si, en raison des succès obtenus par la pyrétothérapie, particulièrement malarique, dans la paralysie générale, et certaines syphilis nerveuses, la thérapie infectieuse reste indiquée dans un certain nombre de maladies mentales ou nerveuses, on ne saurait montrer trop de prudence dans l'emploi de certains agents infectieux susceptibles de faire courir des risques aux malades.

Les influences morales dans la cancérose. — MM. A. Lumière et P. Vigne ont, pour établir la relation qui pourrait exister entre les chocs moraux et la mortalité cancéreuse, étudié la statistique de la ville de Lyon en partant directement des certificats de décès originaux, en tenant compte des variations annuelles de la population et en faisant la discrimination entre les malades appartenant à la cité et ceux qui ne sont venus à Lyon que pour s'y faire soigner et y mourir.

Ils ont établi de la sorte un graphique qui offre avec celui qu'ont adressé MM. Moinson et Stéphanopolo (Acad. de méd., 1929) une discordance absolue. Ils estiment d'autre part que le cancer évoluant en plusieurs mois sinon en plusieurs années, il faudrait, pour prouver un rapport entre les événements et la fréquence de l'affection, rechercher ce rapport au début de celle-ci et non au moment du décès. Leur conclusion est que les statistiques actuelles sont impuissantes à élucider les problèmes mais non que les influences morales sont sans répercussion sur la cancérisation; ils considèrent que la question est, au contraire, du plus haut intérêt et mérite la sollicitude des cancérologues.

Le moustique stercoraire. — M. J. Legendre continue son étude des moustiques communs, *Culex pipiens*, qui pondent et passent leur vie larvaire dans les fosses d'aisance à chasse d'eau. Ces eaux souterraines constituent de puissants foyers d'insection que l'urbanisme moderne multiplie chaque année, sans s'en douter.

Les moustiques qui en naissent sont très avides du sang humain. Malgré la bénignité habituelle de leurs piqûres, leur effectif croissant en fait un véritable tourment pour les immeubles où ils sont établis et pour le voisinage.

Les œufs arrivent dans les fosses par les tuyaux de chute et les essaims de moustiques stercoraires en sortent après éclosion par les tuyaux d'aération.

Le remède consiste à empêcher les moustiques d'entrer dans les fosses ou, tout au moins, d'en sortir en leur barrant les issues par où ils font leur entrée dans le monde.

Remarques sur la sérothérapie antidiphtérique. — M. A. Orticoni rapporte un certain nombre de faits qui montrent l'importance de la précocité de la sérothérapie dans le traitement de l'infection diphtérique. L'observation d'un médecin contaminé au contact d'une diphtérie mortelle et qui fut guéri en moins d'une semaine, grâce à la précocité de l'inoculation du sérum antidiphtérique, réalise une véritable expérience de laboratoire, mais en sens inverse de celle de l'interne de Lille, qui a succombé à une infection diphtérique grave, mais tardivement traitée.

L'auteur rapporte une statistique des cas de diphtérie constatés dans une ville du littoral méditerranéen, où pendant les dix-huit mois qui vont du 1er janvier 1930 à la fin de juin 1931, le nombre des cas positifs de diphtérie identifiés par un laboratoire d'analyses dans la clientèle aisée, a été de 250 cas avec 2 décès seulement.

Ainsi dans les milieux sociaux où la suspicion clinique de diphtérie met en jeu presque automatiquement et sans retard le réflexe thérapeutique, l'infection diphtérique est presque toujours une maladie bénigne.

La notion importante à retenir est qu'il s'agit d'une lutte de vitesse entre la toxine du bacille, qui essaie de se fixer sur les éléments sensibles de l'organisme et l'antitoxine spécifique du sérum qui doit neutraliser les effets de la toxine avant sa fixation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1931)

Sur l'origine protidique probable de la nocivité des extraits rénaux aqueux. — MM. CASALIS et S. DEJUST-DEFIOL ont recherché si la nocivité de l'extrait rénal aqueux persistait dans l'extrait hydro-alcoolique de rein, préparé selon la méthode de Cohn. Ils ont injecté au lapin jusqu'à 100 centimètres cubes en deux jours de cet extrait, sans provoquer aucune intolérance, que l'injection ait été sous-cutanée ou intraveineuse.

La nocivité des extraits aqueux est donc vraisemblement due aux protides et les extraits hydro-alcooliques sont totalement atoxiques.

Sur les méthodes d'étude des exophtalmies expérimentales (*avec présentation d'un film cinématographique*). — MM. Marcel LABBÉ, Maurice VILLARET, COMANDON, L. JUSTIN-BESANÇON, Mlle D. KOHLER, Mme SCHIFF-WERTHEIMER et M. P. SOULIÉ, qui ont poursuivi de longues recherches expérimentales sur l'exophtalmie de type basedowien, fournissent des précisions d'ordre technique avant d'entreprendre l'exposé systématique de leurs expériences. En effet, les divers types de protrusion du globe oculaire s'accompagnent de phénomènes physiologiques (variations du diamètre pupillaire, de la tension intra-oculaire, etc.) qu'il importe de préciser avec soin au même titre que l'exophtalmie elle-même, faute de quoi on s'expose à confondre entre elles des modifications oculaires très différentes, qui n'ont de commun que la saillie du globe. Les mesures exophtalmométriques successives, les tracés des déplacements antéro-postérieurs de l'œil, l'étude des coupes de la région orbitaire congelée en pleine exophtalmie (dont les auteurs présentent les pièces), la simple photographie, enfin, ne précisent qu'un des aspects du complexus exophtalmique. C'est pourquoi l'observation attentive des phénomènes oculaires, dans toute leur complexité, soigneusement notés à des moments successifs, sur un très grand nombre d'animaux, constitue encore la meilleure technique d'étude. A titre complémentaire, l'enregistrement cinématographique des diverses phases de l'exophtalmie expérimentale permet d'approfondir le mécanisme de celle-ci. Les auteurs présentent un film représentant la production expérimentale chez le chien, puis la régression provoquée, d'une exophtalmie de type basedowien.

Sur un bacille tuberculeux à caractères atypiques isolé des urines d'un malade atteint de néphrite hématurique. — MM. L. NÈGRE, J. VALTIS et Guy LAROCHE ont isolé un bacille acido-résistant au deuxième passage chez des cobayes inoculés avec une urine de malade atteint de néphrite hématurique et traités par des injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch.

Ce germe est caractérisé par ses propriétés peu pathogènes pour le cobaye auquel il ne donne que des lésions ganglionnaires curables et par les lésions septicémiques de type Yersin qu'il produit chez le lapin et la poule.

Sur une souche de bacilles acido-résistants, isolée de trois cobayes inoculés avec l'ultravirus tuberculeux et traités à l'extrait acétonique des bacilles de Koch. — M. F. VAN DEINSE, en inoculant de l'ultravirus tuberculeux à trois cobayes par voie intrapéritonéale, et en traitant ces animaux par une série de seize injections sous-cutanées d'extrait acétonique de bacilles de Koch, a vu apparaître des abcès aux points d'inoculation de l'extrait, dont le pus, fourmillant de petits bacilles acido-résistants, ensemencé sur milieu de Löwenstein, a fourni trois cultures identiques, ayant les caractères de bacilles tuberculeux du type aviaire.

Les lésions anatomiques du rein au cours de l'intoxication bismuthique expérimentale. Lésions tubulaires et sclérose rénale. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT Maurice DÉROT et Mlle GAUTHIER-VILLARS ont obtenu chez le lapin, à l'aide de l'intoxication bismuthique, des néphrites aiguës et chroniques. La lésion des tubes était dans tous les cas prédominante. La sclérose fut obtenue dans les cas prolongés et les auteurs ont pu suivre les différents stades de cette sclérose, selon la durée de l'intoxication. Elle paraît nettement secondaire aux lésions tubulaires.

Si l'on rapproche les résultats histologiques des constatations biologiques, on observe que l'azotémie peut apparaître avec des lésions uniquement tubulaires. De même, l'albuminurie peut s'observer sans qu'il y ait d'autres lésions que des lésions des tubes.

Les constatations des auteurs montrent que l'intoxication par les sels de bismuth est un moyen simple d'obtenir des lésions rénales expérimentales, pouvant aller de l'adultération tubulaire à la sclérose. Elles montrent, d'autre part, les rapports de l'azotémie et de l'albuminurie avec les lésions tubulaires.

Le sérum antidiphtérique et son action thérapeutique vis-à-vis de l'intoxication diphtérique expérimentale. — M. G. RAMON. On injecte à de nombreux cobayes la quantité de toxine correspondant à deux doses mortelles, puis, à des intervalles de temps réguliers, des quantités variables de sérum antidiphtérique. Tous les cobayes qui ont reçu une dose même minime de sérum antidiphtérique, ou avant, ou en même temps que l'injection de toxine, ou deux heures ou quatre heures après, survivent. Par contre, tous les cobayes qui, six heures, huit heures, etc. après l'injection du poison diphtérique, ont reçu des doses même considérables de sérum, ont succombé. La mort survient rapidement lorsque le délai entre l'injection de toxine et de sérum a été de huit heures, ou davantage, plus tardivement chez les cobayes qui ont reçu le sérum six heures seulement après la toxine ; nombre de ces derniers présentent d'ailleurs avant de mourir des paralysies tardives dont l'apparition, les formes sont en tous points semblables à celles observées en clinique humaine. Ces résultats démontrent, une fois de plus, toute l'importance de la mise en œuvre, aussi précoce que possible, de la sérumthérapie spécifique.

Sur le mode d'action et sur la constitution de la toxine diphtérique. — M. G. RAMON. Les expériences effectuées avec différents échantillons de toxine diversement traitée montrent que les phénomènes variés dans leur manifestation et leur intensité (mort, paralysie, etc.) que l'on provoque sont en réalité en rapport avec la quantité du même poison contenu dans les différents échantillons et non avec la nature des hypothétiques composants de ces échantillons. Tout est question de dose. Point n'est donc besoin de prêter à la toxine diphtérique une composition complexe et d'invoquer la présence dans le bouillon toxique d'une pluralité de substances diversement dénommées ; les faits apportés permettent de se rendre compte que la toxine diphtérique est plus simple dans sa constitution et son mode d'action.

Le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalo-myélite enzootique expérimentale (maladie de Borna). — MM. S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA montrent que le liquide céphalo-rachidien prélevé sur des lapins morts d'encéphalo-myélite enzootique expérimentale conférée par voie sous-dure-mérienne est presque toujours avirulent. L'étude cytologique de ce liquide révèle la présence d'un nombre plus ou moins grand de cellules mononucléaires (lymphocytes, plasmocytes, macrophages et cellules provenant des enveloppes lésées du névraxe).

Sur le virus écossais de la tremblante du mouton (Louping III). Inoculation au mouton. Etude des propriétés du virus de la tremblante du mouton. — M. P. Lépine rapporte des expériences sur le virus de la tremblante du mouton. L'inoculation intracérébrale à un bélier a déterminé en cinq jours chez cet animal une méningo-encéphalite mortelle, avec absence de germes cultivables et présence de virus dans le névraxe. L'examen histologique du système nerveux a révélé des lésions généralisées particulièrement démonstratives. Le virus se montre également pathogène pour la souris et peut être entretenu sur cette espèce animale; des passages répétés de la souche utilisée dans l'encéphale de la souris n'ont pas modifié ses caractères, ni diminué sa virulence à l'égard du mouton. D'autre part, les principaux caractères du virus : filtrabilité, électrophorèse, absence de précipitation par centrifugation, conservation de la virulence dans la glycérine et par la congélation alliée à une faible résistance à la chaleur et aux agents chimiques, font de la maladie observée en Ecosse, et identifiée à la tremblante du mouton, une des plus typiques parmi les affections à virus neurotropes.

Les réactions humorales chez le lapin soumis à des injections de vaccin Jennérien tué. — MM. P. Gastinel, J. Reilly et Mortier. Les injections de vaccin tué au lapin rendent son sérum virulicide et lui font également acquérir la propriété de provoquer la réaction de Brokman. D'autre part, l'animal réagit selon le mode allergique à une intradermo réaction. Cependant, ces injections ne confèrent pas l'immunité au lapin qui reste sensible à l'inoculation d'épreuve, Ainsi les propriétés antigéniques du virus vaccinal tué soulignent la contingence du phénomène allergique à l'égard de l'immunité.

LIVRES NOUVEAUX

Les chromosomes, artisans de l'hérédité et du sexe (1), par Jean Rostand.

Les expériences de Mendel qui datent de 1865 ne semblent avoir été appréciées à leur juste valeur qu'après une période d'oubli assez longue. Elles ont pourtant été riches de résultats. Le public cultivé en ignore tout pour ainsi dire, aussi le livre si clair dans sa brièveté de M. Rostand comble-t-il une lacune et permet-il à ceux qui ne peuvent remonter aux sources de s'informer de l'état présent de ce chapitre de la biologie.

L'auteur expose dans un ordre à la fois logique et chronologique les étapes successives de nos connaissances touchant l'hérédité, il explique comment les exceptions observées viennent confirmer la règle. La structure nucléaire telle que nous l'ont fait connaître les cytologistes de ces dernières années semble corroborer l'hypothèse d'une transmission de caractères héréditaires par le moyen du chromosome. Il en est de diverses sortes ; en qualité, en quantité, ils diffèrent et la connaissance de ces caractères permet déjà dans certaines espèces inférieures de prévoir la qualité des produits et d'en influencer même, dans une certaine mesure, l'apparition et le développement.

Chez les animaux supérieurs, le problème est plus complexe du fait de l'existence des fonctions endocriniennes. L'influence des chromosomes quoique indirecte n'est sans doute pas moins importante et les faits établis chez les animaux inférieurs permettent d'orienter les recherches et d'amorcer

(1) Paris, Hachette.

dans une certaine mesure une solution pour les problèmes qui subsistent, et l'on ne peut contester la légitimité de la pensée de Jullian Huxley qui sert d'épigraphe à cette captivante étude. R. L.

Mémoires et communications scientifiques [1894-1930] (1), par le professeur Cesare Sereno.

Cet important recueil réunit 60 communications en italien et en français sur les sujets les plus divers de physiologie, de chimie biologique, de chimiothérapie, de physique, des radiations, fruits du labeur de vingt-cinq années. R. L.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS INTESTINALES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE (2)

3. **Hémorragie légère.** — Ni signes fonctionnels, ni signes généraux.

L'examen des selles doit être pratiqué tous les jours et d'une façon systématique au cours d'une fièvre typhoïde.

Cet examen montrera des selles striées de sang rouge ou noirâtre. Ces petites hémorragies n'ont pas de gravité propre, mais comme toute hémorragie intestinale, doivent faire redouter la perforation.

Perforation intestinale. — Rare.

Redoutable et d'un diagnostic souvent très délicat et pourtant *il faut intervenir d'urgence.*

Accident du troisième septénaire surtout.

C'est un accident imprévu mais néanmoins il faut le redouter dans les *formes avec signes intestinaux intenses :* diarrhée profuse, météorisme excessif, douleurs abdominales, et surtout petites hémorragies.

Symptomatologie. — Variable.

Sa netteté dépend essentiellement de l'état du tuphos plus ou moins accusé du malade et nous allons opposer :

— Les formes insidieuses les plus fréquentes aux

— Formes à allure plus franche que l'on observe chez un malade dont le tuphos n'est pas trop profond.

A. **Forme asthénique.** — De règle car :

1° Malade prostré, aux sensations émoussées;

2° Perforation petite ou enfouie au milieu des anses intestinales;

3° Contenu intestinal très septique, paralysant la réaction péritonéale.

Il faut cependant faire un diagnostic au :

a. Stade de perforation où l'intervention peut avoir quelques chances de sauver le malade, ne pas attendre les signes péritonitiques absents, ou trop tardifs.

b. Le moindre indice révélateur, souvent un seul signe, doit être étudié ou analysé avec le plus grand soin.

Signes fonctionnels. — *Douleur.* — *a.* Signe le plus précoce, de grosse valeur diagnostique.

b. Mais : 1° Peut n'être que passagère;

2° Et tous les degrés d'ailleurs existent entre la douleur vive et la douleur sourde et incertaine que le malade accuse à peine, sauf quand on le remue.

Quel que soit son degré, une douleur qui survient sans cause appréciable, chez un typhique au troisième septénaire, doit faire penser à la perforation et examiner avec soin :

Signes généraux. — L'état du pouls et de la température.

(1) Instituto nazionale medico farmacologico Serono, Rome 1931.
(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 88, p. 1650.

1. *Modifications de la courbe thermique.* — *a.* C'est d'ailleurs souvent la *chute de la température* qui attire l'attention vers une perforation.

Chute brusque, de 2 ou 3 degrés, suivie de réascension lente et incomplète bien différente de celle de l'hémorragie.

b. Mais : 1° N'est pas pathognomonique;

2° Et d'ailleurs il est des cas où la température ne tombe pas.

2. *Modifications du pouls.* — *a.* Dans la règle, le pouls s'accélère brusquement et devient faible, sa dissociation avec la température est un signe capital.

b. Mais des modifications du pouls sont souvent imprécises : le pouls peut être parallèle à la température et ne pas se modifier.

Examen. — L'on devra attacher une certaine importance aux *modifications du facies*; mais souvent d'ailleurs tardives, et le visage du typhique est normalement abattu.

En réalité, avec la douleur qu'accuse le malade, *l'examen de l'abdomen est capital.*

Il faudra rechercher : *Défense musculaire*, avec patience et douceur, une défense musculaire d'abord localisée presque toujours à droite, signe précoce et important.

Diminution de la matité hépatique due à l'issue de gaz dans l'abdomen, n'a la valeur d'un signe précoce que si le ventre n'est pas ballonné.

D'ailleurs le *météorisme abdominal* lui-même est un signe discutable. Habituel à l'état typhique, il n'a de valeur qu'à condition d'être progressif et marqué, mais alors, il s'agit *d'un signe tardif, d'une péritonite menaçante.*

Devant ces signes, il faudra craindre la perforation et revenir d'heure en heure voir le malade.

Les examens répétés et méthodiques permettent seuls un diagnostic précoce qui apporte au malade quelque chance de succès opératoire.

Sinon :

b. *Stade de péritonite.* — Les signes de péritonite se dévoilent vite.

Souvent, d'ailleurs, on n'a pas pris garde à ces signes, le plus souvent très frustes, de perforation :

Chez un malade en état typhique normal la veille, des phénomènes de collapsus sont apparus ; facies subitement grippé, terreux, yeux excavés, lèvres violacées, le pouls est misérable, les extrémités se refroidissent. On a souvent cru à un accident cardiaque.

Et lorsque chez un tel malade, l'attention a été attirée par des vomissements, une cessation brusque de la diarrhée, un météorisme marqué, un ventre douloureux à la pression, il n'est plus temps d'intervenir : il s'agit d'une *péritonite confirmée.*

Souvent, d'ailleurs, le ventre ne se ballonne pas, et la péritonite est complètement asthénique. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le système moteur extrapyramidal. Etude anatomique, physiologique et clinique (avec 1 fig.), par M. J.-O. TRELLES.
PRATIQUE MÉDICALE
Tétanos généralisé. Guérison par la sérothérapie et le somnifène endoveineux, par le docteur GROGNOT.
CHRONIQUE
Le XXIVe Voyage d'études médicales, par M. le professeur A. DAVID (de Lille).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale théorique.* — Séance du 9 novembre. — Question donnée : « Anatomie pathologique et symptômes des pulpites. »

MM. Béal, 17; Houzeau et Fleury, 19; Cabrol, 15.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 9 novembre. — Questions données : « Diagnostic positif et différentiel des fibro-myomes de l'utérus. — Diagnostic des vomiques. »

MM. Moreno, 17; Lichtenberg, 20; Stérin, 21; Bonnet (Pierre), 24; Gaultier (Michel), 20 1/2; Moreau (Jacques), 15; Levaditi, 25; Fresnais, 21; Fourestier, 17; Bastien, 23 1/2.

Séance du 10 novembre. — Questions données : « Infiltration d'urine. — Diagnostic des comas. »

MM. Dormay, 21 1/2; Ferrou, 21; Allilaire, 16 1/2; Goyer, 18; Duperrat, 17; Bouchacourt, 16; Yovanovitch, 20; Cottin, 14; Robert, 24; Bouteau, 13.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Les leçons inaugurales suivantes seront faites au cours du présent mois dans le grand amphithéâre de la Faculté de médecine :

M. le professeur Fiessinger, le mardi 17 novembre, à 18 h.

M. le professeur Laignel-Lavastine, le vendredi 20 novembre, à 18 h.

M. le professeur Lemaître, le mardi 24 novembre, à 18 h.

Quant à la leçon inaugurale de M. le professeur Rathery, elle sera faite à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, le 19 novembre, à 10 h. 1/2.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour quatre emplois de chefs de clinique adjoints à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 7 décembre 1931, à 8 h. 1/2, rue Moreau, n° 13.

MM. les docteurs qui désirent concourir peuvent se faire inscrire au Secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 h. et de 16 à 18 h., jusqu'au jeudi 3 décembre 1931 inclus.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination d'un pharmacien des hôpitaux de Rouen aura lieu le 4 février 1932, à l'Hospice-Général, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — RENNES. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le jeudi 12 mai 1932, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. (Officiers rayés des cadres) :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs de la Couture, Barrillon et Battle.

(Au titre de la loi du 17 juillet 1931) :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Lemarchand, Gault, Cousergue, Verdeau, Sédillot, Desoil.

(Troupes coloniales.) MM. les docteurs Navarre, Thibault, Rapin, de Fayard, Rougier, Miallaret, Collet, Lemeignen, Buy, Bardier, Hoche.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Dreyfus, Villeneuve, Douriez, Gourdou, Garnier de Falletans, Carrez, Gonot, Forquin, Gamet, Proust, Prepin, Platey, Maringer, Arzac, Rouyer, Huot de Saint-Albin, Badin, Seive, Dechenne, Pareau, Lagardère, Guerbe, Rivoire, Lerat, Lair, Veyrune, Didierjean, Pinet, Gratier, Mourgues, Crosmarie,

Mayoud, Verdier. Veillon, Alaux, Cottard, Franco, Marciteau, Simon, Cartron, Chabanon, Casalis, Dubus, Ducœurjoly, Pirault, Thumin, Mezie, Richou, Warot, Kahn, Descamps, Soalhat, Vigneront, Paynel, Merlot, David, Pilleboue, Cauchois, Bourzac, Minot, Jund, Perrier, Cornet, Alleaume, Dichamp, Jean, Journée, Habert, Luquet, Vanel, Delsaux, Sanson, Guichard, Chalier, Viel, Badolle, Pillot, Guiraud, Borel, Babin, Leporcq, Lefebvre, Tourneux, Vilte, Mercier.

(Troupes coloniales.) MM. les docteurs Honorat, Chabaneix, Moret, Ferras, Garnier, Bellissen, Baudouin, Vignaud, Bernay, Vieille, Gil, Pauzier, Vidal, Blasart, Pothiez, Cahen, Dorche, Brunshwig, Bonamy, Loiselet, Lafite-Dupont, Gascheau, Trolley, Gaudin, Bouriot, Broquin-Lacombe, Dirksen, Laval, Ebstein, Doche, David, Grimoud, Lecointre, Jousset, Blanc, Gaillardot, Dorlencourt, Michel.

COMMERCE. — *Au grade de chevalier.* — M. Jean Coirre, fabricant de produits pharmaceutiques.

GRAND DINER D'AUTOMNE DE L'UNION MÉDICALE LATINE (UMFIA) EN L'HONNEUR DE LA MÉDECINE ET DES MÉDECINS BELGES. — Le mardi 8 décembre, à 19 h. 30 précises, se tiendra au Palais d'Orsay, le grand dîner d'automne de l'Union médicale latine, sous la haute présidence de Son Excellence le baron de Gaiffier d'Hestroy, ambassadeur de Belgique en France, et sous la présidence du professeur Forgue, de la Faculté de Montpellier, membre correspondant de l'Institut.

Les médecins du Monde médical latin présents à Paris tiendront à fêter leurs collègues belges, et à leur témoigner toute la sympathie que nous leur devons.

Prière s'inscrire dès à présent au siège social : 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe). (La liste des inscriptions sera rigoureusement close le jeudi 3 décembre.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur H. de Brun du Bois-Noir, professeur honoraire à la Faculté de Beyrouth, associé national de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé à Saint-Brieuc; MM. les docteurs L. Jordanis, décédé à Chamalières (Puy-de-Dôme); Alexandre Payot (d'Annecy), père du docteur Payot, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

CHRONIQUE

LE XXIVe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES

Le XXIVe V. E. M. avait pour objectif, cette année, la région du Sud-Ouest de la France, l'une des plus pittoresques au point de vue touristique, puisqu'elle unit la mer et la montagne, l'une des plus riches aussi en stations thermales et en maisons de cure. Le point initial était à Capvern, dans les contreforts du plateau de Lannemezan; la dislocation se faisait à Royan, après un long trajet, qui dessinait sur la carte une véritable équerre, la branche horizontale étant formée par les Pyrénées, la branche verticale par la côte Atlantique.

Ce voyage s'est accompli dans les plus heureuses conditions, du 8 au 20 septembre 1931, sous la direction scientifique des professeurs Carnot et Villaret, de la Faculté de Paris, avec la collaboration du professeur Serr de la Faculté de Toulouse, pour la région pyrénéenne, et du professeur Sellier de la Faculté de Bordeaux, pour la région Atlantique. Cent vingt-cinq congressistes y participaient, parmi lesquels une quarantaine d'étrangers. Des doctoresses, de plus en plus nombreuses, quelques femmes ou filles de confrères, jetaient dans l'ensemble une note d'élégance et de distinction.

La plus grande cordialité n'a cessé de régner durant cette excursion, grâce à l'affabilité des dirigeants, grâce à la bonne humeur des participants. Le soleil a daigné leur sourire, à part deux journées en montagne, au cours desquelles les cataractes du ciel s'ouvrirent largement. Les conférences scientifiques faites à chacune des stations, furent suivies avec empressement et hautement appréciées; les auditeurs joignaient dans un même tribut d'hommages leur gratitude envers les orateurs si diserts, leur admiration devant les richesses thermales et les ressources climatiques de la France.

Deux événements vinrent cependant assombrir les véémistes : les préoccupations que leur causa l'état de santé de Mlle Machuré, la plus dévouée des secrétaires, qui se dépensait sans compter, malgré l'inquiétante progression d'un double panaris; — la décision que le professeur Carnot fit connaître dans son discours d'adieux, d'interrompre momentanément les V. E. M., dont l'organisation devient de plus en plus difficile, à mesure que se multiplient les voyages médicaux français et étrangers. Cette mesure est inspirée par des préoccupations d'un ordre exclusivement scientifique : pour l'honneur du thermalisme et du climatisme français, nous espérons qu'à brève échéance, il deviendra possible de la rapporter.

* * *

Nous ne pouvons étudier ici toutes les stations visitées par les congressistes, ni relater toutes les péripéties de leur magnifique voyage. Bornons-nous à en jalonner rapidement les étapes.

Capvern est le Vittel du Midi et pourrait avoir plus vaste renommée. *Bagnères-de-Bigorre*, que l'on a beaucoup calomniée, est une délicieuse station, parfaitement aménagée pour les malades du système neuro-végétatif.

Une admirable route conduit au col du Tourmalet, au Pic du Midi, qui culmine à près de 3.000 mètres, puis à *Barèges* au fond d'une étroite vallée. C'est la journée de la Barégine, au cours de laquelle se succèdent les plus savantes communications : citons du moins celles du professeur Fourment, du docteur Molinéry, du médecin-colonel Rebierre. Les eaux sulfurées-sodiques, d'une grande fixité, font merveille chez les osseux, les articulaires, les rhumatisants.

Les eaux, également sulfureuses fortes, de *Saint-Sauveur*, sont paradoxales dans leur action, car elles calment les gynécologiques. Le cadre est idéal, en face de Luz, au-dessus de la vallée du Gave de Pau, à proximité de Gavarnie.

(*Voir la suite, p. 1689.*)

Cauterets, où l'on inaugura une plaque à la mémoire de Bouchard et de Troost, s'avère importante pour le traitement des affections de la gorge et des voies respiratoires supérieures. *Beaucens* est une station qui mériterait d'être plus connue pour le traitement des sciatiques. *Argelès* est à la fois climatique et thermale : elle reçoit aussi bien les respiratoires que les fatigués, les surmenés, qui viennent chercher l'apaisement dans son admirable vallée.

Un crochet mène les voyageurs à Lourdes, dont les imposantes manifestations religieuses sont célèbres dans l'univers entier. Une route accidentée conduit ensuite la caravane à travers le col d'Aubisque, jusqu'aux *Eaux-Bonnes*, puis aux *Eaux-Chaudes*, sœurs jumelles, dont les eaux sulfureuses conviennent aux respiratoires. *Saint-Christau*, dans la vallée d'Aspe, est unique au monde par le cuivre que contiennent ses sources et qui guérit la leucoplasie.

Le climat de *Pau*, essentiellement sédatif, est depuis un siècle réputé pour certaines formes de tuberculose. Comment expliquer, dès lors, que la municipalité veuille ignorer les bacillaires et faire de sa ville un centre de tourisme? Certes, la splendeur du boulevard des Pyrénées, les merveilles du château, la beauté des environs justifient ces prétentions, mais l'exclusive nous paraît draconienne et regrettable. *Cambo* est au contraire une ville sanatoriale, un peu triste malgré ses fleurs, mais bien abritée, vivifiante par ses brises qu'atténue le rideau des forêts.

La haute teneur en chlorure de sodium des eaux de *Salies* les rend précieuses aux gynécologiques. Les alentours de cette petite ville sont charmants : Sauveterre-de-Béarn, Saint-Jean-Pied-de-Port, etc. Nous arrivons ainsi en ce pays basque, chanté par Loti et dont l'aimable sérénité a séduit tant d'artistes. La Rhune y constitue un belvédère merveilleux sur toute cette région de montagnes, de verdoyants vallons et de grèves ourlées d'argent.

Les stations de la cité basque sont riantes et se développent de plus en plus : *Hendaye, Saint-Jean de Luz, Guéthary, Bidart, Biarritz*, qui joint à la cure marine l'utilisation d'eaux chlorurées sodiques, amenées de *Briscons*.

Au nord de l'Adour, il faut citer *Lubenne-Océan*, dont les établissements associent la cure sylvestre à la thalassothérapie; *Cap-Breton* puissamment tonique; *Hossegor* délicieusement artistique; *Arcachon*, enfin, avec sa ville d'hiver pour tuberculeux et sa station sportive pour bien portants. Mais là encore, les pulmonaires sont considérés comme des indésirables!

Dax avec de somptueuses installations, *Préchacq*, avec un bon établissement thermal, exploitent les boues végéto-minérales, aux origines si curieuses, aux effets si bienfaisants pour les articulaires et les algiques.

Une brève halte à Bordeaux nous permet de visiter la Faculté de médecine, où le doyen Ségalas a tenu à nous recevoir en personne. Au lendemain, le professeur Sellier nous entraîne à travers les vignobles et les châteaux du Médoc, nous initie à la dégustation des grands crus, nous exalte les vertus thérapeutiques du vin. Nous traversons l'estuaire de la Gironde pour admirer les belles plages de *Royan* et des environs; nous visitons la belle installation du docteur Dubois, à *Saujon*... Voici que sonne l'heure des adieux, quelque peu mélancolique après si belles journées et si franche camaraderie. Comme un parfum très doux, le souvenir nous en reste, dans lequel se mêlent agréablement la plus cordiale sympathie pour nos compagnons de voyage, une sincère admiration pour « la doulce France », une profonde gratitude envers les organisateurs et les directeurs de cette belle randonnée.

Dr A. DAVID
Professeur à la Faculté libre de médecine de Lille.

REVUE GÉNÉRALE

LE SYSTÈME MOTEUR EXTRAPYRAMIDAL

ÉTUDE ANATOMIQUE, PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE

Par M. J.-O. TRELLES,
Interne des Asiles de la Seine.

Ce terme, venu de la clinique neuro-psychiatrique, a fait fortune, surtout depuis la grande épidémie d'encéphalite léthargique qui a permis une étude anatomo-clinique plus approfondie de certains états pathologiques encore mystérieux et mal connus jusqu'ici. Mais — rançon même du succès — la quantité de travaux, la multiplicité des hypothèses faites au sujet des voies extrapyramidales fait régner pour le moment encore une grande confusion. Si ce terme peut s'expliquer en clinique, il n'en est plus de même au point de vue anatomique où les auteurs ne sont pas d'accord, quant au siège, à la nature, au trajet de ces voies. C'est dire qu'il devrait être banni de l'usage et remplacé par d'autres plus adéquats à chaque cas. Et cela même s'il satisfait une certaine paresse d'esprit pour préciser la nature de certains symptômes qu'il est commode d'étiqueter pompeusement « extrapyramidaux », alors qu'on ne s'entend pas précisément sur ce que l'on veut dire par là. En effet, si par extrapyramidal on comprend ce qui n'est pas pyramidal, il faut tenir compte de tout ce qui est du domaine des voies motrices nées ailleurs que dans la frontale ascendante, c'est-à-dire : 1° des voies extrapyramidales corticales : voie fronto-ponto-cérébelleuse; voie temporo-ponto-cérébelleuse; 2° des voies extrapyramidales sous-corticales (système du corps strié); 3° des voies extrapyramidales mésencéphaliques; voies réticulo-spinales; voies vestibulo-spinales. Il est vrai que la plupart des auteurs identifient le système extrapyramidal au système strié. Si la clinique leur donne raison il faut dire que le terme est mauvais et, à notre sens, système extracortical conviendrait mieux, si tant est qu'on tienne à « l'extra ».

I. ANATOMIE

On peut réduire à trois les façons dont les auteurs envisagent les voies extrapyramidales :

Les voies extra-pyramidales sont tout l'ensemble des voies motrices autres que le système pyramidal (système de la motilité volontaire). Ainsi il serait formé tout ensemble par la voie motrice accessoire (cortico-ponto-cérébello-rubro-spinale) et par la voie strio-pallidale (cortico-thalamo-strio-rubro et nigro-spinale); enfin par les voies efférentes de certains noyaux de la région sous-thalamique, des noyaux de la substance réticulée mésencéphalique, du noyau de Deïters. Si cette conception paraît logique du point de vue étymologique elle ne correspond pas à la clinique.

Certains auteurs font naître le système extra-pyramidal dans le noyau rouge, qui serait l'axe de trois grandes voies : la voie cortico-thalamo-strio rubrique; la voie cortico-ponto-cérébello-rubrique; la voie cortico-thalamo-rubrique; la voie effectrice étant le faisceau rubro-spinal qui serait ainsi sous le contrôle de ces trois voies.

Mais la plupart des auteurs identifient la voie extrapyramidale avec le système strio-pallidal né des grandes cellules de Hunt au niveau du striatum et du pallidum. Cette conception qui rallie la plupart des suffrages cadre le mieux avec ce qu'enseigne la pathologie. C'est parce que le terme extrapyramidal a été créé en clinique neurologique et que dans toute la description on aura en vue celle-ci, que nous l'adopterons.

Description. — Ainsi comprises, les voies extrapyramidales (il faut employer le pluriel) vont suivre différents trajets. Le plus grand nombre de fibres nées du corps strié forment une voie à deux neurones en réalisant une synapse au niveau des groupes parvo-cellulaires du noyau rouge : c'est la voie strio-rubro-spinale.

Mais d'autres fibres vont réaliser des trajets bien moins connus et encore controversés : ce sont les fibres qui réalisent leurs synapses au niveau du locus Niger, du corps de Luys, et peut-être même dans la calotte pédonculaire (au niveau du noyau de Darkschewitsch, du noyau de la commissure postérieure).

Le trajet du deuxième neurone est mal connu, il est probable que par d'autres relais, ils viennent s'articuler avec les noyaux moteurs périphériques.

A. **Origine.** — Au niveau du Striatum et du Pallidum (1) les voies extrapyramidales naissent des grosses cellules de Golgi (ou grandes cellules de R. Hunt).

Dans le segment lenticulo-caudé, ces cellules sont peu nombreuses, de forme polygonale, assez grandes, 30 à 40 μ entourées de 3 à 4 cellules microgliques, elles tranchent par leur morphologie et leur rareté au milieu du semis des petites cellules type II de Golgi. Colorées par le Nissl, elles apparaissent centrées par un gros noyau vésiculeux, clair, pourvu d'un nucléole très foncé, leur cytoplasma présente des corps tigroïdes très nets et une quantité de pigment lipochrome variable avec l'âge cellulaire.

Dans le Pallidum (où les petites cellules de Golgi type II font défaut), ces cellules ont une morphologie un peu différente. Au lieu d'être franchement polygonales, elles sont triangulaires ou allongées en fuseau, parfois ressemblent aux grandes pyramidales du cortex moteur. En outre, elles n'ont pas de cellules microgliques satellites.

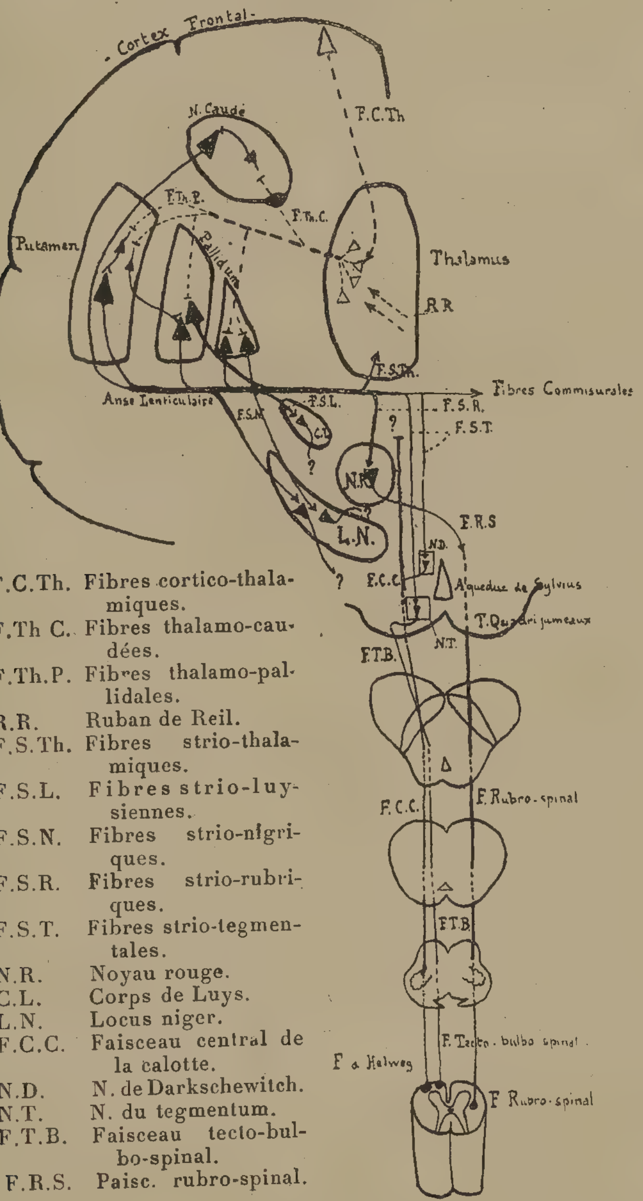
B. **Trajet.** — PREMIER NEURONE. — Les cylindraxes de ces cellules vont se réunir en petits faisceaux et traverser la masse même des noyaux gris de dehors

(1) On désigne sous le nom de striatum l'ensemble formé par le noyau Caudé et le segment externe du lenticulaire (Putamen). Ils ont en effet la même évolution phylo- et ontogénique et la même formule histologique. (Donc striatum = putamen + N. Caudé.)

Le pallidum par contre est formé par les deux segments internes du lenticulaire (globus pallidus).

en dedans, prenant part à la constitution des lames médullaires externes et internes; ils vont émerger et prendre part à la formation du faisceau de l'anse lenticulaire, du faisceau pallidal de la pointe, et du faisceau lenticulaire de Forel.

Les fibres nées du noyau caudé émergent par la face inférieure du noyau caudé, et par petits paquets traversent la capsule interne; arrivées sur la face supérieure du noyau lenticulaire, elles la poursuivent sur un trajet plus ou moins grand pour venir se joindre aux fibres propres du lenticulaire et former avec elles les lames médullaires externes et internes.



F.C.Th. Fibres cortico-thalamiques.
F.Th C. Fibres thalamo-caudées.
F.Th.P. Fibres thalamo-pallidales.
R.R. Ruban de Reil.
F.S.Th. Fibres strio-thalamiques.
F.S.L. Fibres strio-luysiennes.
F.S.N. Fibres strio-nigriques.
F.S.R. Fibres strio-rubriques.
F.S.T. Fibres strio-tegmentales.
N.R. Noyau rouge.
C.L. Corps de Luys.
L.N. Locus niger.
F.C.C. Faisceau central de la calotte.
N.D. N. de Darkschewitch.
N.T. N. du tegmentum.
F.T.B. Faisceau tecto-bulbo-spinal.
F.R.S. Paisc. rubro-spinal.

FIGURE.

Fibres nées du lenticulaire, que ce soit du putamen ou du pallidum, elles traversent de dehors en dedans le segment qui leur donne naissance et parvenues à une des lames médullaires, se courbent, se dirigent en bas et vont ensuite suivre la face inférieure du lenticulaire pour prendre part à la formation des diverses fibres striofuges que l'on peut classer en :

1. *Fibres strio-thalamiques* pour la région oro-médio-ventrale du thalamus, elles passent par l'anse lenticulaire et le faisceau thalamique de Forel.

2. *Fibres strio-rubriques* passent par l'anse lenticulaire.

3. *Fibres strio-luysiennes* vont au corps de Luys, passent par le faisceau lenticulaire de Forel.

4. *Fibres strio-nigriques* vont au locus niger, passent par le faisceau pallidal de la pointe.

5. *Fibres strio-mésencéphaliques* (ou strio-tegmentales) pour le noyau de Darkschewitsch et pour le noyau de la commissure postérieure, passent par l'anse lenticulaire.

DEUXIÈME NEURONE. — Leur synapse faite au niveau de ces différents noyaux, les voies extrapyramidales vont continuer leur trajet :

Celles qui relaient au noyau rouge par le faisceau rubro-spinal de von Monakow, qui, peu après son émergence, traverse la ligne médiane au niveau de la décussation ventrale de la calotte pour descendre le long du tronc encéphalique et de la moelle. Chez l'homme, il ne forme pas un faisceau bien déterminé, mais les fibres qui le représentent vont traverser le pont au niveau de la substance réticulée, le bulbe formant partie du faisceau hétérogène de van Gehutchen (ou latéral du bulbe), pour venir se placer dans la moelle en avant du faisceau pyramidal croisé (fibres pré-pyramidales d'André Thomas) et venir faire synapse avec les cellules motrices des cornes antérieures.

Quant aux fibres qui naissent du locus niger, leur destination et leur trajet sont bien moins connus. On sait seulement qu'elles vont former deux courants de fibres qui vont s'engager les unes dans la calotte, les autres dans le pied pédonculaire. Il est probable qu'elles vont s'articuler avec les divers noyaux moteurs du tronc encéphalique,

Les fibres relayées au corps de Luys sont tout aussi inconnues, on en ignore le trajet et la destination.

Celles qui s'articulent au niveau de la région oro-médio-ventrale du thalamus ont un trajet inconnu. Peut-être prennent-elles part à la formation du faisceau central de la calotte.

Quant aux fibres qui relaient au tegmentum, elles descendent probablement dans la substance réticulée du tronc cérébral; il est probable aussi qu'elles contribuent à former le faisceau central de la calotte et la bandelette longitudinale postérieure.

C. **Terminaison.** — Ces fibres vont très probablement s'articuler avec les différentes cellules motrices étagées le long du tronc cérébral et de la moelle. Il est aussi probable qu'elles abandonnent des collatérales pour les formations végétatives de ces régions.

CONNEXIONS. — *Avec le thalamus.* — D'importants faisceaux unissent puissamment le corps strié au thalamus. On distingue des fibres thalamo-caudées, thalamo-putaminales, thalamo-pallidales, apportant les incitations diverses venues de la périphérie par les voies spino- et bulbo-thalamiques qui vont venir chercher la voie effectrice au niveau des grosses cellules de Hunt :

Avec le cortex via thalamus, par l'intermédiaire

des faisceaux cortico-thalamopètes (F. d'Hollander, F. de Sachs).

Neurones associatifs. — Les petites cellules du striatum (Golgi, type II) réalisent ici le rôle des couches associatives du cortex. Elles mettent en relation les divers groupes cellulaires moteurs, et très probablement organisent les circuits habituels, les répartitions d'influx qui vont permettre l'établissement de mouvements automatiques, des syncinésies automatiques, etc.

Voies commissurales. — Par l'anse lenticulaire unissent les corps striés opposés.

En conclusion, on peut comparer le couple sensitivo-moteur thalamo-strié (paléencéphalique) au couple sensitivo-moteur cortical (néencéphalique) formé par la pariétale ascendante et la frontale ascendante. Et il n'est pas sans intérêt de penser que, si le cortex tient sous sa dépendance le fonctionnement strié (par des fibres cortico-thalamo-striées) il est sûrement d'autres incitations spino- et bulbo-thalamiques qui vont se réfléchir dans le thalamus pour venir au corps strié chercher leur voie effectrice. Ainsi donc, le thalamus jouerait par rapport au corps strié le rôle de la pariétale ascendante par rapport au faisceau pyramidal; les petites cellules du striatum celui des couches associatives du cortex.

II. PHYSIOLOGIE

Ainsi qu'il a été dit, la description anatomique qui a été faite des voies extrapyramidales a pour but de cadrer avec ce que l'on sait de la physiopathologie des syndromes dits « extrapyramidaux ». Et toutes les connaissances que l'on a sur la physiologie des voies extrapyramidales, on les doit beaucoup moins à l'expérimentation qu'à l'étude anatomo-clinique des affections qui en ressortissent. En effet, la situation même de la voie extrapyramidale, ses rapports étroits avec des centres aussi importants que ceux du méso-diencéphale, les difficultés techniques que comportent les expérimentations font que les recherches physiologiques ont donné bien peu de chose; si l'on ajoute que l'importance du système extrapyramidal diminue avec l'évolution onto- et phylogénique, on se rend compte que c'est à la méthode anatomo-clinique que nous devons le plus clair et le plus sûr de nos connaissances. Cependant il faut rappeler que si les expériences déjà anciennes de Magendie, de Schiff, de Nothnagel montraient l'influence des corps striés sur la fonction motrice, elles péchaient par insuffisance technique. Même en 1915 Luciani avoue dans son traité que nos connaissances physiologiques sur le corps strié sont rudimentaires. Les recherches entreprises plus tard n'ont pas été plus heureuses. Prüss, par excitation de la région caudale du noyau caudé, obtient des contractions musculaires toniques; celle de la région moyenne donne des contractions cloniques; enfin des mouvements de locomotion par excitation de la région orale. Betcherew (qui pour se mettre à l'abri de la diffusion des excitations à la capsule interne pratiquait l'ablation du cortex moteur dans un premier temps) concluait que l'excitation du noyau caudé ne comporte pas de réponse motrice, celle du noyau lenticulaire produit des contractions musculaires. Ziehen, employant une méthode analogue, aboutit à des résultats opposés (chez le lapin); soit que les noyaux caudé et lenticulaire sont inexcitables. Minor aboutit aux mêmes conclusions. Pachon et Delmas-Marsalet à l'aide d'électrodes très fines excitent le noyau lenticulaire (chez le chien) et déterminent un état de rigidité centro-latéral qui amène l'incurvation du tronc.

D'autre part, les expériences de décérébration suprathalamique (Goltz, Rothman, Dusser de Barenne), celles de décérébrations étagées (Sherrington, Bouchet, Magnus et Kleyn) ont apporté des données physiologiques sur le rôle du système extrapyramidal dans la motricité et dans le tonus.

Tous les auteurs sont d'accord à l'heure actuelle pour ranger dans trois chapitres le rôle physiologique des voies extrapyramidales :

Action motrice, *Rôle dans le tonus musculaire*, *Rôle frénateur des mouvements involontaires.*

Action motrice. — Porte surtout sur les mouvements automatiques (c'est-à-dire sur cette partie si importante de la motilité que, de consciente et volontaire, devient peu à peu automatique par l'habitude), tels que la *parole*, l'écriture, la *marche*, certains actes de s'habiller, manger, etc. Sans doute, même automatiques, ces actes n'échappent pas au contrôle cortical qui continue à en assurer la direction par des actions excitatives et surtout *inhibitives.* Ce contrôle est indispensable; supprimé, il entraînerait une diminution notable de l'activité automatique qui, on l'a vu, n'est en somme qu'une émanation de l'activité volontaire.

A l'état normal cette motilité automatique joue un grand rôle dans l'exercice de tous nos mouvements. Elle comprend des mouvements de nature très différente : certains sont de véritables réflexes, tels l'occlusion palpébrale, la mastication, la déglutition; d'autres sont syncynétiques, tels le balancement des bras pendant la marche; d'autres enfin plus nombreux sont des mouvements volontaires en partie automatisés par l'exercice et l'habitude : tels la marche, la parole, l'écriture, etc., etc.

C'est ainsi que chez les animaux décérébrés (sans cortex) les paralysies ne sont pas complètes; ils peuvent marcher, déglutir, certains font des mouvements associés et complexes (les chats de Dusser de Barenne continuent à faire leur toilette avec les pattes de devant tout comme des chats normaux). Il y a donc, probablement, des *centres moteurs élémentaires* : centres de mouvements simples (mastication, déglutition), centres de gestes complexes (marche, gestes complexes des repas, de toilette, professionnels).

Rôle dans le tonus. — Action frénatrice. — Cette influence inhibitive s'exerce surtout sur les excitations toniques qui constituent le *tonus d'attitude* (sert au maintien de la statique et de l'équilibre).

De même que *le système pyramidal règle le tonus de soutien* qu'accompagne la motilité volontaire, le

système extrapyramidal *règle le tonus d'attitude* qui préside aux mouvements automatiques. Cette association du mécanisme moteur au mécanisme tonique est parfaitement logique, et explique son intervention dans la station debout, dans la fixation d'un membre dans une attitude donnée, indépendante de la motilité volontaire. Exagéré il se manifeste par le maintien anormal d'attitudes de flexion ou d'extension.

Ce tonus d'attitude dont le mécanisme paraît cérébello-mésencéphalo-spinal est donc sous le contrôle du système extrapyramidal. Les lésions de celui-ci au niveau du pallidum et du locus Niger se traduisent par son exagération nette par défaut d'inhibition et l'apparition de la contracture ou rigidité dite extrapyramidale. Par contre, si la lésion du système extrapyramidal siège au striatum, l'inhibition s'accroît et apparaît l'hypotonie telle qu'on la voit dans la chorée (striée).

Rôle dans l'inhibition des mouvements involontaires. — Déjà les premiers physiologistes qui expérimentaient sur la capsule interne remarquèrent (outre les phénomènes de déficit moteur par atteinte de la voie pyramidale), l'apparition de mouvements anormaux : mouvements de manège, choréiformes, athétosiques. Ce n'est que plus tard qu'on s'est aperçu qu'ils étaient dus à l'atteinte des noyaux gris (striatum pallidum). La clinique nous apprend par ailleurs que les syndromes extrapyramidaux s'accompagnent de toute une variété de troubles moteurs : tremblements, mouvements choréiques, mouvements athétosiques, spasmes, myoclonies et rythmies.

On considère donc actuellement que le corps strié (striatum pallidum) — ou voie extrapyramidale — joue normalement un rôle frénateur, empêchant les mouvements inutiles, les gesticulations sans objet. Eux lésés, ces mouvements apparaissent sous l'une quelconque des formes énoncées. Mais la question du mécanisme même de ces mouvements est loin d'être élucidée et prête à discussion. La plupart des auteurs (Wilson, Niesl von Mayendorf, C. et O. Vogt-Jakob, Foester, Lhermitte, A. Thomas) admettent qu'il ne s'agit pas de phénomènes d'excitation continue, mais bien de la perte du contrôle ou de la régulation exercés sur la *motilité* (ce mot dans son sens le plus large) par les corps striés.

Wenderowic a combattu dernièrement cette façon de voir. Pour lui, il s'agit de phénomènes d'excitation, d'irritation, mais l'on comprend mal une excitation continuelle dans le cas de lésions évolutives; d'autre part, l'atténuation des mouvements involontaires pendant le repos, leur disparition pendant le sommeil cadrent mal avec cette interprétation.

Il semble donc que pour tous ces mouvements on doive admettre l'explication univoque « d'échappement au contrôle », de « phénomène de libération ». Mais il s'agit de phénomènes de libération *étagés*.

Le tremblement — qui se voit dans des lésions diverses : du cervelet, du noyau rouge, du corps strié — paraît lié dans son essence à un trouble du tonus. Celui-ci est, on le sait, la résultante de toutes les incitations toniques recueillies dans la périphérie et qui passent par le cervelet, la substance réticulée mésencéphalique et le noyau rouge; on peut admettre que le système extrapyramidal (corps strié) exerce sur elles une influence coordinatrice qui assure leur répartition tonique et régulière dans les muscles. Cette coordination vient-elle à disparaître, que l'on voit apparaître dans le muscle les décharges toniques qui constituent le tremblement.

Quant aux mouvements choréiques, athétosiques et aux spasmes, il s'agit aussi d'un phénomène de libération, mais plus haut situé. Le pallidum préside chez l'enfant aux premiers mouvements involontaires rudimentaires, automatiques qui rappellent de près ceux de l'athétose et de la chorée (Lhermitte, Babonneix). Plus tard, ces mouvements sont inhibés par le striatum; une lésion de celui-ci libérant le pallidum, se manifeste par leur apparition. L'étendue des lésions et les modifications toniques concomitantes expliquent pourquoi ce seront les mouvements choréiques, athétosiques ou les spasmes qui prédomineront.

III. PHYSIOPATHOLOGIE

A. **Eléments sémiologiques des syndromes extrapyramidaux.** — Comme pour la physiologie, trois chapitres à considérer : troubles moteurs, mouvements involontaires, troubles du tonus.

Troubles moteurs. — Les troubles moteurs se révèlent principalement sous deux formes :

1. L'*akinésie* et la *bradikinésie*,
2. Les *syncinésies* paradoxales.

Akinésie. — Traduit le *déficit* des fonctions motrices extrapyramidales qui portent, on l'a vu, sur les mouvements *élémentaires*, *automatiques et associés*.

Il n'y a pas de véritable paralysie (pas d'atrophie musculaire, ni de diminution de la force), mais une « perte des mouvements automatiques et associés », se traduisant par l'absence de spontanéité dans les mouvements qui sont de plus : *rares*, *lents*, *pénibles*.

Donne aux malades un aspect caractéristique : *facies figé*, *inexpressif*, *stéréotypé*, *immobile*; l'*allure soudée du corps et des membres supérieurs*; la *démarche* : courbés en avant, courant « parfois après leur centre de gravité », se tournant d'une pièce, en automates ».

De plus, la *disparition de certaines syncinésies*, et, surtout : perte du balancement des bras pendant la marche, le signe du moulinet (Souques), la perte du mouvement de rétablissement (bras en avant lorsqu'on tire en arrière le malade assis), perte des mouvements spontanés de déglutition de la salive. Enfin existence de *kinésies paradoxales* (Souques) ou progression métadromique (Tilney).

Syncinésies paradoxales. — De la disparition de ces syncinésies normales, il faut rapprocher l'apparition d'associations motrices bizarres, c'est-à-dire de *syncinésies paradoxales* (ne pas confondre avec les kinésies paradoxales), variables dans chaque cas

et chez chaque malade, dont on peut donner de multiples exemples (doigt sur le front dans le torticolis mental; doigt sur la langue pour parler; geste de porter une cuillère à la bouche pour pouvoir ouvrir la bouche), etc., etc.

Mouvements involontaires. — Ces mouvements de différents ordres, ont ceci de commun : *être exagérés* (comme l'hypertonie) *par l'action*, diminuent par le repos, disparaissent pendant le sommeil, augmentent par des influences d'ordre affectif,

Donc un caractère majeur : augmentent ou même sont déclanchés par toute mise en action musculaire : ce sont des « spasmes d'action ».

Etudions-les en détail :

Le tremblement extrapyramidal est — celui de la paralysie agitante par exemple — de faible amplitude, prédomine aux doigts (attitude de rouler une cigarette, compter de la monnaie). Se propage souvent aux membres et à la tête.

Lié à l'action fatigante de certaines positions au début : dans la position assise, par exemple, les jambes tremblent seulement lorsque l'appui est incomplet ou lorsque les cuisses sont croisées.

Les myoclonies extrapyramidales sont à différencier des *secousses fibrillaires* (myoclonies d'origine spinale : elles ne sont que partielles, frappent seulement certains groupes de fibres sans produire de mouvement d'ensemble du muscle). Les myoclonies extrapyramidales (que l'on voit dans la pseudo-sclérose, dans le syndrome d'Unverritch, dans les phases aiguës des maladies inflammatoires du corps strié, de l'encéphalite surtout) sont de brusques secousses musculaires, se répètent à intervalles variés : dans un muscle ou dans un groupe musculaire. Par exemple : hoquet incoercible dans l'encéphalite.

Les mouvements choréiques sont : *involontaires*, spontanés; *irréguliers*, arythmiques, imprévus, désordonnés et contradictoires. Véritable « gigotement » (« Zappeln », de Thiemich). Brusques, rapides, violents, brefs, impulsifs, non simultanés, mais successifs.

Remarquables par leur variabilité continue, leur tendance à généralisation. D'amplitude considérable et de rapidité moyenne.

Les mouvements athétosiques. — Ce sont des mouvements beaucoup plus lents, mais toujours irrésistibles et involontaires, entraînant des attitudes démesurées, beaucoup plus typiques aux *extrémités* : mains, gestes vermiculaires, de reptation, ressemblant à ceux des danseuses javanaises et annamites.

Spasmes de torsion. — Surviennent en général à l'occasion d'un mouvement (*spasmes d'action*). Tendance à provoquer l'enroulement des différentes parties du corps sur elles-mêmes. Sont involontaires et *irrésistibles*. Au repos, le sujet semble normal, dès qu'il marche ou se met debout, les contorsions apparaissent (*dystonies d'attitude* de Thévenard). Certains spasmes sont plus localisés : *avant-bras et main*, par exemple.

Torticolis spasmodique (« mental » des anciens auteurs).

Très voisin des spasmes de torsion.

N'est probablement qu'un équivalent mineur. C'est « une contraction involontaire des muscles du cou et de l'épaule, souvent rythmée, progressant toujours dans le même ordre, qui provoque une inclinaison latérale de la tête suivie d'élévation de l'épaule. Phénomène lent et majestueux. Ici, souvent, une syncinésie paradoxale », « le geste antagoniste », doigt sur le menton ou sur le front suffit à le faire disparaître (raison qui le faisait ranger dans l'hystérie autrefois : « torticolis mental »).

Troubles du tonus. — Se traduisent, dans le plus grand nombre des cas, par l'*hypertonie*.

Mais il est des *hypotonies* extrapyramidales (celle que l'on retrouve dans les chorées striées : qu'il s'agisse de chorée de Huntington ou de chorée aiguë).

L'*hypertonie* ou *contracture extrapyramidale* possède une physionomie particulière qui l'oppose presque point par point à celle d'origine pyramidale :

Elle siège surtout à la racine des membres et laisse souvent intactes les extrémités (mains, doigts).

Porte globalement sur tous les groupes musculaires extenseurs comme fléchisseurs.

C'est une *hypertonie d'action*, c'est-à-dire déclanchée ou renforcée par les mouvements.

S'accompagne de troubles de la *dénervation* se traduisant par le signe de la roue dentée.

S'accompagne de *réflexes de posture* (Foix) ou « rigidité de fixation » (Strumpell) ou « contraction paradoxale » (Westphal).

Foix, poussant l'analyse beaucoup plus avant, distingue dans la *contracture extrapyramidale* :

I. Les contractures permanentes : la rigidité décérébrée; la rigidité parkinsonienne; la rigidité dite pallidale.

II. La contracture intentionnelle.

La rigidité décérébrée. Pour Wilson : tête, cou en hyperextension. Membres supérieurs : extension et pronation forcée. Membres inférieurs : extension et adduction; rotation interne du pied.

Sur ce fond : renforcements par accès (« tonic fits »).

Walshe, à tort, assimile la rigidité décérébrée à la contracture pyramidale. Davidenkoff la rapproche de « l'hormétonie ».

Rigidité parkinsonienne. — Topographie *inverse* de la contracture pyramidale.

Prédomine sur les muscles : de la statique et de l'équilibre; sur ceux de la mimique (face). Dans les membres : sur les *muscles antigravidiques*.

Contracture essentiellement plastique. Réflexes de posture *augmentés*.

Rigidité dite pallidale. — Serait à individualiser et à séparer de la précédente.

Prédomine : à la face, aux membres inférieurs.

A la face : facies figé, souvent crispé, exagération par la parole.

Membres inférieurs : extension, équinisme. *Marche impossible.*

Caractère intentionnel, d'où *dysarthrie* et *dysphagie.*

Aux membres supérieurs : Pas d'attitudes ni de tremblements parkinsoniens.

Réflexes de posture moins marqués. Syntonie d'automatisme (par la marche, deviennent « *de bois* »).

Intentionnelle. — A la *face*, se voit surtout à l'occasion de la parole : les traits se creusent, la figure devient grimaçante, les yeux se ferment; le peaucier se tend. *Dysarthrie spéciale* : effort ; achoppement au début des mots ; faux bégaiement. *Membres supérieurs et inférieurs* : incoordination spéciale : raideurs, mouvements athétoïdes.

Tronc : souvent il y a spasme de torsion (dysbasia lordotica). Correspond au tableau clinique de la maladie de Wilson.

B. **Les syndromes extrapyramidaux.** — **La maladie de Parkinson.** (Paralysie agitante.) Pose un problème fort important et qui a suscité de nombreuses discussions :

La maladie de Parkinson est un syndrome dû à des lésions de même siège mais de nature différente, c'est-à-dire, la maladie de Parkinson vraie et les syndromes parkinsoniens post-encéphaliques sont la même chose, et bien souvent la maladie de Parkinson n'est que le résultat d'une encéphalite méconnue (Souques).

Ou bien, la maladie de Parkinson vraie est à séparer des syndromes parkinsoniens, parce que nuances cliniques différentes, lésions anatomiques plus étendues dans l'une que dans l'autre (Lhermitte). Cette thèse semble rallier actuellement la majorité des auteurs.

Maladie de Parkinson. — *Symptomatologie.* — *Trépied séméiologique* : La *rigidité* ou hypertonie. La perte des mouvements automatiques et associés. Le tremblement.

Mais des signes accessoires s'y ajoutent.

L'hypertonie. — Réalise la « rigidité parkinsonienne ». Donne aux malades leur attitude caractéristique. Le plus souvent en flexion ; parfois, rarement, en extension. Peut être généralisée ou localisée.

S'accompagne de réflexes de posture, de signe de la « roue dentée ».

Essentiellement *plastique*. Augmente avec les mouvements (hypertonie d'action). Diminution avec le repos. Force segmentaire conservée. Mais produit la *bradykinésie.*

Perte des mouvements automatiques et associés. — Diminution ou disparition du réflexe de clignement, d'où regard immobile ; du réflexe de déglutition, d'où salive hors de la bouche.

Perte des mouvements de balancement des bras, d'où démarche typique. Signe du moulinet (Souques).

Perte des mouvements automatiques qui accompagnent les mouvements volontaires ; d'où : bradykinésie, dysgraphie, Voix spéciale (monotone, basse).

Enfin, *facies typique* : immobile, figé, peu expressif.

Sur ce fond : peuvent apparaître les kynésies paradoxales (Souques) ou progression métadromique (Tilney).

Le tremblement. — Prédomine aux extrémités, marqué surtout dans certaines *attitudes* (assis, appuyé). *Disparaît* au début des mouvements volontaires pour apparaître à la fin.

Signes associés : L'akathisie (impossibilité de garder la même position) ; Troubles sécrétoires, circulatoires, trophiques ; de la thermo-régulation ; psychiques, etc.

Anatomie pathologique. — Pour les tenants de la doctrine uniciste (Tretiakoff, Souques). Lésion principale siège dans le *Locus Niger* et peut diffuser légèrement.

Pour Léwy, Lhermitte, Hunt, Jakob, C. et O. Vogt : Lésions beaucoup plus étendues ; siègent principalement dans le striatum (atrophie des grandes cellules de Hunt, légère atteinte des petites cellules, prolifération gliale), que les lésions soient dégénératives ou vasculaires. De plus, lésions concomitantes du Locus Niger, du corps de Luys, du cervelet, des noyaux ponto-bulbaires.

Physio-pathologie. — La *rigidité* : tiendrait à la lésion des grandes cellules de R. Hunt qui exercent un rôle inhibiteur sur les centres mésencéphaliques du tonus (surtout sur le tonus d'attitude). Lésées, il y a une libération de ces centres, d'où hypertonie à type particulier.

Perte des mouvements automatiques. — Ceux-ci auraient leur centre principal dans le système pallidal (naissant des cellules de L. Hunt), les lésions de ce système expliquent donc le trouble des mouvements automatiques.

Cependant les Vogt, Jakob voient le mécanisme de cette perte des mouvements automatiques, et particulièrement de l'akinésie, dans les lésions du striatum qui libéreraient le pallidum. Mais l'on comprend mal alors pourquoi dans la chorée — où les lésions du striatum prédominent — l'akinésie fait défaut.

Le tremblement est plus difficile à expliquer. Quelques auteurs pensent que ce sont des lésions thalamo-hypothalamiques (?), du Locus Niger, du Noyau Rouge, du cervelet qui seraient à l'origine.

R. Hunt, Foerster l'attribuent aux grandes cellules pallidales. Pour Jakob, les Vogt, Wilson, lésions des grandes et des petites cellules du striatum.

Les syndromes parkinsoniens postencéphalitiques. — On retrouve ici le trépied clinique, mais prédominance de la *rigidité* et *perte de l'automatisme.*

Importance de signes associés :

Parésies des nerfs moteurs de l'œil. Diplopie. Crises oculogyres. Troubles psychiques. Troubles végétatifs : augmentation du tonus vasculaire, bouffées vaso-motrices, hypercrinies.

Secousses myocloniques.

Anatomie pathologique. — Prédominance de lésions *à type inflammatoire au début.* Puis lésions dégénératives dans le Locus Niger et Mésencéphale ; ensuite dans les noyaux périsylviens, dans le corps strié, dans l'écorce cérébrale.

Physio-pathologie. — Même mécanisme. Mais à signaler qu'ici la rigidité prédomine et les lésions sont surtout accusées au Locus Niger et Pallidum. On doit admettre que l'adjonction de la lésion nigrique à la Pallidale contribue à augmenter la rigidité (Lhermitte).

Il faut rapprocher de la maladie de Parkinson certains cas de paralysie pseudo-bulbaire d'origine striée (Brissaud) par lésions focales bilatérales et aussi le syndrome décrit par Foerster, la « rigidité des artério-scléreux ».

La chorée. — Il n'y a pas une chorée mais des *chorées. C'est un syndrome caractérisé par l'existence de mouvements involontaires typiques* auquel s'ajoutent un certain nombre de troubles moteurs associés.

A. Les mouvements involontaires. — *Caractères généraux* (d'après Babonneix) :

Spontanés, se produisant au repos. *Involontaires. Irréguliers* (désordonnés, imprévus, contradictoires). *Illogiques* (*sans but*) ne peuvent pas être reproduits par imitation (Foerster). *Brusques*, rapides, violents, brefs, impulsifs. De *localisation particulière. Non simultanés*, mais successifs. *Remarquables* par leur variabilité ; leur tendance à se généraliser. D'amplitude considérable. De rapidité moyenne. De contours arrondis.

Calmés par : le sommeil, l'anesthésie, le chloral, le repos au lit.

Accrus par : les émotions, le travail, les efforts, les mouvements actifs, la station debout, les excitations extérieures.

André-Thomas distingue : des *mouvements désordonnés*, irréguliers, sans but, involontaires, qui sont les véritables mouvements choréiques. Calmés par le repos.

Des *secousses clonico-toniques* qui ne disparaissent pas par le repos.

B. Troubles moteurs associés, plus ou moins fréquents.

Hypotonie musculaire, constante, se localise aux muscles atteints. Foerster distingue : le *tonus plastique*, nettement diminué dans l'intervalle des contractions ; la *résistance à l'extension* qui est aussi diminuée (par extensibilité anormale des muscles).

André-Thomas dissocie l'hypotonie en deux éléments principaux :

L'augmentation de l'extensibilité du muscle ;

La passivité musculaire (diminution de la résistance aux forces qui agissent en sens inverse de sa propre action).

Enfin : *Syncinésies. Troubles de la synergie. Troubles de la diadococinésie. Affaiblissement musculaire. Inertie musculaire.*

Anatomo et physiopathologie du syndrome choréique. — Dans la majorité des cas il relève d'une lésion intéressant : « soit le corps strié, soit le cervelet ; soit même l'écorce (Babonneix) ». « Il existe une double voie convergeant dans le noyau rouge, l'une issue du corps strié, l'autre de l'olive cérébelleuse, dont l'intégrité est indispensable à la régularité du jeu musculaire et dont l'adultération est capable d'engendrer le désordre que l'on désigne sous le nom de chorée » (Lhermitte).

Du point de vue anatomo-physiologique on doit donc admettre :

Des chorées d'origine striée (Lhermitte).

Des chorées d'origine corticale (Beriel, K. Wilson).

Des chorées d'origine cérébelleuse (Bonhoffer-Lhermitte).

Mais du point de vue clinique, il faut décrire :

a. Des *chorées aiguës* (de Sydenham).

b. Des *chorées chroniques* (dont la mieux connue est la *chorée de Huntington*).

A. Chorée de Huntington. — Chorée familiale et héréditaire à marche progressive, incurable. Des troubles psychiques aboutissant à la démence complètent le tableau.

Anatomie pathologique. — Pierre Marie et Lhermitte ont montré que la caractéristique anatomique est une *atrophie cortico-striée.*

Corticale, la lésion est surtout frontale. C'est une dégénérescence abiotrophique des cellules et des fibres. Elle s'accompagne de leptoméningite chronique.

Striée, la dégénérescence frappe surtout le putamen et le striatum qui sont amincis, réduits à une simple lamelle. Histologiquement, c'est donc surtout les petites cellules qui sont atteintes (R. Hunt) ; l'atrophie des fibres est constante ; enfin il y a une prolifération névroglique réactionnelle,

Physiopathologie. — Pierre Marie et Lhermitte admettent que les troubles psychiques ressortissent à l'atrophie corticale ; le désordre musculaire et l'hypotonie à l'atrophie du néo-striatum.

Ramsay Hunt insiste sur le fait que le désordre musculaire doit s'expliquer surtout par la lésion des petites cellules qui libèrent les grosses cellules pallidales.

B. La chorée de Sydenham. — Est, elle aussi, un syndrome qui peut avoir différentes étiologies : le rhumatisme articulaire aigu, l'encéphalite épidémique ; la syphilis, etc., etc., et qui évolue en général dans l'enfance et l'adolescence.

Anatomie pathologique. — Contrairement à la chorée de Huntington, la chorée de Sydenham n'a pas d'unité anatomique. Les lésions n'offrent aucun caractère de spécificité ; mais dans tous les cas étudiés minutieusement, on a toujours trouvé un substratum anatomique.

Topographie des lésions, — Variable ; mais dans la plupart des cas, prédominance des lésions sur le corps strié (surtout putamen et noyau caudé), mais diffusion aux centres hypo-thalamiques ; au cervelet. Dans quelques cas, lésions prédominantes au cervelet (cortex et olive).

Enfin, dans quelques cas (Beriel, Wilson, Niessl Von Mayendorf), lésions uniquement corticales.

Nature des lésions. — Deux types :

Type inflammatoire (P. Marie et Tretiakoff). — Infiltrations péri-vasculaires plus ou moins intenses: nodules inflammatoires, neuronophagie; pas de réaction névroglique. Se rapprochent de très près des lésions de l'encéphalite épidémique.

Type dégénératif (Lhermitte). — Altérations neuroniques : changements profonds de la structure cellulaire aboutissant à la destruction du neurone. Modifications vasculaires : dilatation, hémorragies; exsudats périvasculaires.

P. van Gehutchen insiste sur l'existence de cas mixtes où les lésions sont à la fois inflammatoires et dégénératives. Ces deux types lésionnels ne seraient pour lui que deux stades évolutifs du même processus infectieux.

Physiopathologie. — Pour les Vogt, pour Foerster, le pallidum serait le centre de l'automatisme primitif, à l'état normal celui-ci est inhibé (réglé) par le striatum. La lésion du striatum (noyau caudé plus putamen) libère le pallidum et fait apparaître les mouvements choréiques; ceux-ci seraient ainsi un rappel des mouvements involontaires et automatiques de l'enfant. Quant au mécanisme même des mouvements, il est dû à un trouble du tonus d'attitude, la chorée résultant de décharges toniques.

L'hypotonie serait due d'après ces auteurs à ce que le pallidum libéré du contrôle du striatum exagère son action inhibitrice sur le tonus. Kinnier Wilson (auquel s'est joint Niessl von Mayendorff) s'oppose avec force à cette conception. D'après lui, les mouvements choréiques ressemblent aux mouvements volontaires adaptés à un but, s'en différencient seulement parce que finalisés sans but réel. Ainsi donc, la chorée ne peut avoir d'autre localisation anatomique que le cortex cérébral. Le mouvement choréique se manifeste par la voie pyramidale, la preuve en est que lorsqu'il y a une lésion de ces voies, ou lorsqu'on pratique l'exérèse de cette voie au niveau du cortex pré-central, on supprime par ce fait même le désordre musculaire. « La chorée serait due à un défaut de régulation de l'activité du cortex moteur rolandique consécutif à la lésion de la circonvolution post-centrale vers laquelle s'écoulent les sensibilités somatiques. »

La conception de Wilson a été vivement critiquée par Lhermitte qui soutient l'origine putamino-caudée du type de chorée en question. D'abord, le mouvement choréique ne peut pas être comparé au mouvement volontaire (voir caractères plus haut). Quant à sa disparition par lésion pathologique ou expérimentale du faisceau pyramidal, elle n'est que passagère; en réalité, c'est l'hypertonie qui masque la chorée, lorsque celle-ci vient à disparaître (par section des racines postérieures, ainsi que l'a montré Foerster), la chorée réapparaît. Pour lui la chorée résulte de la dysfonction de l'appareil cérébello-mésencéphalique et strio-mésencéphalique « dont l'intégrité est indispensable pour assurer la régularité du jeu musculaire ». En schématisant, on pourrait opposer la chorée striée (type Huntington) à la chorée cérébelleuse (type Sydenham).

L'hémiballisme (*syndrome du corps de Luys*). — Affection caractérisée par l'existence d'une lésion du corps de Luys s'accompagnant de *désordre musculaire* extrêmement important et violent dans l'hémicorps centro-latéral. Ce n'est pas à proprement parler une *hémi-chorée.*

Les mouvements involontaires sont beaucoup plus intenses que dans la chorée, ne sont pas localisés aux extrémités, mais envahissent la racine, le tronc, le cou. Ils se compliquent de reptation, de torsion, d'élévation des membres qui ressemble à l'athétose, la marche en est gênée.

Ils diminuent avec le repos et disparaissent pendant le sommeil.

Ils s'accompagnent d'hypotonie et souvent de troubles mentaux : excitation, confusion.

Enfin, affection très grave, tous les cas connus ont évolué rapidement vers la mort (Lhermitte).

Anatomie pathologique. — C'est une lésion destructive du corps de Luys (hémorragique, malacique tumorale) qui a été retrouvée dans les cas de Fischer, de Von Economo, de Pette. Dans ceux de Jakob, P. Martin et de Matzdorff, du corps de Luys et du locus niger.

Dans celui de Wenderowic, le foyer de ramollissement intéressait la région sous-thalamique, le corps de Luys n'était que légèrement touché. C'est ce qui a permis à cet auteur de nier le rôle du corps de Luys. Giacomo s'est rallié récemment à cette opinion. Mais la plupart des auteurs, avec Lhermitte, admettent que c'est bien la lésion du corps de Luys qui origine l'hémiballisme.

Physio-pathologie. — N'est pas bien éloignée de celle de la chorée. Il faut admettre que le corps de Luys règle avec le pallidum et le striatum la synergie des mouvements de toute la musculature du corps; celle-ci est renforcée par les composants d'équilibre originaires du cervelet.

Les syndromes athétosiques. — Les mouvements athétosiques réalisent différents types et sont variables. Ils prédominent aux membres, mais peuvent envahir la face et le tronc. Existent au repos, mais s'exagèrent au moment des mouvements volontaires.

Mouvements *très lents*, de torsion, vermiculaires, de *reptation.* Pendant qu'ils se produisent, tous les muscles du membre entrent en *contraction très marquée* (hypertonie d'action) qui frappe aussi bien les agonistes que les antagonistes. (Ce caractère explique probablement la lenteur, la reptation.)

Ils réalisent des *syndromes d'origines diverses.*

A. Athétoses infantiles. — Trois syndromes à considérer.

1. *Rigidité de Little congénitale et régressive.* (Syndrome de Cécile Vogt ou état marbré du striatum.) — Affection congénitale, mais elle ne se manifeste que lorsque l'enfant exécute les premiers mouvements volontaires.

Début par spasmes musculaires des membres ou de la face (à type d'athétose ou choréiformes).

S'accompagnant d'hypertonie, d'akinésie (impossibilité de la marche, de la station debout, assise); de troubles de la parole, de la déglutition.

Souvent, crises comitiales, et arriération mentale.

Mais peu à peu ces troubles disparaissent lentement. Pronostic favorable. Amélioration avec l'âge.

Au point de vue anatomique : « état marbré » du striatum (diminution des cellules, prolifération névroglique; dégénérescence des fibres strio-pallidales).

2. *Athétose chronique progressive* (Etat dysmyélinique du pallidum). — Maladie rare.

Début vers huit ans. Athétose double et développement de *rigidité progressive* (à type pallidal). Pronostic très grave.

Anatomiquement. — Lésions du pallidum. « Etat dysmyélinique », c'est-à-dire atrophie très marquée des fibres pallidales.

3. *Athétoses accompagnant la paralysie cérébrale infantile*. — L'athétose peut être du même côté que la paralysie, ou bien contro-latérale.

Anatomiquement. — En plus de lésions de la zone motrice, il y a « état fibreux » du striatum (c'est-à-dire atrophie des cellules et fibres).

B. Athétoses de l'adulte. — Rares. Se voient dans les hémiplégies pyramido-extrapyramidales. (Lésions diffuses intéressant la voie pyramidale et extrapyramidale.)

Dans la maladie de Wilson et dans le spasme de torsion. Quelquefois, séquelle d'encéphalite épidémique.

Physiologie pathologique. — Difficulté d'interprétation. Lésions diverses, diffuses. Mais il y a toujours lésions strio-pallidales.

Pour Jakob la lésion pallidale est à l'origine de l'athétose, (dans l'athétose chronique progressive des Vogt il n'y a que des lésions pallidales). Mais dans la M. de Parkinson (où surtout pallidum est atteint), il n'y a jamais d'athétose. On objecte que : il y a une grande différence entre l'athétose de l'adulte et celle de l'enfant et que la M. de Parkinson est une maladie de l'adulte.

R. Hunt admet qu'il faut : lésion striée et pallidale.

En réalité, chorée, athétose, spasme de torsion sont proches parents; différences de degrés. Si pour la chorée on admet l'origine striée, pour le spasme de torsion l'origine mixte (striée plus pallidale), il semble bien que pour l'athétose il en soit de même.

Dégénérescence hépato-lenticulaire. (M. Hall.) Dystonie lenticulaire. (Thomalla.) — Hall en 1920 a proposé la synthèse de trois affections dont les ressemblances sont grandes. D'étiologie probablement toxique et endogène frappant à la fois le foie et le cerveau (particulièrement les noyaux gris basaux). Suivant l'intensité des lésions on aura une des trois maladies suivantes : maladie de Wilson, pseudosclérose de Westphall-Strumpell, spasme de torsion.

A. Maladie de Wilson. — Affection familiale, héréditaire, non congénitale; apparaissant entre quatorze et vingt ans. Caractérisée essentiellement par une triade symptomatique : syndrome extrapyramidal; cirrhose hépatique; troubles psychiques.

Syndrome extrapyramidal. — Début par des spasmes et tremblements au niveau des mains, asthénie intense. Progressivement, le travail est impossible.

A la période d'état : la rigidité (« intentionnelle » de Foix), avec spasmes et contractures.

Tremblement de type parkinsonien. Parfois mouvements athétosiques. Dysarthrie. Dysphagie, Dysmasésie (difficulté de mastication).

Phénomène de la propulsion (difficulté d'interrompre la marche une fois déclanchée).

Troubles psychiques. — En général modifications de l'humeur et du caractère : hyperémotivité, irritabilité, instabilité, mais parfois état démentiel.

Cirrhose du foie, *nodulaire* et *atrophique*. — Elle se manifeste par des signes cliniques nets, ou bien est décelée par les épreuves fonctionnelles, ou bien découverte à l'autopsie.

S'accompagne souvent de *splénomégalie*. (Lhermitte.)

Troubles pigmentaires. — Ne sont pas constants mais *pathognomoniques* de la dégénérescence hépato-lenticulaire (plus fréquents dans la pseudo-sclérose).

Taches pigmentées, *bronzées*, avec nuances verdâtres, dans la peau de la face et extrémités. Sont rares. *Anneau bronzé scléro-cornéen de Kayser-Fleischer*.

Anatomie pathologique. — Dégénérescence bilatérale, progressive, du système pallido-strié. Dégénérescence à type parenchymateux allant de « l'état criblé » avec diminution de volume du corps strié, jusqu'à la nécrose totale.

Il s'agit d'une dégénérescence des cellules et fibres avec prolifération névroglique secondaire (jamais primitive, Bielschowsky). Les lésions peuvent déborder et atteindre le thalamus, le corps de Luys et parfois les noyaux cérébelleux, voire le cortex. Celles-ci sont concomitantes.

Pas de lésions vasculaires primitives, ni de lésions inflammatoires.

Quant à l'étiologie : on a pensé qu'il s'agit d'une intoxication d'origine hépatique. Pour Wilson, il s'agit d'une toxémie d'origine intestinale. La question est encore discutée. En tout cas, il ne semble pas s'agir d'un processus infectieux.

Physiopathologie. — Discussion encore ouverte. Wilson attribue le principal rôle à la lésion du Putamen, elle libère le système pallido-sous-strié qui se traduirait par l'apparition de la rigidité et du tremblement.

Ramsay Hunt pense qu'il s'agit d'un mécanisme mixte : la rigidité et le tremblement seraient d'origine pallidale; les mouvements involontaires d'origine néo-striée par défaut d'inhibition.

Les Vogt ont une conception semblable à celle de R. Hunt. Rigidité est pallidale ; les mouvements involontaires, striés.

Pour Jakob, le tremblement, la dysarthrie, la dysphagie ressortissent à la lésion du striatum; l'atteinte progressive du pallidum se traduisant par la rigidité.

B. Pseudo-sclérose de Westphal-Strumpell. — Ces auteurs ont décrit une affection caractérisée par un syndrome extrapyramidal ; par des troubles psychiques allant jusqu'à la démence ; par des *crises épileptiformes*.

Depuis, les cas présentés se rapprochent étrangement de la maladie de Wilson, au point qu'actuellement (sauf Wilson), presque tous les auteurs admettent qu'il s'agit de la même affection.

Symptômes. — Troubles moteurs, dont le plus constant est le tremblement, parfois myoclonies. Rigidité intentionnelle. Perte de mouvements automatiques. Anneau scléro-cornéen de Kayser-Fleischer.

Les crises épileptiformes ne sont pas constantes.

Troubles psychiques divers, excitation ou dépression, irritabilité ; parfois hallucinations, aboutissant en général à la démence.

Anatomie pathologique. — Lésions superposables mais plus diffuses (que dans des cas typiques de maladie de Wilson), fréquence des lésions corticales qu'expliquent peut-être la démence et l'épilepsie.

Enfin cirrhose nodulaire du foie.

C. Spasmes de torsion (Flatau et Sterling). — *Dysbasia lordotica* (Oppenheim). *Névrose de torsion* (Ziehen). *Dystonie de torsion* (Mendel).

Décrite sous le nom de *névrose crampoïde,* par Schwalbe (1908), cette affection a fait l'objet de nombreuses discussions.

Kurt Mendel en a soutenu l'autonomie nosologique. Wimmer (1929) conclut que le spasme de torsion n'est pas une maladie, mais un syndrome.

Au point de vue clinique, ce qui domine, c'est un trouble du tonus : la *dystonie* (Oppenheim), soit alternance plus ou moins continue d'innervations hyper ou hypotoniques des muscles des différentes parties du corps, survenant brusquement ou le plus souvent lentement, entraînant un jeu presque incessant de mouvements involontaires. L'état dystonique disparaît sous certaines influences, notamment le sommeil ; s'exagère sous d'autres influences, la mise en jeu de l'activité volontaire.

Plusieurs formes cliniques : dystonies d'attitude (Thévenard), dysbasies lordotiques (Oppenheim), dystonies rappelant la rigidité décérébrée.

Mais il y a le plus souvent adjonction de mouvements athétosiques, choréiformes, myoclonies, tics, tremblement, contractures, dysarthries, etc., de façon qu'on voit toutes les transitions entre le spasme de torsion, la maladie de Wilson et la pseudo-sclérose.

Anatomie pathologique. — La plupart des examens anatomiques (5 sur 7) établissent sa parenté avec la maladie de Wilson et la pseudo-sclérose de Wesphall-Strumpell. Mêmes altérations du corps strié, mêmes lésions cirrhotiques du foie. On n'a pas pu fournir la preuve anatomique d'une autonomie nosologique du spasme de torsion.

Physiopathologie. — Foerster admet que dans les spasmes de torsion, les lésions n'atteignent que certains groupes cellulaires putamino-caudés (cellules de Golgi, type II), d'où il en résulte que seuls certains groupes pallidaux seront normalement réglés ; les autres, ceux que les lésions du striatum ont libérés, vont donner origine à ces différentes dystonies groupées sous le nom de spasmes de torsion ; on comprend ainsi ce mélange de secousses hyper et hypotoniques, les caractères progressifs de celles-ci ; enfin, l'adjonction d'autres troubles moteurs associés.

C. **Les différentes théories physiopathologiques.** — Si tous les auteurs sont d'accord quant aux fonctions générales du système strio-pallidal (extrapyramidal), des divergences apparaissent dès qu'il s'agit de fixer le rôle des différents noyaux qui le composent.

C. et O. Vogt placent dans le corps strié (pallidum plus striatum) le centre de l'automatisme primaire.

Le *pallidum* est le centre d'un automatisme très primitif (système pallidal seul myélinisé à la naissance). Le *striatum* vient plus tard contrôler le pallidum. C'est donc un *centre de régulation* des mouvements ; il règle les mouvements automatiques, les mouvements mimiques, les attitudes, les réflexes de défense et de fuite. Il intervient aussi dans les mouvements volontaires corticaux, qui renferment tous une composante d'automatisme.

Le *striatum* (putamen et caudé) possède une double action sur le pallidum : une action *d'excitation*, une action *d'inhibition*.

Le *pallidum* possède également une double action sur les formations mésencéphalo-sous-thalamiques : *d'excitation*, *d'inhibition*.

Le striatum est détruit ? Il en résulte une perte des mouvements automatiques d'une part ; d'autre part, une suspension de l'inhibition exercée sur le pallidum, et donc une *hypercinésie* (tremblements, chorée, athétose) et une *hypotonie*, mais ce deuxième signe n'est pas constant, il peut faire place à une *hypertonie* (par atteinte des grandes cellules de Hunt du striatum). Si la lésion est unilatérale, le syndrome est contro-latéral. (Syndrome *strié*.)

Si le *pallidum* subit une atteinte bilatérale (il est en relation avec les deux moitiés du corps), il y a une *rigidité* progressive dite *pallidale* et uue akinésie marquée (*syndrome pallidal*). D'après les Vogt, il y a donc une véritable opposition fonctionnelle entre striatum et pallidum.

Anton, Kleist, Von Economo présentent une doctrine plus simple, entièrement basée sur la notion de *libération* (échappement au contrôle). Dans le système extrapyramidal, chaque pièce est régie dans son activité par la pièce qui lui est *immédiatement* superposée et qui est elle-même d'origine phylogénitique et évolutive plus récente.

Ainsi, les corps opto-striés ont une fonction inhibitive sur les centres sous-pallidaux ; le pallidum lui-même étant sous le contrôle du striatum.

La destruction du striatum détermine la libération du pallidum provoquant l'apparition de la *chorée* ou de l'*athétose*, suivant que l'affection frappe un sujet jeune ou plus âgé ; d'autre part, le pallidum libéré inhibe davantage les centres toniques : d'où hypotonie. *Lorsqu'une lésion atteint le pallidum*, il

en résulte une libération des centres tonigènes et par conséquent, une *hypertonie*, permanente si la lésion s'accroît progressivement.

Foerster défend une conception se rapprochant de la précédente. Le striatum régularise et inhibe le pallidum, sa destruction totale fait apparaître l'athétose. Si seules les petites cellules sont touchées, c'est la chorée. Si lésion partielle : spasme de torsion.

Le *pallidum* est superposé au circuit cérébello-mésencéphalique (centre du tonus plastique) ; sa destruction entraîne la *rigidité*, l'augmentation des réflexes de posture, les anomalies d'attitude, enfin l'akinésie.

Sterts admet que si chez l'animal le corps strié constitue l'organe supérieur de la motricité, chez l'homme il est nettement subordonné à l'influence corticale et déchu de son rôle prédominant. S'il contrôle le circuit cérébelleux, il est lui-même freiné par le cortex cérébral (principalement frontal) par la voie cortico-thalamo-striée.

Lorsque l'écorce motrice vient à être détruite, le corps strié reprend de son importance, c'est de lui que dépend la récupération des mouvements dans les hémiplégies.

Ramsay Hunt a essayé de faire une double synthèse. Synthèse de la motilité en général; synthèse sur le corps strié. Pour lui pallidum et striatum ne s'opposent pas. En réalité ce qui s'oppose ce sont les éléments cellulaires : grandes cellules (Golgi, type I) et petites cellules (Golgi II). Les premières, qui se trouvent aussi bien dans le striatum que le pallidum, forment le système pallidal. Les autres, le système néo-strié.

Les petites cellules ont un rôle coordinateur et inhibiteur sur les grandes cellules pallidales. Leur destruction libère l'activité des grandes cellules d'où *hypercinésie* (chorée) et *hypotonie*. Les *grandes cellules* ont une fonction motrice; et d'autre part elles inhibent les centres tonigènes sous-pallidaux. Leur destruction amène une *hypotonie* et *akinésie*.

Dans son ensemble le corps strié est le centre de contrôle et de régulation des mouvements automatiques et associés, du tonus.

D'où possibilité de trois syndromes :

Syndrome strié pur de R. Hunt. (Chorée. Athétose.)
Syndrome pallidal de R. Hunt. (M. de Parkinson.)
Syndrome total. Dégénérescence hépato-lenticulaire.

A. Jakob, Kappers acceptent la conception de R. Hunt avec la différence que : *striatum* (par les deux sortes de cellules) renferme des centres moteurs complexes pour la défense et protection de l'individu, pour l'orientation, l'adversion, les mouvements attentionnels; pour tous les gestes considérés non volontaires.

Le *pallidum* ne renferme que des centres moteurs plus grossiers, plus simples, rudimentaires, en outre règle et contrôle le tonus.

Pour van Gehutchen, le *pallidum* est le centre de l'automatisme primitif, fonctionne seul chez l'enfant (premiers mouvements coordonnés, simples

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Syphilis héréditaire larvée. Clinique. Diagnostic. Traitement, par E. LESNÉ, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Trousseau, et A. COUTELIER, médecin consultant à Uriage. La Pratique médicale illustrée. Un volume in-8 de 56 pages. — Prix : 14 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

réflexes à arcs multiples). Cet automatisme disparaît au fur et à mesure que se développe la motilité volontaire. Mais, bien des mouvements volontaires deviennent, en partie au moins (écriture, parole, marche, etc.) automatiques. Cet automatisme acquis réside dans les grosses cellules de Hunt du striatum, du pallidum; du locus niger (d'où l'akinésie parkinsonienne qui atteint particulièrement ce système). Pour que la motilité volontaire et l'automatisme secondaire (acquis) se développent, il faut que l'automatisme primitif, purement pallidal, soit inhibé, ce qui est le rôle du striatum. Si le striatum vient à être détruit, l'automatisme primitif, pallidal, est libéré : d'où chorée ou athétose. Le système strio-pallidal a une fonction régulatrice sur le tonus d'attitude dont le mécanisme paraît cérébello-mésencéphalo-spinal. Une lésion du pallidum (et du locus niger) libère ces centres tonigènes, d'où rigidité (parkinsonisme). La destruction du striatum libère le pallidum qui renforce ainsi son action inhibitive, d'où hypotonie (chorée).

Lhermitte défend aussi la conception de Ramsay Hunt, de la déshinibition progressive des différentes parties du système extrapyramidal : striatum, pallidum, centres sous-striés : soit leur subordination fonctionnelle. Pour lui (diachisis mise à part) les lésions pathologiques qui atteignent un des segments du système donnent des troubles de *déficit* ou de *libération* ou des deux à la fois, mais pas de troubles *d'excitation ou d'irritation*.

Ainsi dans les lésions des petites cellules du striatum (c'est-à-dire la chorée), on voit :

a. *Trouble de déficit.*

b. *Troubles dus à la libération du pallidum.*

Hypercinésie, c'est-à-dire, mouvements choréiques.

Exagération de l'inhibition tonique, c'est-à-dire hypotonie.

Dans les *lésions pallidales* (M. de Parkinson) :

Trouble de déficit : l'akinésie.

Trouble dû à la libération des centres sous-pallidaux : *hypertonie.*

Enfin dans les atteintes des deux systèmes on assiste à l'intrication de ces phénomènes qu'on ne peut pas schématiser ; d'où discussions faciles et interminables (tremblement, spasme de torsion, maladie de Wilson).

De cette revue des conceptions physiopathologiques, il résulte que si la discussion sur des points de détails et sur certains mécanismes est ouverte, l'accord est à peu près fait pour attribuer (ceci schématiquement) :

Aux lésions du striatum, la chorée et l'athétose ;

Aux lésions du pallidum, les syndromes akinéto-hypertoniques, (maladie de Parkinson) ;

Aux lésions globales (striatum plus pallidum) la maladie de Wilson.

Ramsay Hunt dans plusieurs travaux remarquables a essayé de faire la synthèse physiologique de la *motilité*. Sa conception claire et ordonnée est tellement séduisante que, malgré les nombreuses objections qu'elle soulève, on ne saurait mieux conclure cette revue qu'en l'exposant très brièvement.

La motilité a deux composantes :

a. Le *système cynétique* (du mouvement proprement dit).

b. Le *système statique* (de posture ou attitude).

En effet, tout mouvement part d'une attitude, l'attitude le suit comme une ombre et le termine ; le mécanisme postural (statique) intervient sans cesse pour stabiliser et régulariser le mouvement lui-même (cinétique). On peut comparer la ligne, composée d'une succession de points, au mouvement, composé lui aussi d'une succession d'attitudes.

Chacune de ces composantes est représentée chez l'homme par trois systèmes étagés le long de l'axe cérébro-spinal :

1. Système archéo-cinétique et système archéo-statique.
2. Système paléo-cinétique et système paléo-statique.
3. Système néo-cinétique et système néo-statique.

I. Le système archéo-cinétique (moelle et tronc cérébral) tient sous sa dépendance les mouvements réflexes et marche de pair avec le *système archéo-statique* (mécanismes segmentaires de la moelle et tronc cérébral) qui régularise les *postures réflexes.* Par exemple : *réflexe rotulien* : l'extension de jambe successive (mécanisme archéo-cinétique) se complète par l'inhibition des antagonistes, c'est-à-dire des fléchisseurs (mécanisme archéo-statique).

II. Le système paléo-cinétique (système extra-pyramidal) régit les mouvements automatiques et associés et marche de pair avec le *système paléo-statique* (noyaux du vermis cérébelleux à noyau rouge — noyau magno-cellulaire, — et de là par le faisceau *paléo-rubro-spinal*) régit les postures du type automatique associé. Par exemple dans la marche (mouvements des bras, des jambes, par le système paléo-cinétique), la conservation de l'équilibre, les contractions des muscles antigravidiques (par le système paléo-statique).

III. Le système néo-cinétique (faisceau pyramidal), régit les mouvements synergiques isolés, c'est-à-dire volontaires, marche de pair avec le *système néo-statique* (noyau dentelé à noyau rouge — noyau parvocellulaire — et par faisceau néo-rubro-spinal) qui régit les postures du type synergique isolé ; ce système est placé sous l'influence du cortex, par les fibres cortico-ponto-cérébelleuses.

Au cours de l'évolution ontogénique et phylogénique les systèmes paléencéphaliques (qui commandaient seuls la cinétique et la statique) sont de plus en plus placés sous le contrôle du néencéphale ; leur rôle propre est alors réduit au contrôle statico-cinétique de la motilité automatique et associée et est en grande partie masqué par la prédominance des manifestations statico-cinétiques volontaires (néencéphaliques).

A l'état normal ces appareils fonctionnent de façon *mutuellement dépendante*, leur interdépendance est, néanmoins, mise en évidence par les

dissociations pathologiques qui libèrent partiellement les centres sous-jacents, de cette dépendance. *Au total*, troubles : 1. par déficit primitif d'une fonction ; 2. excès d'autre fonction par déficit du contrôle modérateur.

PRINCIPALES INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

J. et A. DÉJERINE. *Auatomie des centres nerveux*, t. II.

Ch. FOIX et NICOLESCO. *Noyaux gris centraux et région mésencéphalo-sous-optique*, 1 vol., Masson, 1925.

TESTUT et LATARJET. *Anatomie du système nerveux central*, 1929.

P. COSSA. *Le système nerveux*, A. Legrand, Paris, 1931.

BABONNEIX. *Les chorées*, 1 vol., Flammarion, Paris, 1924.

BERIEL et BARLIER. Les syndromes moteurs des corps striés, *La science méd. prat.*, avril 1930.

H. CLAUDE, LHERMITTE et MEIGNANT. Le syndrome de rigidité postchoréique avec démence, *Encéphale*, juin-juil. 1930.

J. M. ESTAPÉ. El metodo anatomo-clinico en el estudio de la Corea de Huntington, *Revue méd. latino-amér.*, oct. et nov. 1929.

FOERSTER. Zur Analyse und Pathophysiologie der Striaeren Bewegungsstörungen, *Zeit. f. d. Gens. Neurolv. v. Psych.*, 1921, vol. LXXIII.

Ch. FOIX. Sur le tonus et les contractures, *Revue neurol.*. 1924, t. II.

M. HALL. La dégénérescence hépato-lenticulaire, *Th. de Paris*, 1921.

R. HUNT. Atrophy of the pallidal system of de corp. strial., *Arch. of intern. med.*, 1928, vol. XXII.

R. HUNT. Contribution à la conception des systèmes statique et cinétique de la motilité, *Encéphale*, 1924, p. 11.

R. HUNT. Le système statique ou postural, ses relations avec les états hypertoniques, *Encéphale*, 1922, p. 376.

JAKOB (A). *Die Extrapyramidalen Erkrankungen*, J. Springer, Berlin, 1923.

KLIPPEL et LHERMITTE. Les syndromes sous-corticaux. In *Nouveau Traité de médecine*, 1928, vol. XIX.

LHERMITTE (J.). Les syndromes anatomo-cliniques du corps strié. *Ann. de méd.*, 1920, t. I; — Les syndromes anatomo-cliniques du corps strié chez le vieillard. *Revue neurol.*, avril 1922, n° 4; — Le syndrome du corps de Luys. (*Encéphale*, mars, 1928.)

LHERMITTE (J.) et PAGNIEZ (Ph.). Anatomie et physiologie pathologiques de la chorée de Sydenham, *Encéphale*, janv. 1930.

MARIE (P.) et LHERMITTE. Les lésions de la chorée chronique progressive. *Ann. de méd.*, 1924, t. I.

SOUQUES. Les syndromes parkinsoniens. Rapport au Congrès de neurol., *Revue neurol.*, 1921, n° 6.

THÉVENARD. Les dystonies d'attitude. *Th. de Paris*, 1927.

ANDRÉ-THOMAS. De la nature des mouvements choréiques, *Presse méd.*, 11 janv. 1922.

TRETIAKOFF. Etude anatomo-clinique du locus niger. *Th. de Paris*, 1919.

VAN GEHUTCHEN (P.). La pathologie du système pallido-strié. *Soc. scientifique de Louvain*, 1930; — Chorée de Sydenham. *Revue neurol.*, avril 1931.

VOGT (C. et D.). Zur Lehre der Erkrankungen des Striaren Systems. *Journ. f. psychol. neurol.*, 1920, vol. XXV.

VILLAVERDE (J.-M. de). Epilepsie extrapyramidale. *Encéphale*, mars 1930.

WILSON (K.). Physiopathologie de la rigidité et du tremblement parkinsonien. *Revue neurol.*, 1921, n° 6; — *Modern-Problems in Neurology*. 1 vol., édit. Arnold, Londres, 1928.

WIMMER (A.). Le spasme de torsion. Rapport au Congrès de neurol., *Revue neurol.*, juin 1929.

PRATIQUE MÉDICALE

TÉTANOS GÉNÉRALISÉ. GUÉRISON PAR LA SÉROTHÉRAPIE ET LE SOMNIFÈNE ENDOVEINEUX (1),

Par le docteur GROGNOT (de Châtillon-sur-Marne).

Il s'agit d'un cas de tétanos généralisé grave, traité tardivement et ayant donné l'impression d'un cas absolument désespéré ; or, non seulement la maladie a cédé, mais elle a cédé rapidement; cependant, les doses de sérum injectées sont des doses fortes, mais non ce qu'on a coutume d'appeler des doses massives. L'auteur attribue cette heureuse issue, non seulement au tempérament de la malade, personne robuste, au sérum intrarachidien et sous-cutané injecté, mais aussi à l'anesthésie due au somnifène : la malade, plongée dans le sommeil, a vu disparaître toutes les crises dues à une excitation extérieure, l'ébranlement du système nerveux provoqué par les crises étant en partie supprimé. Il semble bien à l'auteur qu'on a dans le somnifène un moyen sûr et rapide de juguler les souffrances atroces du tétanos, sans empêcher le malade de s'alimenter. De plus, le somnifène a permis l'emploi du chloral, toujours mal supporté. Mais dans certains cas, l'auteur a dû s'aider de l'action du sédormid et surtout des injections de pantopon qui ont complété utilement l'action de l'hypnotique.

Il a été dit récemment que la narcose chloroformique n'était pas sans inconvénient au cours du tétanos, et qu'en tout cas, elle rendait les injections de sérum moins efficaces. Il semble, au contraire, d'après l'auteur, que l'anesthésie favorise l'action du sérum et que les cellules nerveuses inhibées se laissent mieux imprégner par les antitoxines.

(1) *Concours méd.*, 2 et 9 nov. 1930, nos 44 et 45.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Catatonie expérimentale par la bulbocapnine. Etude physiologique et clinique, par H. DE JONG, chef de la polyclinique et du laboratoire de physiologie de la Clinique neurologique de l'Université d'Amsterdam, et H. BARUK, chef de clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Paris. Un volume de 136 pages avec 38 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

XIIe RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE. (Compte rendu, par M. M. Lance.)
Premier rapport : « Traitement du pied bot varus équin congénital après deux ans » Rapporteur : M. A. Trèves (de Paris).
Deuxième rapport : « Les ostéopathies hypertrophiantes. » Rapporteur : M. Ch. Lasserre (de Bordeaux).
Discussion.
Communications particulières.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société des chirurgiens de Paris.
NOTES POUR L'INTERNAT
Complications intestinales de la fièvre typhoïde (fin)
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de stomatologiste des hôpitaux. — *Epreuve théorique de prothèse.* — Séance du 10 novembre.— Question donnée : « Les diverses techniques usitées pour la confection des plaques bases en or utilisées en prothèse amovible au niveau du maxillaire supérieur. »

MM. Cabrol, 19; Fleury, 16; Houzeau, 18; Béal, 15.

— Concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. — Jury : 3 électro-radiologistes, MM. Lobligeois, Pestel, Bonneaux; 1 médecin, M. Apert; 1 chirurgien, M. Berger.

— Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 12 novembre. — Questions données : « Symptômes et évolution de l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche. — Formes cliniques de l'anévrisme de l'aorte. »

MM. Pellier, 15; Morin, 17; Perrot (Raoul), 19 1/2; Sabourin, 21; Findjandjan, 20; Martin (Marcel), 15; Landrieu, 25; Vendryes, 19 1/2; Bouwens, van der Boyen, 18; Ortholan, 16.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie des sciences vient d'attribuer les prix suivants :

Prix Cuvier (1.500 fr.) à M. François Lesbre, correspondant de l'Académie de médecine, professeur honoraire à l'Ecole vétérinaire de Lyon. — Prix Lallemand (1.800 fr.) à M. Albert Chauchard, directeur de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, et Mme Berthe Chauchard. — Prix Maujean (2.000 fr.) à M. Gustave Bouffard, médecin général des troupes coloniales, directeur du service de santé de l'A. E. F.

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon. — Médaille d'or décernée à M. Edoardo Perroncito, correspondant de l'Académie des sciences; prix de 2.500 fr. à M. Maurice Auvray, membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux; prix de 2.500 fr. à MM. Henri Chabanier et Carlos Lobo-Onell; prix de 2.500 fr. à MM. Maurice Villaret François Saint-Girons, Louis-Justin Besançon; mention honorable de 1.500 fr. à M. Emile Cesari, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; mention honorable de 1.500 fr. à M. Paul Genaud; mention honorable de 1.500 fr. à Mme Mélina Lipinska.

Prix Bréant. — Prix de 2.500 fr. à M. Maurice Langeron, chef de travaux de parasitologie à la Faculté de médecine; prix de 2.500 fr. à MM. Pierre Teissier, membre de l'Académie de médecine, et Florent Coste, médecin des hôpitaux de Paris.

Prix Godard. — Prix de 500 fr. à M. Louis Berger, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Québec; prix de 500 fr. à M. Fritz Busser, assistant de Faculté au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine.

Prix Chaussier (10.000 fr.) à M. Victor Morax, ophtalmologiste honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

Prix Mège (1.000 fr.) à M. Jean Gautrelet, agrégé de physiologie de la Faculté de médecine.

Prix Bellion (1.400 fr.) à M. Raoul Lecoq, docteur en pharmacie et en médecine.

Prix du baron Larrey. — Prix de 1.000 fr. au lieutenant-colonel-médecin Maurice Pilod, professeur au Val-de-Grâce; mention honorable à MM. L. Izard, médecin des hôpitaux militaires; et J. des Cilleuls, docteur ès sciences

Prix Argut (1.200 fr.) à M. Pierre-Ernest Roucayrol, chef de service de diathermie à l'hôpital Lariboisière.

Physiologie. — Prix Montyon (1.500 fr.) à M. Charles Dhéré, professeur à l'Institut de physiologie de l'Université de Fribourg.

PRIX POURAT. — Prix de 1.000 fr. à M. Maurice Fontaine, docteur ès sciences; prix de 1.000 fr. à M. Fernand Obaton, assistant à la Faculté des sciences.

PRIX PHILIPEAUX (1.000 fr.) à M. Robert Bonnet, maître de conférences à la Faculté des sciences de l'Université de Strasbourg.

Fonds de recherches scientifiques. — FONDATION TRÉMONT (1.000 fr.) à M. Maurice Lebrun, ingénieur des arts et métiers.

FONDATION GEGNER (4.000 fr.) à M. Eugène Estanave, secrétaire honoraire de la Faculté des sciences de Marseille.

FONDATION HIRN (2.500 fr.) à M. Yves Milon, professeur à la Faculté des sciences de Rennes.

FONDS CHARLES-BOUCHARD (5.000 fr.). — Annuité à M. Serge Métalnikov, professeur de l'Université, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

GUERRE. — TROUPES COLONIALES. — M. le médecin général Lherminier est nommé directeur du Service de santé et inspecteur des Services sanitaires de l'Afrique Occidentale française à Dakar.

SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE. — Le *Journal officiel* du 14 novembre publie un décret portant modification au règlement sur le Service de santé de l'armée. Ces modifications concernent les évacuations, les congés de convalescence, qui peuvent être remplacés par l'envoi dans un dépôt de convalescents, l'hospitalisation des officiers et leur envoi aux eaux minérales.

L'INDEMNITÉ DE PREMIÈRE MISE D'ÉQUIPEMENT AUX OFFICIERS DE RÉSERVE. — Une indemnité spéciale de première mise d'équipement est allouée, sur leur demande, aux officiers de réserve qui, nommés au grade de sous-lieutenant (ou assimilé) de réserve avant le 24 octobre 1919 ou pour prendre rang à compter d'une date antérieure au 24 octobre 1919, sont convoqués en 1931 pour l'accomplissement d'une période d'instruction et prennent l'engagement de rester dans les cadres pendant une période de cinq années à compter du 1er avril 1931.

Le taux de l'indemnité est fixé uniformément à 350 fr.

L'indemnité spéciale de première mise d'équipement n'est pas due aux officiers de réserve ayant reçu antérieurement une indemnité de même nature, soit comme officiers de réserve soit à tout autre titre.

L'officier de réserve qui démissionne avant l'expiration du délai de cinq ans prévu à l'article Ier, est astreint au reversement de l'indemnité spéciale de première mise perçue en vertu de cet article. (*J. O.*, 7 nov. 1931.)

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — LE CERTIFICAT PRÉNUPTIAL. — Sur cette question à l'ordre du jour des débats parlementaires (projet du docteur Pinard) et qui a fait l'objet d'une étude présentée par le docteur Schreiber à la Société française d'eugénique, le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine a exprimé son opinion par l'ordre du jour suivant :

« Il est d'intérêt social qu'avant de contracter union, les futurs époux de l'un et l'autre sexe fassent examiner leur état de santé. L'importance de cet intérêt justifie de la part de l'Etat une loi portant obligation.

« Les futurs époux seront tenus d'aller consulter de part et d'autre le médecin de leur choix (le médecin de famille, s'ils comprennent bien leur intérêt).

« La consultation ainsi donnée restera rigoureusement confidentielle et verbale. Le praticien se bornera à certifier qu'elle a eu lieu, à telle date. »

Les médecins ne sont nullement opposés à l'obligation légale d'une consultation prénuptiale, mais à condition qu'elle comporte un examen rigoureusement secret, sans aucune attestation de l'état de santé ni de l'aptitude au mariage.

LE GROUPEMENT DES SYNDICATS GÉNÉRAUX DE MÉDECINS SPÉCIALISÉS nous adresse le communiqué suivant :

« Le Conseil d'administration du Groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés, réuni à Paris le 24 octobre 1931, adopte les vœux suivants présentés par le Syndicat des ophtalmologistes :

1° Les candidats, professeurs, agrégés ou suppléants, aux chaires d'enseignement de l'ophtalmologie dans les Facultés et Ecoles de médecine, devront justifier soit de l'accomplissement d'un stage minimum de deux années dans des cliniques ophtalmologiques après la fin de leurs études médicales, soit de l'exercice notoirement reconnu, de la pratique de la spécialité ophtalmologique pendant au moins cinq ans.

2° MM. les professeurs de chirurgie ophtalmologique des Facultés et Ecoles de médecine seront appelés par M. le ministre de l'Instruction publique à donner leur avis sur les conditions de compétence à exiger des candidats à l'enseignement de l'ophtalmologie dans les dites Facultés et Ecoles. »

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — SÉANCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION. — Malgré la publicité faite en Amérique pour les onze cours en anglais organisés au début des vacances, le nombre des élèves a été très minime, ce qui n'a rien devant étonner, il faut toujours semer au début pour récolter ensuite. De plus la crise actuelle a empêché de nombreux médecins de faire la traversée de l'Atlantique.

Comme tous les ans, l'A. D. R. M. a organisé en juillet le séjour à Paris des membres de l'Inter-Stade Post-Graduate Association of North America. Cette année, le nombre des participants, à ce voyage, n'a été que le quart de ce qu'il était les années précédentes.

Des suggestions sont transmises à M. le doyen au point de vue du séjour à Paris de professeurs étrangers,

L'A. D. R. M. vient de faire un nouvel effort pour faciliter le séjour à Paris de médecins étrangers. Elle publie chaque soir la liste des opérations qu'on doit faire le lendemain dans les principaux hôpitaux. Cet essai a donné des résultats satisfaisants, plusieurs étrangers sont déjà venus demander qu'on leur envoie quotidiennement par pneumatique ces listes d'opérations.

Election de nouveaux membres : MM. Ardoin, Madier et Tournade.

(Voir la suite des « Informations », p. 1713.)

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

* *

AVIS DE CONCOURS. — La Ligue antituberculeuse de Tunisie ouvre un concours sur titres pour la nomination d'un médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Tunis.

Les candidats doivent être Français ou Tunisiens, âgés de moins de quarante ans et pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français. La limite d'âge n'est pas opposable aux médecins appartenant aux cadres des services de l'Assistance médicale gratuite de Tunisie.

Le traitement du titulaire sera celui arrêté par le statut du Comité national. Il s'y ajoutera un supplément du tiers à titre d'indemnité coloniale en vue de maintenir une équivalence de situation avec les traitements habituellement alloués par l'administration tunisienne.

Les dossiers, avec extrait de naissance, date et origine du diplôme de docteur en médecine, exposé de titres et fonctions, devront être adressés, au plus tard avant le 30 novembre, à la Ligue antituberculeuse de Tunisie, Dar el Bey, Tunis.

Le médecin chef du dispensaire sera engagé par contrat pour une durée de trois années, à l'expiration de laquelle il pourra être titularisé dans ses fonctions.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser soit à la Ligue antituberculeuse de Tunisie, soit au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve).

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le prof. H. Vincent, membre de l'Institut, commencera son cours le mercredi 2 décembre, à 5 heures, à son laboratoire situé provisoirement, 277, rue Saint-Jacques (Val-de-Grâce) et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Objet du cours : « Biologie générale des fuso-spirochétoses. Etude de leurs principales déterminations. »

HÔPITAL BICHAT. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR LEMIERRE. — Sous la direction de M. le professeur Lemierre, MM. Michel Léon-Kindberg, médecin des hôpitaux de Paris, et A. Soulas feront une série de conférences théoriques et pratiques sur les « Suppurations bronchopulmonaires ». Ces conférences commenceront le lundi 30 novembre 1931 et se continueront jusqu'au 24 décembre. Elles comprendront : 1° des présentations de malades avec étude de clichés radiographiques, et des leçons théoriques, les lundis et vendredis de 10 h. à midi; 2° des leçons avec démonstrations pratiques de bronchoscothérapie les mercredis de 10 h. à midi.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Emile Leullier, chef du laboratoire de radiologie de l'Institut de prophylaxie et de l'hôpital Bellan, à Paris; J. Courbet, médecin honoraire des hôpitaux du Havre; Eugène Révilliod (de Genève); Oudaille (du Cannet), Auguste Langhendries (de Hal), Henri Roziès (d'Aups, Var), ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 17 novembre. — Jury : MM. Bernard, président; Gougerot, Aubertin, Richet. — M. TANGUY. Contribution à l'étude des anticorps dans le sérum des tuberculeux, traités par le pneumothorax artificiel. — M. CADARS. Contribution à l'étude des rapports entre l'érythérine annulaire centrifuge et la maladie de Dubring-Brocq. — M. MASSOT. Contribution à l'étude de l'érythroplasie des organes génitaux.

Jeudi 19 novembre. — Jury : MM. Carnot, président ; Laignel-Lavastine, Terrien, Vignes. — M. BÉCAM. L'anatoxine tétanique et la vaccination de l'homme contre le tétanos. — M. DEFFAY. Essai médico-historique sur un point de pratique obstétricale des hémorragies tardives de suite de couches. — M. DELOBEL. Le pronostic visuel de la chirurgie hypophysaire.

Vendredi 20 novembre. — Jury : MM. Loeper, président; Donzelot, Giroud, Harvier. — M. NICOLAÏ. L'étude expérimentale des tumeurs spontanées chez les oiseaux.

XIIIe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

Paris, 9 octobre 1931 (1).

PREMIER RAPPORT

Traitement du pied bot varus équin congénital après deux ans.

Rapporteur : M. A. Trèves (de Paris).

Le rapport très complet et très documenté qui a été présenté ne vise pas, l'auteur y insiste, à constituer un travail original, mais surtout une mise au point de l'état actuel de la question.

Le besoin s'en faisait sentir car si, en Allemagne, le sujet a été discuté à la Société d'orthopédie en 1911, 1912, et 1923, en France aucune discussion n'a eu lieu depuis le Congrès de chirurgie de 1896. (Rapport de Forgue.)

Début du traitement. — Le premier point sur lequel l'unanimité est faite est la nécessité de faire débuter le traitement le plus tôt possible, dès la première semaine après la naissance. C'est le traitement classique, par redressement manuel et contention au moyen de bandes adhésives ou d'attelles. Il est indispensable que l'hypercorrection soit obtenue et maintenue quand l'enfant commencera à marcher, car si la marche aggrave les lésions du pied bot non redressé, elle complète la guérison du pied déjà hypercorrigé.

Toutes les statistiques montrent que le traitement très précoce procure un nombre important de guérisons définitives.

Lorsque le traitement a débuté tardivement (après un an) le nombre des cas qui ont été obligés de subir des opérations sanglantes devient très élevé.

« Si le traitement précoce n'amène pas à coup sûr la guérison définitive, lorsque cette guérison est obtenue, elle est d'une qualité supérieure à celle que donnent tous les traitements tardifs. »

Redressement forcé. — « Le redressement forcé à la main, sous anesthésie, conserve encore en France d'assez nombreux partisans, malgré la tendance de plus en plus chirurgicale. »

Sur la technique, peu de variantes : les trois éléments de la difformité sont successivement attaqués, l'adduction redressée sur un coin ou fer à repasser, supination calcanéenne sur le bord de la table, l'équinisme par pression de la plante sur la poitrine de l'opérateur, avec ou sans ténotomie préalable. Immobilisation en botte plâtrée avec laquelle la marche est recommandée; si l'hypercorrection n'a pas été obtenue à la première séance, souvent après un séjour en plâtre on l'obtient plus facilement. Deux, trois redressements peuvent être indispensables.

Les divergences portent surtout sur l'âge limite auquel le redressement forcé manuel peut donner des succès complets et durables. Alors que la plupart des auteurs ne l'emploient plus après deux, trois ans, C. et R. Ducroquet l'appliquent jusqu'à cinq ans et parfois chez l'adolescent et l'adulte. Il en est de même de Julius Wolff en Allemagne.

On a cherché à remplacer le redressement manuel par diverses méthodes : corrections progressives par tractions élastiques, méthode de Bier, dont l'emploi a été restreint.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Tarsoclasie. — La tarsoclasie qui est abandonnée en France est encore très en faveur en Allemagne, Etats-Unis et Angleterre.

En Allemagne la technique de Lorenz (redressement manuel sur le coin de bois, puis ostéoclasie pour compléter l'hypercorrection, mise en plâtre) a fait place à celle de Schultze (section transversale des jumeaux, redressement avec deux ostéoclastes différents).

Les auteurs anglo-saxons utilisent surtout la griffe de Thomas. Analysant longuement les résultats obtenus par les divers chirurgiens, le rapporteur constate que l'ostéoclasie expose à des complications beaucoup plus fréquentes et plus graves que les autres méthodes de traitement (déchirures de la peau, des parties molles de la plante, fractures de jambe, escarres, genu valgum par dislocation du genou, convulsions et mort par embolie graisseuse). Les résultats ne sont pas toujours parfaits, le pied hypercorrigé est souvent un pied plat. « La tarsoclasie ne met pas à l'abri des rechutes et l'on comprend que tant d'auteurs usent des transplantations complémentaires pour l'éviter.

Pas plus au point de vue de la forme et de la fonction du pied que de la durée du traitement, ces résultats ne peuvent soutenir la comparaison » avec ceux des méthodes employées en France.

Interventions sur les parties molles. — *A.* Le tendon d'Achille. — « Les auteurs s'accordent en général pour ne pas y toucher avant d'avoir corrigé le varus et la supination; mais l'accord s'arrête là. »

Alors que, en France, on pratique la ténotomie précocement dans les premiers mois de la vie, en Allemagne et dans les pays anglo-saxons on recule le plus longtemps possible cette section, et même on l'évite, si possible, la considérant comme nuisible. On lui reproche l'absence de réunion (talus consécutif) et surtout l'atrophie du mollet. Le rapporteur repousse cette dernière assertion : cette atrophie est primitive, due au vice de développement.

La technique est variable : ténotomie haute de Jalaguier chez les jeunes; le doublement à ciel ouvert, plus tard, a beaucoup de partisans en France.

B. Aponévroses et ligaments. — « La section de l'aponévrose plantaire constitue souvent un complément indispensable du redressement, même chez le jeune enfant. » Certains auteurs y adjoignent la section partielle sous-cutanée du ligament latéral interne.

Lorsqu'on veut pratiquer d'autres sections ligamento-tendineuses, il convient d'opérer à ciel ouvert. Telle l'opération que M. Nové-Josserand a longtemps préconisée à partir de trois mois (section *à ciel ouvert* du tendon d'Achille et au besoin des ligaments postérieurs, puis des deux étages de fibres du ligament latéral interne). Une méthode analogue est employée en Allemagne sous le nom d'opération d'Ober et en Italie sous celui d'Agostino.

Plus complexe est l'opération d'Anzilotti et aussi celle décrite par Massart et Majuoni d'Intignano (reposition sanglante de l'astragale), technique d'ailleurs maintenant abandonnée par leurs auteurs.

Ces interventions sur les ligaments et les aponévroses ne doivent constituer qu'un adjuvant au redressement manuel chez l'enfant jeune. Elles doivent donc rester aussi peu mutilantes que possible. Le gros obstacle dans les opérations à ciel ouvert sur le bord interne du pied est la difficulté de la suture de la plaie. C'est cet obstacle qui a fait abandonner ces méthodes.

C. Opérations sur les tendons. — En dehors du tendon d'Achille les sections tendineuses sont inutiles chez le jeune enfant, ils se laissent distendre.

D. Opérations sur les tendons et ligaments internes. L'arthrotomie interne de la médio-tarsienne, l'opération de

Phelps-Kirmisson semble à peu près abandonnée. La cause en est la difficulté de combler la brèche interne.

En Italie on utilise beaucoup l'opération de Codivilla, qui à l'arthrotomie de Phelps ajoute celle de la sous-astragalienne et de multiples allongements tendineux par dédoublement.

E. Transplantations tendineuses et ténodèse. — On a surtout utilisé la transplantation du jambier antérieur soit sur le milieu du pied soit même à son bord externe. On a aussi transplanté le jambier postérieur au bord externe du pied (Wullstein). Delagénière transplantait de plusieurs manières différentes le tendon d'Achille sur les tendons péroniers. On a reproché à ces méthodes d'entraîner souvent la formation d'un pied plat.

La ténodèse du court péronier (Baron, Ombrédanne) ou des deux péroniers (Mutel et Rœderer) peut aider à fixer le résultat des redressements.

De toute manière ces opérations ne peuvent être que l'adjuvant d'un redressement préalable.

Opérations sur le squelette : *A.* Evidement tarsien. — L'opération d'Ogston comporte l'évidement à ciel ouvert, en respectant les interlignes articulaires, du noyau osseux astragalien, et au besoin du cuboïde, et la partie antérieure de la grande apophyse du calcanéum.

Cette méthode a été employée en France, surtout depuis que Mencière (de Reims) a réglé une technique d'évidement sous-cutané. Elle a été préconisée surtout par Lamy. Naturellement elle ne peut être utilisée que chez le jeune enfant, tant que les noyaux osseux sont encore entourés par une épaisse coque cartilagineuse : 4 cm. pour les uns, 6 cm. pour d'autres, 8 cm. même pour certains.

On a reproché à la méthode d'être aveugle. Si les articulations ont été lésées le pied reste enraidi, douloureux. Le rapporteur réfute ces critiques, qui selon lui n'atteignent que l'opération sous-cutanée. Il expose sa propre technique. L'opération d'Ogston à ciel ouvert est bien réglée. On n'ouvre aucune articulation. Il insiste aussi sur l'importance du traitement post-opératoire ; plâtre en hypercorrection pendant quatre ou cinq mois, puis chaussure de jour et gouttière en hypercorrection la nuit.

B. Tarsectomies. — Le rapporteur en distingue trois sortes :

Les *tarsectomies partielles* ou économiques qui ne cherchent pas à corriger tous les éléments de la difformité par un sacrifice osseux, mais ne visent qu'à compléter un redressement forcé, ou à parer à une récidive. Telle l'opération de Ch. Nélaton, résection de la cale prépéronière de l'astragale et coin antérieur de la grande apophyse du calcanéum.

Analogues sont les ostéotomies cunéiformes du col de l'astragale ou de la grande apophyse du calcanéum de Bradford et Lovett, Codivilla, Agostino.

Plusieurs auteurs allemands s'attaquent uniquement au calcanéum, soit par résection verticale de la grande apophyse ou du corps (Kirsch, Schultz), soit par ostéotomie cunéiforme horizontale (Hohmann), soit encore par évidement cunéiforme du calcanéum (Debrünner).

Les tarsectomies partielles ne sont, malgré tout, que des opérations d'exception.

Dans les pieds bots invétérés chez l'enfant âgé et chez l'adulte, l'intervention classique est la *tarsectomie cunéiforme dorsale externe*. Pratiquée comme Farabeuf l'a décrite elle consiste à enlever du massif tarsien un coin osseux à base supéro-externe calculée pour corriger tous les éléments de la difformité.

Gross procède autrement. Il commence par une *astragalectomie*, souvent suffisante, et, le cas échéant, complète en réséquant un coin de la grande apophyse du calcanéum. Cette ablation première de l'astragale a le grand avantage de limiter les sacrifices osseux.

L'astragale est l'os le plus déformé dans le pied bot.

Son ablation permet la correction de l'équinisme et de la plus grande partie du varus et de la supination. On a reproché à l'ablation de l'astragale d'affaiblir la voûte plantaire et de prédisposer au pied plat. La technique de Gross a cependant chez nous des défenseurs et le rapporteur lui reconnaît de gros avantages.

La double arthrotomie cunéiforme dans le couple de la torsion du professeur Ombrédanne a le triple avantage de conserver la partie articulaire de l'astragale, de corriger les éléments de la déformation là où ils se produisent, et de fixer le redressement. Pour M. Ombrédanne, c'est le traitement de choix à partir de sept ou huit ans. Le rapporteur ne croit pas qu'à cet âge la conservation de l'astragale soit bien utile : la tibiotarsienne est toujours enraidie. L'arthrodèse de la médio-tarsienne lui semble une erreur. Il préfère effectuer le redressement en dehors de cette articulation qui présente souvent chez les pieds bots âgés une suppléance très utile pour la flexion du pied.

C. Tarsoplasties. — *Techniques particulières.* — On reproche surtout à la tarsectomie cunéiforme de nécessiter une exérèse osseuse considérable qui donne des pieds très courts. C'est pour éviter cet inconvénient que Wilms prélève sur le bord externe un coin comprenant la tête et une partie du col de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum ; faisant ensuite bâiller la partie interne de l'interligne de Chopart avivé, le coin osseux y est inséré de force. Albee remplace le coin tarsien par une greffe prélevée sur le tibia.

En France, Ombrédanne, Rocher ont utilisé cette méthode dont les résultats sont inégaux.

MM. Nové-Josserand et L. Michel ont employé chez les enfants, entre trois et six ans, une technique spéciale comprenant deux temps différents : une arthrodèse modelante sous-astragalienne et un évidement osseux du cuboïde, du col et de la tête de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum. Il est indispensable d'abaisser le moignon de la tête et du col de l'astragale qui pourraient se relever et venir faire cale devant le tibia. Modelage manuel, puis contention.

Métatarsus varus. — S'il s'agit d'un vrai métatarsus varus associé au pied bot, sa cure devra être cherchée dans l'ostéotomie du premier ou des deux premiers métatarsiens. S'il s'agit d'une ébauche de récidive par adduction de l'avant-pied, c'est vers l'astragale et la médio-tarsienne qu'il faut porter ses regards et le remède.

Déformations du membre inférieur. — On sait qu'on peut observer associée au pied bot une torsion des deux os de la jambe tantôt en dedans, tantôt au dehors. La première, qui se voit chez les enfants jeunes, est probablement congénitale. On a conseillé divers appareils pour y remédier, voire même l'ostéotomie. En réalité, l'indication de leur emploi est très rare : si l'hypercorrection a été obtenue sur le pied, la marche dans cette attitude favorise le redressement progressif de la torsion.

La torsion en dehors s'observe sur des enfants âgés ayant longtemps marché sur un pied très déformé. Elle s'associe souvent au genu valgum. Ces déformations peuvent nécessiter un traitement particulier.

Récidives. — *Durée du traitement. Guérison.* — Le rapporteur insiste à juste titre sur ce fait que la récidive peut survenir après n'importe quel traitement, même lorsque l'hypercorrection complète a été obtenue. Cette tendance à la reproduction du pied bot, dont les causes nous échappent, semble disparaître vers l'âge de sept ou huit ans. Le maintien de la correction diurne et nocturne devra donc être poursuivi jusqu'à cet âge. L'enfant devra rester sous une surveillance médicale stricte pendant tout ce temps. Tout début de récidive, adduction de la pointe ou supination du talon, devront être l'objet d'un traitement immédiat (redres-

sement forcé, section des parties molles, plâtre en hypercorrection). Ces récidives légères pourront se reproduire plusieurs fois et le chirurgien ne devra pas se lasser de les soigner. En cas de récidive plus grave une opération osseuse peut devenir nécessaire, mais si l'enfant a été soigné très jeune, suivi régulièrement, ces opérations mutilantes seront évitées. « Il est efficace et simple de faire une tarsectomie. Il est meilleur d'en supprimer l'indication » (Forgue).

Conclusions. — L'accord n'est pas près de s'établir entre les auteurs sur les méthodes du traitement du pied bot. La divergence fondamentale est entre la tendance purement orthopédique et la tendance chirurgicale.

Chez le jeune enfant, jusque vers deux ans, l'irréductibilité est relative. La correction est obtenue avec une chirurgie minima, sous-cutanée le plus souvent, qui ne sera que l'auxiliaire du redressement manuel.

Plus tard, en raison des déformations et déplacements osseux, la déformation devient irréductible. L'évidement tarsien plus ou moins étendu, pratiqué à ciel ouvert, permet de modeler le cartilage sans toucher aux articulations. A partir de sept ou huit ans, sauf dans certaines récidives légères, les sacrifices osseux deviennent nécessaires. Lorsque l'amplitude des mouvements de la tibio-tarsienne est suffisante, on peut conserver l'astragale. Les doubles ostéotomies cunéiforme, astragalo-calcanéenne verticale, calcanéenne horizontale seront préférées aux arthrodèses à cause du rôle de suppléance du Chopart. Si l'articulation tibio-tarsienne est enraidie, l'astragale sera enlevé et l'ablation d'un coin cuboïdo-calcanéen réduira le varus.

Chez l'adulte, les sacrifices osseux peuvent être plus considérables. On y procédera par tranches successives.

Deux points paraissent surtout fixés jusqu'ici : la nécessité du traitement précoce, l'application de méthodes chirurgicales aussi bénignes et peu mutilantes que possible.

Le rapporteur fait suivre ce très intéressant exposé de neuf observations de pieds bots traités par différentes méthodes avec production radiographique des résultats éloignés.

Discussion.

M. R. Ducroquet (Paris), s'appuyant sur l'expérience de son père et la sienne, prend la défense du redressement manuel forcé. Un pied bot, avant quinze ans, est toujours partiellement redressable à la main. Il montre la technique à suivre tant pour le redressement que pour l'appareillage post opératoire.

Il montre par des exemples que, même chez l'adulte, le redressement manuel peut donner des guérisons.

Pour les cas où l'on est obligé d'intervenir chirurgicalement, l'opération de choix est la double arthrodèse modelante qui est rarement indiquée avant treize ans.

Il termine en montrant les inconvénients de l'astragalectomie qui donne toujours une marche défectueuse.

M. C. Roederer (Paris). Les pieds bots traités jeunes par le modelage manuel sont les seuls qui guérissent. Ils ne guérissent pas tous, car il y a ceux qui ont eu un traitement négligé et certaines formes graves qui ne cèdent pas au redressement.

Pour les récidives de trois à cinq ans, il pratique le redressement forcé d'abord, puis l'évidement à ciel ouvert, en y joignant l'ablation de la cale prépéronière et les ténotomies nécessaires. Il insiste sur le traitement consécutif (chaussure-appareil de nuit).

Pour les récidives après cinq ans, il convient d'opérer et la tarsectomie cunéiforme lui semble la meilleure opération.

M. Papin (Bordeaux) a eu occasion de voir pratiquer et de pratiquer une modification de l'opération de Phelps par le docteur Salabéri (de Bilbao). Le principal obstacle au redressement forcé serait la peau du bord interne du pied.

La méthode consiste à sectionner les téguments de ce bord, pratiquer le redressement forcé, inciser l'aponévrose et les ligaments astragalo-scaphoïdiens, puis faire un deuxième redressement forcé, on obtient ainsi facilement un redressement complet avec un bâillement articulaire de 4 centimètres. On panse sans fermer, et on met en plâtre pour deux mois en faisant marcher l'enfant. A la sortie du plâtre, la plaie est fermée par une cicatrice linéaire et le pied présente un allongement de 3 centimètres de son bord interne. On remet en plâtre pour deux mois.

Après sept ans, la méthode du professeur Ombrédanne lui semble la technique la meilleure.

M. Contargyris (Athènes). L'opération de Phelps donne des résultats variables, souvent des récidives.

Il a utilisé le procédé de Nové-Josserand (section du ligament deltoïdien à ciel ouvert), avec deux succès et un échec. Le procédé d'Ombrédanne lui semble donner les meilleurs résultats éloignés.

M. Van Haelst (Gand) pratique le redressement forcé à tous les âges ; même incomplet, il permet de limiter les exérèses chirurgicales.

Jusqu'à cinq ou six ans, il pratique le redressement manuel suivi du maintien de l'hypercorrection dans des attelles. Les deux pieds sont maintenus en rotation externe par un ressort qui les solidarise. En jour, soulier à semelle droite.

Après cinq ou six ans, après redressement forcé, il pratique le verrouillage par arthrodèse calcanéo-cuboïdienne, et s'il persiste de la supination du calcanéum, l'arthrodèse sous-astragalienne.

Si cela ne suffit pas, il pratique la tarsectomie. Si le sacrifice osseux lui paraît devoir être trop grand, il utilise la méthode d'Albee.

M. Lucien Michel (Lyon) a recherché les résultats éloignés des malades opérés dans le service du docteur Nové-Josserand.

Sur 24 traités par redressement forcé il y a eu 11 échecs. Il y a donc plus de la moitié des cas guéris, et pour les autres on a au moins gagné du temps.

Parmi ceux qui ont eu la ténotomie d'Achille, on observe un certain nombre de talus.

Sur 29 enfants opérés par section du ligament latéral interne à ciel ouvert, il y a eu 11 succès et 18 échecs (adduction de l'avant-pied, léger varus).

L'évidement tarsien partiel joint à l'arthrodèse sous-extragalienne, opération pratiquée avant sept ans, a donné de très beaux résultats.

On observe un allongement compensateur du bord interne du pied; le scaphoïde, non évidé, se développe et forme cale empêchant la récidive.

La double résection avec arthrodèse d'Ombrédanne a été pratiquée 9 fois avec 1 échec chez un enfant de quatre ans. Certains ont été opérés à deux ans et demi. Chez l'enfant eune la sous-astragalienne se soude bien mais l'arthrodèse de la médio-tarsienne ne peut être obtenue. La limite inférieure de l'opération doit être portée à cinq ans et demi.

L'astragalectomie pratiquée dans 7 cas a donné 2 échecs.

On peut envisager 3 étapes thérapeutiques : de deux à quatre ans, redressement manuel; de quatre à cinq ans et demi, évidement osseux avec arthrodèse sous-astragalienne — au-dessus la double arthrodèse cunéiforme.

M. Billet (Lille) remarque comme le rapporteur qu'il existe fréquemment des récidives après un traitement correct. Il y a dans le pied bot un facteur d'origine centrale, probablement dans le système nerveux. Il ne comprend pas plus l'évidement à ciel ouvert que sous-cutané. C'est toujours

une opération aveugle car on ne sait pas ce que le développement osseux donnera avec ce qui reste. Il cite 2 cas vus longtemps après un évidement avec des résultats désastreux. Chez l'un opéré des 2 côtés de manière identique, il y avait d'un côté un pied plat et de l'autre un pied talus. Quand toutes les méthodes orthopédiques ont échoué et qu'il faut opérer il pratique la résection cunéiforme en conservant la partie articulaire de l'astragale et les parties molles plantaires. Les résultats sont excellents.

M. R. Massart (Paris) montre le résultat éloigné des diverses opérations.

La tarsectomie dorsale sur des sujets déjà traités souvent bilatéraux. Tous ont un bon appui,

L'astragalectomie. Le pied est court, mais la forme est bonne et l'appui bon.

Les malades ayant subi un évidement ont dû tous être réopérés.

La reposition de l'astragale par section ligamentaire telle qu'il l'a pratiquée chez le jeune, donne de bons résultats si on mobilise longtemps, sans quoi le pied est raide.

La résection partielle astragalienne avec arthrodèse sous-astragalienne donne d'excellents résultats.

M. Delchef (Bruxelles) prend la défense de la méthode de Lorenz : redressement modelant sur le coin de bois puis à l'ostéoclaste. Il insiste sur les différents temps de la technique : nécessité de manipulations très longues, quarante-cinq minutes à une heure, jusqu'à ce que le pied soit absolument flasque.

L'appareillage consécutif doit être très strict : plâtre très modelé dans lequel l'enfant doit marcher et qui peut être renouvelé 2 et 3 fois. On obtient jusqu'à dix ans et plus des redressements parfaits.

M. Gourdon (Bordeaux) constate qu'on est d'accord pour adopter le massage modelant pour les pieds souples et les interventions sanglantes pour les irréductibles. Dans le redressement forcé il emploie aussi l'ostéoclaste de Lorenz qui facilite le redressement. Parfois, 3, 4, 5 séances sont nécessaires avant le redressement complet. Il est nécessaire de faire marcher dans le plâtre.

Les récidives doivent être traitées dès le début.

Si on est obligé d'opérer il conseille la résection partielle de la tête de l'astragale et du scaphoïde après redressement.

M. Nové-Josserand (Lyon) adopte une formule simple. Jusqu'à deux ans le redressement manuel ; de deux à sept ans l'évidement partiel du tarse avec arthrodèse sous-astragalienne. Cette opération permet le redressement de tous les pieds bots à cet âge ; la récidive est empêchée, pour la supination du calcanéum par l'arthrodèse sous-astragalienne, pour le varus par le développement du scaphoïde non évidé. Après 7 ans, double arthrodèse cunéiforme.

M. Nicod (Lausanne). Le traitement doit être aussi précoce que possible et jusqu'à deux ans par le redressement manuel ; de deux à quatre ans, on y joint des sections ligamenteuses et aponévrotiques ; après quatre ans, l'astragalectomie qui est supérieure à la tarsectomie ; après dix ans on complète l'astragalectomie par l'ostéotomie de la pointe des malléoles.

En cas de tendance à la récidive on pratiquera la transplantation du jambier antérieur sur le troisième métatarsien.

M. Trèves, rapporteur, constate que la discussion montre que bien des méthodes diverses sont susceptibles de donner de bons résultats dans le pied bot. Chacun préfère la méthode dont il a l'habitude et qui entre des mains habiles réussit mieux que toute autre.

DEUXIÈME RAPPORT

Les ostéopathies hypertrophiantes.

Rapporteur : M. Ch. Lasserre (Bordeaux).

En absence de toute certitude pathogénique on est obligé de s'en tenir à une classification provisoire purement descriptive, basée sur l'aspect clinique et radiographique.

Le rapporteur ne retiendra pour son étude que la maladie de Paget, les ostéopathies hypertrophiantes cranio-faciales, l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre-Marie et la mélorhéostose de Léri.

Ostéopathie déformante progressive de Paget. — C'est une affection relativement assez rare, progressive, caractérisée par l'hypertrophie et la déformation de la plupart des pièces du squelette avec prédilection marquée pour les os longs et le crâne. On y trouve comme dans tous les processus dystrophiques des os les deux processus d'ostéite raréfiante et d'ostéite condensante dont les topographies différentes confèrent aux diverses maladies hypertrophiantes leur caractère propre.

Le rapporteur passe en revue les différentes publications parues depuis le mémoire initial de Paget (1876) auquel il a été peu ajouté comme description clinique.

Les différences statistiques montrent qu'il s'agit d'une affection de l'âge mûr, mais pouvant frapper aussi l'enfance, plus fréquente chez l'homme et parfois familiale et héréditaire. Chez les pagétiques avancés l'aspect est caractéristique ; le rapporteur le décrit et mieux, le montre par des photographies de malades.

Mais au début le malade vient le plus souvent pour la déformation d'un seul os : c'est le tibia le plus souvent qui par sa courbure anormale, son augmentation de volume, attire l'attention. Ici le rapporteur différencie avec soin le tibia de Paget du tibia en fourreau de sabre de la syphilis, du tibia de Lannelongue.

Un seul os, une partie même d'un os peut seule être atteinte par la lésion initiale. De nombreuses observations de ces formes localisées et restées localisées ont été publiées. Mais le rapporteur, sans nier leur existence, met en garde contre une illusion. Bien souvent la lésion est unique cliniquement mais si l'on fait successivement radiographier tout le squelette du malade, on découvre d'autres lésions absolument silencieuses. On ne peut donc affirmer une forme mono-ostéitique qu'après un examen radiographique complet du malade, examen souvent impossible.

En fait les lésions sont le plus souvent polyosseuses, avec, dans l'ensemble, une certaine systématisation et prédominance aux tibias, clavicules, os du crâne. Les déformations osseuses correspondent d'ailleurs déjà à un stade avancé.

Dans la plupart des cas il existe un stade douloureux prémonitoire, mis habituellement sur le compte d'un état rhumatismal. Ces douleurs sont parfois très violentes, névralgiformes. Ce stade peut durer dix, vingt, trente ans.

La maladie progresse avec une extrême lenteur et toujours par poussées, séparées par de longues rémissions.

La lésion s'accompagne de troubles vaso-moteurs importants : hyperthermie locale, augmentation de l'indice oscillométrique, dilatation des troncs veineux, hyperidrose locale, pigmentation.

On observe de manière constante une extrême faiblesse et lassitude. Le taux de calcémie est habituellement normal. La réaction de Wassermann est positive dans un quart à un tiers des cas. L'origine syphilitique de la maladie de Paget n'est pas démontrée.

On peut observer comme complication des fractures survenant de bonne heure, spontanément, parfois multiples, non douloureuses, se réduisant sous anesthésie, et consolidant

lentement avec un cal exubérant. Les fractures deviennent rares dans les cas avancés.

La dégénérescence sarcomateuse secondaire n'est pas exceptionnelle.

Etude anatomo-radiographique. — En s'appuyant sur une très riche iconographie radiographique reproduite dans son rapport, le rapporteur montre les caractères des lésions osseuses.

LÉSIONS CRANIENNES. — Dans son ensemble, ce qui domine c'est un développement énorme de la voûte. Les lésions passent par trois stades que l'auteur décrit en détail : stade vasculaire, stade de condensation osseuse progressive, stade de condensation complète et diffuse. La cavité cranienne n'est pas diminuée dans son volume. La base présente des rétrécissements des orifices, un affaissement des extrémités avec saillie du centre : la convexobasie de Léri.

Les os de la face sont moins altérés et plus tardivement. Les sinus sont souvent oblitérés.

LÉSIONS VERTÉBRALES. — La cyphose dorsale est de règle. On peut observer des aplatissements ostéomalaciques des corps vertébraux et des exostoses peuvent donner lieu à des compressions et même des paraplégies.

OS LONGS. — Ils passent par des stades successifs de raréfaction hypertrophiante puis de condensation diffuse. L'os est épaissi et manifestement allongé, si bien que son incurvation peut être envisagée comme un allongement entre 2 points fixes. On admet classiquement que les épiphyses sont indemnes et les articulations respectées, mais il y a de nombreuses exceptions.

Le rapporteur montre ensuite par régions : hanche, genou, épaule, coude, avant-bras, pieds et mains, les différentes variétés des déformations pagétiques.

Etude histologique. — Des séries de très belles coupes d'os pagétique prélevé par biopsie sont projetées en séance par le rapporteur. Il résume ainsi les lésions observées : « Le tissu osseux obéit ici comme toujours à un processus de destruction et d'édification, mais alors que dans l'os normal il y a dans les remaniements perpétuels une synergie et un équilibre parfaits, tout est dominé par une destruction et une prolifération anarchiques. Il n'y a pas d'ostéolyse mais bien résorption par ostéoclasie s'exerçant aussi bien sur l'os ancien que sur l'os nouvellement formé, et parallèlement régénération constante. La vie haversienne a cessé le plus souvent et l'os est en état de nécrose parcellaire aseptique, alors que les espaces conjonctifs paraissent richement vascularisés. Ce qui caractérise l'ostéopathie déformante progressive, c'est bien la pérennité de ces phénomènes qui aboutissent à la constitution d'un tissu ostéoïde mal calcifié. »

Le rapporteur signale ensuite les *troubles cardio-vasculaires* fréquents chez les pagétiques et les *lésions du système nerveux* trouvées parfois à l'autopsie (scléroses médullaires, syringomyélie).

Les *lésions du corps thyroïde* et surtout des *parathyroïdes*, parfois signalées, prennent une grande importance pathogénique.

Chimiquement les os pagétiques sont déminéralisés et contiennent beaucoup de matières grasses.

Evolution. — Après un stade douloureux prémonitoire, ou même sans troubles subjectifs, l'ostéopathie déformante progressive peut toucher d'abord un seul os. Au bout de quelques années, elle intéresse la plus grande partie du squelette qui est atteint de façon capricieuse avec des combinaisons de lésions variant à l'infini.

La maladie, évoluant par poussées, peut durer un temps considérable; c'est dire que le pronostic vital n'est pas généralement grave, en dehors des complications que nous avons déjà signalées. Il peut devenir sérieux du fait de troubles divers, en rapport avec l'artério-sclérose ou la syphilis, ou trouvant leur origine dans les phénomènes de compression s'exerçant sur le trajet des nerfs.

Ostéopathies hypertrophiantes cranio-faciales. — C'est la Léontiasis ossea dont 60 cas environ ont été publiés.

Le début est lent, insidieux. Chez un enfant, un adolescent, un maxillaire supérieur présente une hyperostose, l'autre côté peut ensuite se prendre. Des maxillaires l'infiltration se propage aux molaires, sphénoïdes, aux os du crâne. Mais le massif facial reste toujours le centre et la zone la plus atteinte de la difformité.

Ces hyperostoses entraînent des compressions, de la céphalée, des crises épileptiques, des paralysies, de l'obstruction des fosses nasales, chute des dents, troubles de la vue.

La maladie évolue en quinze à trente ans et est ordinairement fatale par suite de complications.

L'image radiographique est caractéristique : l'opacité en tache d'encre du massif facial est telle qu'on ne la voit nulle part ailleurs.

Le rapporteur distingue plusieurs formes :

1° La périostose extensive diffuse cranio-faciale;

2° La forme diffuse cranio-faciale de l'ostéite fibreuse;

3° Les formes circonscrites et localisées de l'ostéite fibreuse.

Il montre les caractères différentiels de chacune de ces variétés.

Périostose engainante acromélique décrite en 1890 par Pierre Marie sous le nom d'ostéo-arthropathie pneumique hypertrophiante. Il s'agit d'une hyperostose symétrique des quatres membres spécialement localisée aux phalanges et aux épiphyses terminales des os de l'avant-bras et de la jambe; parfois étendue à la racine des membres et aux os plats du tronc, s'accompagnant d'une cyphose dorsale inférieure et lombaire et d'une certaine participation des jointures.

Dès le début, l'origine pneumonique exclusive a été très discutée. C'est une affection de l'adulte et du sexe masculin.

Le syndrome se développe bien consécutivement à des toxi-infections subaiguës ou chroniques, mais pas exclusivement au cours d'affections pulmonaires.

Au début, les phénomènes douloureux articulaires ou péri-articulaires évoluant par poussées font songer à des crises rhumatismales, mais l'hypertrophie des mains, des pieds, du poignet, du cou-de-pied, établit le diagnostic.

La radiographie montre un manchon irrégulier de périostose autour des os atteints, en même temps qu'une raréfaction osseuse et des lésions articulaires discrètes.

L'affection, qui n'est pas bien grave par elle-même, dure de nombreuses années. Le pronostic est lié à l'affection causale.

Mélorhéostose d'André Léri. — Décrite pour la première fois en 1922 par A. Léri. cette ostéopathie consiste en une hyperostose très compacte occupant toute la longueur des os d'un membre, en coulée de bougie. Depuis, des observations analogues ont été rapportées en divers pays (Lewin et Mac Leod, Putti, Zimmer, Valentin, Perussia, Meisel, Sven, Junghagen, Froelich). En tout 11 observations. L'ensemble constitue une entité morbide bien caractérisée.

Il s'agit d'hyperostoses décelables sous forme de bosselures sur les os superficiels; frappant certains os sur toute leur longueur mais seulement sur une portion de leur contour. La radiographie montre bien la topographie de la lésion : partie de la racine du membre, la traînée opaque suit une direction sensiblement verticale le long de l'humérus ou du fémur, puis le long de l'un des os de l'avant-bras ou de la jambe, l'autre

étant indemne, et à la main et pieds le long de certains os jusqu'au bout des doigts et des orteils.

L'affection entraîne peu de douleur, mais des troubles articulaires dus aux déformations.

On n'a encore que des données négatives sur la pathogénie de cette affection. L'étude bactériologique d'une pièce enlevée a été négative.

Diagnostic. — Le rapporteur insiste sur la technique radiologique pour l'étude de ces maladies et la nécessité de clichés multiples, l'importance de la réaction de Bordet-Wassermann et des biopsies osseuses. Il passe en revue les différentes maladies à éliminer.

La maladie de Paget sera à distinguer de l'ostéite fibreuse ou fibrogéodique type Recklinghausen, de l'ostéite fibreuse dysparathyroïdienne, de l'ostéomalacie, de la spondylose rhizomélique, de la pléonostéose.

A propos des formes craniofaciales, le rapporteur insiste sur ce fait que les hémicranioses peuvent être difficilement envisagées comme relevant d'une pathogénie unique. Les progrès de la chirurgie du crâne ont montré qu'un groupe important de méningiomes, dont le diagnostic doit être porté avant l'apparition de symptômes cérébraux alarmants, révèlent leur existence par une augmentation progressive et localisée du crâne.

Il faut éliminer aussi les sarcomes, la syphilis osseuse, l'ostéite fibreuse localisée.

Pour les ostéites hypertrophiantes localisées des membres, après l'élimination de certaines ostéomyélites torpides d'emblée, le diagnostic se limite à la possibilité de syphilis osseuse d'une tumeur, ou des formes localisées d'ostéite fibreuse.

Les ostéopathies hypertrophiantes systématisées des membres sont à distinguer des ostéoses éburnantes, de la maladie marmoréenne des os.

Pathogénie. — L'origine syphilitique de la maladie de Paget a encore des partisans, d'autres la lient à un hyperparathyroïdisme, certains aux lésions vasculaires et l'artériosclérose.

La périostose extensive des os du crâne à point de départ nasal ou orbitaire, avec passage de la périostose d'un os à un autre, traduit bien les réactions habituelles de l'os vis-à-vis d'un microbe de virulence atténuée.

La périostose engainante acromélique semble bien sous la dépendance d'un agent infectieux ou toxique.

Quant à la mélorhéostose, on en est réduit aux conjonctures sur son origine. La plus vraisemblable semble être un trouble d'origine congénitale.

Traitement. — C'est la partie la plus décevante de l'étude de ces affections.

La mélorhéostose ne présente que des indications orthopédiques, rectification d'une attitude vicieuse, traitement opératoire d'une ankylose.

Dans la périostose engainante acromélique, le traitement de la maladie causale est seul à envisager.

Dans la léontiasis ossea, le traitement syphilitique, la radiothérapie n'ont rien donné, seules l'exérèse d'hyperostoses saillantes entraînant des complications oculaires, une trépanation décompressive, peuvent être indiquées. Des interventions partielles ont aussi donné des résultats dans la forme localisée de l'ostéite fibreuse des os de la face et du crâne.

La maladie de Paget soulève d'importants problèmes thérapeutiques. L'emploi systématique du traitement spécifique, en particulier des arsenicaux, a une action certaine et rapide sur les douleurs. L'état général s'améliore, l'appétit revient, mais les lésions osseuses ne régressent pas. L'état de lassitude persiste aussi. Ce n'est qu'une amélioration temporaire.

L'actinothérapie améliorerait les lésions osseuses. Mais il semble que ce soit le traitement par les injections de gluconate de chaux associées à l'ergostérine irradiée à haute dose qui ait donné les améliorations les plus marquées. Dans certains cas, les ostéotomies pourront intervenir pour redresser les déformations.

Dans les fractures, la guérison est obtenue par une immobilisation un peu plus longue que la normale. L'ostéosynthèse a été pratiquée avec succès.

Si la maladie de Paget était liée à l'hyper ou à la dysparathyroïdie, l'ablation de parathyroïdes semblerait indiquée. Elle ne semble justifiée que lors de la présence nette d'un adénome parathyroïdien comme dans le cas de P. Sainton et J.-D. Millot.

Résumant ensuite les principales données de son travail, le rapporteur conclut qu'il existe dans l'ensemble, trois catégories d'ostéopathies hypertrophiantes :

1º Les périostoses extensives ou engainantes où le rôle d'infection est probable ;

2º Les hyperostoses vraisemblablement congénitales (type mélorhéostose) ;

3º Les hyperostoses acquises (types maladie de Paget, ostéite fibreuse diffuse ou localisée), résultant d'un trouble de la nutrition de l'os.

Deux idées directrices dominent les questions de diagnostic et de traitement :

Le préjudice que causerait au malade la méconnaissance d'une lésion syphilitique ;

Les possibilités, il est vrai restreintes, de la chirurgie, dont le rôle peut être palliatif, ou parfois radial (formes localisées de l'ostéite fibreuse).

Discussion.

M. Albert Mouchet (Paris) remarque que la maladie de Paget est assez souvent héréditaire. Il cite un cas où le père d'un pagétique était considéré comme rhumatisant et était atteint de maladie de Paget. Il fait des réserves au sujet des formes localisées, des radiographies multiples montrent des foyers ignorés.

Il cite un cas qui a débuté par une fracture spontanée de la clavicule, suivie d'autres localisations.

Un autre cas a débuté par le coude, s'est terminé par une dégénérescence sarcomateuse de l'humérus.

Un troisième cas a débuté par une ostéite éburnante au niveau d'un genou.

M. Delchef (Bruxelles). Trois observations. L'une de Paget généralisé.

La deuxième de Paget localisé à un tibia, tout le squelette a été radiographié.

Enfin une troisième, de tibia resté mono-osseux pendant dix ans et où les douleurs vives du genou ont été très soulagées par une ostéotomie cunéiforme qui a rétabli l'axe du membre ; huit ans après, l'os est resté redressé.

M. Costès-Llado (Séville) rapporte une intéressante observation de maladie marmoréenne des os ou ostéite éburnante généralisée. Une série de radiographies montre les lésions étendues à tout le squelette. Le malade devenu aveugle, sourd, présentait une anémie intense avec grosse rate. Il n'y a que quarante autres cas publiés.

L'affection est héréditaire, congénitale, à caractère familial et à marche progressive.

M. Roederer (Paris) cite un premier cas de Paget mono-osseux. Un deuxième cas qui, au moment d'une poussée évolutive, fit une fracture spontanée de l'avant-bras. Trois ans avant, il y avait eu une fracture de l'autre humérus.

M. Patel (Lyon). A la suite d'un traumatisme de la hanche, on est amené à faire une radio d'un malade qui, avant, ne se plaignait de rien, on découvre un Paget et des épreuves de tout le squelette montrent des lésions disséminées.

Par contre, deux autres cas de tibias pagétiques ne présentent sur tout le squelette aucune lésion visible.

M. MAUCLAIRE (Paris) rapporte : 1° un cas de Mélorheostose limitée au radius ; 2° un cas d'ostéite hypertrophilante épiphysaire de la tête humérale avec luxation récidivante de l'épaule ; 3° un Paget localisé au tibia, tout le squelette a été radiographié.

M. GOURDON (Bordeaux) expose un cas d'ostéite kystique à type Recklinghausen, puis l'observation d'un homme qui, après une entérite, présenta des poussées articulaires, puis de la rachialgie et qui, revu cinq ans après, s'était tassé, son rachis complètement affaissé. A la radiographie, il présentait un aspect malacique avec un aplatissement des corps vertébraux et des disques en lentille. Enfin une troisième observation de léontiasis ossea.

Il montre que le caractère commun de ces affections est de se développer par poussée. Il croit à une origine commune, un trouble de la fixation du calcium sur l'os dont l'origine échappe encore.

M. BOTREAU-ROUSSEL montre par des pièces et radiographies l'identité d'aspect des lésions faciales et craniennes du pian avec la léontiasis ossea. Elles se traduisent au début surtout par de volumineuses tumeurs nasales appelées goundou sur la Côte d'Ivoire et dont il a relevé 130 cas.

Mais contrairement à la leontiasis ossea, les lésions osseuses du pian sont généralisées. Il montre sur un squelette atteint de cette affection que le cubitus, radius, fémur, tibia étaient frappés. Les lésions évoluent comme l'affection, et au début sont très sensibles à la médication arsenicale.

M. RICHARD (Berck) rapporte un cas de Paget suivi trois ans et considérablement amélioré par le traitement arsenical intensif. Elle ne pouvait marcher au début du traitement et actuellement fait cinq ou six kilomètres. Un deuxième cas s'est manifesté chez un ancien pottique avec paraplégie guérie par la fracture spontanée d'un fémur.

M. René LE FORT (Lille), dans un cas de léontiasis ossea chez une jeune fille, a prélevé un fragment osseux, il a cultivé du staphylocoque. Par plusieurs opérations successives, il a pu sculpter les maxillaires et rendre à sa physionomie un aspect esthétique. Chez un autre malade, il a observé de l'hypertrophie diffuse des arcs vertébraux postérieurs, avec paraplégie. L'ablation de ces arcs a été suivie de la guérison.

M. LASSERRE, rapporteur, concluant la discussion, insiste sur l'intérêt qu'il y a à étudier ces cas le plus au début possible et à pratiquer des biopsies et examens histologiques.

Communications particulières.

M. R. DUCROQUET (Paris) présente la **table orthopédique basculante** de C. et R. Ducroquet et montre par des projections ses divers emplois et avantages.

M. NOVÉ-JOSSERAND (Lyon) rapporte un cas de **pseudarthrose congénitale du tibia** traitée par la méthode de Hahn. A deux ans, greffe ostéo-périostique, résultat nul. A trois ans, greffe de Reichel, échec. A sept ans, greffe vivante avec une côte, échec. A onze ans, opération de Hahn en 2 temps à un mois de distance. La consolidation a été obtenue.

M. ROCHER (Bordeaux). **Pseudarthrose du tibia** chez une jeune fille. Greffes ostéo-périostiques. Excellent résultat esthétique.

M. DELCHEF (Bruxelles). Fracture du péroné au tiers inférieur, **fracture marginale postérieure du tibia** intéressant les trois quarts de l'épiphyse, chez un jeune homme de dix-huit ans, réduction sanglante, deux lames de Parham. Résultat excellent.

M. et Mme SORREL-DÉJERINE (Paris) rappellent les **ostéo-arthropathies hypertrophiantes graves chez les paraplégiques de guerre**, décrites par Mme Déjerine (1917-1921). Ces lésions surviennent chez 50 p. 100 des blessés de la moelle avec section incomplète. Ces lésions ne sont pas infectieuses, mais sous la dépendance de lésions nerveuses. Présentation de pièces.

M. TAVERNIER (Lyon) rapporte sa statistique d'**arthrodèses extra-articulaires de la hanche pour coxalgie en évolution.** Sur 6 cas, il y a eu un échec par fracture du greffon, et sur les opérations extra-articulaires 4 cas, 4 succès ; sur 2 cas d'opérations mixtes, 1 échec (suppuration et fistule). Il s'agissait de 4 enfauts et 2 adultes. La difficulté est d'obtenir une soudure complète. 2 cas seulement ont eu une ankylose du premier coup. Il est nécessaire de se tenir très éloigné du foyer.

M. SORREL (Paris) n'opère pas chez les enfants les coxalgies en évolution ; c'est une opération grave, et les greffes ne prennent pas.

Chez l'adulte, l'opération est moins sérieuse, il faut faire l'opération para-articulaire loin du foyer. Il a opéré 40 cas.

Dans les séquelles de la coxalgie, il faut faire l'arthrodèse mixte.

M. MATHIEU (Paris) ne fait pas l'arthrodèse chez l'enfant dans la coxalgie en évolution. Pour l'adulte, il a la même opinion que Sorrel.

M. CONTARGYRIS (Athènes) fait toujours l'arthrodèse extra-articulaire. Il apporte les résultats éloignés de 3 malades.

M. ROEDERER (Paris) montre les projections de 6 cas de **calcification du nucleus pulposus.** Il s'agit de sujets après quarante ans. C'est une simple calcification qui, cliniquement, ne donne pas de symptômes.

MM. CALVÉ et GALLAND (Berck) ont observé dans trente cas environ la **calcification du nucléus pulposus.** Il s'agit d'un dépôt de sels opaques aux rayons (calcaires ou urates) sur le nucleus, alors que le disque est sain. En aucun cas il n'y a d'ossification — c'est un phénomène assez rare — observé après quarante ans et siégeant presque exclusivement à la région dorsale.

Elle se traduit par des douleurs vertébrales. On note la coexistence de rhumatismes et de troubles généraux.

M. MAUCLAIRE (Paris) rapporte un cas semblable.

M. Marcel MEYER (Strasbourg) rapporte trois cas de **paralysies obstétricales du membre inférieur.** Le premier cas, enfant mort au vingt-huitième jour après un accouchement difficile. L'autopsie montre une hémorragie médullaire. Le deuxième cas, enfant mort au trentième jour, hématomyélie. Le troisième enfant présente une paralysie obstétricale qui rétrocède spontanément.

M. Louis MÉNARD (Berck) présente les observations de deux cas de **paraplégie chez des scoliotiques,** ayant cédé à un traitement purement mécanique de détorsion du rachis en cinq à six mois. La torsion de la colonne vertébrale semble bien le seul facteur de l'apparition des paralysies.

M. DELAHAYE (Berck) présente une série complète des radiographies d'un enfant atteint d'une ostéite syphilitique héréditaire du tibia guérie après un traitement spécifique poursuivi pendant quatre ans.

M. UGO CAMERA (Turin) expose la technique qu'il utilise pour traiter les pieds creux. Après une intervention pour

dérouler le pied il pratique une intervention de fixation et ensuite s'adresse aux lésions accessoires.

MM. les professeurs ROCHER et CRÉTIN (de Bordeaux) rapportent un cas de myosite ossifiante progressive chez un enfant de six ans. La lésion primitive est une artérite. Il se produit un hématome qui d'abord se calcifie en même temps que les fibres musculaires dégénèrent, puis ensuite s'ossifie.

M. NICOD (Lausanne) a observé chez un enfant de neuf mois une pseudarthrose congénitale du fémur gauche avec coxa vara congénitale à droite. A deux ans et demi il a pratiqué une ostéotomie cunéiforme suivie de consolidation.

M. FRŒLICH (Nancy) a vu deux cas semblables traités par des greffes osseuses.

Elections. — La Société procède à l'élection des membres titulaires suivants : MM. Charry (Toulouse), N. Brunat (Lyon), H. Oberthur, Clément Marot et Botreau-Roussel (Paris) ; et des membres correspondants étrangers : MM. Scholder (Lausanne), Cotès Llado (Séville), Mlle Hadji (Bruxelles), Soresi (New-York), Seure (Bruxelles).

M. LANCE.

— Les sujets mis à l'étude pour la réunion d'octobre 1932 sont :

Traitement chirurgical des scolioses. — Rapporteur : M. FÈVRE (Paris).

Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë non traumatique des membres. — Rapporteur : M. INGELRANS (Lille).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1931)

Théorie de la constitution des anticorps. — M. H. VINCENT rappelle ses expériences sur les *cryptotoxines* et, en particulier, l'affinité énergique que présentent réciproquement la toxine tétanique et l'orthosalicylate de sodium. La toxine, ainsi que le montrent ses recherches, forme avec l'ion salicylique un complexe difficilement réversible et présente, en outre, la propriété de retenir et de fixer sur elle un excédent très appréciable de celui-ci.

Le groupement moléculaire ainsi formé peut neutraliser, par cet excédent ainsi retenu, une certaine quantité de toxine nouvelle.

Uu certain nombre de propriétés communes rapprochent les cryptotoxines des antitoxines. Dans ces deux complexes, l'union de la toxine avec l'anticorps (chimique ou biologique) est très solide ; elle n'est pas immédiate, mais exige un certain temps d'adsorption. L'abaissement, dans l'une et dans l'autre, du pH à 4,7 dissocie la toxine. En outre, le mélange strictement neutralisé de toxine et d'antitoxine tétaniques peut amener le tétanos chez les animaux affaiblis par une toxi-infection antérieure d'une autre nature ; or, l'injection d'une cryptotoxine tétanique (salicylée), inoffensive pour les cobayes témoins, peut être suivie de tétanos chez les cobayes ayant reçu quelques jours auparavant de la toxine typhoïdique ou colibacillaire.

HÉMET-JEP-CARRÉ

La loi des proportions relatives s'applique aussi bien à la neutralisation de la toxine par un agent cryptotoxique que par une antitoxine. L'expérience d'Ehrlich est applicable aux deux corps, ainsi que je l'ai démontré récemment.

On admet aujourd'hui ainsi qu'il découle des travaux de Calmette, de Wassermann, d'Ostromuislenski, de Hertzfeld et Klinger, de Boissevain, de F. Vlès, etc., que la toxine entre dans la composition de son anticorps et qu'elle lui imprime sa spécificité, à la fois par elle-même et par les matériaux colloïdaux (spéciaux à chaque toxine) qui se fixent sur elle. En rapprochant les observations expérimentales qui s'appliquent à la fois aux antitoxines et aux cryptotoxines, on peut se demander si, dans le groupement moléculaire fondamental TA (toxine + anticorps), il ne s'adjoint pas, à ce noyau irréductible, des molécules d'anticorps en surnombre, A', A'', A'''... très avides de la même toxine, et demeurant en réserve dans le sang, comme le font, dans la cryptotoxine salicylée, les ions salicyliques en excédent.

Dans cette conception, chaque agrégat TA + A' + A'', + A'''... réalise un champ de forces et un véritable accumulateur d'énergie antitoxique, capable d'exercer sur les micelles toxiques nouvelles avec lesquelles il entre en contact, une attraction moléculaire élective, puis une centralisation active par ses éléments « anti » A,, A'', A'''... retenus en excédent et devenant disponibles.

Cette interprétation peut expliquer à la fois la spécificité et le phénomène de neutralisation des toxines *in vivo* et *in vitro*.

La lipase du sérum de cheval. Son activité au cours de multiples saignées. — Mme Z. GRUZEWSKA et M. G. ROUSSEL.

La structure cytologique du bacille tuberculeux type humain; cycle évolutif de « Mycobæterium tuberculosis (Lehmann et Neumann). — M. Ach. HOLLANDE et Mme G. HOLLANDE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1931)

M. le président annonce le décès de M. Albert Mayor (de Genève), correspondant étranger dans la 1re division (médecine) depuis 1909.

— M. le Président adresse à M. Guéniot, qui vient d'entrer dans sa centième année, les félicitations et les vœux de l'Académie.

La valeur antiseptique des peintures aux dérivés phénoliques chlorés ou non chlorés. — MM. PORTIER et KLING. En dehors de leur rôle dans la décoration, l'ornementation, les peintures présentent un rôle important en ce qui a trait à la conservation des substances sur lesquelles elles sont appliquées.

En pénétrant dans le bois notamment, les essences et les sels métalliques créent un milieu très défavorable au développement des microorganismes.

Récemment, Hilpert et Vamoscher (de Berlin) ont proposé d'incorporer à l'excipient des peintures des produits phénoliques chlorés dont l'action antiseptique est très nette et durable, ainsi que MM. Portier et Kling ont pu le démontrer par de nombreuses expériences de laboratoires.

On obtient par cette peinture des surfaces possédant une action microbicide persistante.

Cette action résiste à des lavages répétés et prolongés.

On conçoit que ces peintures pourront rendre de réels services dans les salles d'opérations, les salles de contagieux, les salles publiques, les écoles, etc.

Transmission du choléra des poules par voie aérienne. Influence de la composition de l'air. — M. TRILLAT. Continuant ses travaux sur l'influence des agents extérieurs sur la transmission des germes de maladie par l'intermédiaire de l'air, M. Trillat a étudié sur la poule et la souris le cas particulier de la *pasteurella avicida* (choléra des poules). Alors que la transmission s'effectue difficilement par l'air sec, l'humidité *nutritive* (c'est-à-dire renfermant des gaz aliments) la facilite extraordinairement. Dans une semblable ambiance préparée artificiellement et ensemencée par un jet de culture virulente, les animaux sont tous contaminés après moins de deux minutes d'inhalation de l'air infecté, avec des doses voisines des doses mortelles d'injection sous-cutanée.

M. Trillat, dans une autre série d'essais, a montré que des animaux infectés et placés dans un espace confiné provoquaient la contagion à distance en fournissant eux-mêmes le germe contagieux et l'ambiance favorisante. Ces résultats montrent que dans la pratique, le choléra des poules ne se transmet pas seulement par voie digestive, mais aussi par l'air : de là découle l'utilité de l'aération dans les épidémies de pasteurellose aviaire.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1931)

Traitement orthopédique par l'appareillage extrabuccal d'une fracture para-médiane du maxillaire inférieur chez une enfant de sept ans. — M. DUFOURMENTEL fait un rapport sur cette observation de M. Darcissac (de Paris). Un des fragments du maxillaire inférieur fracturé ne portait aucune dent susceptible de fournir un point d'appui solide. La réduction fut obtenue sans ostéosynthèse par une gouttière appliquée sur le fragment portant des dents et reliée par un tracteur élastique à un point d'appui extrabuccal fixé lui-même sur un casque plâtré. Résultat esthétique et fonctionnel parfait.

Fracture du bassin, luxation de la hanche et disjonction pubienne sans lésions urinaires. — M. BRESSOT (de Constantine) communique l'observation et les radiographies d'un blessé par chute de cheval qui présentait une disjonction de la symphyse pubienne avec écartement de 5 centimètres; une fracture de la branche ischio-pubienne droite ; une fracture de la branche horizontale du pubis droit ; une luxation iliaque de la tête fémorale droite. Après réduction de la luxation et immobilisation plâtrée, le blessé a guéri avec un bon résultat fonctionnel.

Deux cas de luxation récidivante de l'épaule. — M. PÉRARD (de Casablanca) communique les observations de deux malades auxquels il a fait une butée osseuse en plaçant dans la coracoïde fendue un greffon tibial. La luxation ne s'est plus reproduite.

Coxa-vara avec fracture vicieusement consolidée. Ostéotomie cunéiforme sur le cal. Résultat éloigné. — M. R. MASSART présente un adolescent qui, porteur d'une coxa-vara méconnue, se fractura spontanément le col du fémur. Cette fracture avait abouti à une consolidation vicieuse avec ankylose coxo-fémorale. Ce malade, adiposo-génital, fut soumis pendant trois mois à un régime amaigrissant. Une ostéotomie cunéiforme sur le cal fut alors pratiquée dans de bonnes conditions. Actuellement, trois ans après l'opération, le résultat se conserve bon : si les mouvements de la hanche sont limités, la marche est facile, l'appui n'est plus douloureux. La radiographie montre une très bonne reconstitution anatomique de l'extrémité supérieure du fémur. C'est là un résultat

que, d'après l'auteur, ne donnent ni la réinfraction, ni l'ostéotomie sous-trochantérienne.

Fibrome du muscle grand droit. — M. Muller (de Belfort) communique l'observation d'une malade de vingt et un ans à laquelle il a enlevé un fibrome plus gros que les deux poings situé à la partie inférieure du muscle grand droit du côté gauche et qui évoluait depuis deux ans. Guérison.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS INTESTINALES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE[1]

B. **Forme asthénique** la plus rare.

Dans quelles formes de fièvre typhoïde ? Formes bénignes. — Peut être la première manifestation d'une forme ambulatoire, peut apparaître pendant la convalescence.

Signes. — *Stade de perforation.*

Signes fonctionnels. — *Douleur* brusque, en coup de poignard, dans la fosse iliaque droite, nausées.

Signes généraux. — La température s'abaisse.

Examen. — *Contractures.* — Locale, puis se généralise ; le ventre ne respire pas.

Il faut intervenir d'*urgence*, sinon :

Signes de péritonite confirmée apparaissent rapidement.

Signes fonctionnels. — Vomissements, arrêt total des matières et des gaz.

Signes physiques. — Facies, météorisme.

Signes généraux. — Pouls filant, signes d'algidité périphérique.

Collapsus : mort en quarante-huit heures.

Formes cliniques. — *Forme associée à l'hémorragie.*

Forme enkystée exceptionnelle et discutable.

Nous rattachons à ces complications intestinales :

L'appendicite typhique, très rare d'ailleurs.

Sa symptomatologie se confond entièrement avec celle de la perforation.

Ce n'est qu'un diagnostic d'intervention ou d'autopsie.

DIAGNOSTIC

Schématiquement, deux cas :

La fièvre typhoïde est reconnue et il faut faire un diagnostic de complication sans allure clinique nette, mais la difficulté consiste à la rattacher à une typhoïde légère, parfois même ambulatoire.

Premier cas. — La typhoïde est reconnue. — Il faudra savoir interpréter une baisse subite de température. Eliminer :

a. *Facilement.* — Régression thermique thérapeutique, médicamenteuse, balnéaire, penser à la première oscillation d'un stade amphibole.

Stade amphibole. — On comparera la courbe de la température et celle du pouls, une chute thermique avec accélération du pouls doit faire songer à une complication.

b. *Plus difficilement. — La myocardite dans sa forme de collapsus cardiaque :* le facies agonique ; la chute brusque de la température ; un pouls 140-150 avec hypothermie extrême.

C'est tout le tableau d'une perforation et le diagnostic est d'autant plus difficile qu'il existe une *forme cardio-péritonéale* de cette myocardite où l'illusion est complète.

D'ailleurs, on sait la part que certains font jouer *à l'insuffisance surrénale aiguë* dans cette forme à collapsus cardiaque.

Mais avant tout, on pense à une :

c. *Complication intestinale.* — Hémorragie ou perforation ?

En faveur de l'hémorragie. — Signe d'anémie ; réascension brusque de la température.

En faveur de la perforation. — *Douleur* que peut d'ailleurs simuler la douleur aiguë par rupture du grand droit de l'abdomen, diagnostic d'exception.

Les signes locaux. — La défense musculaire localisée dans la fosse iliaque droite.

Mais, nous le répétons, il faudra examiner le malade d'heure en heure, et ne pas attendre les signes de certitude : selles sanglantes, d'une part ; signes de péritonite confirmée, d'autre part. D'ailleurs, ces signes de péritonite sont souvent très frustes, et l'on sait qu'il existe des péritonites par propagation.

Le diagnostic peut encore se compliquer du fait de l'association d'une hémorragie à la perforation.

Dans le cas particulier de la perforation intestinale, des diagnostics spéciaux peuvent être envisagés : *cholécystite aiguë* ; *appendicite typhique* compliquée ou non de perforation.

On voit donc toutes les difficultés du diagnostic des complications intestinales de la fièvre typhoïde.

Leurs divers symptômes, nullement pathognomoniques à l'état isolé, acquièrent, par leur groupement et leur évolution, une valeur considérable.

Deuxième cas. — La fièvre typhoïde méconnue. — Il s'agit d'une forme légère, parfois même ambulatoire.

Ici, les réactions du malade ne sont pas énormes.

Le diagnostic de perforation le plus souvent est porté, mais il est difficile :

1° De dire l'organe perforé.

Eliminer : perforation gastrique, appendiculaire, vésiculaire.

2° De rattacher la complication à une dothiénentérie.

Le diagnostic de perforation intestinale est le moins souvent un diagnostic d'intervention, et une fois établi l'on pensera immédiatement à la fièvre typhoïde.

L'on en recherchera les signes passés jusque-là inaperçus.

TRAITEMENT

Hémorragies intestinales. — Au moindre soupçon :

1. Repos complet, général, intestinal : suspendre l'alimentation, opium.

2. Médications hémostatiques : émétine et sérum de cheval, anthéma.

3. Lutter contre la tendance syncopale : huile camphrée, caféine.

4. Si grosse hémorragie : sérum physiologique ; transfusion : si la vie du malade est en danger.

Perforations. — Glace sur l'abdomen en attendant l'intervention qui sera aussi précoce et rapide que possible, et complétée par une transfusion.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 88, p. 1650, et n° 90, p. 1682.


Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme.
D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS
MÊME COMPOSITION
MÊMES INDICATIONS :
SIROP GIRARD
MÉDECINE INFANTILE
2 à 3 cuillérées à bouche selon l'âge.
GRANULÉ GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
2 à 4 cuillérées à café pour Enfants & Adultes
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia PARIS
VIN GIRARD
VIN GIRARD
A. GIRARD
48, Rue d'Alésia. PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

N° 93. — SAMEDI 21 NOVEMBRE 1931. 104e ANNEE. SAMEDI 21 NOVEMBRE 1931. — N° 93.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Artères et nerfs des voies spermatiques (avec 10 schémas et 2 radiographies), par MM. C. Huriez et L. Christiaens.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
CHRONIQUE
Une conférence du docteur Mathis sur les progrès réalisés en hygiène et en prophylaxie dans les pays tropicaux, par M. R. L.
NOTES DE PRATIQUE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Séance du 16 novembre. — MM. Houzeau, 28; Cabrol, 25; Fleury, 28; Béal, 26.

Classement des candidats du concours de stomatologiste des hôpitaux :

MM Houzeau, 123 points; Béal, Cabrol et Fleury, 118.

M. Houzeau, classé premier, est proposé à la nomination de M. le Directeur général.

MM. Béal, Cabrol et Fleury, *ex æquo*, seront soumis à une épreuve supplémentaire.

— Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 16 novembre. — Questions données : « Diagnostic positif et différentiel de l'épithélioma de la glande mammaire. — Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique (sans les complications). »

MM. Camelot, 20 1/2; Trombert, 13; Willot, 26; Bourdial, 21; Catonné, 20 1/2; Falk, 12; Le Picard, 16; Lauret, 21; Béquignon, 17 1/2; Gaignerot, 18.

Séance du 17 novembre. — Questions données : « Diagnostic de la tuberculose rénale chirurgicale. — Symptômes et diagnostic du myxœdème. »

MM. Tran-Quang-Dé, 19; Pescarolo, 23; Gillot, 18; Thorel, 15; Mlle Abadi, 22; MM. Chapireau, 18; Soulignac, 20; Aboulker-Kamoun, 20 1/2; Mlle Spire, 22; M. Arnal, 25.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Le concours de l'*internat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Malatray, Minet, Lherminé, Debeyre, Willems, Demaret, Lagrenée et Verhaeghe.

Internes provisoires : MM. Patoir, Marchandise, Vanneuville et Buyck.

— Le concours de l'*externat* s'est terminé par les nominations de MM. Sence, Spriet, Bastien, Détrez, Gérard, Lecat, Paumier, Roose, Crawford, Caron, Israël, Mlle Aufort, MM. Garet, Letourmy, Gosselin, Mlle Merlin, MM. Husson, Fréalle, Isabel, C. Pannequin, Vannière, Dentier, Belbenoit, Ducloux, Dauchy, Bianay, Degrave, Guillon, Gambey, Dumortier, Colpaert, Roidot.

— Saint-Germain-en-Laye. — Un concours est ouvert pour la nomination de cinq internes titulaires et de cinq internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale aura lieu le jeudi 17 décembre 1931, à 9 h. du matin, à l'hôpital.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. A. Rochaix a été présenté à l'unanimité pour la chaire d'hygiène laissée vacante par M. Paul Courmont, titulaire de la chaire de la tuberculose.

M. Joseph Chalier, agrégé, a été désigné en seconde ligne.

M. Mounier-Kuhn est nommé chef de clinique oto-rhino-laryngologique.

M. Philippe Barral est nommé chef de clinique médicale (professeur Paviot).

— Montpellier. — Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Docteur Guibal, chef de clinique chirurgicale (professeur Massabuau).

Docteur Lonjon, chef de clinique chirurgicale (professeur Vincent Riche).

Docteur Battle, chef de clinique obstétricale (professeur Paul Delmas).

Docteur Vidal, chef de clinique des maladies nerveuses et mentales (professeur Euzière).

Docteur Jacques Temple, chef de clinique ophtalmologique (professeur Henri Villard).

Docteur Pierre Rimbaud, chef de clinique médicale (professeur Vires).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — Le concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, qui devait s'ouvrir le lundi 28 décembre 1931 devant la Faculté de médecine de Nancy, est reporté au lundi 11 janvier 1932.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— GRENOBLE. — Le concours ouvert devant la Faculté de Lyon pour uue place de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'Ecole de Grenoble s'est terminé par la nomination du docteur Grandmaison.

MARINE MARCHANDE. — Récompenses pour faits de sauvetage accomplis dans les eaux maritimes (naufrage du *Saint-Philibert*) :

Médaille d'argent de 1re classe. — M. le docteur Edmond Bizard, médecin sanitaire maritime à Saint-Nazaire.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Thibaud et Filhol.

Mention honorable. — MM. les docteurs Briand et Lebreton.

INSTITUT PASTEUR D'ATHÈNES. — Le docteur Pierre Lépine a été nommé directeur de l'Institut Pasteur d'Athènes.

Le docteur Pierre Lépine, ancien interne des hôpitaux de Lyon, ancien professeur à la Faculté de Beyrouth, est le fils de M. Jean Lépine, doyen de la Faculté de Lyon et le petit-fils du professeur Raphaël Lépine.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PROPHYLAXIE DE LA CÉCITÉ. — L'assemblée générale de cette Association a eu lieu le samedi 14 novembre, à 14 heures, 2, avenue Vélasquez, Paris, sous la présidence du professeur de Lapersonne. Parmi les nombreuses personnalités qui assistaient à cette réunion, on remarquait MM. Lévesque, représentant le ministre de la Santé publique; Pigot, représentant la direction de la Santé publique; l'intendant militaire Bouscasse, représentant le général Pau; Mmes la comtesse de Galard et Barbier-Hugo, de la Croix-Rouge française; Mlle de Teincey, représentant Mme la duchesse de Vendôme; les docteurs Pantaleoni, représentant la Société des Nations; Park Lewis, vice-président de l'Association, représentant les Etats-Unis; le professeur van Duyse (Belgique), le docteur et Mme Cridland (Grande-Bretagne), le professeur de Grosz (Hongrie), le docteur van der Hoeve (Hollande), ainsi que des représentants des pays suivants : Argentine, Espagne, Italie, Hollande, Hongrie, Pologne, Suisse.

Le professeur de Lapersonne expose les travaux accomplis par l'Association au cours de l'année passée, en insistant surtout sur la formation de comités nationaux en Allemagne, Argentine, Belgique, Brésil, Espagne, Hongrie, Italie, Mexique et Portugal. Il rappelle que la composition de ces comités doit être aussi large que possible, le but de l'Association étant de s'adresser à l'opinion publique tout entière. Les professeurs van Duyse (Belgique), Cridland (Grande-Bretagne), Maggiore (Italie), Marquez (Espagne), prennent la parole au nom des comités nationaux récemment formés. Le docteur Humbert, secrétaire général de l'Association, annonce la constitution prochaine d'un secrétariat permanent, qui contribuera à élargir la sphère d'influence de l'Association.

Le docteur Coutela, secrétaire général du Comité français, présente un rapport sur « la législation actuelle et la prophylaxie dans les accidents oculaires du travail ». Il rappelle que les conséquences d'un accident de l'œil sont aggravées dans une proportion considérable du fait que la législation actuelle

(Voir la suite des « Informations », p. 1733.)

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE DU DOCTEUR MATHIS SUR LES PROGRÈS RÉALISÉS EN HYGIÈNE ET EN PROPHYLAXIE DANS LES PAYS TROPICAUX

« Dans un passé encore tout récent, partir pour les colonies était une aventure périlleuse, tant la santé de l'Européen y trouvait d'ennemis. Personne au contraire, à l'heure actuelle, n'éprouve plus d'inquiétude de cette sorte pour ceux que leur destin envoie vers de lointains pays; les mères y emmènent sans beaucoup d'arrière-pensées des enfants même en bas-âge et les agences de tourisme nous vantent à bon droit la splendeur des tropiques. Qu'y a-t-il de plus éloquent qu'une telle « invitation au voyage? »

C'est sur ce rapprochement que se terminait, à l'hôtel Chambon, la trop brève conférence du médecin général Constant Mathis, directeur de l'Institut Pasteur de Dakar, sur « les progrès réalisés en hygiène et en prophylaxie dans les pays tropicaux ».

Désireux de se limiter, le savant conférencier s'était gardé de remonter à l'état qui précédait dans ces régions l'arrivée des Blancs. Une génération lui suffit; 1890, date où paraît la magistrale Encyclopédie de médecine publique de Jules Rochard, offre avec 1931 un contraste suffisant — suffisant et saisissant. L'image impartialement évoquée par M. Mathis, des connaissances acquises à cette époque sur le paludisme et l'ambiance, sur la peste, le choléra et la fièvre jaune, nous plonge dans l'étonnement que si près encore de nous, on ait pu discuter ou même ignorer tant de choses qui, à nous gens heureux, semblent si naturelles. Quelle plus belle apologie, en un temps où l'on remet en question tant de notions primordiales, de l'œuvre de la civilisation blanche et quel motif de fierté pour nous Français, si brillamment représentés parmi les intelligences d'élite auxquelles tous ces progrès sont dus !

Il s'en faut que toute la tâche soit accomplie. Il est des stagnations et même des reculs temporaires; l'histoire de la fièvre jaune en témoigne curieusement. Nous pouvons néanmoins être sûrs d'être sur la bonne voie. Nous sommes mal placés pour juger l'œuvre de la génération présente; la modestie du conférencier l'a empêché d'entretenir son auditoire des résultats obtenus et des espoirs caressés; il fallait seulement les deviner dans l'aisance de l'exposé et dans sa chaleur. Mais l'œuvre de la génération éteinte fait bien augurer pour les générations auxquelles elle a fait place. R. L.

**

ne favorise pas suffisamment le traitement immédiat de l'ouvrier. D'accord avec M. Max Hermant, du Comité général des Assurances, le rapporteur propose diverses mesures, par exemple, une prime au traitement immédiat. L'assemblée adopte un vœu dans ce sens.

Le docteur Cridland (Grande-Bretagne) lit une communication sur « l'importance d'une recherche approfondie des causes de la cécité au point de vue de la prophylaxie » et propose, avant d'entreprendre une campagne de propagande, de connaître plus exactement les causes les plus fréquentes de cécité. Il recommande d'établir des statistiques uniformes des causes de la cécité dans les divers pays. *Sa proposition* est adoptée, après une intervention dirigée dans le même sens du docteur Marquez (Espagne).

Enfin, le docteur Park Lewis (Etats-Unis), vice-président de l'Association, donne une conférence avec projections sur « quelques formes rares de cataracte d'origine parasitaire observées chez les poissons ». Il montre combien ces constatations invitent à des recherches approfondies sur les origines de la cataracte humaine, et cela rentre bien dans le domaine de la prévention de la cécité.

Au cours de cette séance, l'assemblée générale a réélu à l'unanimité son comité exécutif et son bureau, qui est ainsi composé :

Président : professeur de Lapersonne (France); vice-président : docteur Park Lewis (Etats-Unis); secrétaire général : docteur F. Humbert (Suisse); trésorier général : M. R. Demachy; correspondant pour les Etats-Unis : L. H. Carris; secrétaire général adjoint : docteur A. Churchill.

VOYAGE D'ÉTUDES EN TUNISIE ET EN ALGÉRIE. — L'Association artistique littéraire et touristique des étudiants et anciens étudiants de Paris organise un voyage d'études de Noël qui fera visiter du 21 décembre au 9 janvier la Tunisie et l'Algérie.

L'itinéraire va de Marseille à Tunis, Sousse, Kairouan, El Djem, Sfax, Gabès, et retour à Tunis. Il prévoit ensuite la visite de Constantine, Batna, Timgad, Biskra et Alger.

Prix tous frais compris de Marseille à Marseille, en deuxième classe, sur le bateau et en chemin de fer :

Médecins et anciens étudiants, 3.400 fr.; étudiants, 2.950 fr.

S'inscrire avant le 5 décembre, en versant 1.000 fr., chez le docteur Henri Netter, 104, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), après 18 h. (compte chèques postaux, Paris, n° 895-22).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Ulmar Lefebvre, externe des hôpitaux de Lille, décédé à l'âge de 21 ans. Nous prions son père le docteur Lefebvre et son frère M. Léon Lefebvre, interne des hôpitaux de Lille, de recevoir l'expression de notre sympathie bien vive.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 25 novembre. — Jury : MM. Legueu, président; Guy-Laroche, Quénu, Vallery-Radot. — M. CANELA. Sur une forme anormale de la tuberculose rénale. Tuberculose rénale à marque de colibacillose.

Jeudi 26 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, Claude, Rathery. — M. ARLOING. La vaccination régionale par la porte d'entrée dans l'infection colibacillaire. — M. LAUPRÊTRE. Contribution à l'étude de l'aérophagie. — M. BOREL. Méconnaissances systématiques chez l'aliéné.

REVUE GÉNÉRALE

Laboratoire d'anatomie de M. le professeur CORDIER.

ARTÈRES ET NERFS DES VOIES SPERMATIQUES

PAR MM.

CLAUDE HURIEZ, et LOUIS CHRISTIAENS,

Prosecteur d'anatomie Aide d'anatomie

A la Faculté de médecine de Lille.

L'étude de la vascularisation et de l'innervation des canaux excréteurs masculins date de trop peu d'années pour être achevée dans tous ses détails. C'est pourquoi, à la suite de dissections récemment effectuées dans le Laboratoire, nous nous proposons de rassembler brièvement les connaissances actuelles sur ces deux points particuliers et de confronter nos constatations avec les données établies par Hovelacque et Sourdin en ce qui concerne les artères, par les travaux de Latarjet et Bonnet, Laux sur l'innervation, pour ne citer que les auteurs récents.

I

VASCULARISATION ARTÉRIELLE

Il est indispensable d'envisager séparément la vascularisation des voies spermatiques distales et proximales.

Cette division apparaît logique en effet pour peu que l'on songe à l'anatomie générale de ces conduits. Ceux-ci comprennent d'abord les tubes droits, le réseau testiculaire et les cônes efférents, premiers canaux annexés au testicule; puis, couché sur cette glande, l'épididyme qui leur fait suite, auquel succède le déférent. Ce canal, long de 45 centimètres, présente un premier trajet scrotal et un deuxième trajet inguinal qui l'amènent, en compagnie des artères et veines qui constituent le cordon, jusque dans la région iliaque. Là se fait la transition. Le déférent surcroise les vaisseaux iliaques externes et tandis qu'il gagne *le pelvis*, les vaisseaux génitaux l'abandonnent pour remonter dans la région lombaire. Longeant la vessie, il se met alors en rapport avec l'artère ombilicale, puis avec l'uretère, glisse derrière la vessie et aboutit dans la région génitale interne, entre les deux vésicules séminales. Ces petites masses piriformes qui s'écartent l'une de l'autre à angle obtus, se trouvent dans une loge homologue de la loge génitale du bassin de la femme et située comme elle entre vessie et rectum. Le plafond en est constitué par le péritoine que sous-tendent en avant et en arrière les feuillets de l'aponévrose de Denonvilliers. Enfin les bandes conjonctives où abondent les formations sympathiques forment les parois latérales. Aux vésicules séminales font suite les canaux éjaculateurs qui gagnent l'urètre postérieur.

Au point de vue embryologique il ne paraît pas moins justifié d'opposer, dans l'étude de leur vascularisation, les segments distal et proximal des voies spermatiques : l'irrigation de l'extrémité supérieure du canal de Wolff dépend de vaisseaux qui sont nés dans la région lombaire comme lui; l'extrémité pelvienne est au contraire tributaire de vaisseaux tout différents; l'ombilicale d'abord puis l'hypogastrique et ses branches.

*
* *

A. Artères des voies spermatiques intrapelviennes. — *Descriptions initiales.* — *a.* Jusqu'en 1900 l'étude des artères des voies spermatiques intrapelviennes est à peine ébauchée; les travaux de Henle, de Guilliot, de Waldeyer notent que ce segment est irrigué par des branches de l'hémorroïdale moyenne, de la vésicale inférieure et par la déférentielle. Ils attachent surtout de l'importance dans cette vascularisation à la *vésicale inférieure.* Sappey et Testut ne citent même pas la déférentielle.

b. Il semble bien que ce soit Max Fränckel, en 1901, qui envisage le premier spécialement la vascularisation des vésicules. Pour cet auteur, le rôle capital revient à l'*hémorroïdale moyenne* et il décrit trois pédicules :

1° Vaisseaux postérieurs et supérieurs : issus de l'hémorroïdale moyenne, donnant une branche externe pour la base de la vésicule et une branche interne qui se termine entre l'ampoule du déférent et la vésicule.

2° Vaisseaux postérieurs et inférieurs, tributaires eux aussi de l'hémorroïdale moyenne (qui fournit également à la prostate), suppléés parfois par une branche vésicale issue de l'obturatrice ou directement de l'hypogastrique. Fränckel note que, par suite de ses anastomoses avec l'hémorroïdale moyenne, l'hémorroïdale supérieure n'est pas étrangère à cette vascularisation.

3° Vaisseaux antérieurs, dérivant de la vésicale inférieure et de la déférentielle.

c. Tout autre est cependant la description de Farabeuf et Léon Cerf. Ces auteurs ont montré que la vésicule est uniquement vascularisée par *la génito-vésicale*, branche de l'hypogastrique qui nourrit à la fois uretère, prostate, col et fond de la vessie, vésicules séminales et déférent. La génito-vésicale à quadruple destination de Farabeuf se diviserait chez l'homme en une *prostato-vésicale* et une *vésiculo-déférentielle*, « chacun de ses rameaux principaux pouvant naître isolément soit de l'hypogastrique, soit de l'ombilicale, soit de l'hémorroïdale moyenne » (Gérard). Cette artère naît près du fond de l'excavation pelvienne. Elle vient, d'arrière en avant, sous les vésicules et la vessie jusqu'à la prostate. Sa division idéale se fait en une branche antérieure, prostato-vésicale, rapidement scindée en une prostatique et une vésicale inférieure, et une branche ascendante vésiculo-différentielle dirigée vers la vésicule et qui ne tarde pas non plus à se diviser en vésiculaire et l'artère déférentielle que nous aurons à étudier plus loin.

A lire ces auteurs, c'est donc tantôt la vésicale inférieure, tantôt l'hémorroïdale moyenne, tantôt la vésiculo-déférentielle qui assume le rôle principal.

Les descriptions de Farabeuf et de Fränckel accusent des divergences particulièrement marquées.

Descriptions récentes. — Hovelacque et Sourdin ont repris cette étude. Ils concluent de leurs dissections à l'existence constante d'une branche artérielle commune à la vésicule et au déférent, donc d'une *vésiculo-déférentielle*. Ils ajoutent que rien n'est plus variable que l'origine de cette artère : elle peut naître isolée de l'hypogastrique, ou naître d'un tronc commun avec la vésico-prostatique (génito-vésicale de Farabeuf) ou venir soit de l'obturatrice, soit de l'ombilicale.

Le grand mérite de leur travail est de fournir un certain nombre de types qu'il nous a été facile de retrouver au cours de nos dissections.

Disposition I. — Dans ce type (schéma 1), qui leur semble le plus fréquent, il existe une vésico-prostatique et une vésiculo-déférentielle naissant isolément de l'hypogastrique à peu de distance l'une de l'autre. La vésiculo-déférentielle se dirige dans l'espace compris entre vésicule et déférent en surcroisant l'uretère, abandonne de nombreux rameaux à la face antéro-interne de la vésicule et se termine déférentielle, avec une courte branche descendante sur la partie inférieure de l'ampoule du déférent et l'autre ascendante, véritable déférentielle qui suivra le cordon.

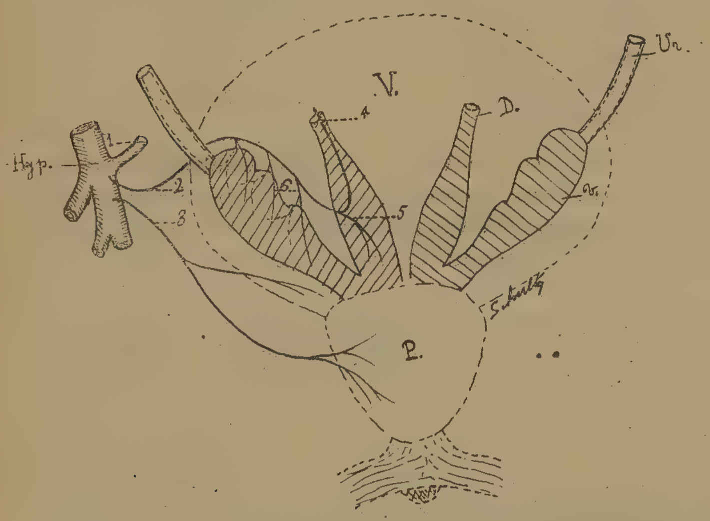


Schéma 1. — *Vue postérieure.* — V. Vessie. — P. Prostate. — Ur. Uretère. — D. Déférent. — V. Vésicule. — Hyp. Tronc de l'hypogastrique. — 1. Ombilicale. — 2. Vésiculo-déférentielle — 3. Vésico-prostatique. — 4. Branche déférentielle proprement dite. — 5. Rameau ampullaire. — 6. Rameaux vésiculaires.

Nous avons observé cette disposition légèrement modifiée sur deux de nos préparations.

a. Sur l'une (schéma 2) on constatait l'existence d'une vésiculo-déférentielle se détachant isolément de l'hypogastrique et se divisant au sommet de la vésicule séminale en une vésiculaire antérieure et interne, et une déférentielle se bifurquant rapidement en T pour donner une ampullaire et une déférentielle proprement dite, fournissant de fins rameaux à l'uretère et à la face latérale de la vessie.

Nous devons préciser que la vésicule recevait à sa face postéro-externe quelques ramuscules à l'hémorroïdale moyenne.

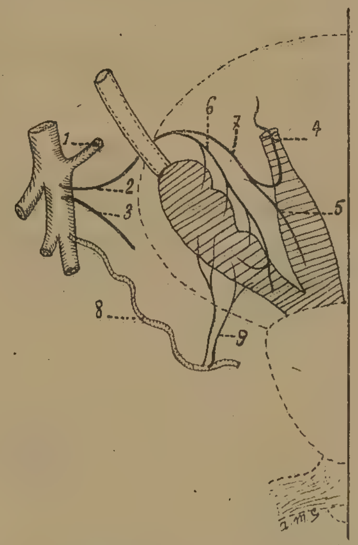


Schéma 2. — 1. Ombilicale. — 2. Vésiculo-déférentielle. — 3. Vésico-prostatique. — 4. Déférentielle proprement dite. — 5. Rameau ampullaire. — 6. Vésiculaire. — 7. Déférentielle. — 8. Hémorroïdale moyenne. — 9. Rameaux vésiculaires.

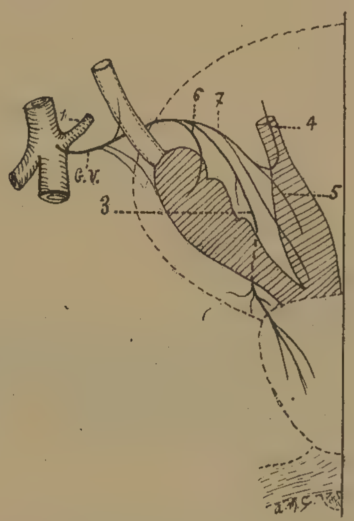


Schéma 3. — G. V. Génito-vésicale de Farabeuf. — 1. Ombilicale. — 3. Vésico-prostatique. — 6. Vésiculaire. — 7. Déférentielle avec 5 son rameau ampullaire et 4 la déférentielle proprement dite.

b. Sur l'autre (schéma 3) il existait une génito-vésicale qui après avoir abandonné des rameaux vésicaux latéraux s'épanouissait en une déférentielle, une vésiculaire, une ampullaire et une prostato-vésico-uretérique.

Disposition II (schéma 4). — Hovelacque et Sourdin notèrent moins fréquemment une artère vésiculaire propre issue de l'hypogastrique et qui se divise en une branche postérieure et une branche antérieure; une artère vésiculo-déférentielle, née de l'ombilicale se rend au fond de la vésicule et au canal déférent; la vésico-prostatique est tout à fait indépendante du système vasculaire des voies spermatiques.

Nous avons trouvé ce type artériel sans aucune variante sur une de nos pièces et sur un fœtus. Dans ce dernier cas, la naissance de la déférentielle

aux dépens de l'ombilicale est tout à fait normale, car à ce stade l'ombilicale joue un rôle primordial dans la vascularisation intrapelvienne.

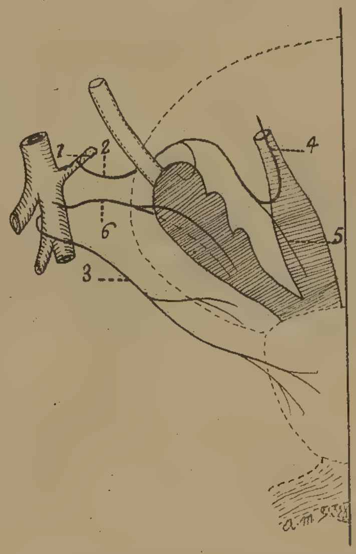


SCHÉMA 4. — *Disposition II de Hovelacque et Sourdin.* — 1. Ombilicale. — 2. Vésiculo-déférentielle. — 3. Vésico-prostatique. — 4. Déférentielle proprement dite. — 5. Ampullaire. — 6. Vésiculaire propre.

Parfois le schéma se complique et nous avons relevé une fois la disposition suivante (schéma 5) :

a. Une branche vient de l'hypogastrique, suit le canal déférent et se termine ampullaire et vésiculaire pour le sommet;

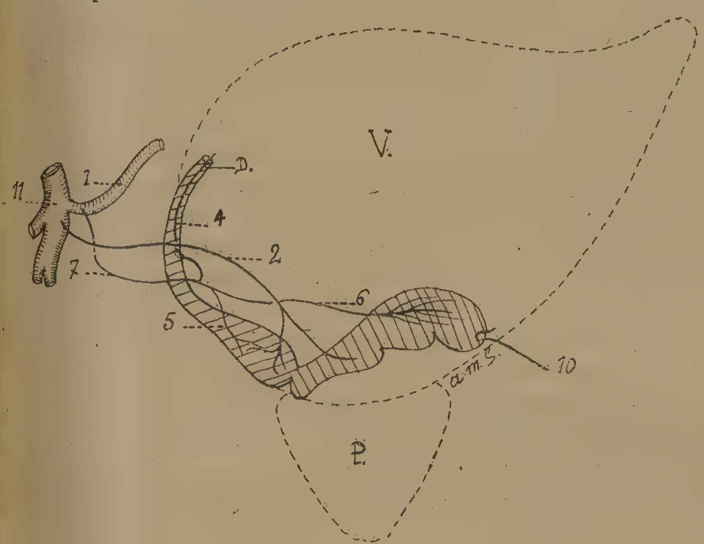


SCHÉMA 5. — *Profil.* — V. Vessie. — P. Prostate. — D. Déférent. — 1. Ombilicale. — 2. Vésiculaire propre. — 4. Déférentielle proprement dite. — 5. Ampullaire. — 6. Rameau vésiculaire. — 7. Vésiculo-déférentielle. — 10. Vésicule fortement érignée en avant. — 11. Artère hypogastrique.

b. Un autre vaisseau provient de l'ombilicale, sous-croise le précédent, donne une artère déférentielle qui se dirige vers le cordon, cependant que des deux branches inférieures, l'une va à la base de la vésicule, l'autre suit la partie terminale du déférent, vascularise le sommet de l'ampoule déférentielle où elle s'anastomose avec la première.

Disposition III. — Assez fréquemment on observe (schéma n° 6) :

a. Une vésiculo-déférentielle qui sert en outre l'uretère et la face postérieure de la vessie (artère vésiculo-urétéro-vésico-déférentielle);



SCHÉMA 6. — *Disposition III d'Hovelacque et Sourdin* (vue postérieure). — 1. Ombilicale. — 2. Vésiculo-urétéro-vésico-déférentielle. — 3. Vésico-prostatique. — 6. Artère vésiculaire propre. — 8. Hémorroïdale moyenne.

b. Une artère vésiculaire propre, de l'hémorroïdale moyenne pour la face externe de la vésicule;

c. Une artère vésico-prostatique, indépendante.

Disposition IV. — Cette disposition, fort rare pour Hovelacque et Sourdin, est caractérisée par l'existence de deux vaisseaux (schéma n° 7) :

a. Une vésico-déférentielle qui donne une vésicale postérieure et une vésiculo-déférentielle;



SCHÉMA 7. — *Disposition IV d'Hovelacque et Sourdin.* 1. Ombilicale. — 2. Vésico-vésiculo-déférentielle. — 3. Prostato-vésico-vésiculaire. — 4. Déférentielle proprement dite. — 5. Ampullaire. — 6. Vésiculaire propre. — 7. Déférentielle commune.

b. Une prostato-vésico-vésiculaire avec une branche pour la prostate et une grosse artère pour la face externe de la vésicule avec des ramuscules déférentiels complémentaires.

— Un fait mérite d'être signalé tout de suite, c'est l'indépendance presque complète de la vésico-prostatique avec les artères des vésicules et du déférent : l'irrigation prostato-vésicale est le plus souvent indépendante de celle des voies spermatiques.

En plus de ces schémas, un détail nous semble avoir de l'importance en raison de sa fréquence : l'hémorroïdale moyenne intervient presque toujours dans la vascularisation de ce segment pelvien des voies spermatiques. Hovelacque et Sourdin notaient bien que la vésiculo-déférentielle n'irrigue pas toujours en totalité ce segment, qu'elle peut même ne pas représenter l'artère vésiculaire la plus volumineuse; mais s'ils admettent des vésiculaires ou des déférentielles propres, elles dérivent du tronc *antérieur* de l'hypogastrique (tronc vésico-prostatique ou artère vésicale).

Sur toutes nos pièces cependant nous avons trouvé des artérioles fines venues de l'hémorroïdale moyenne qui atteignaient la face *postérieure* de la vésicule, non loin de sa base, en entraînant des tractus fibreux qui retiennent la loge rectale à la loge vésiculaire et qui rendent très malaisée la dénudation des ampoules déférentielles et des vésicules, interdisant la recherche de tout plan de clivage. Hovelacque considère que « ces grêles artérioles sont trop ténues pour avoir une importance chirurgicale ».

Parfois même la dissection nous a montré que non seulement l'hémorroïdale moyenne fournissait des rameaux vésiculaires, mais encore que la *déférentielle* naissait directement de cette hémorroïdale moyenne. Il y avait donc : une génito-vésicale donnant une vésico-prostatique et une vésiculo-déférentielle (mais seulement ampullaire déférentielle); et l'hémorroïdale moyenne donnait la déférentielle vraie et une vésiculaire propre (schéma n° 8 et radiographie A).

Mode de terminaison. — 1. Au niveau même de la vésicule, il est impossible de décrire le trajet des rameaux artériels; le tronc principal peut descendre soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure, toujours difficile à disséquer. Mais le plus souvent il s'insinue dans le sillon séparant vésicule et déférent.

2. Au niveau du déférent, la terminaison artérielle est toujours en T avec une branche périphérique qui se dédouble en anses péri-spermatiques et une branche proximale pour l'ampoule : il existe toujours une artère ampullaire du déférent, branche le plus souvent de la déférentielle, naissant parfois de la vésiculaire. Enfin, toujours nous avons vu une branche déférentielle importante s'insinuer dans l'épaisseur de la lame fibreuse unissant les loges vésiculaires, pour gagner le déférent opposé.

En conclusion. — La vascularisation des voies spermatiques intrapelviennes suit à peine dans la moitié des cas la description schématique de Farabeuf et Cerf. Il y a souvent indépendance d'origine des artères des vésicules et des canaux déférents. Il faut insister sur la fréquence de la pénétration des vaisseaux vésiculaires au pôle externe de l'organe, mais en dehors de ce pédicule principal on trouve très souvent des vaisseaux postérieurs venant de l'hémorroïdale moyenne.

Il est surtout impossible de donner une description plus précise, tant sont grandes les variations

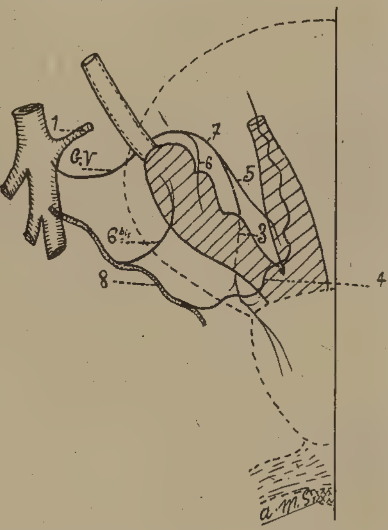


SCHÉMA 8. — *Artère déférentielle issue de l'hémorroïdale moyenne.* — 1. Ombilicale. — 3. Vésico-prostatique. — 4. Déférentielle. — 5. Rameau ampullaire. — 6 et 6 *bis*. Vésiculaires propres. — 8. Hémorroïdale moyenne.

individuelles et même les variations d'un côté à l'autre sur un même sujet. La radiographie ci-contre nous en fournit une preuve supplémentaire.

***

B. **Artères des voies spermatiques extrapelviennes.** — L'étude de la vascularisation des premiers canaux d'excrétion du sperme, — conduits initiaux, épididyme et déférent — est bien moins complexe. D'autre part, sa connaissance est d'acquisition relativement ancienne; de nombreux travaux se sont efforcés de la préciser en raison de son exceptionnelle importance chirurgicale. Aux noms de tous les anciens anatomistes il faut plus particulièrement ajouter ceux de Pasteau et de Sébileau; Arrou consacra à cette question sa thèse d'anatomie comparée. Dans ce laboratoire enfin M. Just Colle, dans sa thèse sur les artères du testicule, apporta des faits nouveaux et capitaux que les travaux ultérieurs considèrent comme définitifs.

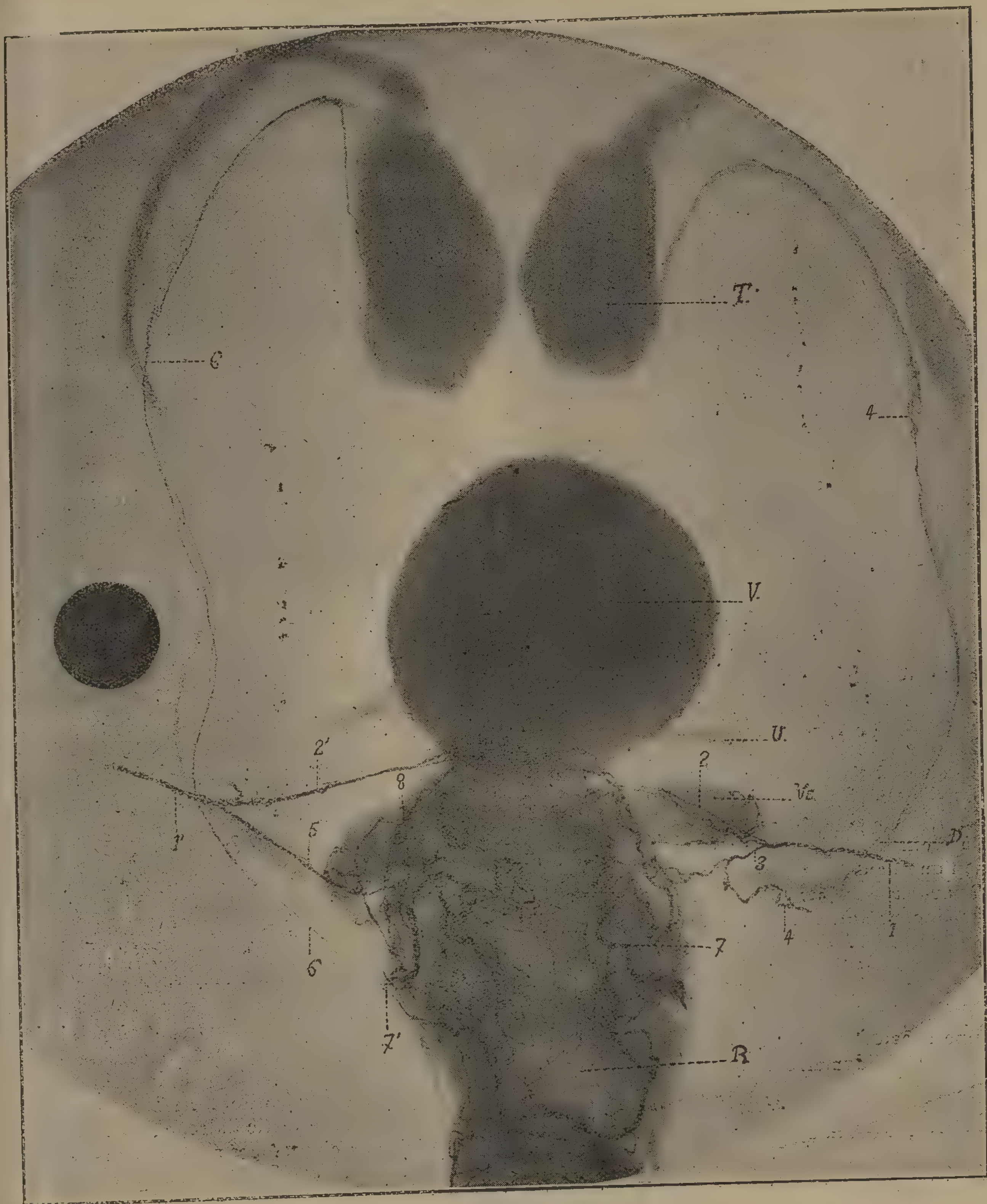
Trois vaisseaux vont concourir, avec une importance inégale, à vasculariser les voies spermatiques extra-pelviennes.

I. Détaché de la paroi lombaire, le testicule entraîne dans sa migration inguinale son vaisseau nourricier : *l'artère spermatique.*

II. Le canal déférent, au cours de cette même descente reçoit dans sa traversée du pelvis *l'artère déférentielle.*

III. Enfin, s'insinuant dans la paroi abdominale, le cordon accroche à ce niveau une artère pariétale : *la funiculaire*, branche de l'épigastrique, qui court à sa surface en prenant part à son irrigation.

C'est le mérite de M. Just Colle d'avoir montré que ces trois artères s'anastomosaient, au point de pouvoir se suppléer, sinon fonctionnellement, du



Radio A. — Après injection opaque artérielle de tout un bassin, on a prélevé en bloc la vessie (V), le rectum (R) et les voies spermatiques [testicule (T), déférent (D) et vésicules séminales (VE)]. — Le cliché A permet de suivre la vascularisation artérielle des conduits génitaux mâles. L'artère génito-vésicale (1) se divise à gauche en vésico-prostatique (2) et vésiculo-déférentielle (3). De cette dernière, en effet, se détache la déférentielle (4) que l'on distingue jusqu'au testicule. — A droite, la génito-vésicale (1') donne également une vésico-prostatique (2') et une vésiculo-ampullaire (5). La déférentielle proprement dite (6) dérive de l'hémorroïdale moyenne (7') qui fournit par ailleurs des rameaux vésiculaires (8). — U. Uretère.

moins suffisamment pour la nutrition des organes sous leur dépendance.

La disposition générale de ces artères est très brièvement la suivante :

I. Les spermatiques, artères génitales internes de l'homme, naissent de l'aorte abdominale à mi-distance entre les deux mésentériques, donc généralement au-dessous de l'émergence des rénales. Elles descendent dans la région lombaire, *rétropéritonéales* et surcroisent les uretères, puis gagnent la région de la fosse iliaque interne.

Elles se placent ensuite à la face antérieure du

canal déférent, avec un paquet veineux qui constitue le plexus pampiniforme, autour duquel s'enchevêtrent les filets nerveux et lymphatiques du plexus spermatique. Elles sont en rapport, en arrière du déférent, avec une autre artère, la déférentielle qu'entoure un paquet de veines postérieures. Entre les deux paquets persiste le ligament de Cloquet, vestige du canal péritonéo-vaginal. La tunique fibreuse commune fournit une gaine complète au cordon.

Terminaison. — La spermatique ne donne aucune collatérale notable avant de se diviser, le plus souvent au voisinage de l'organe, en rameaux épididymaires et artère testiculaire.

a. Le *rameau testiculaire* pénètre dans l'albuginée au bord postéro-supérieur de la glande génitale. De ses deux branches, l'interne se ramifie sur les deux tiers supérieurs de l'organe ; l'autre, externe, embrasse dans ses ramifications terminales le tiers antérieur de la glande. Elle se termine au pôle supérieur du testicule, gagnant la tête de l'épididyme et irriguant le tiers antérieur du canal épididymaire. Ce réseau péritesticulaire avait déjà été décrit par Kraus.

A cette description classique, M. Just Colle a ajouté celle d'un « gros rameau artériel qui émane de la testiculaire interne à une hauteur variable suivant les sujets. Ce rameau va se confondre *avec la déférentielle*, et les deux artères réunies forment une anse continue où elles s'abouchent à plein canal et se terminent directement l'une dans l'autre. »

b. Rameaux épididymaires. — L'un supérieur, inconstant, naît assez haut et se porte sur la tête de l'épididyme.

Le deuxième, *artère épididymaire postérieure*, longe le côté interne de l'épididyme qu'elle irrigue et se termine en formant elle aussi une anastomose minime avec la déférentielle, arcade sus-épididymaire signalée même dans les descriptions initiales.

II. **L'artère déférentielle.** — Nous ne reviendrons pas longuement sur l'origine de cette artère. Issue de l'ombilicale chez le fœtus et parfois même chez l'adulte, elle naît le plus souvent de la vésiculo-déférentielle, branche directe de l'hypogastrique ou de la génito-vésicale de Farabeuf. Les exceptions sont multiples : nous l'avons vue naître une fois de l'hémorroïdale moyenne ; elle peut naître isolément ou d'une vésicale, ou de l'hypogastrique, etc., etc.

Ayant rejoint le déférent dans son trajet pelvien, elle se divise en T, donnant une branche ampullaire descendante et une branche proprement déférentielle qui se place à la face postérieure de ce canal dans le cordon, au milieu d'un paquet veineux. Tout le long du déférent, elle abandonne à ce conduit un grand nombre de rameaux ; arrivée à la queue de l'épididyme, elle fournit deux terminales dont l'une s'anastomose avec l'épididymaire postérieure pour former l'arcade classique, tandis que la deuxième forme l'anastomose décrite par J. Colle avec le rameau issu de la testiculaire. C'est dans cette anse que vient se jeter à angle droit la terminaison de la funiculaire.

III. **L'artère funiculaire.** — Née de l'épigastrique, branche de l'iliaque externe, elle se place à la face postérieure du cordon au moment où celui-ci a surcroisé l'épigastrique et reste *en dehors de la fibreuse commune*. Elle se distribue à l'érythroïde et aux parties externes du cordon. Arrivée au pôle inférieur de la glande testiculaire, elle « s'enroule plusieurs fois sur elle-même, pénètre dans le ligament testiculo-scrotal et s'enfonce au travers des enveloppes propres du testicule. Elle passe tantôt dans l'angle formé par le canal déférent et la queue de l'épididyme, tantôt elle contourne la partie inférieure de ces organes, tantôt encore elle perfore même la queue de l'épididyme. Enfin la funiculaire, sans avoir presque rien perdu de son volume, se termine, comme nous l'avons vu, en s'abouchant perpendiculairement à plein canal dans l'anse terminale de la testiculaire et de la déférentielle, formant avec celle-ci ce que nous avons appelé : l'anastomose funiculo-spermatico-déférentielle ».



RADIO B. — L'injection, poussée par la spermatique, a reflué dans la déférentielle.

Le schéma n° 9 ci-contre (que nous devons ainsi que tous ceux de ce travail à l'amabilité de notre ami Schültz) résume cette disposition que nous avons observée dans toutes nos dissections. En outre,

la radio B ci-contre nous montre avec quelle facilité l'injection poussée par la spermatique reflue dans l'artère déférentielle.



SCHÉMA 9. — *Artères des voies spermatiques extra-pelviennes* (d'après Gérard, in Thèse de Colle). — D. Déférent. — F. Funiculaire. — Sp. Spermatique. — Def. Artère déférentielle. — 1. Rameau épididymaire. — 2. Rameau testiculaire. — 3. Arcade sus-épididymaire de l'artère épid. post. — 4. *Anastomose spermatico-funiculo-déférentielle.* — 5. Petite anastomose épididymo-déférentielle.

II

NERFS DES VOIES SPERMATIQUES

L'innervation des voies spermatiques appartient aux systèmes sympathique et parasympathique, et se trouve sous la dépendance des plexus hypogastriques. La mise en évidence de ces nerfs est toujours pleine de difficultés, et nous avons été obligés d'employer dans nos dissections des artifices de préparation et des procédés chimiques de conservation sur lesquels nous ne pouvons insister. (Cf. Travaux de Pearman, de Latarjet et Bonnet.)

Nous nous proposons d'apporter le compte rendu de ces dissections en le complétant d'un aperçu général des connaissances actuelles sur l'innervation des voies spermatiques.

Les données précises sont d'acquisition récente. Sans doute, Vésale avait entrevu l'existence du plexus hypogastrique qu'Eustachius décrivit le premier. Muller, Valentin, reprirent cette description. Mais c'est à Hirchfeld que revient le mérite d'avoir établi une bonne systématisation de ces filets nerveux. Puis Lee et Franckenhauser s'attachèrent à décrire les formations nerveuses situées sur les flancs des organes pelviens de la femme. Guinard et Dupont étudièrent l'innervation vésicale.

Par contre, les nerfs des voies spermatiques n'étaient qu'exceptionnellement décrits; Fränckel seul avait donné une étude détaillée des nerfs des vésicules séminales.

Durant ces vingt dernières années, au contraire, de multiples travaux ont traité du sympathique pelvien. Il nous faut retenir tout particulièrement ceux de Latarjet et Bonnet, d'Hovelacque, de Rochet, auxquels s'ajoute plus récemment la remarquable thèse de Laux.

* * *

L'olosympathique de l'homme se présente sous forme de deux chaînes. La plus anciennement connue est constituée par les filets de la *chaîne latéro-vertébrale*; beaucoup moins définitive est la description de la *chaîne prévertébrale* qui ne s'individualise nettement qu'au-dessous du diaphragme (le pneumogastrique serait, pour certains, un équivalent sus-diaphragmatique). Les plexus cœliaque, mésentérique et hypogastrique représentent les éléments principaux de ce système sympathique médian.

Du dernier de ces plexus partent les nerfs qui nous intéressent. Mais, pour faciliter la description, il nous faut très succinctement rappeler la disposition du plexus hypogastrique chez l'homme.

Lorsqu'au devant de la IVe lombaire, l'aorte se divise en iliaques primitives, la chaîne sympathique prévertébrale ne suit pas la même dissociation; au contraire, ses filets nerveux se groupent en un cordon qui plonge dans le pelvis, en épousant la saillie du promontoire : c'est là *le nerf présacré.* Après un parcours de 4 à 6 centimètres, ce cordon, d'ailleurs polymorphe et parfois plexiforme, se divise en deux branches qui s'écartent l'une de l'autre en Y renversé pour gagner les faces latérales du rectum; ces deux branches portent le nom de *nerfs hypogastriques.* Le plus souvent ces nerfs, très variables par ailleurs, présentent une longueur de 8 à 10 centimètres. Ils aboutissent à une formation nerveuse lamellaire, irrégulière, située presque sagittalement, dans le plan des lames sacro-recto-génito-pubiennes; cette formation n'est autre que le *ganglion hypogastrique.* En dehors, l'adhérence est intime entre ce ganglion et le paquet vasculaire génito-vésical que nous venons d'étudier, et il répond immédiatement à la paroi pelvienne. Ce paquet vasculo-nerveux est rendu cohérent par des tractus conjonctifs assez denses, *où il semble difficile de retrouver des formations individualisées en lames sacro-génitales, mais plutôt un feutrage destiné à soutenir les vaisseaux et nerfs qui arrivent dans le pelvis.*

Les rapports se font en dedans avec le rectum au-devant duquel se trouve la loge génitale; à ce niveau l'épanouissement du ganglion hypogastrique en un éventail de rameaux efférents forme un grillage à travers lequel on voit la vésicule, le croisement de l'uretère et du déférent, enfin, tout en avant, la vessie et la prostate.

Anastomosé avec la chaîne du sympathique, d'une part et d'autre part, avec les branches du plexus sacré, le ganglion hypogastrique présente un grand

nombre de rameaux efférents. Leur ensemble forme un lacis nerveux qu'il faut dilacérer pour aborder la vésicule par la face externe, et dont la dissection est rendue pénible par l'atmosphère graisseuse et les condensations conjonctives des aponévroses de Denonvilliers.

1. De la partie postéro-inférieure du plexus part une première série de rameaux destinés au rectum; Latarjet en distingue trois groupes (supérieur, moyen, inférieur) suivant la hauteur de leur terminaison viscérale.

2. Par son bord antérieur, au contraire, le ganglion hypogastrique émet des branches disposées selon *deux plans distincts.* Un plan externe comprend les nerfs latéro-vésicaux et prostatiques, en rapport intime avec la face externe de ces organes. Un plan interne est spécialement destiné à l'innervation des voies spermatiques.

A. **Plan externe.** — En disséquant par la voie externe nous n'évitions pas l'écueil des éléments artériels et veineux du pédicule génito-vésical au-dessus duquel se trouve l'artère ombilicale. Nous avons pu découvrir cependant, à travers ce rideau vasculaire, et disséquer le ganglion. Nous avons mis en évidence, en outre des anastomoses qui l'amarrent au plexus sacré, la majeure part de ses branches efférentes (schéma n° 10).

a. Une première branche, la plus élevée, naît de l'angle antéro-supérieur du ganglion, se dirige en haut et en avant, croise la face externe de l'uretère et gagne la vessie. C'est là sans doute le rameau que Latarjet désigne sous le nom de *nerf urétéro-vésical externe.*

b. Trois branches sous-jacentes, qui se divisent, avant leur terminaison, en plusieurs rameaux, atteignent la face latérale de la vessie, en dessous de l'abouchement de l'uretère. Mais surtout ces branches forment un véritable grillage nerveux à la face externe du sommet de la vésicule séminale qui ne peut être vue qu'en les écartant.

c. Les cinquième et sixième branches antérieures partent de la partie antéro-inférieure du plexus, croisent la face externe du rectum et vont se jeter sur la face latérale de la prostate : *nerfs prostatiques latéraux.* Un rameau, particulièrement net à ce niveau, continue son trajet descendant, dépasse la prostate et plonge dans le périnée; il s'agit indiscutablement du *nerf urétral.*

B. **Plan interne.** — A proprement parler *spermatique.*

a. *Nerfs du canal déférent.* — Nous avons trouvé un filet nerveux passant en avant de l'uretère, accrochant le canal déférent. Il nous a été possible de le suivre très loin vers la périphérie, au niveau du cordon; c'est un rameau, constant chez l'adulte, qui forme paquet vasculo-nerveux avec le déférent et son artère.

Laux décrit dans sa thèse une innervation beaucoup plus complexe de ce canal spermatique.

1. Un nerf latéral externe, provenant des nerfs vésicaux;

2. Un nerf latéral interne venant de la face interne du ganglion hypogastrique : ces deux filets accompagneraient le déférent de sa partie rétro-vésicale jusqu'au testicule;

3. Un nerf satellite de l'artère déférentielle qui

naîtrait de la face interne et du bord antérieur du plexus, indépendant de l'artère au début.

Hovelacque fait remarquer que ces nerfs se terminent au niveau de la queue de l'épididyme, qu'ils abordent toujours par la face interne et qu'ils contractent à ce niveau des rapports avec le plexus spermatique, sans qu'il y ait d'anastomose démontrée.

Pour lui, un seul fait est indiscutable : « le plexus spermatique occupe la partie antérieure du testicule et de l'épididyme; le plexus déférentiel se termine à la queue de l'épididyme. »

b. *Nerfs de la vésicule séminale.* — L'innervation de la vésicule séminale dépend des filets du plexus hypogastrique, issus, soit directement de la face interne du plexus, soit indirectement par un plexus secondaire péri-uretéral.

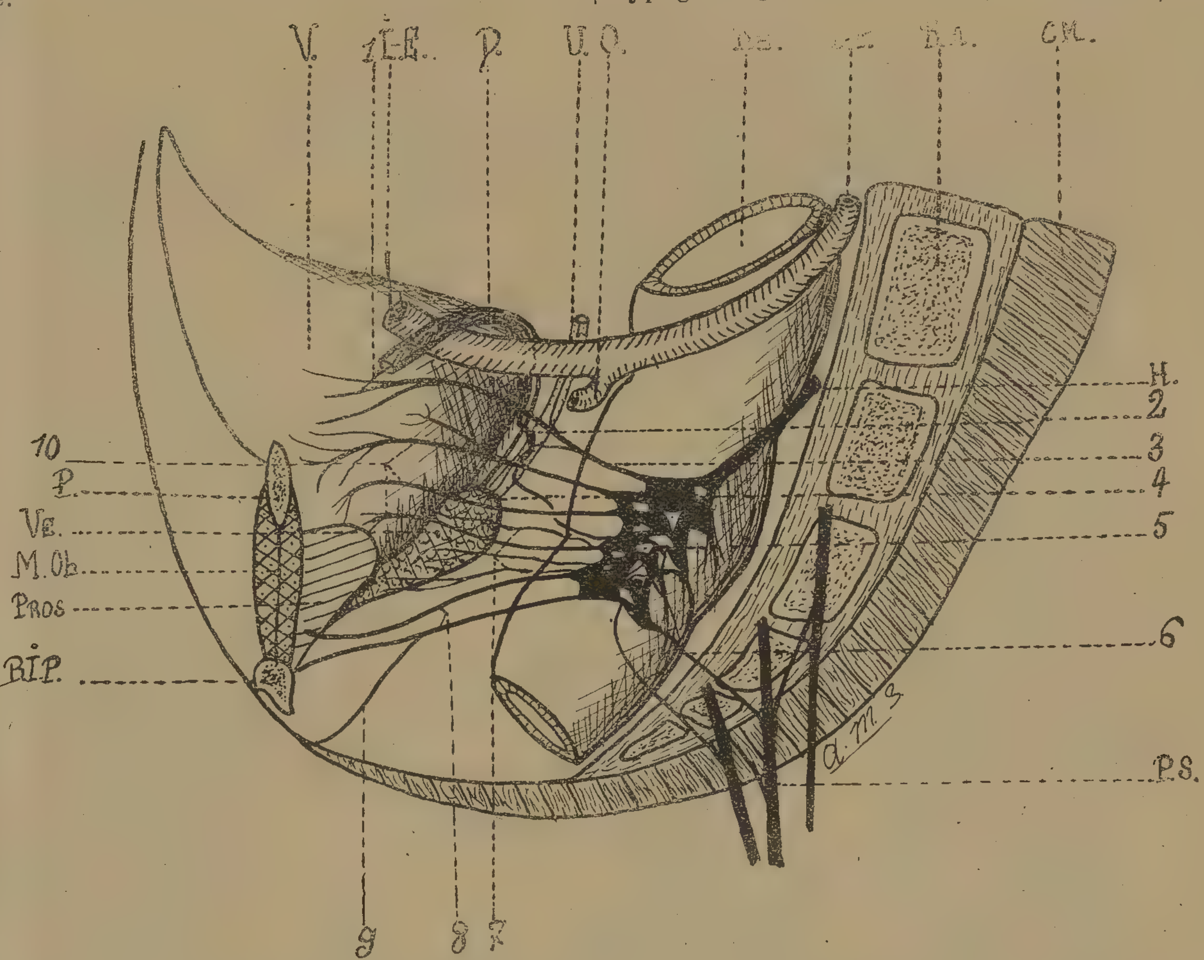


Schéma 10. — *Plexus hypogastrique* (schéma d'une préparation de fœtus dont on a réséqué la paroi pelvienne latérale gauche). — V. Vessie. — 1.IE. Iliaque externe (réclinée vers le haut). — D. Canal déférent. — U. Uretère. — O. Artère ombilicale. — Re. Rectum. — I. P. Artère iliaque primitive. — Ra. Rachis. — Cm. Couverture musculaire. — BIP. Branche ischio-pubienne. — Pros. Prostate. — Mob. Muscles obturateurs. — Ve. Vésicule séminale gauche. — P. Pubis. — PS. Plexus sacré (attiré en dehors). — H. Nerf hypogastrique. — 1. Nerf du déférent. — 2. Le même à l'origine. — 3. Nerf uretéro-vésical externe. — 4. Rameaux séminaux du plexus uretéral. — 5. Ganglion hypogastrique. — 6. Ses anastomoses avec le plexus sacré. — 7. Rameaux séminaux directs. — 8. Les deux nerfs prostatiques latéraux. — 9. Nerf urétral. — 10. Trois nerfs vésicaux latéraux.

Les plus importants sont les premiers; en effet on peut voir se détacher de la face interne du ganglion hypogastrique une série de branches parallèles, anastomosées en arcades et extrêmement difficiles à dissocier les unes des autres, qui gagnent la vésicule. L'ensemble de ces filets réalise un véritable *plexus séminal.*

Celui-ci se dispose au niveau de la base de la vésicule, en raison des rapports étroits de la face interne du plexus hypogastrique avec le bord externe vésiculaire, que nous avons maintes fois signalés. Hovelacque a décrit un rameau qui arrive à l'extrémité libre de la vésicule et descend sur sa face postérieure en la couvrant d'un réseau anastomotique assez dense.

Enfin la plupart des nerfs vésicaux donnent également quelques filets très grêles pour la face antérieure de la vésicule séminale.

Ce qu'il importe surtout de remarquer c'est que la vascularisation est essentiellement développée, comme nous l'avons vu, au niveau du bord déférentiel, tandis que les nerfs longent principalement la face antérieure et le bord externe.

D'autre part, pour Hovelacque, Muller, Dahl et Laux il y aurait continuité entre le plexus séminal et le plexus déférentiel. Pour Laux : « vésicules et déférents sont à l'intérieur d'une même gaine conjonctivo-vasculo-nerveuse à l'intérieur de laquelle il doit y avoir de nombreuses anastomoses que l'anatomie macroscopique est peut-être incapable de déceler. »

Conclusions. — De cette étude, il se dégage essentiellement des différences très marquées dans les caractères généraux de vascularisation artérielle et d'innervation des segments extra et intrapelviens des voies spermatiques.

On a vu que les artères des zones funiculaire et scrotale des canaux génitaux mâles suivent une disposition réglée, qui facilite grandement la chirurgie du testicule. Au contraire, artères et nerfs des vésicules séminales et des parties terminales des canaux déférents sont sujets à des variations d'origine et de trajet très fréquentes.

Cependant l'étude de ces derniers, pour aride qu'elle fût, pouvait seule permettre de comprendre de façon plus exacte la texture réelle de ces lames latéro-pelviennes qui apparaissent bien plutôt comme des formations vasculaires et surtout nerveuses que sous forme de véritables ligaments.

BIBLIOGRAPHIE

En outre des Traités classiques d'anatomie et du Manuel de Gérard :

ARROU. Anatomie comparée de la circulation artérielle du testicule, *Th. de Paris*, 1893.

BIMAR. Recherchés sur la distribution des vaisseaux spermatiques chez les mammifères et chez l'homme, *Journ. de l'anatomie*, 1888.

CERF (Léon). Les vaisseaux sanguins du périnée et des viscères pelviens, *Th. de Paris*, 1895-1896.

COLLE (J.). Les artères du testicule. Démonstration d'une anastomose spermatico-funiculo-déférentielle Son rôle après la section totale du cordon, *Th. de Lille*, 1902, n° 75.

COTTE. Sympathique hypogastrique, *Presse méd.*, 1925, p. 33 et 98.

CUTORET. Artère déférentielle, *C. R. de l'Assoc. des anatomistes*, 1925, p. 162.

DELMAS et LAUX. Constitution, forme, rapports et branches terminales du nerf présacré, *C. R. de l'Assoc. des anatomistes*, 1927.

DESCOMPS. Les artères génito-vésicales. Leurs rapports analogues chez l'homme et la femme avec l'uretère pelvien, *Bull. de la Soc. des anatomistes*, mai 1910.

FARABEUF et L. CERF. *Les Vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires*, p. 126.

FRANCKEL. Vascularisation des vésicules séminales, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1901, Bd CV, p. 88-123.

GENTES. Nerfs de la prostate, Réunion biol. de Bordeaux, 8 nov. 1904; *C. R. de la Soc. de biol*, 1904, t. II, p. 396.

HOVELACQUE et SOURDIN. Les artères des vésicules séminales, *Soc. anat. de Paris*, 6 nov. 1930; voir *Arch. d'anat. pathol.*

HOVELACQUE. *Anatomie des nerfs craniens et du système sympathique*, t. II, p. 777 à 783.

LANGLEY et ANDERSON. The innervation of the pelvic and adjoining viscera, *Journ. of physiol.*, 1895.

LATARJET et BONNET. Le plexus hypogastrique chez l'homme, *Lyon chir.*, 1913, t. IX, p. 619-644.

LAUX. Etude anatomique du sympathique pelvien, *Th. de Montpellier*, 1927, n° 59, p. 120-136.

MULLER. *Das Vegetative Nervensystem*, Berlin 1920.

MULLER et DAHL. Die Inner. der männlichen Geschl., *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1912, Bd CVII, p. 113-155.

ROUSSEL (Jean). Contribution à l'étude du sympathique pelvien, *Th. de Paris*, 1926.

TANASESCO. Artères du sympathique pelvien, *Bull, et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1931)

Sur une théorie de la constitution des anticorps — M. H. VINCENT.

Quelles sont les couleurs dont la confusion est commune à tous les Daltoniens? — M. POLACK montre que lorsqu'on examine les Daltoniens par la méthode de Seebeck, dite méthode des couleurs de confusion (examen de papiers ou de laines colorés groupant leurs nuances d'après leur ton), on constate que contrairement à l'opinion commune ils séparent très souvent le rouge et le vert, mais confondent toujours le bleu, le violet, le pourpre et le bleu verdâtre.

Sur l'action vaso-dilatatrice indirecte des alcaloïdes de l'ergot. — M. RAYMOND-HAMET.

Influence de la pseudococaïne droite sur l'action hypertensive de l'adrénaline. — M. Fernand MERCIER.

NOTES DE PRATIQUE

PARASITISME ET APPENDICITE

Dans sa retentissante communication (*Acad. de méd.*, mai 1901), Metchnikoff, un des premiers, mit en lumière le rôle des « vers » dans l'appendicite. Depuis, de nombreuses observations publiées ont confirmé l'importance des parasites dans l'étiologie de cette affection. Il est actuellement bien prouvé que les oxyures, trichocéphales, ascaris même, sont les causes les plus fréquentes de cette maladie, et que la lutte systématique contre eux réduirait sensiblement le nombre des cas observés. Des appendicites vraies ont été en effet complètement guéries par un simple traitement anthelminthique. Cependant, beaucoup de praticiens se montraient jusqu'alors réfractaires à la prescription d'un vermifuge, l'administration de la purgation — toujours nécessaire avec les anciens anthelminthiques — étant souvent contre-indiquée dans ces états infectieux.

Les récents travaux du docteur J. Chevalier (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1927; *C. R. de l'Acad. de méd.*, 1928), en dotant la thérapeutique d'un nouveau vermicide : les pyréthrines, ont mis à la disposition du médecin un produit d'une efficacité remarquable dont l'emploi ne nécessite pas de purgation consécutive. Ces corps agissent en paralysant et tuant rapidement les vers qui sont expulsés normalement par les selles, parfois digérés en tout ou partie, parce que morts. Ne pas craindre donc dans les cas de coliques appendiculaires de prescrire avant toute autre chose une cure de Chrysémine, pyréthrine hémisynthétique, toujours inoffensive et susceptible, dans bien des cas, d'apporter une amélioration rapide et souvent une guérison.

Manuel de pathologie rénale, par P. RIBIERRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Edition établie par Ed. PICHON. In 8 de 710 pages avec 14 figures dans le texte. — Prix : 90 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HÉPATIQUES ASTHÉNIE ETC
DRAGÉES DE CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NÉOPLASMES
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE_PARIS (3e)

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Dermatologie et syphiligraphie, par MM. P. GASTINEL et R. PULVENIS.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
Société de pédiatrie.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1930-1931.
CHRONIQUE
La leçon inaugurale du professeur Noël Fiessinger, par M. F. L. S.
NOTES POUR L'INTERNAT
Rétention placentaire dans l'avortement. Symptômes, diagnostic et traitement.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Cornut, Lecuire, Balleydier, Latarjet, Prist (Henri), Bouyon, Cros, Mathevon, Boiron, Ménéault, Meiffret, Magnin, Mlle Hubert, MM. Lernonon, Yao Bit Chin, Charlat, Mlle de Coloujon, MM. Delvaux, Lugand, Depouilly, Bourret, Démard, Peyran, Flattot, Préault, Mlle Bonnet, MM. Delaye, Grange, Cavailher, Pinet, Carrière, Mlle Chauffin, MM. Burthiaud, Léger, Mlle Boutovich, MM. Jarricot, Laborde, Moindrot, Godinot, Mlle Pézant, MM. Charlin, Baranges, Grolemund, Schapira, Rocher, Verrier (André), Villard, Voron, Alaka, Mlle Pillet, MM. Chavanne, Grumbach, Delbos, Madranges, Boudet, Abry, Lavabre, Martin, Teston, Delignette, Déplanche, Bouzon, Verrier (Marcel), Santoni, Bernard.

Externes provisoires : MM. Chaspoul, Daireaux, Lacroux, Godefroy, Désorthes, Grasset, Le Roux, Jurus, Barrut, Gariel, Gerest, Chambon, Garnier, Gauthier, Sicard, Grand-Clément.

— MONTPELLIER. — *Concours d'internat.* — Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Caderas, Bourguet, Bert, Mlle Fosse, M. Balmès-Sauvy ; internes provisoires : M. Cazal, Mlle Boule, MM. Michel-Marguerit, Diacono.

— NICE. — Le concours pour la nomination de médecins et chirurgiens assistants s'est terminé par les nominations suivantes :

Médecins assistants : Mlle la doctoresse Gayraud, MM. les docteurs Liotard et Faraut.

Médecin neurologue assistant : M. le docteur Cossa.

Chirurgien assistant : M. le docteur Gasiglia.

Chirurgiens urologues assistants : MM. les docteurs Gaillard et Tourtou

Chirurgien oto-rhino-laryngologue assistant : M. le docteur Lapouge.

Médecin radiologue assistant : M. le docteur Paschetta.

— Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Besson, Provence, Couderc, Sauvy, Oriol, Bassac, Pugnaire, Ibanez, Simon, Bernedes.

Internes provisoires : MM. Gourdiat, Ribollet, Nicolas, Garipuy, De Alberti, Lepeyre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Chefs de laboratoires de cliniques (1931-1932) :

Clinique médicale. — Hôtel-Dieu : MM. Deval, Coquoin, Dioclès, Dumont, Dognon, Simonnet, Mlle Tissier.

Saint-Antoine : MM. Tribout, Weill, Guillaumin, Duchon.

Pitié : MM. Nepveux, Escalier.

Cochin : MM. Busy, Verne, Bariéty.

Clinique chirurgicale. — Hôtel-Dieu : M. Nicolas.

Salpêtrière : MM. Magrou, Rouché.

Saint-Antoine : M. Giet.

Cochin : MM. Beauvy, Herrenschmidt.

Clinique thérapeutique chirurgicale. — Vaugirard : MM. Moutier, Porcher, Goiffon, Béclère.

Clinique thérapeutique médicale. — Pitié : Mlle Dubois, M. Doubrow.

Clinique ophtalmologique. — Hôtel-Dieu : MM. Hudelo, Goulfier.

Clinique urologique. — Necker : MM. Chabanier, Verliac, Fisch, Lumière, Truchot.

Clinique médicale infantile. — Enfants-Malades : M. Bidot.

Clinique neurologique. — Salpêtrière : MM. Bertrand, Garcin, Thévenard, Mathieu.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Saint-Louis : Mlle Eliascheff, MM. Desgrez, Duché, Peyre.

Hygiène et clinique de la première enfance. — Enfants-Assistés : M. Détrois.

Clinique des maladies infectieuses. — Claude-Bernard : M. Reilly.

Clinique oto-rhino-laryngologique. — Lariboisière : MM. Ardoin, Lévy-Bruhl.

Stomatologie. — M. Chompret.

Pathologie chirurgicale. — MM. Wolfromm, Ménégaux.

Diphtérie. — M. Lafaille.

Clinique des maladies mentales. — Sainte-Anne : MM. Cuel, Dubar, Lehman, Dumas, Lecourt, Mlle Bonnard, MM. Piot, Nacht.

Cliniques obstétricales. — Tarnier : MM. Cartier, Hinglais.

Baudelocque : MM. Girand, Lacomme.

Pitié : M. Minvielle.

Clinique gynécologique. — Broca : MM. Bulliard, Douay.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédique. — Enfants-Malades : M. Saint-Girons.

Clinique de la tuberculose. — Laennec : MM. Bonnet, Olivier, Mlle Gauthier-Villars.

Clinique propédeutique. — Charité : MM. Durand (H.), Couvreux.

— Les emplois d'agrégé de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, ci-dessous désignés, sont déclarés vacants :

Oto-rhino-laryngologie, 1 ; pathologie expérimentale, 1.

Un délai de vingt jours, à dater du 22 mars 1931, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

DON A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Le docteur Plantier, d'Annonay (Ardèche), propriétaire de la « Panbiline », a adressé à l'Association une somme de 10.000 francs en faveur de ses différentes caisses. Les malheureux auxquels l'Association a pour mission de venir en aide ne manqueront pas, une fois de plus, d'apprécier la délicatesse de ce nouveau et généreux geste de notre confrère.

(Voir la suite des « Informations », p. 1769.)

CHRONIQUE

LA LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR NOEL FIESSINGER

J'ai bien cru que je ne pourrais arriver à entendre la leçon inaugurale de mon ami Noël Fiessinger. Dès six heures moins le quart, on ne pouvait plus entrer dans le grand Amphithéâtre, les couloirs regorgeaient de monde. Enfin, non sans peine, j'ai pu m'introduire dans l'hémicycle.

Au premier rang, M. Paul Bourget, de l'Académie française, était assis entre M. Charles Fiessinger et le professeur Legueu; à côté Mmes Charles Fiessinger, Noël Fiessinger, Legueu, Roussy, le professeur Chauffard, M. Castaigne (de Clermont-Ferrand) et puis, je renonce à les citer, la plupart des professeurs et agrégés de la Faculté.

L'amphithéâtre est bondé, on s'y écrase et bien avant l'entrée du professeur, on vibre déjà, on acclame les entrées des professeurs et des élégantes assistantes. Tout en haut j'aperçois, dépassant ses voisins, la haute stature d'Emile de Massary qui très modestement se dissimule, lui qui devrait cependant être aujourd'hui au premier rang puisque Noël Fiessinger fut son brillant élève.

Une clameur... c'est le massier suivi du doyen, du nouveau professeur et du cortège des professeurs et des agrégés en robe.

M. le doyen Balthazard prend tout de suite la parole pour présenter aux étudiants le nouveau professeur. Il le fait avec esprit, avec chaleur, avec cœur, et en unissant l'éloge de Noël Fiessinger, ce « maître de la pathologie hépatique », à celui de Rathery, son prédécesseur, il sait trouver des accents heureux qui soulèvent l'entousiasme.

Noël Fiessinger, salué par une véritable ovation, commence sa leçon. Il est certainement très ému, mais il le dissimule sous son habituel sourire, qui passe pour légèrement sarcastique auprès de ceux qui ne connaissent pas sa très grande bonté.

Il remercie le doyen, les collègues auxquels il doit sa triomphale élection, et tout de suite, il envoie une pensée à sa mère qu'il n'a pas connue et à ses ancêtres, tous médecins comme lui.

Fiessinger a l'incomparable fortune d'être l'arrière-petit-fils d'un aide-major de Waterloo, le petit-fils d'un médecin de campagne alsacien, le fils aussi d'un médecin de campagne qui est devenu un savant thérapeute, un philosophe admiré, un grand journaliste médical, auquel l'Académie de médecine a ouvert ses portes.

Charles Fiessinger fut le premier maître de son fils, il lui fit connaître, dans les montagnes de l'Ain, la rude vie du médecin de campagne, puis lui fit commencer ses études à Lyon. C'est donc un Parisien de formation lyonnaise qui est devant nous.

Après un souvenir reconnaissant donné à sa première Faculté, Noël Fiessinger dit sa gratitude envers ses maîtres parisiens. Il fut d'abord externe d'Albert Robin, ensuite interne de Lacombe, de Huchard, le grand ami de son père, puis d'Œttinger, enfin de M. Chauffard à qui il doit le meilleur de sa formation et auprès duquel il resta comme chef de laboratoire et comme agrégé.

Le nom de M. Chauffard fut salué par une longue ovation.

Noël Fiessinger rappelle encore le souvenir de ses autres maîtres, le professeur Raymond, Emile de Massary, Léon Bernard, Sergent, Justin Jolly, Félix Terrien, Levaditi, Fourneau, Regaud; celui de ses amis Georges Guillain, Roussy, enfin il salue son camarade de Lyon, M. Maurice Favre.

Tout professeur prenant possession de sa chaire en fait l'historique, Fiessinger se défend d'essayer de faire ce que Rathery a si bien fait avant lui, et il consacre sa leçon à l'importance de la méthode comparative, ce qui lui permet de montrer d'une façon lumineuse les progrès réalisés depuis Claude Bernard et la raison d'être de la médecine expérimentale.

Nous aimons trop notre collègue et nous respectons trop sa haute conscience scientifique et la précision qu'il apporte dans tous ses écrits pour nous risquer à déformer sa pensée. Bornons-nous à dire que ses magnifiques pages valurent au professeur une ovation sans fin qui montre en quelle estime le tiennent ses maîtres, ses élèves et aussi ses vieux amis.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

Près St-VALÉRY-EN-CALX. A v. prop. tr. b. sit. av. vue mer conf. pouv. serv. mais. santé, pens. fam. Affaire int. Duchemin, 16, rue Vaugirard.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Par P. GASTINEL, PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

et R. PULVENIS, MONITEUR DE BACTÉRIOLOGIE A LA FACULTÉ

I. DERMATOLOGIE

Pathologie générale.

La sarcomatose idiopathique pigmentaire multiple de Kaposi et ses interprétations histogénétiques et pathogéniques. (L. HUDELO et F. CAILLIAU, *Ann. de dermat. et de syphil.*, avril 1931, p. 417-445.) — Ce très important mémoire ne peut être aisément analysé, nous nous bornerons à en indiquer les grandes lignes.

En 1928, les auteurs avaient conclu dans un travail antérieur que la maladie de Kaposi n'est pas un sarcome, que les ectasies vasculaires avec néo-formations angiomateuses sanguines et lymphatiques sont la lésion dominante du tégument, mais qu'elles ne constituaient pas la lésion primordiale et que la prolifération des cellules de Schwann dans les vaisseaux semblait bien répondre au processus initial.

Les auteurs ont pu, depuis lors, pratiquer l'autopsie du malade qui avait fait l'objet de leur première communication et confirment leur description antérieure. Ils insistent notamment sur l'antériorité apparente de la lésion musculaire et par suite sur le processus angio-formateur. Il ne semble pas que l'on puisse incriminer dans la genèse des lésions angiomateuses le rôle des vaisseaux glomiques vrais constatables au sein des nodules. Pour les auteurs, il faudrait plutôt incriminer dans l'histogénèse les vaisseaux ordinaires normaux dans la paroi desquels les plexus nerveux amyéliniques de la média et de l'adventice entrent en prolifération sous l'influence d'une cause inconnue, peut-être infectieuse. Ainsi donc, le processus qui conduit à l'hyperplasie neurale aurait une origine nerveuse primitive et exclusive par la prolifération des fibres sympathiques péri-vasculaires. De telles lésions sont du type hyperplasique et non néoplasique; l'état inflammatoire y est constant, et rien ne les apparente ni aux sarcomes ni aux tumeurs malignes.

Il est, d'autre part, intéressant de souligner la parenté entre les cellules qui prolifèrent dans le Kaposi et les éléments du système réticulo-endothélial. Si la gaine de Schwann doit être incorporée au système histiocytaire, il semble bien difficile de ne pas admettre l'origine histiocytaire de la maladie de Kaposi.

La pathogénèse des xanthomes. Les rapports de la cholestérine, des phosphatides et de la teneur totale en graisse du sang avec la formation des xanthomes. (F. SCHAAF et A. J. WERNER, *Arch. für Dermat. u. Syphil.*, 1930, p. 217.) — Les recherches des auteurs ont mis en évidence, dans tous les cas étudiés, un trouble du métabolisme des lipides : 1° Ce n'est pas la quantité absolue de cholestérine du sang qui importe mais le rapport anormal entre la cholestérine libre et éthérifiée. 2° Il peut y avoir augmentation ou diminution de la teneur en phosphatide. 3° Dans tous les cas examinés, il y avait augmentation très nette des corps gras et acides. 4° Enfin, ce trouble du métabolisme se manifeste par les épreuves de surcharge anormale soit pour la fraction de phosphatide, soit pour celle de la cholestérine. A la base de ce trouble, il faut sans doute indiquer le rôle du foie. Les facteurs locaux ne jouent dans la formation des dépôts xanthomateux qu'un rôle secondaire.

Nouvelles contributions à la pathogénie et à la physiologie du zona. (G. MARINESCO. *Ann. de dermatol. et de syphil.*, juin 1931, p. 641.) — Reprenant ses recherches antérieures, l'auteur expose les arguments en faveur de l'existence d'un virus zostérien dont la porte d'entrée est la peau.

Il a pu, par inoculation du matériel zonateux sur la cornée de lapin, obtenir quelquefois des opacifications. Ces résultats corroborent ceux de Lipschütz et font penser qu'à titre exceptionnel, le zona peut être transmis à la cornée de lapin, mais la lésion n'est pas comparable à celle obtenue avec le virus herpétique. D'autre part, aucune transmission en série n'a pu être réalisée. Aussi les expériences sur les animaux ne permettent pas de démontrer l'existence du virus zostérien.

L'inoculation expérimentale à l'homme fut pour la première fois, faite avec succès par Kundratitz. Le contenu de vésicules injecté par voie sous-cutanée détermina sur plusieurs enfants dix-sept fois une affection locale. MM. Marinesco et O. Sager obtinrent un résultat positif sur 15 essais, mais l'éruption apparue quatre semaines plus tard n'était pas localisée au point inoculé.

D'après l'auteur, le virus pénétrerait par la peau et se propagerait le long des voies préformées, représentées par les espaces situés entre les faisceaux et les fibres nerveuses sans dénier cette propriété au cylindraxe.

A ce mode de propagation, l'auteur a donné le nom de *Odogenèse*. Plusieurs facteurs interviennent dans cette théorie : la perméabilité des membranes, l'électromose et la charge électrique des particules colloïdales qui constituent les ultra-virus. La notion si séduisante de virus neurotropes ne doit pas faire négliger l'importance de ces différents facteurs parmi lesquels l'étude du pH des tissus doit être mise au premier plan.

L'allergie cutanée. (A. DESAUX. *Bull. méd.*, 25 juil. 1931, n° 30.) — L'auteur étudie l'allergie cutanée en tant qu'état de sursensibilité élective spécifique des cellules de la peau. La dermatose due à l'allergie cutanée doit être distinguée des manifestations tégumentaires liées aux perturbations sanguines du choc hémoclasique : elle fait suite au choc cytoclasique intracellulaire des cellules épidermiques et dermiques sursensibilisées. C'est là une notion fondamentale dont on doit se souvenir aussi bien dans la recherche de l'allergie cutanée que dans son traitement.

Le rôle du terrain en dermatologie. La réceptivité morbide. (A. DESAUX. *Progrès méd.*, 14 fév. 1931, n° 7.) — L'auteur envisage successivement les conditions favorisant : 1° la pénétration des agents pathogènes à travers les assises superficielles cornées et précornées normalement protectrices; 2° la pénétration des agents pathogènes issus du milieu intestinal à travers l'organisme jusqu'au tégument; 3° la fixation des agents pathogènes au niveau de la peau. En particulier, il

insiste sur la nécessité imposée au micro-organisme de trouver, pour cultiver sur le tégument, un milieu de composition chimique et de réaction ionique convenable.

Anatomie pathologique des chéloïdes. (PAUTRIER et WORINGER. *Réunion dermat. de Strasbourg*, 17 mai 1931.) — Les auteurs montrent que les chéloïdes se différencient totalement des fibromes; elles sont constituées par un tissu conjonctif jeune, d'allure embryonnaire, à fibrilles grêles et lâches imbibées de substances interstitielles, très riche en éléments cellulaires : mastocytes et surtout fibrocytes jeunes au stade évolutif qui s'étale largement dans le tissu lâche environnant. La chéloïde enfin, est parcourue par une quantité considérable de tout petits vaisseaux; elle se présente donc comme une sorte d'éponge imbibée de tissus interstitiels et très vascularisés. Cet aspect se retrouve quel que soit l'âge des chéloïdes.

Étude sur les causes des chéloïdes et leur mode d'action. (LORTAT-JACOB, FERNET et SOLENTE. *Réunion dermat. de Strasbourg*, 17 mai 1931.) — La chéloïde résulterait d'un fléchissement local de l'action antagoniste de l'épiderme envers la prolifération dermique. Provoqué par des troubles souvent minimes, ce fléchissement tend à s'exagérer car le développement de la chéloïde retentit sur l'épiderme de surface. Puis l'équilibre se rétablit et la chéloïde devenue stationnaire demeure la trace de son ancienne rupture.

Quelques remarques sur l'étiologie des chéloïdes. (Professeur HERXHEIMER. *Réunion dermat. de Strasbourg*, 17 mai 1931.) — L'auteur pense qu'il faut incriminer dans l'étiologie des chéloïdes un traumatisme continu souvent minime chez des individus prédisposés.

Cette prédisposition est de nature inconnue, elle est souvent familiale et relève peut-être d'un trouble du métabolisme du calcium.

Anatomie pathologique et nature de l'acné chéloïdienne. (PAUTRIER et WORINGER. *Réunion dermat. de Strasbourg*, 17 mai 1931.) — Les auteurs montrent que l'acné chéloïdienne se différencie complètement de la chéloïde vraie. A son stade de début elle est caractérisée par des lésions inflammatoires de folliculites et péri-folliculites, par des granulomes dont les cellules géantes phagocytent les follicules pileux et les glandes sébacées et par des plasmones. Au stade adulte il n'y a plus de lésions inflammatoires et il ne reste plus qu'un tissu dense et sclérosé.

La transmission héréditaire de la dépigmentation des plumes acquise par l'hyperthyroïdisation chez les gallinacés. Analogie avec les troubles observés dans l'hyperthyroïdie chez l'homme. (Paul SAINTON et Henri SIMONNET. *Ann. de dermat. et de syphil.*, fév. 1931, p. 211.) — Les auteurs ont montré antérieurement combien l'action de l'hyperthyroïdie sur le système pileux de l'homme est comparable à celle du plumage chez les gallinacés. Ils avaient remarqué que les lésions de dépigmentation une fois acquises étaient définitives, immuables alors que la chute des phanères était réparable. Aussi se sont-ils demandé si ce caractère acquis n'était pas transmissible héréditairement. L'expérience suivante a été instituée : un coq et deux poules ont été soumis à l'ingestion de 30 centigrammes d'extrait thyroïdien délipoïdé tous les jours, puis tous les deux jours; puis de 60 centigrammes; l'état général des animaux est resté satisfaisant pendant toute la durée de l'expérience.

La décoloration du plumage a été obtenue dès le quinzième jour chez une poule, le soixantième chez l'autre et le cinquantième chez le coq. La décoloration a progressé si bien que les animaux présentent des plaques blanches ayant la même topographie et une teinte sensiblement identique.

Les œufs pondus par ces poules n'ont présenté aucune anomalie apparente, cinq furent couvés par une couveuse normale; les cinq poussins se développèrent normalement et avec accélération rapide du poids. Mais bien vite ils présentèrent un blanchiment des plumes des ailes qui augmenta et se stabilisa, de sorte qu'ils présentèrent sans avoir subi aucun traitement les modifications de plumage provoquées chez les générateurs. Donc un caractère phanérien acquis par hyperthyroïdisation est transmissible héréditairement. Il apparaît en pathologie humaine qu'il puisse exister dans certaines familles des relations entre la canitie et le basedowisme; c'est du moins ce qui résulte de l'enquête faite par les auteurs près d'un certain nombre de basedowiens. On peut concevoir à la lumière des faits expérimentaux la nature du lien qui existe entre les faits cliniques observés, ce n'est point par hasard que canitie et basedowisme existent chez ascendants et descendants. C'est que tous ont des manifestations d'hyperthyroïdisme qui chez les uns s'objectivent dans leur plénitude clinique; qui chez les autres se bornent à une manifestation qui pour être mono-symptomatique n'en traduit pas moins une réaction hyperthyroïdienne.

Clinique.

Morphologie des aurides. (LEBEUF et MOLLARD. *Ann. de dermat. et de syphil.*, fév. 1931.) — Les auteurs essaient de classer les accidents dermatologiques qui surviennent au cours des traitements par l'or.

1° Auride muqueuse avec stomatite étendue à toute la muqueuse buccale d'abord rouge, ensuite blanchâtre, d'aspect lichenien; elle peut apparaître dès le commencement du traitement ou trois semaines après. Parfois s'accompagne d'ulcération et de dysphagie. La guérison s'observe en une quinzaine de jours.

2° Aurides cutanées. Plusieurs types d'érythèmes ont été observés :

Erythème circonscrit en placards douloureux sur le thorax ou le pli du coude au niveau de la région qui a reçu la dernière injection.

Erythème du neuvième jour à caractère biotropique.

Erythème généralisé avec signes généraux et température relevant du type rubéoliforme ou scarlatiniforme et laissant après lui une desquamation furfuracée.

Plus graves sont les érythrodermies qui peuvent durer un mois et demi et desquament en lambeaux épais. Certaines formes peuvent entraîner la mort. On a décrit encore des éruptions purpuriques, urticariennes et eczématiformes.

Enfin les sels d'or peuvent provoquer certaines affections de la peau comme le granulome annulaire et le lichen plan. La chrysothérapie est susceptible de déterminer des réactions focales, en particulier les lésions tuberculeuses deviennent plus saillantes et plus douloureuses.

De l'alopécie liminaire frontale. (R. SABOURAUD. *Ann. de dermat. et de syphil.*, avril 1931, p. 446.) — Deux types d'alopécie s'opposent, la première avec rénovation du cheveu même si cette rénovation ne doit pas aboutir à la *restitutio ad integrum* : 1° alopécie post-infectieuse; 2° séborrhée; 3° pelade. L'autre par sclérose folliculaire définitive et disparition du follicule : folliculite décalvante et atrophie folliculaire. Dans ce second groupe prend place l'alopécie liminaire frontale à laquelle l'auteur consacre une intéressante étude. Affection rare et peut-être exclusive à la femme, elle n'est très généralement diagnostiquée chez l'adulte que lorsqu'elle est parvenue depuis longtemps déjà au stade de la dépilation constituée. C'est donc à la phase ultime qu'on est appelé à l'observer; on constate alors une alopécie qui est née au-dessus et au-devant des deux oreilles sous forme de plaque grossièrement triangulaire et qui a toujours respecté la lisière du cuir chevelu. Ces deux plaques symétriques sont lisses, un peu déprimées et l'œil peut à peine les dire cicatricielles. Le plus souvent ces triangles alopéciques tempo-

raux sont réunis l'un à l'autre par une bande d'alopécie de la largeur d'un doigt et qui contourne le front en laissant intacte la bordure normale des cheveux. Ce ruban presque régulier chauve est large d'un centimètre environ, la peau y est blanche et lisse, autour d'elle il n'y a pas de cheveux malades et on ne trouve trace d'aucun symptôme inflammatoire.

Il est exceptionnel que le médecin constate la lésion active initiale qui va provoquer l'alopécie et la cicatrice. Cette lésion première est constituée par des croutelles agglomérées grasses et pityrioïdes, sans suppuration visible ni pustules folliculaires. A ce stade le cheveu si on l'épile montre une gaine vitreuse. Quand il est tombé il ne repoussera jamais, cette lésion évolue rapidement et les plaques alopéciques définitives se constituent très vite. Arrivée à son stade ultime l'alopécie cesse de progresser par ses bords, aussi l'auteur écrit-il : « Lorsqu'elle est constituée telle que je l'ai décrite, elle meurt sur place ne laissant que l'alopécie rubannée pour témoignage. » Cette lésion si particulière doit être diagnostiquée de l'acné nécrotique qui n'offre pas une systématisation semblable, de l'acné décalvante de Quinquaud qui n'a pas de point d'élection, qui n'est pas symétrique et dont l'évolution est essentiellement chronique, du lupus érythémateux dont les squames sont crétacées et qui n'aboutit à la cicatrice que très lentement.

A la phase cicatricielle l'erreur peut être commise avec la pelade en bande, mais l'ophiasis ne respecte jamais la bordure, au moins si régulièrement; d'autre part on n'y observe pas les deux triangles temporaux entourés de cheveux sains et l'alopécie ne s'accompagne pas de sclérose folliculaire.

Cette maladie ne peut être traitée qu'à son début, c'est-à-dire à la phase inflammatoire et avant le processus cicatriciel qui aboutit à une alopécie incurable. Sabouraud a observé que les lésions initiales offrent une très grande résistance aux médicaments, il a obtenu d'heureux résultats avec des pommades fortement soufrées additionnées de résorcine, cinabre et acide pyrogallique.

L'anatomie pathologique et la bactériologie de cette curieuse infection sont à l'heure actuelle inconnues.

Thérapeutique.

La chrysothérapie du lupus nodulaire. (F. Lebeuf et H. Mollard. *Presse méd.*, 1er août 1931, p. 1149.) — Les auteurs ont traité quinze malades et estiment que la chrysothérapie mérite d'être conservée. Elle ne se substitue pas aux autres méthodes, mais les complète ou les remplace quand elles sont déficientes.

Lebeuf et Mollard ont utilisé l'hyposulfite double d'or et de sodium injecté par voie intraveineuse, ils insistent sur les détails de la posologie en faisant remarquer combien elle varie pour chaque malade. Il faut faire le diagnostic de la sensibilité du sujet, c'est-à-dire de la limite de sa tolérance et du seuil idéal de son aptitude à réagir favorablement.

Les contre-indications de la chrysothérapie cutanée sont les mêmes que celles de la chrysothérapie pulmonaire.

Pelade et traitement photodynamique; vitiligo et brassage pigmentaire. (H. Jausion et A. Pecker. *Bull. méd.*, 25 juillet 1931, n° 30.) — Dans cet intéressant article les auteurs exposent leur technique qui consiste à traiter pelade et vitiligo par la sensibilisation et la désensibilisation à la lumière. On y trouvera les détails de procédé qui ne peuvent être analysés ici.

Rayons X et traitement de la pelade décalvante. (Giovanni Truffi, *Ann. de dermat. et de syphil.*, juin 1931, p. 684.) — L'auteur a obtenu des résultats encourageants par des applications des rayons X sur le trajet du sympathique cervical.

II. SYPHILIGRAPHIE

Biologie et syphilis expérimentale.

La syphilis latente. (Milian. *Revue franç. de dermat. et de vénéréol.*, sept.-oct. 1930, nos 9, 10, p. 453.) — L'expérimentation fournit maints exemples de syphilis latente. Il en est particulièrement ainsi pour la souris. Chez l'homme, il peut en être de même et l'auteur décrit les différents signes à rechercher pour la dépister tant chez l'adulte que chez l'enfant.

L'immunité dans la syphilis. (La Fourcade et Horowitz. *Revue franç. de dermat. et de vénéréol.*, sept.-oct. 1930, nos 9, 10, p. 462.) — Excellente revue générale et bonne mise au point sur la question si intéressante de l'immunité dans la syphilis expérimentale du lapin.

Une certaine immunité locale apparaît dès le 15e jour dans la région du chancre. L'immunité générale survient entre le 60e et le 90e jour pour les tréponèmes de souche homologue.

Chez les lapins traités au salvarsan avant le 45e jour, la réinfection expérimentale est possible; elle est, par contre, toujours impossible après le 90e jour. Il apparaîtrait donc qu'après cette date l'arsenic ne peut plus stériliser l'organisme. Il présenterait dès lors, vis-à-vis des tréponèmes de réinoculation, un état réfractaire dû à la persistance de l'infection (immunité d'infection de Kolle).

Par contre, Chesnay et Kaempf montrèrent l'absence des tréponèmes chez des lapins traités, même tardivement; et cependant ces animaux résistaient à l'inoculation d'épreuve. Aussi, Chesnay et Kaempf estiment-ils qu'il existe une immunité réelle et active qu'ils opposent à l'immunité d'infection de Kolle. Mais ultérieurement Kolle démontra que les réinoculations demeurées en apparence négatives chez ces lapins considérés comme réfractaires créaient des réinfections latentes.

La thèse de l'immunité d'infection demeure donc toujours soutenue par Kolle; elle a pour corollaire de démontrer la nécessité des traitements précoces qui seraient seuls capables au point de vue expérimental d'amener la stérilisation tréponémique.

Existe-t-il une syphilis hématogène d'emblée. (H. Kœnigstein. *Wein. Klin. Woch.*, 25 sept. 1930, p. 1208.) — Beaucoup de syphilis paraissent n'avoir pas commencé par un chancre. Tout d'abord, il faut se rappeler que l'accident initial peut ne pas être diagnostiqué, soit à cause de son siège profond, soit par un examen déficient.

D'autre part, les muqueuses peuvent contenir des spirochètes sans lésion apparente. Cependant la syphilis sanguine peut exister, celle qui résulte d'une transfusion sanguine en est un exemple; enfin la syphilis héréditaire en est un autre.

Les études expérimentales confirment d'ailleurs l'existence de la syphilis hématogène (consulter à ce sujet l'ouvrage Matsumato).

Cf. Syphilis expérimentale et pian. Etude de pathologie comparée et d'immunologie. (Matsumoto. Kyoto, 1930.) (*Monographiæ actorium dermatologicorum.*)

Sur le développement des éruptions syphilitiques secondaires. (E. F. Müller et E. Delbanco. *Arch. f. Dermat. u. Syphil.* 1930, p. 595.) — Tentative intéressante pour expliquer la survenue brusque des lésions syphilitiques secondaires.

1° Il se développe dès le début de l'infection syphilitique une réaction de défense qui augmente peu à peu, agit sur les diverses fonctions physiologiques et peut produire des troubles cliniquement manifestes.

2° Parallèlement, elle détermine par voie splanchno-périphérique une diminution des processus biologiques cutanés à tel point que la peau n'est plus en état de se défendre contre les microbes ou produits toxiques en circulation.

3° Il se constitue alors une réaction locale : la roséole. Si le parasite arrivé à la peau continue à se multiplier, la roséole se transforme en papules.

Récidives locales des chancres syphilitiques chez le lapin après l'extirpation et influence de ce procédé sur l'immunité. (R. Brandt. *Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1930, p. 157.) — Les expériences de l'auteur montrent que les chancres même très développés peuvent récidiver. Il ne faut attribuer un rôle important au traumatisme déterminé par l'extirpation; on ne peut, non plus, expliquer tous les cas de récidive par la tendance persistante de la lésion, riche en tréponèmes, à s'accroître au voisinage de la tumeur extirpée.

Pour l'auteur, le facteur principal serait, dans un grand nombre de cas, la régression de l'immunité. Elle dépend du chancre et n'entraîne pas la destruction des tréponèmes. Etant entretenue par le chancre, elle disparaît après son ablation, mais les tréponèmes restent et il se forme une lésion nouvelle.

Essais d'isolement « in vivo » du virus de la paralysie générale. (A. Bessemans et de Potter. *Soc. belge de biol.* in *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CV, p. 212.) — Utilisant le sang non défibriné, le liquide rachidien, la matière cérébrale et le périoste cranien de paralytiques généraux à réactions méningées positives, et inoculant ce matériel à l'état frais à différentes espèces animales : lapins, cobayes, rats, souris; les auteurs n'ont pu provoquer ni syphilis apparente au point de vue clinique ou sérologique ni syphilis inapparente (échec du transfert d'organe ultérieurement et réussite d'une infection tréponémique d'épreuve). Ces résultats tendent à démontrer que le matériel employé ne contient le virus syphilitique qu'en quantité insuffisante pour conférer à l'animal une syphilis transmissible en série ou bien qu'il ne le renferme que sous une forme biologique distincte du virus syphilitique habituel.

Cf. Résultats des inoculations au lapin de fragments d'encéphale prélevés par ponction à des paralytiques généraux. (Levaditi, Marie et Lépine. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIII, p. 467.)

Essais de transmission de la syphilis aux lapins à l'aide d'inoculations de substance cérébrale provenant de cas de paralysie générale. (S. Nicolau et P. Guiraud. *Ibid*,. juil. 1930, t. CIV, p. 963.)

Syphilis inapparente de la souris par inoculations intratesticulaires de « tréponéma pallidum ». (Li-Yuan-Po. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CV, p. 451.) — On sait que l'inoculation d'un matériel syphilitique à la souris détermine une syphilis inapparente; l'auteur cherche ce que deviennent les spirochètes chez l'animal ainsi infecté. Pour cela il sacrifie des souris à intervalles variés depuis la cinquième minute après inoculation dans le testicule d'une émulsion de chancre syphilitique de lapin. Les organes de la souris étaient inoculés au lapin.

Le testicule a donné des résultats positiif de la 5e minute au 135e jour. Les ganglions de la 12e heure au 71e jour; la rate de la 36e heure au 135e jour, le cerveau du 71e jour au 135e. Au delà de la 24e heure, on ne trouve plus de tréponèmes décelables; des formes infravisibles assurent la conservation du virus.

Cf. Relation entre le cycle évolutif du *tréponéma pallidum* et la genèse des lésions syphilitiques. (Levaditi, Lépine et Schœn. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1930, t. CIV. p. 72.) — Les auteurs greffent sous la peau du dos des souris des fragments de chancre syphilitique, Alors que chez le lapin, un pareil greffon s'organise en syphilome, chez la souris et le rat il est détruit et les tréponèmes disparaissent dans deux à trois jours. Cependant, malgré cela le greffon demeure capable de conférer au lapin un syphilome typique; aussi les auteurs pensent que le virus persiste sous une forme infravisible mais virulente, propre à assurer sa conservation.

Cf. Cycle évolutif du *tréponéma pallidum*, du « *spirochœta pertenuis* », et du *spirochœta cuniculi*. (Levaditi et Li-Yuan-Po. *C. R. de la Soc. de biol.*, juin 1930, t. CIV, p. 736.)

Les formes atypiques et la forme granuleuse du tréponème pâle. (A. Sézary. *C. R. de la Soc. de biol.*, nov. 1930, t. CV, p. 444.)

A propos du cycle évolutif du virus syphilitique. Le tréponème pâle est-il virulent? (P. Lépine. *Presse méd.*, 19 août 1931, n° 66, p. 1233.)

La syphilis expérimentale chez le singe. Chancre et orchite syphilitiques chez le lapin cinq à vingt-deux heures après l'inoculation des glandes de singe. (P. B. Photinos. *C. R. de la Soc. de Dermat. et de syphil.*, avril 1931, n° 4, p. 666.) — L'auteur, élève du professeur Hoffmann, montre que l'inoculation du singe sous le scrotum avec un matériel syphilitique, entraîne très rapidement l'infection des ganglions inguinaux. Déjà, cinq heures après l'inoculation sous-scrotale il a pu, en prélevant les ganglions et en les inoculant sous le scrotum de lapin, obtenir des chancres typiques contenant des tréponèmes. La vitesse avec laquelle le spirochète pénètre dans les voies lymphatiques était déjà connue en ce qui concerne la syphilis expérimentale du lapin. La démonstration est maintenant faite par le singe. Sans doute, en est-il de même chez l'homme. La ponction ganglionnaire permettrait de dépister l'infection bien avant l'éclosion de l'accident primaire. On saisit toute l'importance du problème pour le traitement précoce.

A propos de la syphilis expérimentale de la souris. (P. Gastinel et R. Pulvenis. *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 11 juin 1931.) — Les auteurs rappellent que l'inoculation d'un syphilome de lapin à la souris blanche détermine chez cette dernière une infection asymptomatique seulement décelable par la contagiosité, pour le lapin, de certains de ses organes, notamment : ganglions, cerveau, foie et rate.

Dans les études faites jusqu'ici, on a utilisé des souches de tréponèmes adaptées depuis de longues années à l'organisme du lapin.

Les auteurs montrent qu'ils ont pu, après un seul passage par le lapin, déterminer une infection latente de la souris et obtenir un syphilome sur le scrotum d'un lapin après implantation d'un fragment de foie et de rate.

Cette constatation corrobore celle de Mulzer et Hahn qui ont pu infecter la souris d'une façon inapparente en partant de lésions de syphilis secondaire humaine.

Peut-être même l'infection spirochétienne qui se produit dans l'organisme de la souris pourrait-elle être utilisée pour déceler la présence de tréponèmes dans les organes ou humeurs où l'on ne peut les mettre en évidence par l'examen direct (cerveau, liquide céphalo-rachidien, sperme, etc...).

Réactions humorales.

Une méthode simplifiée de la réaction de fixation du complément basée sur l'emploi du couple hémolytique anti-humain. (R. Musso. *Presse méd.*, avril 1931, p. 473.) — L'auteur décrit une réaction à l'aide du sérum humain non chauffé et dans laquelle il utilise une suspension d'hématies du malade dans son propre sérum et une sensibilisatrice hémolytique anti-humaine.

D'après les résultats obtenus, cette technique sérologique apparaîtrait particulièrement sensible.

Recherches sur la réaction de Meinicke. (F. Le Chuiton. *Presse méd.*, 26 nov. 1930, p. 1608.) — Cette technique ne donne pas de réactions positives non spécifiques si on opère sur des sérums de malades n'ayant pas subi de choc colloïdal et n'étant pas paludéens. Elle serait plus sensible que la réaction de fixation car l'auteur a décelé par elle des syphilis certaines où la méthode de Wassermann était négative; elle permet un dépistage également plus rapide car elle commence du dixième au douzième jour après le début du chancre. Une série de conditions physiques sont nécessaires à la bonne marche de la réaction de Meinicke : lumière, pression atmosphérique normale, car dans le vide, la réaction est gênée, température au delà de 25 degrés, au-dessous de ce chiffre les résultats faibles peuvent passer inaperçus. On peut également avec cette méthode établir une échelle syphilimétrique, il suffit de diluer les sérums en expérience avec des sérums négatifs.

La réaction de Wassermann dans la syphilis expérimentale du lapin. (O. Thomson, T. Christiansen. *Zeit. f. Immun.*, 8 déc. 1930, t. LXIX, p. 31.) — La réaction est positive chez la plupart des lapins sains, mais elle devient spécifique pour les animaux syphilitiques en employant un complément très actif et un extrait de cœur humain.

La réaction apparaît cinq à six semaines après l'inoculation dans le testicule, elle reste invariable trois à quatre mois et devient ensuite spontanément négative indépendamment de la gravité des symptômes.

Résultats obtenus avec la réaction de Müller. (J. Reichel. *Centralbl. f. Bakt.*, 1930, I., t. CXVI, p. 341.) — Cette réaction, faite avec l'extrait concentré et cholestériné de cœur de bœuf, est appliquée par l'auteur à l'examen de 2.435 sérums de syphilitiques et 1.527 sérums non syphilitiques. D'après les résultats obtenus, cette réaction aurait une valeur réelle; elle apparaît dans la syphilis primaire d'une façon précoce et dans les cas anciens ou traités elle persiste plus longtemps qu'avec les autres techniques. La lecture des résultats ne présente pas de difficultés.

La réaction de Müller dans le liquide céphalo-rachidien. (J. Reichel. *Centralbl. f. Bakt.*, 1930, I., t. CXVI, p. 347.) — L'auteur a pratiqué 500 examens de liquide céphalo-rachidien par la technique de Müller, il en conclut qu'elle représente une méthode de diagnostic très précieuse dans les cas de syphilis ancienne ou traitée.

Clinique.

Nosologie de la syphilis osseuse congénitale dans la première enfance. (M. Péhu et A. Policard. *Presse méd.*, 22 août 1931, p. 1245.) Dans ce très important article, les auteurs rapportent d'abord une série de notions générales sur les lésions osseuses de la syphilis congénitale : l'envahissement du squelette fœtal par le spirochète est très fréquent, il y pénètre par la voie sanguine dès que le système vasculaire est développé, il est surtout abondant au niveau de la ligne d'ossification et dans les noyaux épiphysaires.

Le spirochète ne lèse que les os de souche cartilagineuse pendant la gestation et il ne touche pas les os membraneux; les lésions provoquées présentent une symétrie remarquable (os homonymes et dans chacun d'eux les parties symétriques présentent des altérations analogues). Enfin les lésions atteignent la plupart des os cartilagineux et il en est peu qui échappent à l'envahissement parasitaire. On voit donc que dans la syphilis osseuse congénitale l'inoculation, la multiplication du spirochète s'effectue pendant la gestation; au cours des premiers mois après la naissance apparaissent les lésions elles-mêmes et leurs conséquences. Au contraire dans la syphilis de la deuxième enfance les lésions osseuses ne sont plus généralisées ni symétriques, elles résultent de la localisation du spirochète sur un ou quelques os seulement.

Plusieurs variétés doivent être reconnues dans les aspects anatomiques lésionnels :

1° L'*ostéochondrite* est caractérisée par une perturbation, survenant dans la zone d'ossification. C'est une lésion de la vie intra-utérine et trois mois après la naissance on ne la trouve plus à la radiographie.

2° La *périostite ossifiante* intéresse seulement la corticale de l'os qui apparaît feuilletée; cette lésion est généralisée à tous les os de souche cartilagineuse, elle est remarquablement symétrique, souvent, elle succède à l'évolution de l'ostéochondrite.

3° Les raréfactions osseuses localisées s'observent souvent soit sur les extrémités des os des membres, soit à quelque distance de la zone d'ossification. A la radiographie elle se présente sous l'aspect de taches plus ou moins étendues, souvent circulaires, de la dimension moyenne d'une lentille.

D'après les auteurs, le substratum anatomique de ces aspects est différent; tantôt ce sont vraiment des gommes, tantôt il s'agit de tissus de granulation résultant de la résorption de l'os,

4° Dans une autre variété de lésions, on observe des néoformations osseuses abondantes surtout sur le fémur, tibia, humérus, radius et cubitus. Ces formations sont constituées par une production exubérante du tissu osseux qui engaine sur ses deux extrémités l'os ancien.

5° Assez rarement, les lésions se présentent sous l'aspect de rubans transversaux plus ou moins larges à la partie moyenne de la diaphyse. Pour certains auteurs, ces bandes représenteraient les vestiges d'un processus d'ostéo-chondrite.

On peut schématiser ces différents aspects en disant que la syphilis est caractérisée par l'exagération de la résorption osseuse : il peut même en résulter un décollement épiphysaire.

Nous ne pouvons insister ici sur les descriptions radiologiques que donnent les auteurs sur ses différents aspects lésionnels. Les symptômes engendrés par les lésions osseuses syphilitiques consistent d'abord en douleurs spontanées ou provoquées par les mouvements chez des nourrissons qui n'offrent souvent aucun autre signe d'une affection de l'appareil locomoteur. Dans d'autres cas, au contraire, surviennent des signes fonctionnels importants dans l'interprétation desquels il faut faire rentrer des altérations osseuses, musculaires, vasculaires, particulièrement artérielles. On peut observer aussi des contractures musculaires localisées en certaines zones.

Alors que les radiographies indiquent souvent une atteinte générale du squelette, il est des cas où on ne constate aucun symptôme qui les révèle cliniquement; à l'inverse, on peut observer un tableau clinique très riche et en rapport avec des altérations multiples : membres inertes, douloureux, tuméfiés, avec infiltration des muscles et de l'hypoderme.

Le diagnostic des lésions syphilitiques congénitales des os est facile; en effet, c'est dans les six premiers mois de la vie que se développent les lésions syphilitiques de la première enfance; ce n'est que plus tard, au contraire, que surviennent des altérations rachitiques. Au surplus, les images radiologiques permettent d'établir la différenciation. Il en est de même pour les altérations scorbutiques.

La fréquence des lésions osseuses est si grande que l'exploration méthodique du squelette doit être une règle pour poser avec certitude le diagnostic de la syphilis congénitale dans la première enfance.

La paralysie générale dans la population rurale. (Sézary et Barbé. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mars 1931, n° 3.) — Les auteurs concluent que cette affection existe à la campagne mais qu'elle y est rare, mais c'est la rareté relative de la

syphilis qui explique le petit nombre de cas de paralysie générale observés dans la population rurale.

Nouveau procédé de diagnostic des lésions chancrelleuses : l'intraépidermo-inoculation de produits frais. (P. Ravaut, Rabeau et Didier Hesse. (*Presse méd.*, 15 oct. 1930, n° 83, p. 1393.) — La méthode des auteurs consiste à injecter dans l'épiderme une petite quantité (trois divisions de la seringue de Barthélemy du produit suspect). Cette inoculation peut déterminer : 1° des lésions typiques avec bacilles de Ducrey; 2° des lésions papulo-nécrotiques ayant les caractères cliniques de chancre mou de réinoculation mais sans bacilles; 3° des lésions papuleuses sans bacilles.

Cette technique se montre supérieure au procédé classique qui reste souvent négatif. Les auteurs ont pû ainsi déceler la nature chancrelleuse de bubons sans porte d'entrée visible. Toutefois, cette nouvelle méthode peut ne fournir aucune réponse car, alors même que le malade est porteur de chancre typique avec bacilles de Ducrey, il a été impossible aux auteurs de démontrer dans certains cas la nature chancrelleuse du bubon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 17 novembre 1931)

Rapports. — M. Pouchet lit un rapport sur des demandes d'autorisation de stations climatiques faites par la ville de Constantine, et la ville d'Anval (Puy-de-Dôme).

— M. Siredey donne lecture d'un rapport sur les travaux concernant le Service des eaux minérales.

Etude anatomique des tumeurs des centres nerveux. — MM. G. Roussy et Ch. Oberling. Les progrès importants de la neuro-chirurgie ainsi que l'application de plus en plus fréquente des rayonnements au traitement des tumeurs cérébrales ont fait de l'étude histologique de ces néoplasmes une question d'actualité au plus haut chef. Dès l'avènement de ces méthodes de traitement, on s'est rendu compte que les modalités évolutives des néoplasmes sont étroitement liées à leur structure intime; la connaissance de la structure histologique d'une tumeur cérébrale constitue donc un facteur important dans le choix du traitement et dans l'établissement du pronostic.

L'étude de plus de 250 tumeurs des centres nerveux a montré que ces néoplasmes peuvent facilement être groupés en cinq catégories : les *gliomes* formés par une prolifération du tissu névroglique, les *tumeurs épendymo-choroïdiennes* constituées par l'épendyme ou par le revêtement des plexus choroïdiens, les *ganglio-neuromes* dus à une prolifération des cellules ganglionnaires et des neurites, enfin, les *neuro-spongiomes* et les *neuro-épithéliomes* dans lesquels prolifèrent des éléments nerveux à l'état embryonnaire.

Les *gliomes* forment le contingent le plus important des tumeurs cérébrales (178 cas sur 251 tumeurs cérébrales); on peut les subdiviser en trois catégories : les astrocytomes, les oligodendrocytomes et les glioblastomes. Les deux premières variétés sont formées par du tissu névroglique du type adulte; ce sont des tumeurs à évolution lente et dont le traitement donne déjà des résultats très encourageants. Les tumeurs appartenant à la troisième variété sont formées par des cellules névrogliques jeunes, souvent indifférenciées, ce sont des tumeurs d'une grande malignité dont le traitement n'a donné jusqu'ici que des résultats fort aléatoires.

Les *tumeurs épendymo-choroïdiennes* sont généralement des néoplasmes de petite taille, et, exception faite de l'épithélioma des plexus, des tumeurs relativement bénignes, à croissance lente; malheureusement, c'est la localisation de ces tumeurs dans la région centrale du tissu nerveux qui rend leur extirpation difficile, sinon impossible.

Les *ganglio-neuromes* sont d'une rareté exceptionnelle, leur importance pratique est de ce fait négligeable.

Les *neuro-spongiomes* (médullo-blastome de Bailey et Cushing) par contre, sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le supposait autrefois. Ces tumeurs se développent de préférence chez des sujets jeunes, souvent même chez des enfants; leur siège de prédilection est la région du cervelet. Leur malignité est grande et seul un traitement combiné, chirurgical et radiothérapique, a donné jusqu'ici des résultats dignes d'être signalés. L'étude histologique de ces tumeurs et notamment l'application de la méthode de Bielchowsky, nous conduit à penser que la plupart des éléments néoplasiques répondent à des cellules nerveuses très jeunes du type neuroblastique.

Les *neuro-épithéliomes*, enfin, sont d'une rareté exceptionnelle dans le domaine des centres nerveux; du point de vue évolutif, ce sont des tumeurs relativement bénignes et seule leur évolution vers le type neuroblastique peut leur conférer les caractères de malignité inhérents aux neurospongiomes.

En somme, l'application des techniques modernes à l'étude des tumeurs nerveuses permet d'identifier la plupart des variétés cellulaires qui entrent dans leur constitution. Dès lors, le problème de la classification de ces tumeurs s'est considérablement simplifié. En isolant des groupes néoplasiques nettement définis par la nature des cellules qui les constituent, on aboutit à la distinction de quelques grandes formes qui répondent, dès maintenant, à de véritables entités morbides.

Etude expérimentale de la maladie de Nicolas et Favre (lymphogranulomatose inguinale). — MM. Levaditi, Ravaut, Lépine et Schoen ont étudié expérimentalement l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Nicolas et Favre. Cette maladie infectieuse et contagieuse (quatrième maladie vénérienne) est transmissible aux singes catharrhiniens inférieurs, par inoculation de matériel humain (suc ganglionnaire), dans le cerveau, le prépuce et les glandes lymphatiques. Les auteurs ont réussi à isoler plusieurs souches de virus, d'activité pathogène irrégulière. Le germe est filtrable et invisible. Il se détruit à 60 degrés, résiste peu à la glycérine, mais se conserve pendant quelque temps à basse température. Inoculé dans les ganglions ou au niveau du prépuce, le virus lymphogranulomateux reproduit, chez l'animal, la maladie humaine : ulcère vénérien fugace et polyadénie. Le germe persiste pendant au moins soixante et onze jours dans les ganglions lymphatiques du singe et plus longtemps encore dans le cerveau de la souris, sans que celle-ci offre des troubles morbides apparents. La maladie de Nicolas et Favre est une affection généralisée, en ce sens que chez les simiens contaminés, le virus se répand dans l'ensemble du système hématopoïétique. Les auteurs démontrent la présence d'anticorps virulicides dans le sérum des malades, atteints de lymphogranulomatose inguinale. Par ailleurs, ils prouvent que le virus lymphogranulomateux conserve sa virulence pour l'homme, malgré de nombreux passages sur le singe.

A propos de la protéinothérapie, dite vaccinale, de la sclérose en plaques. — MM. Lépine et Mollaret. D'après l'expérience personnelle des auteurs, la protéinothérapie de la sclérose en plaques par la méthode, dite vaccinale, de Miss Chevassut, se montre inactive et ne légitime pas les espoirs qui avaient été fondés sur elle.

Nouvelles recherches expérimentales sur la fièvre exanthématique. — MM. D. et J. OLMER. (Note présentée par M. Léon Bernard.)

De recherches expérimentales conduites systématiquement, il est permis de tirer les conclusions suivantes :

1° La fièvre exanthématique est transmissible expérimentalement de l'homme à l'homme pendant toute la durée de l'évolution fébrile;

2° Les formes réalisées rappellent entièrement celles observées en clinique; elles permettent d'affirmer l'existence de formes sans éruption; par contre, il semble difficile d'admettre des formes inapparentes;

3° La fièvre exanthématique entraîne l'immunité à une inoculation ultérieure des sujets qui en ont été atteints. Mais en outre le sang des convalescents permet de protéger les sujets sains contre une inoculation du virus.

Autres communications :

La Conférence internationale de Genève (juin-juillet 1931) pour la limitation de la fabrication des stupéfiants. — M. BOUGAULT.

Sur un nouveau glucoside, la salipurposide présentant les propriétés physiologiques du phlorizoside (phlorizine). — M. BRIDEL.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1931)

Un cas de rhumatisme déformant à forme ankylosante sans étiologie connue. — MM. J. HUBER, Jean LEVESQUE, Jacques FLORAND et Mlle DREYFUS présentent une fillette de treize ans atteinte de multiples arthropathies sans aucune lésion cardiaque; on ne retrouve ni rhumatisme articulaire aigu, ni gonococcie; la syphilis est douteuse. Une splénomégalie notable et un foie normal permettent d'éliminer la maladie de Chauffard-Still; enfin la cuti-réaction à la tuberculine est négative, ce qui permet d'écarter le rhumatisme tuberculeux.

Pleurésie purulente du nourrisson. Guérison. Anorexie tenace secondaire disparaissant par l'emploi du lait cru. MM. LEREBOULLET et BENOIST présentent un enfant atteint, à quatre mois, d'une pleurésie purulente à pneumocoques avec épanchement abondant et forte fièvre chez lequel la vaccinothérapie, avec de petites doses de propidon, amena l'apyrexie et permit l'opération dans de bonnes conditions. Malgré la guérison opératoire, une anorexie invincible empêcha pendant cinq mois la reprise du poids et provoqua un état de dénutrition marquée. L'emploi du lait cru de vache bien recueilli et contrôlé fit disparaître cette anorexie et permit le retour à un poids satisfaisant.

Hémorragie intestinale, signe révélateur d'une hypertension artérielle juvénile. — M. DEGLOS a trouvé comme seule étiologie possible à une hémorragie intestinale chez un enfant de quatorze ans une hypertension artérielle maxima à 16. Depuis ce temps se sont installés des troubles de déséquilibre vago-sympathique et la tension maxima s'est élevée à 19.

Absence symétrique d'ossification des pariétaux. — MM. ARMAND-DELILLE, SCEMMAMA et DELIENCOURT ont constaté chez une fillette de dix ans, par la palpation et la radiographie, sur les parties latéro-supérieures des pariétaux, une absence d'ossification des dimensions d'une pièce de 5 francs, au niveau de laquelle n'existe qu'une paroi membraneuse dépressible. Il n'y a pas d'autre dysostose.

Un cas de thorax en entonnoir avant opération. — M. GARNIER. Présentation de malade.

Tumeur cérébrale à début digestif. — MM. J. HALLÉ et Jean LEREBOULLET rapportent l'observation d'un enfant qui présenta pendant longtemps des troubles digestifs voisins de ceux de l'ulcère de l'estomac — pituites matinales, hématémèses, mélaena — améliorés temporairement par une thérapeutique appropriée. L'apparition ultérieure de troubles cérébraux consistant surtout en somnolence et modifications du caractère fit porter un diagnostic de tumeur cérébrale. L'enfant, passé dans le service de M. Cl. Vincent pour y être opéré, succomba brusquement la veille de l'intervention. A l'autopsie, il s'agissait d'un médulloblastome du IVe ventricule.

A propos du traitement d'une érhythrodermie type Leiner-Moussous rapidement guérie. Rôle de l'entérocoque. — MM. G. BLECHMANN et J. POTELUNE rapportent l'observation d'un nourrisson qui, à deux mois et dix jours, présentait une érythrodermie desquamative avec état général des plus précaires (320 grammes de moins qu'à la naissance). Les changements de régime et les topiques s'étant montrés inefficaces, les auteurs estimèrent, suivant les travaux de H. Montlaur, qu'il s'agissait d'une dermite entérococcique à point de départ fessier et à généralisation secondaire sur un terrain particulièrement réceptif. Ils trouvèrent d'ailleurs l'entérocoque au niveau des lésions cutanées et dans les selles.

L'état général et la dermatose se sont rapidement et parallèlement améliorés sous l'influence d'une triple médication consistant en essai de désensibilisation par des injections de sérum maternel, en modification de la fonction hépato-pancréatique par des injections d'insuline et en modification du milieu intestinal par la vaccination antientérococcique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1930-1931 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 74. ANDRÉANI. — Des limites des indications de l'abaissement prophylactique du pied dans les présentations du siège décomplété. Mode des fesses.

111. ARQUIÉ. — Traitement chirurgical des péritonites puerpérales.

80. ASSAILLY. — Les tumeurs ovariennes dites de Krukenberg.

9. AUCHÉ. — De la néoformation des ganglions lymphatiques.

103. AUDHUY. — Les kystes d'origine dentaire. Diagnostic, traitements. Suite des traitements.

96. BALANS. — Contribution à l'étude des tumeurs basilaires du crâne.

113. BARBOT. — Des ostéomes métatraumatiques paracondyliens internes du fémur.

58. BASTIEN. — Sur la tolérance des projectiles au-dessus de huit ans.

14. BAZIN. — Des rapports des hémiplégies précoces et de l'hypertension artérielle.

42. BEAUCHESNE. — Les formes de début du délire aigu primitif.

44. BERNARD. — Considérations sur le diagnostic d tubercules cérébraux multiples.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, Montpellier, n° 77, p. 1450; Strasbourg, n° 78, p. 1463; Toulouse, n° 82, p. 1532; Nancy, n° 87, p. 1635.

GADUAMINE

EXTRAIT TOTAL OPOTHÉRAPIQUE
DE FOIE FRAIS DE MORUE
AVEC SA VÉSICULE BILIAIRE
VITAMINES A ET D

1
flacon de
GADUAMINE
vaut
3
litres d huile
de foie de morue



ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES RENARD
142 AVENUE DE CLICHY · PARIS (17E)

91. BERNARD-LAPOMMERAYE. — Contribution à l'étude des complications pulmonaires en chirurgie gastrique.
61. BONAVITA. — Contribution à l'étude de l'opération de Muller dans les prolapsus génitaux.
24. BORNEUF. — Les formes pseudo-péritonéales du paludisme.
90. BOUC. — Le diagnostic biologique de la grossesse par les tests animaux.
101. BRUNATI. — Au sujet des hématuries lointaines. Complication rare de la prostatectomie pour adénome.
75. CAILLET. — L'empreinte spermatique.
55. CALS. — Les occlusions intestinales mécaniques après les opérations de cure radicale des cancers du rectum et de la sigmoïde.
81. CAO TRIEN LOI. — De l'hématocolpos par imperforation de l'hymen.
41. CASTEIGT. — Paludisme et diabète.
65. CAUBET. — La névrose de Baudelaire. Essai de critique médico-psychologique.
102. CAUVIN. — Traitement par le radium de l'épithélioma primitif de l'urètre chez la femme.
82. CAZAUX. — Revision de la législation française des eaux minérales et rénovation de nos stations thermales.
17. CHARDRONNET. — Les réactions cutanées dans la gonococcie.
37. CLERC (G.). — Les kystes suppurés de l'ovaire.
64. CLERC (S.). — La folie et le suicide de Gérard de Nerval.
63. CONSTANS. — Des plaies traumatiques de la vulve.
20. COQUIN. — Contribution à l'étude des orchi-épididymites colibacillaires.
25. CORNET. — Hémorragies gastro-intestinales au cours de la lithiase biliaire.
26. DAREYS. — Contribution à l'étude des tumeurs paratesticulaires chez l'enfant.
62. DASTE. — La vaccination pré-opératoire en gynécologie.
94. DÉJEAN. — Le traitement du bubon chancrelleux par la vaccinothérapie spécifique.
13. DELOULAY. — Le sarcome de la prostate.
47. DEMANGE. — Contribution à l'étude de la tuberculose rénale chez le vieillard.
52. DESTRIBATS. — Les fibromes sphacélés de la cavité utérine. Diagnostic et traitement.
53. DESVERNOIS. — Contribution à l'étude des fractures de l'apophyse odontoïde sans symptômes médullaires.
84. DUBOURG. — Recherches expérimentales sur la technique des résections gastro-intestinales.
67. DUQUAIRE. — Le cancer, maladie professionnelle.
54. DUTREY. — Contribution à l'étude des pneumocèles spontanées.
104. EYMARD. — Indications du traitement chirurgical dans les énormes polypes sphacélés de l'utérus.
4. FARAGGI. — Les injections intraveineuses d'hexaméthylène-tétramine dans le traitement des rétentions d'urine postpartum.
8. FAVE. — L'incision de Phocas dans l'appendicectomie de la femme enceinte.
73. FEYTE. — Laryngite tuberculeuse et collapsothérapie pulmonaire.
71. FIMAYER. — Contribution à l'étude des névrites post-sérothérapiques.
107. FLANDRIN. — Le colmatage. Ses indications. Sa valeur thérapeutique.
34. GAST. — Ostéomes des tendons et ligaments articulaires.
117. GAUTIER. — Le problème de la lèpre en France.
49. GILLY. — Le problème chirurgical chez les vieillards. Contribution à l'étude des soins préopératoires.
115. GIROU. — Contribution à l'histoire de la médecine à Bordeaux. L'hôpital Saint-André. La Faculté de médecine et de pharmacie.
108. GOULARD. — Contribution à l'étude des endométriomes de l'utérus.
31. GOUX. — Contribution à l'étude des schwanomes des nerfs périphériques.
114. GRALL. — Les ostéites colibacillaires.
105. GRAS. — Contribution à l'étude des éviscérations postopératoires spontanées.
116. GRIMAUD. — Maurice Rollinat. Etude médico-psychologique. Le poète, le musicien, le malade.
32. GROC. — Les hématomes chez les hémophiles.
66. GUIBERT. — Contribution à l'étude des culicidés de Marrakech.
85. GUYONNET-DUPÉRAT. — Le kyste hydatique de l'orbite.
100. HALTY. — Contribution à l'étude des fibromyomes du col à évolution vaginale.
97. HARGOUS. — La valeur des réactions de Moritz-Weisz et de Petzétakis dans l'appréciation de l'activité des lésions pulmonaires tuberculeuses.
39. HEYRIÈS. — Le coup de chaleur chez le nourrisson.
33. HUBERT. — Traitement des métrites et des métro-annexites par la diathermie.
70. KANY. — Traitement du lupus érythémateux par les sels de bismuth.
43. KIRSCH. — Contribution à l'étude du neuroblastome de la médullo-surrénale.
57. LABEYRIE (Mlle). — Contribution à l'étude des psychoses dans la première enfance.
89. LAGOUBIE. — L'apicolyse avec plombage dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.
3. LARRAUD. — Les différentes techniques de sutures pariétales après hystérectomies.
7. LAVEAU. — Le déterminisme sexuel. Etude synthétique.
23. LE BERRE. — Le traitement du lichen plan de Wilson par l'acétylarsan.
48. LE CARRER. — Les examens fonctionnels dans les néoplasmes du rein chez l'adulte.
69. LE CARS. — L'urticaire pigmentaire.
45. LEGROSDIDIER. — Le cancer primitif du poumon.
87. LE LAIN. — Recherche et localisation des corps étrangers intraoculaires.
93. LEMBEYE. — Cancer du col et annexite (diagnostic et traitement).
59. LEPAGE. — Les hémangiomes primitifs des muscles striés.
78. LESPARRE (Mlle). — Etude du calcium dans le liquide céphalo-rachidien.
86. L'HUILLIER. — La césarienne basse à la clinique d'accouchements de Bordeaux de 1926 à 1930.
30. LIMOUSIN. — La gangrène du bout inférieur et la cellulite pelvienne dans l'opération de Hartmann pour cancer du rectum.
2. LYN VAN. — De la bilatéralité dans la tuberculose génitale chez l'homme.
1. MALOUINES. — Contribution à l'étude de la tuberculose surrénale chez les malades chirurgicaux.
36. MARÉCHAL. — Contribution à l'étude des chondromes du bassin.
29. MARGAT. — Développement des parois artérielles.
38. MARTIN (Ch.). — De la coexistence des accidents syphilitiques du type secondaire et du type tertiaire.
109. MARTIN (L.). — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme.
112. MARTINAUD. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire.
60. MERCIER. — La résection de l'épaule dans la scapulalgie.
21. MINEC. — Contribution à l'étude de la thyroïdectomie dans les syndromes d'hyperthyroïdie.

92. MONDIN. — La ménopause.
56. MONFORT. — Classification actuelle des tumeurs du sein.
106. MONGLOND. — Le syndrome de la fente sphénoïdale.
40. MONGRAND. — Abcès du poumon et émétine.
77. MOULINARD. — L'amygdalectomie totale par le procédé de Sluder-Ballenger.
19. NATALI. — L'ostéomyélite traumatique fermée.
72. OUARY. — Contribution à l'étude de la coxalgie cotyloïdienne.
10. PAN. — La réinfection syphilitique et en particulier la réinfection en cours de traitement.
27. PELLETIER. — Les éclampsies tardives.
46. PERRO. — De l'emploi des solutions salées hypertoniques en injections intraveineuses dans le traitement de l'occlusion intestinale.
5. PHILIBERT. — La torsion du cordon spermatique.
118. PICARD. — La flore microbienne postmortem du tube digestif du fœtus et de l'enfant nouveau-né.
18. PICHON. — La valeur séméiologique de certains examens du sang en gynécologie.
88. PIGEANNE. — Contribution à l'étude de la phrénicectomie considérée comme un moyen de traitement dans la tuberculose pulmonaire.
110. PITOUS. — Les suites éloignées des hémorragies méningées du nourrisson après le traitement par la ponction lombaire précoce et répétée.
12. PLAZY. — La parapsychose poétique.
83. POURCELET. — Le cancer de la grande courbure de l'estomac.
16. PROVOST. — Médecine et notion du « Moi ». Le « Moi » barrésien.
98. REBOUL. — Le traitement curiethérapique des épithéliomas du plancher buccal.
76. REVAULT. — Contribution à l'étude du traitement des fistules congénitales du cou.
79. RIBO. — Nudisme.
11. RIGAUD. — Recherches anatomiques sur la crosse de l'aorte chez l'homme adulte.
50. ROBINI. — Des nævo-carcinomes et de leur différence d'évolution.
22. ROPARS. — Rétention chlorurée sans urémie.
35. ROSMORDUC. — Perforation des ulcères gastro-duodénaux au cours et du fait des contusions de l'abdomen.
6. SIEGFRIED. — Le meurtre par pitié.
51. SOULAGE. — Contribution à l'étude d'une organisation de donneurs de sang à la clinique de gynécologie de Bordeaux.
63. TERRAMORSI. — La vie et la mort des clochards.
99. TRAISSAC. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie régionale par la porte d'entrée en gynécologie.
15. VAICHÈRE. — Dostoïevski au regard de la médecine.
95. VALETTE (Mlle). — Les dispositifs vaso-sensoriels spécialisés chez quelques mammifères.
28. VRIGNAUD. — Les arsénicaux pentavalents et, en particulier, l'arsaminol dans le traitement de la syphilis.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 209. NGO NHON TRONG. — Le traitement des pyélonéphrites par la sérothérapie anticolibacillaire de Vincent.

208. WEICHSELBAUM. — Sur le traitement des pyélonéphrites à staphylocoques par les injections intraveineuses de gonacrine.

Manifestations pleuro-pulmonaires et thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu. Médication salicylée, par C. CAUSSADE, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, et A. TARDIEU, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine de Paris. In-8 de 48 pages avec graphiques dans le texte. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

INFORMATIONS

(SUITE)

PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Adémie des scienees vient d'attribuer les arrérages de la fondation Roy-Vaucouloux (6.000 fr.) à M. Antoine Lacassagne, sous-directeur de laboratoire à l'Institut du radium, pour ses travaux sur l'action des radiations sur les tissus sains et les tissus cancéreux.

AVIS DE CONCOURS. — *Ouverture d'un concours pour la nomination d'internes en médecine à l'hospice départemental Paul-Brousse, 14, avenue des Ecoles, à Villejuif (Seine) et au Centre anticancéreux de la banlieue parisienne, annexé à cet établissement.* — Un concours pour la nomination de trois internes en médecine à l'hospice Paul-Brousse et éventuellement la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul-Brousse et au Centre anticancéreux, s'ouvrira le lundi 1er février 1932.

Pourront prendre part au concours : 1° Les élèves externes des hôpitaux de Paris ; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de vingt-sept ans révolus au 1er mars de l'année 1932. Toutefois, cette limite d'âge sera prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étrangers seront admis à concourir dans les conditions suivantes :

Au cas où ils obtiendraient un nombre de points au moins égal à celui obtenu par le dernier candidat français admis par le jury, ils seraient classés en surnombre.

Ils ne recevront pas de traitement, mais seront nourris toute la journée les jours de garde et au repas de midi les autres jours.

Ils seront soumis au point de vue du service aux mêmes obligations que leurs collègues de nationalité française.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes : 1° expédition de l'acte de naissance ; 2° extrait du casier judiciaire ; 3° certificat de revaccination ; 4° certificat du directeur général de l'administration générale de l'Assistance publique, attestant que l'intéressé est interne des hôpitaux, ou certificat de dix inscriptions de doctorat prises dans une Faculté ou une Ecole de médecine de l'Etat.

Le certificat du directeur général de l'administration générale de l'Assistance publique ou celui du doyen de la Faculté ou du directeur de l'Ecole de médecine devra indiquer que le candidat n'a pas subi de peine disciplinaire grave.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, Service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe Lobau, escalier A, 2e étage, pièce 227, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du lundi 4 janvier au mardi 19 janvier inclus.

Toute demande déposée ou parvenue après la clôture de la liste d'inscription ne sera pas admise.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le préfet de la Seine.

Les candidats seront convoqués par lettre recommandée.

Néanmoins, l'administration décline toute responsabilité pour toute convocation qui ne parviendrait pas.

Tous renseignements concernant la nature des épreuves du concours et la situation des internes de l'hospice Paul-Brousse sont, dès à présent, fournis en s'adressant au Service de l'Assistance départementale.

Epreuves du concours. — 1° Une épreuve écrite de quatre heures sur : *a.* l'anatomie, l'histologie et la physiologie ; *b.* la pathologie interne ; *c.* la pathologie externe ; 30 points. Elle

pourra être éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places vacantes ;

2° Une épreuve orale de cinq minutes sur une question de pathologie interne ou de pathologie externe (20 points) ;

3° Une épreuve clinique consistant en un examen de malade et une épreuve pratique de laboratoire (20 points pour ces deux épreuves).

L'ARMÉE MODERNE. — On annonce sous ce titre une publication nouvelle, dont le premier numéro paraitra le 15 décembre. Bi-mensuelle et illustrée, elle offrira, avec une brillante collaboration, le double caractère d'un organe parfaitement informé et à la portée de tous. Elle vient à un moment où la sûreté intérieure comme la sûreté des frontières préoccupent tous les esprits. L'armée étant de plus en plus la nation entière, pacifique, mais prête à se défendre, aucun Français réfléchi, militaire ou civil, ne pourra se désintéresser d'une telle œuvre.

Ajoutons que la rédaction en chef est confiée à M. Paluel-Marmont, qui est non seulement un écrivain de talent, mais encore un spécialiste éprouvé des questions militaires.

COURS PRATIQUE SUR LES PROGRÈS DE L'ACTINOLOGIE. — Ce cours aura lieu à l'Institut d'actinologie (œuvre reconnue d'utilité publique), 6, passage Dombasle), (Métro : Convention) à 18 h., les lundis, mercredis, vendredis du 7 au 18 décembre 1931, avec le programme suivant :

M. Saïdman : Les progrès de l'appareillage ultraviolet et infrarouge (7 décembre); — Les nouvelles techniques d'irradiation; leurs indications et contre-indications; mesure pratique de la sensibilité; interprétation des tests (9 décembre).

M. J. Meyer : Où en sont les indications de l'actinothérapie en dermatologie (11 décembre).

MM. Lautman et Saïdman : Les ultraviolets en pédiâtrie; — Etat actuel des indications médicales et chirurgicales de l'actinothérapie (14 décembre).

MM. Auzimour, Dufougère et Mlle Palisse : L'actinothérapie en oto-rhino-laryngologie, stomatologie et gynécologie (16 décembre).

M. J. Meyer : Associations de l'actinothérapie avec la radiothérapie, la diathermie, les ondes courtes et la petite chirurgie (18 décembre).

Ce cours sera accompagné des travaux pratiques suivants : application d'un test, lecture de la sensibilité cutanée et choix des doses, application d'actinocautère, prescription de la révulsion actinique; ces travaux auront lieu de 5 à 6 h. sous la direction de MM. Saïdman, Meyer, Nicolle, Delfraissy.

Le droit d'inscription est de 180 fr. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE. — CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE EN 1932. — Président : professeur Ombrédanne; secrétaire général : docteur Jean Hutinel; trésorier : docteur Marcel Fèvre.

Les sujets des rapports sont les suivants :

1. *La pathologie du diverticule de Meckel.* — Rapporteurs : MM. Fèvre et Semelaigne.

2. *Les répercussions médicales liées aux variations météorologiques, saisonnières et climatiques.* — Rapporteurs : MM. Mouriquand, P. Woringer et Armand-Delille.

3. *Les virus filtrants tuberculeux en pathologie infantile.* — Rapporteur : M. G. Paisseau.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fortuné Mazel, ancien président de la Société de médecine du Gard, ancien président de l'Académie de Nîmes.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

RÉTENTION PLACENTAIRE DANS L'AVORTEMENT
SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

La complication la plus grave de l'avortement, en dehors des lésions directes de l'avortement provoqué. Elle est en cause dans ses deux grands accidents :

— Hémorragies ;
— Infection.

ETIOLOGIE

1. Rare avant trois mois dans l'**avortement en un temps**, car il n'y a alors que rétention globale de l'œuf mort, puis expulsion en bloc.

2. Surtout dans l'**avortement de trois mois** et plus, car alors il se fait *en deux temps* :

— *Temps fœtal*, facile.
— *Temps placentaire*, difficile, à cause du volume, des adhérences, des faibles contractions utérines.

Dans la règle, **rétention totale** qui s'annonce par l'*hémorragie*, qui se complique presque fatalement d'*infection*.

SYMPTOMES

Signes fonctionnels. — Variables. La femme vient consulter :

1. Pour des *douleurs* dans le bas-ventre ;
2. Pour des *pertes sanguines* : c'est le signe essentiel,
— Soit petites, répétées, n'altérant pas l'état général ;
— Soit graves, abondantes, continues. D'où :

Signes généraux. — Deux types :

1. L'hémorragiée : femme saignée à blanc, pâle, syncopante, avec pouls filant, extrémités froides ; il faut vider l'utérus d'urgence.
2. Au contraire, état général conservé ou peu altéré.

Examen. — 1° Préciser par l'*interrogatoire* :

— La date des dernières règles, leur abondance : mettre en évidence le *retard* souvent difficilement avoué ;
— L'existence ou non de signes sympathiques de grossesse ;
— La date du début de l'hémorragie, ses caractères : présence de caillots, de débris ovulaires ;
— L'existence ou non de fièvre (38°-38°5).

2° Par l'*examen physique* apprécier :

— La souplesse, l'indolence de l'abdomen ;
— Surtout au *toucher vaginal* : l'augmentation de volume de l'utérus, mais le *col est mou*, souvent *béant*, encombré de caillots, ou au moins entr'ouvert.

ÉVOLUTION

Si l'on n'intervient pas, deux modalités :

A. **Evolution non compliquée**. — La plus rare.
— L'hémorragie se tarit après expulsion de débris placentaires ;
— La température tombe ;
— Le col se ferme.

B. **Evolution compliquée**. — 1° Soit *hémorragies* :
— Rapide, grave, continue, parfois mortelle ;
— Continue, anémiante ou à reprises.

2° Mais surtout, à plus ou moins brève échéance, *infection*. Se traduit essentiellement par l'**endométrite**.

La *rétention septique* s'annonce par :

— Douleurs, pertes fétides ;
— Fièvre ;
— Localement corps gros ; col entr'ouvert ; *douleur dans un cul-de-sac* qui dénote une infection propagée.

Si l'évolution se poursuit :

COMPLICATIONS

a. **Complications locales**. — L'infection se limite ; pronostic relativement bon :

— *Infection péri-utérine* très fréquente, réalisant une *pelvi-péritonite*, rarement une péritonite généralisée ou des *phlegmons péri-utérins* (du ligament large).
— *Pyosalpinx* d'apparition rapide, unilatéral, se fissurant très souvent.
— *Phlébites pelviennes* avec leur conclusion : la *phlegmatia alba dolens*, leur grande complication : l'*embolie*, et une forme infectante qui fait la transition avec :

b. **Complications générales**. — L'infection se propage (après phlébite, par exemple) ou ne se limite pas, et d'emblée on peut voir :

Septicémies, septicopyohémies, endocardites à streptocoques, d'une extrême gravité.

FORMES CLINIQUES

Rétention latente. — Fréquente dans les premières semaines ; hémorragies peu abondantes, mais de longue durée, signes infectieux légers ; donne souvent des *séquelles* définitives (rétroversion, endométrite, annexite).

Rétention partielle rare, mais peut aboutir au polype placentaire ou au déciduome bénin.

DIAGNOSTIC

1. Reconnaître l'avortement : on sait la difficulté du diagnostic avec les *grossesses anormales* :

— *Grossesse extra-utérine* surtout, se compliquant d'hématocèle.
Mais alors existe un épanchement du Douglas.
— Accessoirement, *rétroversion d'utérus gravide* ou *grossesse angulaire*.

2. Reconnaître la rétention placentaire : L'œuf est-il expulsé, l'avortement est-il effectué ? Diagnostic utile lorsque le curettage n'est pas urgent, mais très difficile. Se baser sur :

— Volume de l'utérus ;
— Etat du col ;
— Et, avec réserves, l'interrogatoire.

TRAITEMENT

Un seul : **vider l'utérus**.
Le curettage s'impose d'*urgence* lorsque :

— Hémorragie importante ;
— Menace de rétention septique ;
— *Pouls* au-dessus de 100.

On dispose de deux procédés :

— Curettage instrumental ;
— Curage digital : le moins aveugle, le moins traumatisant ; à préférer si utérus infecté.

Toujours bien explorer les *cornes utérines*.
Faire suivre d'une injection antiseptique intra-utérine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 95. — SAMEDI 28 NOVEMBRE 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 28 NOVEMBRE 1931. — N° 95.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-81

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax bilatéral, par MM. J. Mattei et H. J. Jasienski.
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE. (Suite. Compte rendu, par M. J. Huber.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société de chirurgie.
Société de biologie.
CHRONIQUE
La leçon inaugurale du professeur Laignel-Lavastine, par M. F. L. S.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Fédération des syndicats médicaux de la Seine.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve supplémentaire.* — Séance du 23 novembre. — MM. Béal, 28; Fleury, 29; Cabrol, 28.

M. Fleury, classé premier, est proposé à la nomination de M. le Directeur général.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 21 novembre. — Questions données : « Perforation des ulcères gastro-duodénaux. — Accidents de la sérothérapie (sans la pathogénie). »

MM. Olivier, 20; Pointud, 16; Delort, 18; Stewart, 19; Minc, 18; Demartial, 20; Dubois, 18; Klotz, 25; Simon, 16; Morax, 23.

Séance du 23 novembre. — Questions données : « Diagnostic des anuries. — Formes cliniques de l'insuffisance aortique. »

MM. Porge, 17 1/2; Pierra, 19; Lafon, 18; Mlle Gagneur, 18; MM. Pécher, 20; Terver, 22; Bensaude, 24 1/2; Brocard, 19; Delorme, 24; Vidart, 17.

— RÉPARTITION DANS LES SERVICES HOSPITALIERS, DE MM. LES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES EN MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1932. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1932, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 5 janvier 1932) : internes entrant effectivement dans leur 2e, 3e et 4e année d'exercice, le samedi 19 décembre 1931, à 14 h. 30; internes de 1re année, savoir : internes des promotions 1929 et 1930 dont le congé pour service militaire expire le 5 janvier 1932; internes de la promotion 1931 et externes en premier, le lundi 21 décembre 1931, à 14 h. 30.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 janvier 1932) : ceux de 6e et 5e année (externes ayant concouru en 1926 et 1927), le lundi 4 janvier 1932, à 14 h. 30; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1928), le mardi 5 janvier 1932, à 14 h. 30; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1929), le mercredi 6 janvier 1932, à 14 h. 30; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1930), le vendredi 8 janvier 1932, à 14 h. 15; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1931), le lundi 11 janvier 1932, à 14 h.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dan l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Marius Carle, chef du Service sanitaire de la ville de Lyon.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bertrand, à Lignières (Cher) ; Fleurot, à Précy-sur-Thyl (Côte-d'Or).

HOMMAGE AU DOCTEUR ALBERT MOUCHET. — A l'occasion de sa retraite les élèves et amis d'Albert Mouchet lui offrent une médaille dont l'exécution est confiée à M. Charles Pillet, grand prix de Rome.

Toute souscription de 100 fr. donne droit à un exemplaire de la médaille.

Adresser les souscriptions à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

CENTENAIRE DE LA NAISSANCE DE FÉLIX GUYON. — Le Centenaire de la naissance de Félix Guyon sera fêté à la

Clinique d'urologie de l'hôpital Necker, le mercredi 9 décembre 1931, à 10 h. 15, sous la présidence du professeur Balthazard, doyen de la Faculté.

— L'Académie de médecine, au cours de sa séance annuelle le mardi 8 décembre, célébrera aussi l'anniversaire de Guyon, dont l'éloge sera prononcé par M. le professeur Legueu.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année quatre prix : 1° Prix de chirurgie générale (prix Dartigues) ; 2° Prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin); 3° Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor-Pauchet); 4° Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet).

Chaque prix est de 1.000 fr.

Les travaux, originaux et inédits, doivent être adressés au secrétaire général de la Société, docteur Charles Buizard, 3, rue de la Trémoille, Paris (VIIIe) avant le 31 décembre, au moins en deux exemplaires et de préférence en cinq, dactylographiés ou imprimés.

(Voir la suite des « Informations », p. 1777.)

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

M. le professeur Laignel-Lavastine vient de prendre possession de la chaire d'histoire de la médecine dans laquelle il succède au professeur Ménétrier.

L'amphithéâtre est comble. Voici dans l'hémicycle, notés au hasard des entrées, MM. Béclère, de Lapersonne, Brumpt, Harvier, Charles Fiessinger, le médecin général inspecteur Sieur, le professeur Tricot-Royer (d'Anvers) actuellement président de la Société internationale d'histoire de la médecine, MM. Strauss, Robert Proust, Lian, M. le professeur Chauffard, M. Hervé, de l'Ecole d'anthropologie, MM. Basset, Félix Terrien, Claisse, Rathery, André Petit, Lévy-Valensi, Guillain, Villaret, Nobécourt, Babinski, Pierre Bazy, Legendre, Clerc, A. Schwartz, Lardennois, J.-L. Faure, Roussy, Ménétrier, Noël Fiessinger, Guéniot, Lemaître, Gougerot, Carnot, F. Bezançon... De nombreuses dames entourent Mme Laignel-Lavastine, mère de notre ami.

Sur les gradins, j'aperçois encore René Gaultier, Raoul Labbé, Dartigues, Gautrelet, de Langenhagen, Crouzon...

Le doyen, précédé du massier, fait son entrée accompagné du nouveau professeur et du cortège des professeurs et des agrégés en robe : MM. Léon Bernard, Legueu, Lereboullet, Sergent, Roussy, Desgrez, Marcel Labbé, Chevassu, Charles Richet fils.

Dans sa présentation aux étudiants, M. le doyen fait un magnifique éloge de M. Ménétrier qui a consacré quarante-deux années à l'enseignement.

Pathologiste et anatomo-pathologiste, historien, président de la Société d'histoire de la médecine, son œuvre est considérable, l'Académie l'a honoré en l'élevant à sa présidence et ce geste fait mieux ressortir la carence des pouvoirs publics à son égard. M. Ménétrier, après une splendide carrière universitaire, est toujours chevalier de la Légion d'honneur. Nous pourrions ajouter que deux de ses collègues ne sont pas encore décorés et cela justifie bien le mot de « carence » prononcé par le doyen.

M. Balthazard salue le nouvel élu. En le choisissant, la Faculté a bien entendu marquer qu'elle stabilise la chaire de la médecine. Nul n'était plus digne que Laignel-Lvastine d'occuper définitivement cette chaire.

Médecin avant tout, neurologiste, « explorateur », si j'ose employer ce terme, des fonctions et des troubles du grand sympathique, Laignel-Lavastine s'est attaché depuis longtemps à ces questions d'histoire de la médecine, il sait les rendre attachantes, et sa brillante leçon inaugurale l'atteste.

Au milieu d'une très belle ovation, Laignel-Lavastine prend à son tour la parole.

Il remercie le doyen, et exprime sa gratitude à ses collègues, en particulier à MM. Desgrez et Léon Bernard, qui lui ont ouvert les portes de la Faculté.

Avec une émotion que partagent tous ses amis, il adresse un souvenir à ceux qui ne sont plus : sa femme et son fils, qui était l'épanouissement de quatre générations médicales, dans lesquelles on trouve les noms respectés de Reynier, de Hérard, de Louis Bidault (interne én 1842), et en remontant plus loin, celui du célèbre oculiste Daviel.

Le nouveau professeur dit ensuite sa gratitude à ses maîtres, à M. Babinski, l'illustre neurologiste « dont le nom est synonyme de science et de conscience » et à qui l'assemblée fait une ovation prolongée. Puis il dit sa reconnaissance à ses maîtres présents : MM. Béclère et André Petit, à ceux qui ne sont plus : les professeurs Raymond, Landouzy, Gilbert Ballet, à son maître le chirurgien Paul Reynier, qui lui donna sa fille, à ses amis F. Bezançon, Jolly, G. Dumas, Marcel Labbé, au médecin général inspecteur Sieur.

La leçon débute par un historique complet de cette chaire où les noms de Gilbert Ballet, Chauffard et Ménétrier brillent d'un particulier éclat. M. Laignel-Lavastine traite ensuite de l'*humanisme médical*.

Et dans une étincelante causerie où il passe de Rabelais à Laennec, de Duhamel à J.-Louis Faure, le nouveau professeur donne un avant-goût de ce que sera son enseignement. Il en ressort que le professeur d'histoire de la médecine jouera auprès des étudiants le rôle du professeur principal dans les études secondaires, il sera le conseiller, le tuteur, si l'on peut ainsi s'exprimer. Mais il n'enseignera pas seulement les traditions et les données philosophiques que l'on peut en tirer, il donnera à ses élèves des conseils pratiques dans lesquels l'étude de la bibliographie, si importante et si négligée, sera parfaitement mise au point.

Le professeur d'histoire de la médecine ne pouvait quitter le grand amphithéâtre sans en retracer l'histoire déjà ancienne et non moins glorieuse. Et ce fut une splendide péroraison qui fait bien augurer de l'enseignement de notre vieil ami.

F. L. S.

INFORMATIONS

(SUITE)

CONSEIL SUPÉRIEUR DU CINÉMATOGRAPHE. — Sont nommés pour trois ans, membres du conseil, MM. d'Arsonval et Louis Lumière, membres de l'Institut, M. le docteur Commandon.

CROISIÈRE DE LA REVUE GÉNÉRALE DES SCIENCES. — La *Revue générale des sciences*, qui la première a organisé des croisières scientifiques et dont l'exemple a été suivi en France et à l'étranger, désirant étendre dans le monde médical le bénéfice et les avantages de ces voyages, a obtenu le patronage de l'Association de la Presse médicale française et elle rappelle que les renseignements concernant ces croisières sont donnés, et les inscriptions reçues, à la fois :

Aux bureaux de la *Revue générale des sciences* (MM. Doin et Cie, 8, place de l'Odéon) ;

A l'Association de la Presse médicale française (secrétariat général, 23, rue du Cherche-Midi. Téléphone : Littré 14-61) ;

Chez M. Olivier, directeur des croisières de la *Revue générale des sciences*, 28, quai de Passy. (Téléphone : Jasmin 31-42).

Le programme des croisières de 1932 paraîtra sous peu et sera communiqué aussitôt aux journaux par le Service de l'Association de la Presse médicale française.

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Saint-Denis.

Le traitement alloué est fixé à 21.728 fr. par an, avec avancement biennal, en six classes, jusqu'à 28.712 fr., avec droit de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 22 nov. 1931.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lucien Hennon (de Pontchartrain), Henri Verneuil, ancien président de la Société belge de chirurgie, directeur du Service médical du personnel des hospices de Bruxelles ; Auguste Ledoux (de Marche, Belgique).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 1er décembre. — Jury : MM. J.-L. Faure, président ; Guillain, Nobécourt, Vaudescal. — M. DELOMBIERRE. De la sympathectomie péri-artérielle par agent chimique. — M. SAINT-PIERRE. Contribution à l'étude de la ligamentopexie (procédé de Dolorio-Beck-Richelot.) — M. FANGÈRE, A propos de quelques cas de séquelles neurologiques tardives chez des traumatisés cranio-cérébraux. — M. GRÉGOIRE. Etude des arthropathies des hémiplégiques. Rôle des troubles sympathiques dans leur pathogénie. — Mme CHARLE-CHAMPDEMERLE. Contribution à l'étude des facteurs de la croissance.

(Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Champy, président ; Rathery, Lesbouyries, Maignon, Panisset, Vergé. — M. RENOULT. Hyperpituitarisme expérimental chez la poule. — M. DESPLANQUES. L'anaphylaxie sérique et l'anaphylaxie tissulaire.

Mercredi 2 décembre. — Jury : MM. Baudouin, président ; Léon Bernard, Gosset, Debré. — M. GROSPERRIN. Les manifestations hypertoniques consécutives à l'asphyxie oxycarbonée aiguë. — M. POLICZANSKI. Tuberculose pulmonaire, grossesse et cure sanatoriale. — M. BEVALOT. La transfusion sanguine dans les hémorragies du tube digestif.

REVUE GÉNÉRALE

LES PERFORATIONS PLEURO-PULMONAIRES AU COURS DU PNEUMOTHORAX BILATÉRAL

Par MM. J. MATTEI et H. J. JASIENSKI.

Le pneumothorax thérapeutique unilatéral ayant donné ses preuves dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, le pneumothorax bilatéral devait faire obligatoirement son apparition, et Forlanini déjà l'avait entrevu et expérimenté (1). Maragliano, en 1913, Faguioli en 1914, avaient fait connaître les résultats de leurs interventions, mais leurs tentatives étaient assez peu encourageantes.

En mai 1923, Ameuille (2) présentait en France les premières observations de pneumothorax réalisés sur le second poumon « avant l'abandon complet du premier pneumothorax ». Mais déjà, avant même d'avoir eu connaissance de ces faits, Bernou fit vers cette époque son premier pneumothorax bilatéral pour traiter une bilatérisation. Ces publications précédèrent celles de MM. Bezançon et Jacquelin (3) qui, en septembre 1924, remirent la question à l'ordre du jour en publiant trois cas de pneumothorax bilatéraux partiels. Rist et ses élèves Coulaud et Chabaud, à leur tour, présentèrent leurs observations (4). Terrasse y consacra, en 1928, sa thèse inaugurale (5) dont nous ne saurions trop conseiller la lecture. en rapportant 19 cas de pneumothorax bilatéraux traités par Tobé et lui-même. Tout récemment, une nouvelle et remarquable statistique de 116 cas, vient d'être publiée par Coulaud (6). Nous insistons particulièrement sur ces travaux dont l'importance paraît considérable dans les problèmes que soulève l'application du pneumothorax bilatéral. Notons que dans les cas de Tobé et Terrasse et dans ceux de Coulaud, les malades ont été traités et suivis par le même médecin et non pas soumis à des insufflations variables quant au lieu de l'opération, à la technique et à l'opérateur. Dans la première statistique de 19 cas, il s'agit de malades de sanatorium, soumis à la cure d'altitude ; dans la seconde, de 116 cas, ce sont au contraire des malades de ville.

On peut dire que c'est par la mise en œuvre du pneumothorax bilatéral que les phtisiologues reconnurent enfin la grande fréquence des perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax. En effet, si nous rappelons l'historique de cette question, nous voyons que pendant longtemps les spécialistes du pneumothorax (Forlanini, Léon Bernard, Dumarest, Burnand), ne soupçonnèrent que les perforations pleuro-pulmonaires larges et les pneumothorax à « soupape » rapidement suffocants qu'ils considéraient comme des complications très graves, mais heureusement rares. En juillet 1913, Bard (7), dans un mémoire fondamental, s'éleva contre ces données, et le premier supposa la grande fréquence des perforations pleurales au cours du Forlanini. Bard apportait à l'appui de son hypothèse une observation très convaincante de perforation dite « à soupape », mais la généralisation qu'il en fit ne put être admise, car l'épreuve qu'il imagina d'après Weil (1880) pour en faire la démonstration et connue depuis sous le nom de signe de Bard, était notoirement insuffisante pour révéler le plus grand nombre de ces fissures pleuro-pulmonaires.

Pour Bard, les perforations pulmonaires bénignes s'observeraient très souvent dans les premières semaines du pneumothorax et seraient dues soit à des ruptures d'adhérence, soit à la rupture de petites vésicules d'emphysème de la partie saine. Il s'agirait, dans ces cas, de communication pleuro-pulmonaire passagère expliquant la richesse en bacilles de Koch des épanchements liquidiens qui se produisent si fréquemment dans les premières semaines de la cure collapsothérapique.

Les critiques de ce mémoire, d'apparence si paradoxale, vinrent de Léon Bernard (8), de Dumarest, Parodi et Lelong (9), de Burnand (10) et de son élève Rossel (11).

En juillet 1924, Bernou (12) attire l'attention sur les fissures de la plèvre à symptomatologie fruste, transitoires ou à manifestations intermittentes. Ces fissures se révèlent au cours d'oléo-thorax par la présence accidentelle de quelques crachats huileux ou plus souvent seulement par de fines gouttes d'huile surnageant dans le crachoir, ou bien par le seul goût de goménol accusé par le malade. Bernou signale que ni les épreuves de Bard ou de Dumarest imaginées pour la recherche des perforations de la plèvre, ni les résultats des analyses du gaz contenu dans la cavité pleurale (Ewald, von Muralt), ni l'injection dans l'épanchement du contenu d'une ampoule de bleu de méthylène, ne sont toujours suffisants à faire découvrir ces fissures transitoires ou, surtout, à démontrer leur absence. Mais c'est la pratique du pneumothorax double simultané, qui remet à l'ordre du jour la question des perforations pleuro-pulmonaires à symptomatologie fruste. En mars 1926, Burnand (13) « jette un cri d'alarme » en montrant l'extrême fréquence de ces perforations dont l'existence est prouvée par de nombreux accidents dans la collapsothérapie bilatérale.

En mai 1926, dans un magistral mémoire, Léon Bernard, Coste et Valtis (14) présentent une revue critique de la question et concilient — en les expliquant — les opinions d'apparence si diverses des précédents auteurs.

*
* *

La perforation pleuro-pulmonaire est incontestablement la complication la plus redoutée du pneumothorax bilatéral. En effet, comme le fait remarquer Dumarest (15), « le sujet porteur d'un pneumothorax double se trouve en équilibre respiratoire fragile, même dans les meilleures conditions d'électivité ». « Qu'une diminution brusque de la capacité respiratoire vienne à se produire et nous verrons se manifester brutalement le syndrome de l'anoxyhémie aiguë. »

Rubinstein (16) écrit que l'on trouve suivant certains auteurs un pourcentage de 40 à 50 p. 100 de perforations pleuro-pulmonaires dans la pratique

du pneumothorax bilatéral. Malheureusement, cette affirmation n'est pas appuyée de références. Burnand a donné, en 1926, le chiffre plus modeste mais déjà important de 21 p. 100 d'après les observations collationnées par Chabaud dans sa thèse et venant de Rist, Coulaud, Ameuille, Destres, Denéchau, Amsler. Les 116 cas de Coulaud comportent, sur 67 observations de pneumothorax bilatéral et successif, 10 cas de perforations, et sur 49 observations de pneumothorax bilatéral et simultané, 11 cas de perforations, soit au total 21 perforations. Remarquons, par contre, que lorsque Terrasse rapporta ses 19 cas, chose notable, il n'avait encore enregistré aucune perforation.

On peut admettre que le pourcentage de 20 p. 100 signalé par Burnand et tel qu'il apparaît à la lecture du travail de Coulaud peut et doit être modifié dans les années à suivre, puisqu'il s'agit fréquemment de perforations traumatiques. En effet, la perforation pleuro-pulmonaire du pneumothorax bilatéral est souvent un accident des premières insufflations et lié à une piqûre du poumon par le trocart ou l'aiguille de l'opérateur. Terrasse a relevé dans la communication de Burnand à la Société médicale des hôpitaux de Paris, des textes d'observations qui ne laissent aucun doute à cet égard. Chez deux malades l'opérateur « a l'impression d'avoir blessé la plèvre viscérale » (obs. I et II). Nous avons relevé des faits analogues dans le travail considérable de Coulaud; par exemple, dans l'observation XXXII, au cours de la seconde insufflation, cet auteur signale une perforation traumatique du poumon.

Dans certains cas, l'étiologie de la perforation est plus délicate à préciser, surtout lorsque manque le contrôle nécropsique. Il peut s'agir ainsi de ruptures d'adhérences, comme dans l'obs. XXVII de Coulaud où l'autopsie permit de vérifier le mécanisme de la perforation. Mais en outre, il est indéniable que l'évolution de la tuberculose pulmonaire dans le poumon collabé est à l'origine de nombreuses perforations. Il s'agit essentiellement de ces « poussées évolutives tuberculeuses dans le moignon pulmonaire collabé par le pneumothorax thérapeutique » si bien décrites dans la thèse de notre regretté confrère, le docteur Bouessée (17), et dont la fréquence est sans doute encore plus grande que ne le signalait cet auteur.

Ainsi, la pratique du pneumothorax bilatéral n'expose pas simplement le malade à un pourcentage double de perforations en raison de la double bulle d'air, mais comme nous venons de le voir à un nombre beaucoup plus considérable de chances du fissures pleuro-pulmonaires. Indépendamment de tout autre facteur, la tuberculose des deux poumons a un pronostic plus grave. Par ailleurs, d'après Chabaud, Burnand, Bouessée, les localisations pleuro-corticales seraient très fréquentes dans le second poumon, multipliant ainsi les chances de fissure en raison de probabilités d'évolution cortico-pleurales plus nombreuses. Dans ces cas, on peut observer des perforations tantôt précoces, tantôt tardives.

Par ailleurs, on doit s'efforcer d'obtenir un collapsus très électif des deux poumons, avec simplement rétraction des parties malades, l'observation de pneumothorax double total présentée par Coulaud étant exceptionnelle. Cette électivité de rétraction amenant les parties saines du poumon près de la paroi favorise au plus haut degré les piqûres accidentelles. Chabaud, Julien, conseillent bien de créer d'emblée un collapsus très poussé, mais cette pratique qui n'est pas toujours accessible ne nous paraît pas à recommander.

On comprend aisément l'importance que prend alors pour la pratique de la collapsothérapie bilatérale l'examen radioscopique avant et après chaque insufflation avec notation soigneuse des pressions. Ces précautions observées éviteront bien des déboires et c'est ainsi que Triboulet, dans le service du Professeur Léon Bernard, ne signale pas de perforations sur les 40 derniers pneumothorax bilatéraux en cours de traitement.

Le tableau de ces perforations du pneumothorax bilatéral est toujours dramatique. Souvent après une des premières insufflations, parfois la première comme dans l'observation de Dumarest et Bonafe et comme chez une petite malade de Cardis, le malade commence à se sentir oppressé; très rapidement la dyspnée augmente, allant vers les sensations d'étouffement et de mort imminente. « Le visage se cyanose, se couvre de sueurs, le malade est en proie à une angoisse extrême » (Dumarest). Le diagnostic ne se discute même pas. Il n'est que de recourir d'extrême urgence au traitement approprié, si l'on ne veut pas voir le malade succomber rapidement avec un syndrome d'anoxémie aiguë.

Chez d'autres malades, la perforation produite par l'aiguille se produisant en tissu sain ne donne pas ce syndrome à grand fracas. Une dyspnée passagère, l'apparition de liquide soulignent seules la faute opératoire. A titre d'exemple, nous résumerons brièvement une opération typique, publiée dans la thèse de l'un de nous (18).

M. F. C..., pneumothorax droit en décembre 1928. Pneumothorax gauche en décembre 1930. Le collapsus est très électif et les insufflations qui se font hautes dans l'aisselle sont très délicates.

Le 20 mars 1931, malgré toutes les précautions prises, on blesse le parenchyme pulmonaire. Le lendemain, le malade est un peu oppressé. La température qui était normale jusque-là devient subfébrile, puis fébrile. Une pleurésie ne tarde pas à apparaître. Lentement, tout rentre dans l'ordre, le liquide reste à trois travers de doigts au-dessus de la coupole diaphragmatique, puis disparaît. La température s'abaisse.

En juin, l'état général et l'état du collapsus bilatéral sont très satisfaisants, pas de bacilles de Koch, à l'homogénisation.

En octobre 1931, excellent état général. Le malade habite en banlieue de Paris et a recommencé un travail modéré sans difficultés. Les plèvres droite et gauche sont épaissies et ne permettent que des insufflations de 150 à 200 centimètres cubes d'air, par ailleurs très suffisantes.

Traitements. — Les petites perforations temporaires « à bas bruit » du pneumothorax bilatéral ne laissent d'habitude comme séquelles qu'un épanche-

ment liquidien, ne nécessitant pas, le plus souvent, de traitement spécial, sauf peut-être, en plus de la mise au repos immédiate, l'adjonction de quelques toni-cardiaques.

Les perforations bruyantes, dont nous avons souligné la gravité exceptionnelle, demandent, au contraire, un traitement aussi précoce que possible.

La conduite à tenir dans ces cas est celle conseillée par Coulaud : « Il faut modifier la situation en transformant les pneumothorax bilatéraux en pneumothorax unilatéraux ». Et pour cela, désinsuffler « aussi complètement qu'il est possible le côté opposé à la perforation ». Dans 4 cas de perforations, Coulaud a vu s'améliorer, en quelques heures, les signes d'insuffisance respiratoire.

On peut également essayer le dispositif de Cardis dit « à soupape inverse » qui permet, en même temps que la décompression l'obtention de pressions pleurales faiblement négatives du côté de la perforation. Ce dispositif comprend un trocart court, (analogue à celui dont se sert Burnand) à ailettes latérales souples, permettant de fixer l'instrument sur la peau, au moyen de fragments de leucoplaste. Cardis y adjoint une petite soupape, laissant libre la sortie de l'air de la plèvre vers l'extérieur, tout en empêchant la rentrée de l'air de l'extérieur dans la plèvre. Les résultats en sont très encourageants.

BIBLIOGRAPHIE

(1) FORLANINI. Del pneumotorace artificiale consecutivamente bilatérale, *Revista della publicazioni sul pneumotorace terapeutico*, janv. 1911, n° 12.

(2) AMEUILLE. Deux cas de pneumothorax artificiels bilatéraux, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 mai 1923.

(3) BEZANÇON et JACQUELIN. Le pneumothorax partiel bilatéral simultané, *Presse méd.*, 27 sept. 1924.

(4) RIST, COULAUD et CHABAUD. Le pneumothorax bilatéral simultané, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 déc. 1925.

(5) TERRASSE. Essai sur le pneumothorax artificiel bilatéral et simultané, *Th. de Paris*, 1928.

(6) COULAUD. Contribution à l'étude du pneumothorax simultané, étude statistique portant sur 116 cas, *Ann. de méd.*, oct. 1930.

(7) BARD. De la fréquence des fistules pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel et des indications thérapeutiques qui en résultent, *Semaine méd.*, 7 juillet 1913.

(8) Léon BERNARD et PARAF. Le mécanisme et la nature des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax chez les tuberculeux, *Progrès méd.*, année 1914, n° 12.

(9) DUMAREST, PARODI et LELONG. Sur la pathogénie des épanchements pleuraux du pneumothorax artificiel, *Rev. de la tuberculose*, 1928, p. 455.

(10) BURNAND. La perforation du poumon, complication du pneumothorax artificiel, *Ann. de méd.*, janv. 1922.

(11) ROSSEL. La pleurésie séro-fibrineuse, complication du pneumothorax artificiel, *Th. de Lausanne*, 1920.

(12) BERNOU. La perforacion pleuro-pulmonar como complicacion del pneumothorax artificial, *Revista med. de Barcelona*, déc. 1924.

(13) BURNAND. Fréquence des perforations pulmonaires du pneumothorax artificiel double simultané, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 mars 1926.

(14) Léon BERNARD, COSTE et VALTIS. Remarques cliniques sur les perforations pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel, *Ann. de méd.*, 1926, n° 6.

(15) DUMAREST et BRETTE. *La pratique du pneumothorax thérapeutique*, Masson, 1929.

(16) RUBINSTEIN. Contribution à l'étude des perforations pulmonaires au cours du pneumothorax, *Th. de Paris*, 1929.

(17) BOUESSÉE. Les poussées évolutives tuberculeuses dans le poumon collabé par le pneumothorax, *Th. de Paris*, 1930.

(18) MATTEI. Essai sur les perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax thérapeutique, *Th. de Paris*, 1931,

ASSOCIATION INTERNATIONALE
DE
PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

(PREMIÈRE CONFÉRENCE)

[*La Haye, 7-8 septembre 1931* (1)].

La mortalité précoce du nourrisson.

MM. Robert DEBRÉ et Pierre JOANNON (Paris).

Les documents présentés sont extraits de l'importante enquête organisée sous les auspices du Comité d'hygiène de la Société des Nations, qui a été poursuivie dans le courant des années 1927 et 1928 et où la mortalité infantile a été étudiée d'une façon très régulière. Cette enquête a porté sur 25 districts de régions très différentes d'Europe, peuplées de 2 millions et demi d'habitants; ces districts, ruraux ou urbains, à mortalité très variable, allant depuis une mortalité de 3,50 à Leyde (Hollande) jusqu'à 19,76 à Schärding (Autriche). Avec une technique uniforme, une enquête très approfondie a été poursuivie sur les causes médico-sociales expliquant les décès de tous les enfants qui ont succombé dans ces districts durant une année, et la conclusion du comité d'experts a été précisément que la mortalité infantile précoce demandait de nouvelles études.

A cette enquête ont participé plusieurs de nos collègues, à savoir : le professeur Rott, de Berlin ; dame Janet Campbell, du ministère de la Santé publique à Londres ; le docteur T. Clark, des Etats-Unis ; les professeurs A. Gollet, d'Oslo ; Gini, de Rome ; C. Pirquet, de Vienne ; et enfin le professeur E. Gorter, de Leyde.

L'enquête a mis en évidence, une fois de plus, l'importance du problème de la mortalité infantile précoce, en montrant que dans 18 districts sur 25, il est mort plus d'enfants dans les sept premiers jours de la vie que dans les six derniers mois. Le rapport entre la mortalité infantile précoce et la mortalité infantile totale est intéressant à considérer. Il oscille entre 18,7 (Mecklembourg-Strelitz), et 63,9 p. 100 (Vienne, 6e, 7e, 8e arrondissements).

Dans leur si intéressant rapport, MM. Couvelaire, Lereboullet et Lacomme indiquent pour Paris un pourcentage de 15 p. 100. Ce chiffre paraît bien bas, mais il est difficile de tirer une conclusion précise, car ce chiffre exprimant un rapport, il faut tenir compte de l'autre élément variable, à savoir la mortalité de la première année (sauf la première semaine) que tant d'autres facteurs ont pu influencer. Il faut donc, en réalité, pour obtenir une mesure digne d'être retenue, calculer la mortalité infantile précoce par rapport au chiffre des naissances (enfants nés vivants).

D'intéressants exemples qui ressortent de notre enquête mettent cette notion en valeur. Deux villes hollandaises, Leyde et Bréda, ont comme pourcentage des morts précoces par

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 90, p. 1675.

rapport à la mortalité infantile totale, l'une 40 p. 100, l'autre 26 p. 100 (décès dans la première année). Or, par rapport à 100 naissances, elles ont le même pourcentage de morts précoces : 1,42 (pourcentage faible). Nous pouvons fournir un autre exemple : Mecklembourg-Strelitz, Gmunden et Maestricht, out une proportion de 18,7 p. 100, 22,6 p. 100, 34,8 p. 100 (pourcentage des morts précoces par rapport à la mortalité infantile totale). Or, ces districts ont le même pourcentage pour 100 naissances : 2,19 (mortalité précoce forte). Il semble inutile d'insister sur l'importance de ce rapport à 100 naissances, il est capital et permet seul de légitimes comparaisons entre les différents pays et les différentes époques.

On doit donc, étant donné ce rapport, essayer une classification permettant d'arriver à cette comparaison. Grâce à l'étude des 25 districts, nous avons établi les catégories suivantes :

Pour 100 naissances vivantes :

Mortalité précoce très forte	3 et davantage.
— — forte	2 à 3 p. 100.
— — modérée	1 1/2 à 2.
— — faible	Moins de 1 1/2.

La mortalité précoce se répartit dans nos 28 districts de la manière suivante :

Mortalité précoce très forte	5 districts.
— — forte	13 —
— — modérée	1 —
— — faible	6 —

Nous avons étudié la corrélation entre ces taux et d'autres indices démographiques. Ce point mérite de retenir notre attention. Un certain nombre d'auteurs, comme le professeur Rott ont envisagé une sorte de proportion inverse : entre la natalité et la mortalité infantile précoce : plus la natalité semble faible, plus la mortalité infantile précoce serait forte, et inversement. Ce rapport serait expliqué par le fait suivant : la mortalité infantile précoce frappe surtout les premiers-nés. Quand la natalité baisse, la proportion des premiers-nés augmente. M. Schlossmann, qui a signalé l'augmentation de la mortalité infantile précoce, relative et absolue dans la province de Dusseldorf, n'admet pas ce rapport entre la natalité et la mortalité infantile précoce, pas plus que le rôle de la primogéniture.

Que donne notre enquête à ce point de vue ?

Les chiffres de natalité de nos districts varient entre 2,4 p. 1.000 habitants (Vienne, VI, VII, VIII) et 36,4 (Hoensbroek). Il y a donc de très grandes variations. Nous avons tenté un essai de classification :

Natalité très forte	30 p. 100 et au-dessus.
— forte	20 à 30 p. 100.
— modérée	15 à 20 100.
— faible	Au-dessous de 15 p. 100.

(Nous savons fort bien qu'il est préférable de rapporter la natalité non à la population globale, mais au nombre de femmes de quinze à quarante-cinq ans, mais nous ne possédons pas ces chiffres pour les districts.)

La comparaison entre la natalité et la mortalité infantile précoce peut s'établir comme suit :

Districts à natalité très forte (2) : leur mortalité précoce est forte;

Districts à natalité forte (9) : leur mortalité est faible pour 4 districts, forte pour 3 et très forte pour 2;

Districts à natalité modérée (10) : leur mortalité précoce est faible pour 2 districts, modérée pour 1, forte pour 6 et très forte pour 1;

Districts à natalité faible (4) : leur mortalité précoce est forte pour 2 districts et très forte pour 2 districts.

Ce tableau montre bien que la corrélation entre la natalité et la mortalité infantile précoce n'est pas très étroite. Sans doute, si la natalité est faible, la mortalité infantile précoce est forte ou très forte. Sur ce point, nous sommes d'accord avec le professeur Rott. La faible natalité est, en soi, un facteur défavorable. Il reste à savoir pourquoi. Nous verrons plus loin ce qu'il en est.

Quant à la natalité forte, constitue-t-elle un facteur favorable? C'est possible. On peut citer en exemple le district d'Hedmark en Norvège. Ce district a la plus basse mortalité infantile précoce : 1,24 pour 100 naissances, et une natalité forte (20,6 p. 100). La population est pauvre, mais éclairée. Au contraire, les sept districts à mortalité infantile précoce forte avec natalité forte présentent des causes fâcheuses qui viennent empêcher le facteur natalité de jouer son rôle. Ces districts sont les suivants : Mecklembourg-Strelitz, dont l'assistance anténatale et obstétricale est défectueuse; il en est de même pour Maestricht (Hollande), Scharding (Autriche), Sunderland (Grande-Bretagne), Hoensbroek (Hollande), le pays de Bray (France) et Emmen (Hollande). Dans ce dernier district, les mariages consanguins fréquents expliquent peut-être la fréquence des malformations congénitales et les naissances gémellaires.

Si bien, que l'on aperçoit déjà dans la mortalité infantile précoce le jeu de deux éléments nuisibles : l'un relativement aisé à atteindre par une bonne assistance obstétricale, et un autre plus mystérieux, plus difficile à atteindre, lié à des phénomènes généraux comme à la natalité.

Il existe un lien, comme l'a bien dit M. Rott, entre la natalité faible et la mortalité infantile précoce forte. Est-ce que le rang des naissances (le premier-né fournissant une mortalité précoce forte) doit être retenu? Les recherches faites en Angleterre ont souligné la lourde mortalité obstétricale qui pèse sur les premiers-nés.

La mortalité par accidents de la grossesse et accouchements laborieux, pour 1.000 naissances a été de 20,66 pour le premier né, alors qu'elle n'était que de 4,97 pour le deuxième né, 3,65 pour le troisième né, 6,77 pour les quatrième et cinquième nés, 5,09 pour les sixième et septième enfants. Ce n'est qu'à partir du huitième enfant que le pourcentage monte à 28,9 (au delà de l'aîné).

La mortalité par prématuration est de même plus élevée pour le premier né; 17,66, puis 9,56 pour le deuxième né; 12,16 pour le troisième né; 20,31 pour les quatrième et cinquième et progressivement jusqu'à 75,58 au delà du huitième enfant.

Pour la présentation par le siège, le pourcentage est le suivant : 9,38 pour le premier né, 1,53 pour le deuxième; 3,04 pour le troisième; 5,08 pour le quatrième et le cinquième; 5,09 pour le sixième et le septième; 18,20 pour le huitième et au delà.

Ces chiffres sont basés sur les districts britanniques (700 morts environ dont 280 morts précoces). On voit donc que, dans les districts à natalité faible, la primogéniture joue son rôle, et aussi que dans les districts à natalité très forte, la multiparité joue un rôle analogue.

Un autre facteur important doit être envisagé : l'âge de la mère et surtout l'âge de la primipare. Les chiffres suivants sont significatifs quant à la mortalité infantile précoce :

Mortalité par traumatismes obstétricaux :

Femme de 15 à 25 ans	8,85
— 25 à 30 —	8,60
— 30 à 35 —	9,14
— 35 à 40 —	10,82
— plus de 40 ans	10,61

Mortalité par prématuration :

Femme de moins de 25 ans	13,49
— 25 à 30 ans	Autour de 8
— 35 à 40 —	16,20
— plus de 40 ans	18,86

Ce qui montre que dans le cas de très forte natalité, la mortalité infantile précoce doit devenir importante surtout pour les enfants de femmes âgées qui en sont à leur cinquième, sixième ou septième enfant.

En somme, la natalité brute ne doit donc pas être seule envisagée. Si la natalité est très faible, c'est une « natalité de premiers-nés »; si elle est très forte, elle est aussi une « natalité de femmes âgées et multipares ».

Le rapport — dont nous avons déjà parlé — entre la mortalité infantile totale et la mortalité est très intéressant à étudier de plus près. Nous avons divisé nos districts d'enquête en quatre catégories :

1° Moins de 4 morts de la première année pour 100 naissances vivantes : mortalité infantile faible;
2° De 4 à 6 1/2 : mortalité infantile modérée;
3° De 6 1/2 à 10 : mortalité infantile forte;
4° 10 et au-dessus : mortalité infantile très forte.

Les proportions s'établissent comme suit :

Districts à mortalité infantile très forte................ 5
Dont 3 ont une mortalité précoce forte;
2 ont une mortalité précoce très forte.
Districts à mortalité infantile forte................... 7
Dont 3 ont une mortalité précoce forte;
2 ont une mortalité précoce modérée;
2 ont une mortalité précoce faible.
Districts à mortalité infantile modérée................ 10
Dont 7 ont une mortalité précoce forte;
3 ont une mortalité précoce faible.
Districts à mortalité infantile faible.................. 3
Dont 1 a une mortalité précoce forte;
2 ont une mortalité précoce faible.

La corrélation est donc nulle entre la mortalité infantile précoce et la mortalité infantile globale. Il y a entre ces deux facteurs une indépendance entière, comme on l'a déjà indiqué, ce qui signifie que leurs causes doivent être différentes. Le problème de la mortalité infantile précoce doit donc être étudié en soi.

Le rapport entre la mortalité infantile précoce et la mortinatalité est intéressant à étudier. Pour que cette étude soit valable, il faut une définition rigoureuse du mort-né, ce qui fut le cas pour notre enquête. A été considéré comme mort-né l'enfant viable n'ayant pas respiré. Est considéré comme né viable, l'enfant issu d'une grossesse d'au moins six mois et demi et mesurant 35 centimètres du sommet de la tête au talon, le corps étant entièrement étendu.

Nous avons une mortalité dans nos districts qui oscille entre 1,59 p. 100 naissances (Plaisance) et 6,44 (Vienne, VI, VII, VIII). Nous avons établi le barème suivant :

Mortinatalité très forte............	4 p. 100 et au-dessus
Mortinatalité forte................	3 à 4 p. 100
Mortinatalité modérée............	2 à 3 p. 100
Mortinatalité faible...............	Moins de 2 p. 100.

Dans nos 25 districts, nous avons obtenu la classification suivante :

3 districts à mortinatalité très forte, dont :
1 à mortalité précoce très forte;
2 à mortalité précoce forte.
10 districts à mortinatalité forte, dont :
2 à mortalité précoce très forte;
6 à mortalité précoce forte;
1 à mortalité précoce modérée;
1 à mortalité précoce faible.
10 districts à mortinatalité modérée, dont :
2 à mortalité précoce très forte;
4 à mortalité précoce forte;
4 à mortalité précoce faible.
2 districts à mortinatalité faible, dont :
1 à mortalité précoce forte;
1 à mortalité précoce faible.

Il faut donc noter que sur 13 mortinatalités fortes ou très fortes, il y a 11 mortalités infantiles précoces fortes ou très fortes; sur 12 mortinatalités modérées ou faibles, il y a 5 mortalités précoces faibles et 7 fortes. On voit donc qu'il existe un lien entre la mortinatalité et la mortalité infantile précoce; le contraire serait du reste incompréhensible. Néanmoins, le rapport n'est pas rigoureux, pourquoi? Quand la mortinatalité est basse, la mortalité précoce peut ne pas l'être parce que d'autres facteurs interviennent : soins post-nataux, par exemple. Est-ce le cas pour Maestricht, le pays de Bray, Augsbourg (Allemagne), Scharding, Hoensbrock et peut-être le Lochois (France) ?

La fréquence relative de la mortalité infantile précoce à la ville et à la campagne mérite de nous arrêter.

D'après les chiffres de nos districts, la mortalité infantile précoce est un peu plus élevée dans les districts urbains que dans les districts ruraux, dans la proportion suivante : 2,71 p. 100 dans les districts urbains, 2,12 p. 100 dans les districts ruraux. Or, la natalité dans les districts ruraux est de 20,9 p. 100 et elle est de 14,4 p. 100 dans les districts urbains. C'est donc ce facteur qui, peut-être, joue son rôle.

En ce qui concerne la situation économique, celle-ci ne semble pas jouer un rôle défavorable pour le péril congénital d'après l'étude globale des districts. La seule exception serait la prématuration, assez influencée par les mauvaises conditions économiques. Il y a lieu de noter, dans le rapport britannique, un résultat qui indiquerait la fréquence des vices de conformation congénitale, des traumatismes obstétricaux et des accouchements laborieux, comme influençant davantage sur la mortalité infantile dans les classes les plus élevées de la population plutôt que dans les classes inférieures. Les mort-nés sont plus nombreux, les traumatismes obstétricaux et les malformations congénitales sont plus nombreux proportionnellement dans les familles aisées.

En somme, dans une certaine mesure, la mortalité infantile précoce menace plus fréquemment l'enfant aisé (peut-être parce qu'il est premier-né) et l'enfant citadin (peut-être également parce qu'il est premier-né).

III. Notre étude étiologique de la mortalité infantile précoce reconnaît à celle-ci trois causes principales :

1° Causes immédiates : maladie ou accident cause de mort;

2° Causes intermédiaires : fautes commises (surveillance anténatale défectueuse, aide obstétricale insuffisante, soins en général défectueux);

3° Causes fondamentales : elles se subdivisent elles-mêmes en :

Causes psychologiques, économiques et sanitaires.

I. **Causes immédiates.** — Si l'on additionne les morts par traumatismes obstétricaux, par prématuration et par malformations congénitales, on obtient le même chiffre que celui qui est fourni par la mortalité infantile précoce. Qu'est-ce qui se cache derrière les diagnostics de traumatismes obstétricaux, de prématuration et de malformations congénitales? Les traumatismes obstétricaux sont-ils surtout en cause dans l'accouchement d'un enfant trop grand ou d'un enfant trop petit (prématuré)? Les lésions cérébro-méningées décrites par Ylpô, Schwarz, Waitz et d'autres sont-elles fréquentes? Quelles sont la valeur et la cause de ces lésions? Sur toutes ces questions déjà étudiées l'accord n'est pas fait.

En ce qui concerne la prématuration, certaines causes sont très bien connues, mais leur importance relative n'est pas rigoureusement établie. Parmi les maladies chroniques de la mère, il faut retenir la syphilis, dont le diagnostic est envisagé d'une façon différente en France et à l'étranger. A quels signes la doit-on soupçonner ou affirmer? Ici aussi, il y a un problème qui n'est pas résolu. Le rôle de l'état constitutionnel (infantilisme), celui de l'état local de l'utérus, du traumatisme obstétrical, sont bien connus. Mais il faut être d'accord sur leur importance et leur fréquence.

En ce qui concerne les malformations congénitales, quel peut être le rôle joué par les mariages consanguins, la syphilis, tel est encore un problème posé et non encore résolu.

II. Causes intermédiaires. — Parmi les causes intermédiaires, on peut citer le surmenage, invoqué d'une façon très variable. Dans certains districts, on lui attribue 1 à 2 p. 100 des morts, dans d'autres de 35 à 40 p. 100. C'est dire que l'on ne s'entend pas même sur le terme de surmenage de l'ouvrière, de la ménagère, de la paysanne, sur le rôle joué par les petits traumatismes observés pendant la grossesse. Ce sont autant de facteurs importants qui ne sont pas toujours suffisamment connus et appréciés.

La surveillance anténatale a montré au cours de l'enquête toute son importance, sur laquelle on ne saurait trop insister. Un exemple typique est fourni par Plaisance, où la surveillance anténatale est bonne et l'assistance obstétricale en général parfaite. Or, dans ce district, le péril congénital (mort par prématuration, traumatismes obstétricaux, mort-nés) est réduit à 2,75 p. 100 alors qu'il est de 10,15 à Vienne, VI, VII, VIII et de 5,25 à Croydon (pour prendre deux autres exemples).

III. Causes fondamentales. — La mortalité fœto-infantile n'échappe pas à la règle d'après laquelle, selon nous, tout fléau social dont l'hygiène doit se préoccuper relève en dernière analyse de trois sortes de facteurs primordiaux : économiques, psychologiques et sanitaires.

Les facteurs économiques peuvent, à la rigueur, être tous résumés par le mot pauvreté. En réalité, les insuffisances dont il s'agit ont de multiples aspects. On ne saurait, en tout cas, perdre de vue que le taudis est un des plus graves de ces facteurs.

Les facteurs psychologiques consistent avant tout en l'ignorance, puis en la négligence et en la mauvaise volonté.

Les facteurs sanitaires concernent surtout l'insuffisance d'organisation ou d'équipement des organisations d'hygiène ou de médecine préventive.

Des faits multiples, recueillis au cours de l'enquête par nous et par d'autres que nous, notamment en Angleterre, prouvent que l'influence exercée sur le péril congénital par des facteurs économiques défavorables est restreinte et presque limitée à la prématuration, tandis que celle qui revient à des facteurs sanitaires et psychologiques néfastes agissant le plus souvent conjointement est considérable.

S'il en est bien ainsi, c'est-à-dire si la mortalité primo-hebdomadaire apparaît avant tout liée à des facteurs sanitaires et psychologiques, les facteurs économiques n'ayant sur elle qu'une influence restreinte, s'exerçant surtout sur la prématuration, cette conclusion sera instructive et rassurante. Elle sera instructive parce qu'elle éclairera la voie à suivre pour nettement diminuer la mortalité primo-hebdomadaire, elle sera rassurante parce qu'elle montrera que les moyens d'action qui permettront d'arriver à ce résultat auront une efficacité rapide et ce qu'on pourrait appeler un prix de revient assez bas.

Relativement à l'efficacité des mesures à prendre, une exception est toutefois à prévoir dans les régions où la natalité est très basse : là, une protection maternelle et infantile même correctement organisée ne suffira pas, selon nous, à réduire la mortalité primo-hebdomadaire à un niveau suffisant.

— Le professeur Schlossmann, reprenant la parole, insiste sur la valeur du rôle des médications ocytociques (de la scopolamine) dans l'avenir des enfants extraits avec l'appoint de ces méthodes, il montre la difficulté de tenir compte des statistiques, prenant comme exemple certains arrondissements français où la population émigre vers Paris à l'âge adulte pour rentrer au pays après cinquante ans. Les chiffres fournis par les statistiques risquent d'être troublés par cet exode dans les deux sens.

Le professeur Lereboullet (de Paris), en rappelant quelques-unes des conclusions formulées par les auteurs qui ont pris part à la discussion, fait ressortir la diversité des opinions émises et montre combien complexe est la question étudiée. Si la mortalité précoce est, pour lui, en grande partie une mortalité de débiles, elle a parfois, notamment dans les milieux ruraux, des causes encore mal connues et qu'il convient de définir. Il semble donc utile que leur étude soit poursuivie et que la question soit à nouveau mise à l'ordre du jour d'une prochaine conférence. D'ores et déjà il paraît possible d'affirmer qu'une assistance médico-sociale compétente, assurant la puériculture anténatale, peut avoir une influence marquée sur la diminution de cette mortalité en facilitant la naissance à terme, sans traumatisme, d'enfants issus de procréateurs sains et en diminuant par cela même le nombre des débiles congénitaux. Avec MM. Couvelaire et Lacomme, M. Lereboullet dépose un vœu dans ce sens.

Conclusions. — Le mardi 8 septembre, lors de la séance finale de la conférence, les conclusions suivantes relatives à cette première question ont été adoptées :

« La réduction de la mortalité précoce nécessite la connaissance plus précise de ses causes.

« Toutefois, dès maintenant, la conférence estime qu'il y a lieu d'insister sur l'utilité de la puériculture anténatale et les résultats qu'on est en droit d'attendre d'une assistance médico-sociale compétente avant la procréation, pendant la gestation, la parturition et les premiers jours de la vie.

« La conférence, pour procéder à l'examen des problèmes que pose la mortalité précoce, maintient le sujet à l'ordre du jour et charge son conseil de désigner une commission qui établisse un plan de travail. Cette étude sera poursuivie d'une façon coordonnée dans plusieurs pays d'Europe par la collaboration de médecins, de pédiatres, d'accoucheurs et de spécialistes (anatomo-pathologistes, statisticiens, etc.).

« Quand elle sera achevée, le conseil en groupera les résultats et pourra en faire l'objet d'un travail exposé à une des réunions de la conférence. »

(A suivre.) JULIEN HURER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1931)

La formation de la créatine et des corps puriques de l'urine aux dépens des matières protéiques. — MM. E.-F. Terroine, A. Giaja et L. Bayle.

Inoculation au singe de souches bactériennes isolées de trachomateux tunisiens. — M. Ugo Lumbroso.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1931)

Hommage à M. Hayem. — A l'occasion de son 90e anniversaire, M. le professeur Hayem a été l'objet, à l'hôpital Saint-Antoine, dans son ancien service, d'une manifestation de respect et d'affectueuse sympathie dont M. le professeur Bezançon s'est fait l'interprète.

En rendant compte à l'Académie de cette manifestation à laquelle il assistait, M. le président de Lapersonne salue à

son tour son vénérable collègue et lui adresse les félicitations et les vœux de l'Académie.

M. le professeur Hayem, qu'un grand poète qualifia un jour « de vieillard juvénile » montre dans sa réponse qu'il mérite bien ce nom. Arrivé à une époque de sa vie où il a vu disparaître successivement ses parents, ses amis, ses meilleurs élèves, il se félicite d'avoir trouvé à l'Académie tant d'amitié et il remercie ses collègues de l'affection et de la vénération dont ils l'entourent.

Rapport sur les épidémies en 1930. — M. Lesné présente au nom de la Commission des épidémies, le rapport sur les épidémies en 1930. Comme ses prédécesseurs, il déplore l'insuffisance des documents mis à la disposition de l'Académie et il fait des réserves sur la valeur de certains d'entre eux.

En 1930, on a signalé une recrudescence manifeste des maladies typhiques, de la diphtérie et de la poliomyélite antérieure aiguë. La rougeole paraît en augmentation, la scarlatine est stationnaire. La méningite cérébro-spinale est en diminution.

Une légère augmentation de la mélitococcie a été constatée dans le sud-est de la France.

En terminant, M. Lesné voudrait voir créer au ministère de l'Hygiène, un centre de renseignements statistiques et épidémiologiques composé de compétences techniques éprouvées, capable de donner une direction et d'imposer son autorité aux préfets et aux maires.

Service des eaux minérales. — M. Meillère lit un rapport sur des demandes d'autorisation de sources d'eaux minérales.

La lutte anti-alcoolique. — M. Sieur propose à l'Académie le vœu suivant :

« Emue par le nombre croissant des crimes commis par des alcooliques, et de plus en plus consciente des tares morales et physiques qui ont l'alcoolisme pour origine, l'Académie de médecine rappelle à nouveau l'attention des Pouvoirs publics sur l'urgence : 1° de réglementer la fabrication, la vente et la consommation de l'alcool et des divers produits, plus spécialement connus sous le nom d'apéritifs ; 2° d'interdire formellement l'ouverture de nouveaux débits de boissons et de réduire progressivement le nombre de ceux qui existent à un chiffre en rapport avec les besoins de la population. »

Ce vœu est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Chauffard, Sieur, Léon Bernard, Balthazard, Guillain et Lapicque.

Note sur les rapports de la constitution chimique de l'urée avec le syndrome azotémique. — MM. Pr. Merklen et H. Gounelle rappellent le tropisme sur les centres hypniques des radicaux qui forment la base des uréines, des uréides et des dérivés barbituriques. Ces derniers comportent dans leur constitution l'acide malonylurée, résultante de la combinaison de l'acide malonique avec l'urée. De cette action hypnogène du noyau uréique les auteurs rapprochent sur le terrain clinique la somnolence et la torpeur des azotémiques. Le radical urée fait en outre partie de l'architecture de la cryogénine, dont l'action hypothermisante n'est pas niable; or au cours des néphrites la rétention uréique abaisse également la température. Ainsi l'urée ou ses dérivés seraient la cause directe de certains symptômes urémiques sans qu'il soit nécessaire d'incriminer d'autres corps.

Par ailleurs il est loisible de faire état des constatations de la clinique en vue de la question de la formule cyclique ou carbamide de l'urée. La propriété narcotique paraissant liée à des dérivés de l'urée carbamide et les dérivés de l'urée à formule cyclique ne possédant pas d'action hypnotique, elles plaident en faveur de l'urée carbamide.

Importance du dépistage de la tuberculose dans les professions de l'alimentation. — M. A. Feil attire l'attention sur la nécessité de dépister la tuberculose chez les travailleurs des professions qui touchent à l'alimentation. Il insiste particulièrement sur le métier, curieux, de gaveur de pigeons.

Si l'on connaît bien, en effet, les inconvénients du gavage de bouche à bec pour l'ouvrier gaveur qui peut s'inoculer certaines affections fréquemment observées chez le pigeon (diphtérie, aspergillose), il est un autre danger ignoré, c'est le risque que le gavage, tel qu'il est pratiqué, est susceptible de faire courir aux consommateurs. Un ouvrier gaveur tuberculeux, toussant, crachant des bacilles, ne peut-il garder dans la bouche quelques parcelles de crachats bacillifères, qui, projetés dans le jabot du pigeon, deviendront une source d'infection pour le consommateur?

Pour conclure, l'auteur demande qu'il soit interdit d'employer dans la profession du gavage des pigeons, et, d'une façon générale, dans tous les métiers qui touchent à l'alimentation, des ouvriers suspects, ceux qui crachent et, à plus forte raison, tous ceux qui ont des lésions de tuberculose pulmonaire. Une surveillance médicale s'impose chez ces ouvriers sous la forme d'une visite médicale périodique, tous les trois à six mois, principalement au point de vue de l'état pulmonaire.

Autres communications :

Sur un réactif permettant l'obtention facile des cristaux d'hémine et leur montage à partir des taches de sang. — M. Gabriel Bertrand.

Sur la nécessité de doser physiologiquement les préparations d'aconit. — M. Goris.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 28 octobre 1931)

Accidents acétonémiques en chirurgie de la seconde enfance. — Ce travail de M. Oulié (de Constantine) est rapporté par M. d'Allaines. Il s'agit de deux cas observés par cet auteur, l'un avec accident post-opératoire, l'autre constaté avant l'intervention. Ils furent guéris facilement par le sérum glucosé et l'insuline.

M. Gosset insiste sur les méfaits de la diète pré-opératoire.

Volumineux ostéo-chondrome développé sur la ligne âpre du fémur. — Ce travail de MM. Fruchaud et Baugas est présenté par M. d'Allaines. Cet ostéo-sarcome exubérant avait été pris pour une tumeur maligne. Il fut enlevé économiquement. Il s'agissait, vraisemblablement, d'un ostéome dégénéré.

Exstrophie vésicale. — M. Chevassu rapporte cette observation de MM. Simon et Brunschwing (de Strasbourg). Ce malade fut opéré par l'implantation du trigone dans l'S iliaque (procédé de Maydl). Succès opératoire. Une injection d' « abrodyl » montre une dilatation unilatérale légère, et surtout le passage dans le côlon de la substance opaque, ce côlon semblant former réservoir.

Fracture transcotyloïdienne de la ceinture pelvienne. — Ce travail de M. Paitre (armée) est rapporté par M. Rouvillois. La traction fut installée suivant l'axe longitudinal et transversal par broches transtrochantériennes (étrier de Bérard). Le résultat fut excellent.

M. MATHIEU n'a vu ces enfoncements qu'après traumatismes violents.

M. BASSET a obtenu de très bons résultats par simple sangle.

M. LEVEUF dans un cas très grave a tiré progressivement le grand trochanter grâce à une ceinture plâtrée.

M. MAUCLAIRE rappelle l'existence de cas latents et d'ostéomalacie du fond du cotyle.

Traitement des cancers du col utérin. — M. BÉGOUIN rapporte sa statistique personnelle. 43 p. 100 de survies dix ans après l'intervention; on n'observe guère de récidives après cinq ans de survie. Les séries donnent des résultats immédiats très variables, et la mortalité atteint 6 p. 100 en ville, 16 p. 100 à l'hôpital. Il faut toujours combattre le choc et l'infection qui sont les deux principales causes de mort. L'auteur insiste sur certains détails de technique et en particulier sur le cloisonnement péritonéal du bassin.

Méthodes conservatrices dans la chirurgie de la lithiase rénale. — M. PAPIN rapporte 136 cas d'interventions pour lithiase rénale : néphrectomies, opérations conservatrices, avec faible mortalité et bons résultats. L'exploration radiographique complète pré-opératoire, les incisions mieux appropriées, une meilleure suture du parenchyme, un meilleur drainage des cavités rénales ont permis d'améliorer beaucoup les résultats et d'envisager les possibilités des opérations conservatrices. Une série de radiographies illustrent les idées de l'auteur.

Présentation de malades :

M. BROCQ. Suture du tendon fléchisseur propre du pouce ; suture primitive directe à la base de la première phalange : très bon résultat éloigné.

Présentation de radiographies :

M. CHEVASSU. Projection d'un cas d'urétéro-pyélographie rétrograde qui permit de poser le diagnostic de suppuration pelvienne (appendicite avec abcès gazeux).

Présentation de pièces :

M. MÉTIVET. Tumeur pileuse de l'estomac.

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1931)

Greffes tendineuses. — M. CHEVRIER propose de se servir du tendon du plantaire grêle pour les greffes tendineuses et d'entourer ces greffes d'amnios pour remplacer les membranes synoviales.

Perforation utérine avec incarcération du grêle. — M. ROUHIER, dans un cas de perforation utérine avec passage du grêle par l'orifice utérin, est intervenu par laparotomie : résection intestinale, conservation de l'utérus. Cette femme eut une grossesse ultérieure qui fut menée à bien.

Ramisection. — M. ROUX-BERGER rapporte ce travail de M. Wertheimer (de Lyon) basé sur 26 ramisections exécutées pour troubles différents. Dans 8 cas, il s'agissait de troubles physiopathiques post-traumatiques (contractures douloureuses). L'intervention fut suivie sept fois de succès. Elle fut exécutée dans deux cas de moignons douloureux. Dans les crises gastriques du tabes Wertheimer eut trois échecs et deux succès. Cette thérapeutique fut encore essayée dans quelques cas variés avec des succès en certains cas.

Nouveau traitement des annexites inflammatoires. — Ce travail de M. Rotter (de Budapest) est rapporté par M. ROUX-BERGER. Il s'agit de la ligature en masse du ligament utéro-ovarien qui a donné à l'auteur des succès dans les cas subaigus ou chroniques, chez des femmes en pleine période d'activité génitale.

M. BAZY désire connaître les résultats éloignés.

Kyste hydatique calcifié de la face intérieure du foie. — Ce travail de M. Moiroud (de Marseille) est rapporté par M. ROUX-BERGER. Ce kyste marsupialisé s'est ouvert secondairement dans le duodénum,

M. KÜSS a observé un cas analogue.

M. SIEUR a opéré un kyste calcifié ouvert dans l'estomac, en enlevant ce qu'il a pu du kyste et le malade a guéri.

Bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales. — M. GOSSET rapporte ce travail de M. Vaudremer (de Paris). Il a vu quelques cas favorables dans une rectite avec bacille



de Koch, dans une tuberculose osseuse fistulisée du poignet, dans un cas de tuberculose rénale qui fut très améliorée et dans d'autres cas. Ce mode de traitement a toujours été inoffensif.

M. Legueu a également l'impression que la méthode de Vaudremer et celle de Jousset avec l'anergine, sont très intéressantes, mais qu'il manque encore un quelque chose pour que ces méthodes soient au point.

M. Sorrel a fait traiter 14 coxalgies avant la période d'abcès : un enfant n'a pu supporter le traitement, un est mort de généralisation, deux gros abcès très graves sont survenus, les autres coxalgies ont évolué de façon normale. Les résultats dans les autres centres de Berck ne furent pas plus favorables.

M. Michon considère que ce vaccin est une thérapeutique qui n'est pas négligeable dans les tuberculoses urinaires. En particulier, ce traitement fait disparaître les douleurs des cystites, mais non les bacilles tuberculeux, mais pour cette épouvantable cystite, c'est un traitement très intéressant que celui qui supprime les douleurs.

M. Rouhier a observé des cas favorables.

M. Gosset considère que cette question est très intéressante et mérite d'être étudiée.

Traitement du cancer du col de l'utérus. — M. Leveuf envisage uniquement l'étude de l'envahissement lymphatique et résume la discussion en cours.

Présentations de malade :

M. Gernez. *Nævi carcinome* traité par l'électrocoagulation avce succès.

M. Desplats. Rétraction de l'aponévrose palmaire traitée par un lambeau cutané en pont, une résection de l'aponévrose palmaire et reconstitution de la peau : 5 succès sur 7 cas.

M. Moure se demande si une seule incision ne suffirait pas.

M. Alglave se demande si une bacillose synoviale n'est pas souvent à l'origine de cette affection.

M. Hartmann a obtenu un excellent résultat de la méthode de Routier.

M. Fredet estime qu'il s'agit d'une affection complexe.

M. Lenormant a obtenu de bons résultats de la méthode de Routier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 7 novembre 1931)

Sur la méthode de Löwenstein dans la bacillémie tuberculeuse. — M. P. Domingo a ensemencé suivant la technique de Löwenstein, 215 échantillons de sang provenant de 172 tuberculeux ; 8 rhumatisants, 11 sains, 24 atteints d'autres maladies. Il a obtenu 10 résultats positifs pour le bacille tuberculeux dont 8 chez des tuberculeux et 2 chez des malades atteints de rhumatisme articulaire subaigu. Ce pourcentage, inférieur à celui de Löwenstein, est identique à celui obtenu par A. Saenz chez des tuberculeux avérés.

Le sucre protéidique chez les chiens dépancréatés. — MM. Bierry, F. Rathery et Mlle Yv. Laurent. Chez les chiens ayant subi l'ablation du pancréas et recevant des injections de glucose, ou de glucose et d'insuline, ou d'insuline seule, on trouve des fluctuations importantes du taux du sucre protéidique dans les plasmas sus-hépatique, porte ou artériel.

Ces résultats mettent en lumière l'importance du rôle joué par le sucre protéidique dans la glycorégulation. Ce dernier constitue bien une des formes alternantes sous lesquelles la matière sucrée se trouve à plusieurs reprises dans son cycle évolutif à travers l'organisme animal.

Les effets de l'insuline sur la glycosurie phlorizique chez le chien normal. — M. F. Rathery et Mlle Yv. Laurent. L'insuline à dose élevée, chez des chiens phlorizinés et dont le glycogène hépatique a en grande partie disparu a provoqué, sur le sucre urinaire, quatre fois une hausse nette, trois fois une diminution (dont deux fois très légère), deux fois un effet nul.

Chez deux chiens dont la vessie a été vidée après la première prise et pour lesquels il ne saurait y avoir d'erreur d'appréciation possible, une fois il y a eu baisse, une fois effet nul.

L'insuline a donc un effet variable sur la glycémie phlorizique chez le chien normal ; si parfois elle l'abaisse, le plus souvent elle l'élève, même lorsque le glycogène hépatique est bas et qu'il existe de l'hypoglycémie.

On pourrait se demander si l'injection d'insuline n'empêche pas la phlorizine de continuer à produire son effet, mais les élévations immédiates de la glycosurie après l'injection d'insuline ne plaident pas en faveur de cette hypothèse.

Sur l'équilibre lipidique du sérum sanguin chez le chien normal. — MM. Ch. Achard, M. Bariéty et A. Codounis, avant de publier les résultats de leurs recherches concernant les perturbations humorales observées dans leurs essais expérimentaux d'amylose et de néphrose lipoïdique, indiquent les chiffres de lipidémie qu'ils ont trouvés chez 26 chiens d'apparence normale et qui dans la majorité des cas sont voisins de ceux présentés par Nitzescu et Benetato. Il ne semble pas y avoir de rapport évident entre le taux de la lipidémie, le poids, le sexe et la protidémie. Habituellement, les chiffres qu'ils trouvent se rapprochent des chiffres observés chez l'homme (5 à 8 grammes), sauf dans quelques cas où la lipidémie oscille entre 9 et 10 grammes. Pour expliquer cette hyperlipidémie on ne peut faire encore que des hypothèses. Les chiffres des acides gras oscillent en moyenne entre 5 et 6. La cholestérine est sensiblement identique ou un peu inférieure à celle de l'homme (taux moyen, 1,41). L'indice lipémique donne une moyenne de 0,20.

Modifications chimiques des éléments inorganiques du sang au cours du « delirium tremens » et chez des animaux alcoolisés. — M. Ch. Achard, Mlle Jeanne Lévy et M. Fr. Wellisch. La teneur en potassium du sérum des chiens qui ont reçu de l'alcool par voie intraveineuse et par voie buccale est inférieure à celle du sérum normal ; on observe en même temps de l'hypocalcémie. Le taux du sodium dans le sérum ne subit que de faibles variations ; cependant il semble y avoir une légère hyponatrémie.

Chez des alcooliques en crise de *delirium tremens*, le taux du potassium plasmatique est diminué, tandis que celui des autres cations (Ca, Na) est nettement augmenté.

Etudes sur la tremblante du mouton par inoculation à la souris. — M. P. Lépine. La souris est sensible au virus neurotrope de la tremblante du mouton ; l'inoculation de ce virus lui communique une encéphalomyélite typique dont la symptomatologie et le tableau histopathologique rappellent la maladie observée chez le mouton. L'auteur étudie les différentes voies de pénétration du virus dans l'organisme de la souris ainsi que sa répartition dans les différents organes. La neuroprobasie et la septinévrite causés par le virus, l'immunité laissée par une infection légère opposée à l'absence de vaccination par le virus tué, le pouvoir virulicide du sérum chez les animaux immuns, la conservation du virus dans l'encéphale du rat, soulignent le neurotropisme élevé de la tremblante et font, de la maladie étudiée chez la souris,

l'une des plus démonstratives parmi les affections à virus neurotrope.

Des effets des doses croissantes de nitrate d'urane en injection sous-cutanée chez le lapin. — MM. Garnier et Marek. Une première dose de 1 milligramme par kilog, quand elle a été bien supportée, tout en provoquant une réaction certaine, protège les animaux contre une dose très supérieure, injectée après l'intervalle de douze jours; une progression de 20 milligrammes par kilog, faite à ce même intervalle est bien supportée; la mort arrive tardivement, dans un cas seulement après l'injection de 160 milligrammes par kilog, avec des phénomènes d'hypoglycémie liée à la dégénérescence du foie. Quand l'intervalle entre les deux injections n'est que de six jours, la protection est encore manifeste, mais elle ne permet pas de faire accepter à l'animal une progression très rapide, ni de lui faire supporter des doses très élevées; elle semble favoriser l'apparition des troubles nerveux.

Surinfection tuberculeuse du cobaye par voie testiculaire. — M. A. Boquet. L'infection provoquée par l'inoculation sous-conjonctivale de 0mg001 de bacilles virulents ne modifie pas sensiblement jusqu'au quarante et unième jour, la réceptivité du testicule à la surinfection. Néanmoins elle confère au cobaye une résistance qui se manifeste par la délimitation de plus en plus étroite des altérations produites par les bacilles d'épreuve. On peut en inférer que, dans la tuberculose naturelle de l'homme et des animaux, jusqu'à une période très avancée de la maladie, certaines lésions dues à des surinfections endogènes ou exogènes importantes sont susceptibles de présenter les mêmes caractères anatomiques, la même activité et la même gravité locale que les lésions antérieures. En dehors des phénomènes allergiques qui les précèdent ou les accompagnent, elles ne s'en distingueraient que par l'aspect des réactions ganglionnaires de voisinage, dont l'intensité décroît, au fur et à mesure que progresse l'immunité générale engendrée par la primo-infection.

La réaction de Meinicke chez les lapins infectés avec une souche de syphilis fraîchement isolée chez l'homme. — M. S. Nicolau, et Mmes L. Kopciowska et Val. Constantinesco. Il n'y a pas de parallélisme entre l'apparition des lésions et la réaction sérologique qui peut apparaître avant les lésions, en même temps, ou plus tard. Leur étendue ne conditionne pas l'intensité de la réaction positive. L'extirpation des lésions ou leur résorption spontanée, amène la négativation de la réaction dans un bref délai. Des animaux porteurs de nodules syphilitiques de dimensions importantes et ayant montré une réaction sérologique positive intense pendant plusieurs mois, peuvent, tout en gardant les nodules scrotaux riches en spirochètes, montrer une réaction de Meinicke faiblement positive, voire même négative.

Ces résultats, en partie en contradiction avec ceux relatés en 1925 par Mutermilch et Nicolau, sont explicables par le fait que les souches de syphilis utilisées dans les deux séries d'expériences, n'étaient pas identiques.

Procédé de recherche et d'extraction de l'hématoporphyrine dans les selles. — MM. R. Goiffon et J. Waltz. En cas d'hémorragies occultes, quand le sang a séjourné dans le tube digestif, l'hémoglobine se décompose en partie en hématoporphyrine. Les auteurs extraient par un procédé simple l'hématoporphyrine des selles et l'identifient par sa fluorescence rouge intense aux rayons ultraviolets filtrés (lumière de Wood).

Influence de l'hyperthermie et de l'hypothermie sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo ont constaté que l'hyperthermie ou l'hypothermie provoquée empêche chez le lapin l'apparition du choc anaphylactique. La protection contre le choc anaphylactique ne dure que pendant l'hyperthermie ou l'hypothermie; revenus à une température normale, les lapins font un choc anaphylactique. L'injection seconde faite au cours de l'hyperthermie ou de l'hypothermie, bien qu'elle ne s'accompagne pas de choc anaphylactique apparent, désensibilise ordinairement l'animal.

M. Netter propose d'utiliser le cobaye, dont le choc anaphylactique ressemble beaucoup à celui qu'on observe chez l'homme.

M. Pasteur Vallery-Radot. Pour être certain d'avoir affaire à un choc anaphylactique, et non protéidique, il est indispensable de se servir d'un appareil enregistreur, ce qui est difficile chez le cobaye.

Présentation. — M. Marchoux présente les deux volumes du *Congrès international du paludisme* (Alger, 1930).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

La Fédération des syndicats médicaux de la Seine nous adresse le communiqué suivant :

« Nous sommes informés que certaines mutualités, par l'intermédiaire de leurs infirmières visiteuses ou même de leur service médical, donneraient aux assurés sociaux de leurs caisses primaires des directives concernant leur traitement ou tenteraient de les diriger sur certains établissements de soins.

Si l'existence de ces pratiques, d'ailleurs contraires aussi bien à l'esprit et à la lettre de la loi qu'aux conventions signées, nous était confirmée, il y aurait lieu d'y mettre obstacle avant qu'elles se développent et aient rendu la tâche du médecin traitant impossible.

Aussi prions-nous instamment les confrères qui auraient connaissance de faits de ce genre de bien vouloir les signaler au secrétaire de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, à Paris. »

Ce communiqué est suivi d'une note indiquant la LIGNE DE CONDUITE A SUIVRE PAR LES MÉDECINS VIS-A-VIS DES CAISSES QUI REFUSENT DE SIGNER LA CONVENTION.

Ignorer ces caisses comme elles nous ignorent.

Ne *rien* inscrire sur la feuille de maladie (toute signature sur cette feuille marque adhésion à la Convention).

Ne délivrer aucune attestation de durée probable ni de terminaison de la maladie.

Donner simplement au malade, quand il le réclame, un reçu *global* d'honoraires sur notre papier et dans notre forme habituelle (par conséquent avec un timbre de quittance. Par exemple : « Reçu de M. Bernard la somme de 25 fr. ou de 280 fr. pour honoraires »).

Chirurgie esthétique pure. Techniques et résultats, par Raymond Passot, ancien interne des hôpitaux de Paris. Collection des Actualités de médecine pratique. Directeur : docteur R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris. In-8 de 300 pages avec 80 figures dans le texte et 8 planches hors texte. — Prix : 45 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Technique de la parathyroïdectomie, par M. le professeur R. Leriche.
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE. (Fin. Compte rendu, par M. J. Huber.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de biologie.
CROISIÈRES
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Ulcus du duodénum.
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. — *Réunion de la commission de classement.* — Séance du 23 novembre. — Classement des candidats :

MM. Venturini, 9; Chérigié, 8; Mlle Cauvet, 7.

Ces trois candidats sont admis à accomplir une 2e année de stage.

— Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Séance du 25 novembre. — Questions données : « Diagnostic clinique des tumeurs des bourses (hernies exceptées). — Symptômes et diagnostic des polynévrites alcooliques. »

MM. Marcombes, 18 1/2; Mouchotte, 18 1/2; Grépinet, 20; Vauclin, 24; Guison, 17; Roy (André), 21.

— Concours de l'internat de Brévannes, Chardon-Lagache, Sainte-Périne, Hendaye, Champrosay. — Jury : MM. Tzanck, Nicaud, Leibovici.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Le concours pour la nomination de deux chefs de clinique, à la Clinique ophtalmologique de cet établissement, s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Fil et Jourdy.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination du docteur Pierre Delore.

Le concours pour une place de chef de laboratoire de radiologie des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Giraud.

MINISTÈRE DES COLONIES. — M. le docteur Fribourg-Blanc, médecin commandant, professeur au Val-de-Grâce, est nommé membre de la commission consultative d'assistance et d'hygiène mentales au ministère des colonies.

ÉCOLE DE PERFECTIONNEMENT DES OFFICIERS DE RÉSERVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA RÉGION DE PARIS — Programme des exercices pratiques communs aux quatre Ecoles qui auront lieu au grand Amphithéâtre de la Sorbonne 47, rue des Ecoles, aux dates et heures ci-après :

Dimanche 17 janvier 1932, à 9 h. 30. — M. le médecin lieutenant-colonel Schneider, médecin-chef de l'Ecole supérieure de guerre : « Exercice pratique sur les évacuations secondaires par avions dans la zone d'une armée en opérations. »

Dimanche 14 février, à 9 h. 30. — M. le médecin lieutenant-colonel Schneider : « Exercice sur un cas concret d'évacuations sanitaires de l'avant, par voie ferrée, dans une armée en opérations. Les points d'embarquement en chemins de fer. »

Dimanche 20 mars, à 9 h. 30. — M. le médecin colonel Schickele, chef de la section technique du Service de santé : « Exercice sur le fonctionnement de la gare régulatrice dans un cas concret se rapportant à une armée en opérations. »

Dimanche 17 avril, à 9 h. 30. — M. le médecin colonel Schickele : « Exercice sur le fonctionnement des évacuations secondaires sur l'intérieur du territoire. »

Conformément aux instructions ministérielles en vigueur, ces exercices pratiques sont réservés aux officiers de réserve du Service de santé de la région de Paris.

FONDATION A. CHAUVEAU. — Nous rappelons qu'il a été créé auprès de la Faculté de médecine de Lyon une Fondation Chauveau de 50.000 fr. dont les revenus sont destinés à récompenser par un prix annuel de 2.000 fr., alternativement des travaux scientifiques vétérinaires ou médicaux, ou à soulager des infortunes sociales dans les deux professions.

Le 15 décembre prochain prendra fin le délai d'envoi au Secrétariat de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, 2, quai Chauveau, Lyon (Ve), des mémoires, ouvrages ou documents

divers présentés par des vétérinaires français (Métropole ou Colonies) candidats au prix Chauveau de 1931.

Le prix (2.000 fr.) sera décerné cette année par la Société des sciences vétérinaires de Lyon et récompensera le meilleur travail ayant trait à l'anatomie, la physiologie normale ou pathologique, la bactériologie, la pathologie générale ou infectieuse des animaux domestiques dont l'auteur sera un vétérinaire.

Les candidats devront se conformer aux conditions du concours déjà formulées dans un précédent avis.

UNION DES MÉDECINS MUTILÉS DE GUERRE. — L'Union des médecins mutilés de guerre tiendra son assemblée générale le lundi 7 décembre 1931, à 18 h. 30, à son siège social, Hôtel des ingénieurs civils de France, 19, rue Blanche, à Paris (IXe).

Ordre du jour. — Renouvellement du bureau.

Allocations aux médecins dans le besoin, aux veuves et aux orphelins.

LA SECTION DE MÉDECINE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS organise le 5 décembre à 22 h. à l'Hôtel Colbert, 15, rue de la Bûcherie (Ve), un grand bal de nuit. Intermède artistique avec le concours de : Parisys, Georges Pomies, Raymons Souplex. — Entrée : 20 fr. ; membres de l'A. G., 8 fr.

AVIS DE CONCOURS. — Il sera ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique, le 21 décembre 1931, à 10 heures, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Garonne et de deux médecins inspecteurs d'hygiène.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes des deux sexes exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques auxquelles sont assimilées les fonctions de médecin militaire, et aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats à cet emploi devront être Français, avoir satisfait à la loi militaire s'ils sont du sexe masculin, et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat). Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée au Préfet de la Haute-Garonne, avec le dossier réglementairement composé, ainsi qu'il est prescrit ci-dessous, avant le 15 décembre, dernier délai.

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée;

2° Acte de naissance;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine;

4° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date;

5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire;

6° Exposé des titres, travaux, états de service et références notamment en matière de phtisiologie et de syphiligraphie;

7° Principales publications;

8° Engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle et de se consacrer uniquement à ses fonctions; de ne prétendre, par conséquent, à aucune fonction ou mandat public;

9° Engagement, en cas de nomination, de rester en fonctions dans le département, pendant une durée minimum de trois ans;

10° Engagement, en cas de démission ou de nomination à de nouveaux postes, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué de continuer à assurer son service dans le département de la Haute-Garonne pendant trois mois au minimum.

Chaque candidat sera avisé par le Préfet, en temps utile, et à l'adresse qu'il aura donnée, du résultat du concours en ce qui le concerne.

Les candidats devront se rendre au ministère de la Santé publique au jour et à l'heure fixés pour le concours afin que le jury puisse, le cas échéant, les inviter à venir en personne présenter leurs titres.

Le candidat désigné pour remplir les fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène entrera en fonction au 1er janvier et sera immédiatement titularisé.

Les candidats désignés pour remplir les fonctions de médecins inspecteurs d'hygiène seront astreints à un stage préliminaire d'un an, à l'expiration duquel ils pourront être titularisés dans leurs fonctions.

Par contre, si dans leur service les médecins stagiaires ne donnent pas satisfaction, ils seront licenciés sans formalité ni indemnité.

L'inspecteur départemental d'hygiène et les médecins inspecteurs seront tenus d'assurer, sous l'autorité du Préfet, le fonctionnement de tous les services de protection de la Santé publique qui leur seront confiés.

L'échelle des traitements de l'inspecteur départemental d'hygiène, chef de service, est fixée ainsi qu'il suit : 4e classe, 45.000 fr.; 3e classe, 50.000 fr.; 2e classe, 55.000 fr.; 1re classe, 60.000 fr.

L'échelle des traitements des médecins inspecteurs d'hygiène est fixée ainsi qu'il suit : 4e classe, 36.000 fr.; 3e classe, 39.000 fr.; 2e classe, 42.000 fr.; 1re classe, 45.000 fr.

Le passage d'une classe à une autre s'effectue uniquement au choix.

Il sera tenu compte, pour le classement, des services qui auront pu être rendus dans différentes administrations publiques.

L'inspecteur départemental d'hygiène et les médecins inspecteurs sont inscrits à la caisse départementale des retraites et bénéficient des différents avantages consentis aux employés du département (indemnités de résidence et de charges de famille).

Ils devront avoir une automobile en ordre de marche et toucheront une indemnité annuelle de frais de déplacement de 15.000 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur William Elder (de Leith, Ecosse), un des neurologistes les plus distingués de la Grande-Bretagne.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. A. LEMIERRE.) — Sous la direction de M. Philibert, agrégé, chef des travaux, de M. Gastinel, agrégé, avec le concours de MM. Adida, Gallerand et Nevot, assistants, auront lieu pendant l'année scolaire 1931-1932, deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles se suivront sans interruption, commenceront le mardi 5 janvier 1932, à 14 heures, au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis, lundis et mardis suivants, à la même heure.

Les droits d'inscription sont de 200 fr. pour chacune des séries. Le nombre des places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au Laboratoire de bactériologie avant de retirer leurs bulletins de versement.

Ces bulletins sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

TECHNIQUE DE LA PARATHYROIDECTOMIE

Par M. R. LERICHE.

J'ai fait jusqu'ici 15 opérations parathyroïdiennes. Mes 15 opérations ont eu lieu pour :

Polyarthrite ankylosante......	3 fois
Maladie de Recklinghausen...	2 fois
Sclérodermie..................	6 fois
Chéloïde spontanée...........	1 fois
Cal douloureux du rachis.....	1 fois
Troubles circulatoires........	2 fois

Dans tous ces cas, l'opération a été décidée sur la constatation d'une hypercalcémie nette.

J'en indiquerai plus tard les résultats, avec mes collaborateurs A. Jung et Chinassi Hakki. sans lesquels je n'aurais pu entreprendre ces essais.

Aujourd'hui, à l'occasion du récent article de MM. Chifoliau et Ameline, et de celui de M. Velti, dans le *Journal de chirurgie*, je voudrais seulement préciser quelques points de technique, dans la pensée d'aider ceux qui auraient à intervenir pour une maladie à hypercalcémie,

*
* *

Il n'est pas difficile sur le vivant d'accéder au lieu d'emplacement normal de la parathyroïde inférieure habituellement visée : *l'opération consiste essentiellement à découvrir la terminaison de l'artère thyroïdienne inférieure et l'origine de ses branches de bifurcation ou de trifurcation.*

La parathyroïde étant habituellement hors de la capsule thyroïdienne et indépendante d'elle, et par contre se trouvant généralement appendue à l'une des branches artérielles, l'opération de découverte se réduit en fait à la découverte artérielle dont je viens de parler,

Pour cela, on peut suivre deux voies.

On peut tout d'abord aller à l'artère par l'incision transversale de la chirurgie thyroïdienne, entrer dans l'espace préthyroïdien, couper le sterno-thyroïdien, et, longeant la capsule propre du corps thyroïde, contourner le lobe, le récliner avec un écarteur ou le renverser en dedans et en avant à l'aide d'une pince appropriée. On aperçoit alors la terminaison de l'artère thyroïdienne inférieure, le récurrent et le bord postérieur du corps thyroïde. C'est le procédé que j'ai suivi dans mes premières opérations. C'est celui que décrivent MM. Chifoliau et Ameline.

Mais on peut, *tout aussi bien*, inciser sur le bord interne du sterno-cléido-mastoïdien, récliner en dehors le paquet jugulo-carotidien, voir l'artère thyroïdienne et la suivre jusqu'à sa terminaison en faisant renverser le lobe thyroïdien en dedans.

Je l'ai fait plusieurs fois. Cette voie est très directe. Elle est plus simple, plus rapide que l'autre. Elle est au fond plus logique, car plus anatomique, puisqu'elle va droit à la région qu'il faut découvrir. Elle a un inconvénient : c'est une opération unilatérale qui ne permet pas l'exploration du côté opposé, ce qui revient à dire qu'elle est contre-indiquée quand on veut voir les deux parathyroïdes inférieures.

Il faut donc suivre la voie antérieure qui va à l'artère par le lobe, dans la maladie de Recklinghausen ou dans les maladies similaires (Paget, ostéo-maladie) quand on veut chercher un adénome.

Mais, hors ces cas, on peut très bien se contenter de la voie latérale, plus économique, puisqu'elle ne coupe aucun muscle. Car, soit dans la polyarthrite ankylosante, soit dans la sclérodermie, soit dans la chéloïde, je ne crois pas qu'on ait vu jusqu'ici de tumeur parathyroïdienne, et l'opération s'adresse à des parathyroïdes apparemment normales. Je vois, en outre, un avantage à la voie latérale : elle permet de faire dans la même séance une opération sympathique, ramisection ou ablation du ganglion étoilé, et, à mon avis, dans les cas sévères, il est peut-être bon de combiner les deux types d'opérations, parathyroïdectomie et sympathectomie.

Telles sont mes impressions sur le premier temps de l'opération, le temps de découverte.

A ce temps succède un temps d'identification de la parathyroïde. C'est là que souvent commencent les difficultés. Et il n'y en a jamais que là quand il s'agit de parathyroïde normale, car s'il y a un adénome, la tumeur se voit de suite.

Dans certains cas, tout est très simple : du premier coup, on aperçoit la parathyroïde un peu basse, dans les branches de la thyroïdienne, au bas de sa courbe. Elle est plutôt plus pâle que le tissu thyroïdien. Elle est nettement encapsulée, parfaitement isolée, complètement indépendante du corps thyroïde, grosse comme un tout petit noyau de cerise. C'est elle à n'en pas douter. Il m'est arrivé trois fois de tomber ainsi immédiatement sur elle sans l'ombre d'une hésitation, et c'était bien elle histologiquement.

Mais souvent, surtout les premières fois, on hésite, on voit une petite masse rougeâtre collée contre le lobe. On voit l'artère divisée. On en suit les branches. Une artériole paraît se rendre à la petite masse. On enlève celle-ci et histologiquement, ce n'est qu'une petite masse thyroïdienne, ou de la graisse. J'ai déjà insisté sur ces faits (1), l'an dernier à pareille époque. Quand on y a été pris deux ou trois fois comme cela m'est arrivé avec Jung, on se méfie. On n'est plus sûr de rien.

C'est à ces cas que doit s'appliquer la résection artérielle dont nous avons parlé, Jung et moi. Mais j'ai un peu modifié ma manière de faire. J'avais proposé la résection de la terminaison artérielle entre deux ligatures. *Je pense aujourd'hui qu'il est mieux encore de mettre une ligature à un demi-centimètre de la bifurcation de l'artère, de couper en aval, de rabattre tout le segment artériel vers la thyroïde en le suivant de proche en proche, et d'enlever en contiguïté avec lui ce que l'on croit être une parathyroïde.* L'artère est le meilleur guide vers la glande. On en est quitte pour mettre deux ou trois fines ligatures

(1) Des effets de la résection d'une des artères thyroïdiennes inférieures sur la calcémie. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 12 nov. 1930.

sur les points qui peuvent saigner sur le corps thyroïde.

On m'a dit, et M. Chifoliau en particulier m'a fait cette objection : « Il n'est pas prouvé que l'on provoque ainsi, à coup sûr, l'ischémie de la glande ». Non, il n'est pas prouvé qu'on l'obtienne *toujours*, car le nombre de mes cas est encore trop faible pour que je puisse généraliser. Mais il est certain que la résection du carrefour artériel a amené, dans les cas que j'ai suivis, une ischémie de la glande et réalisé une parathyroïdectomie physiologique. C'est donc une méthode à essayer.

MM. Chifoliau et Ameline écrivent que « la recherche des anastomoses artérielles très visibles sur les belles planches du travail de Lorin » leur fait penser que « cette ischémie de la glande n'est probablement pas obtenue à coup sûr par la résection même très loin poussée de l'artère thyroïdienne inférieure ».

Cela me surprend, car les planches de Lorin montrent tout justement qu'il n'y a pas d'anastomose entre la circulation thyroïdienne et la circulation parathyroïdienne, sinon par le tronc artériel et ses grosses branches. Lorin écrit formellement : « Nous croyons que la parathyroïde n'a qu'un pédicule artériel, constitué par une branche de la thyroïdienne inférieure, et qu'il n'y a pas d'artérioles accessoires », et plus loin : « Bien qu'elles naissent d'un même tronc, les circulations du corps thyroïde et de la parathyroïde sont indépendantes ».

Il ne fait d'ailleurs que corroborer ainsi l'opinion motivée de Halsted et Evans, dont le mémoire fondamental (1) publié en 1907 a été très souvent mal lu et déformé comme à plaisir.

Halsted et Evans ont en effet montré dans leur travail, que doivent lire tous ceux qui s'occupent des parathyroïdes, que les parathyroïdes ont une circulation indépendante qui leur arrive uniquement par leur hile, que pour les deux parathyroïdes du même côté, elle est habituellement assurée par l'artère thyroïdienne inférieure, mais qu'il y a souvent un canal unissant entre eux les vaisseaux thyroïdiens supérieur et inférieur, sur lequel sont branchées les artères parathyroïdiennes, enfin qu'il n'y a que peu, s'il y en a (if indeed any) de connections vasculaires entre les parathyroïdes et le conjonctif d'enveloppe de la thyroïde. C'est sur les dessins de leur mémoire que je me suis basé pour penser que la résection de l'artère thyroïdienne inférieure et de ses branches d'épanouissement devait ischémier la glande inférieure. Les faits que j'ai étudiés avec soin et très objectivement, m'ont montré que cette hypothèse était juste.

Dans une note à la Société de biologie qu'a publiée la *Gazette des hôpitaux* (1) du 19 août 1931, mes élèves A. Jung et Chinassi Hakki ont montré que dans quatre cas où j'avais fait la résection du segment artériel et des branches glandulaires, la calcémie avait été ramenée à la normale.

On peut ainsi avoir des effets thérapeutiques parfaits et durables.

Dans un des cas, que nous vous avons communiqué Jung et moi, le 29 avril 1931 (2), le résultat a été surprenant. La malade qui avait une sclérodermie grave des membres inférieurs, lui créant une invalidité de 75 p. 100 reconnue par les assurances sociales, est complètement guérie. Je l'ai revue ces jours, huit mois après l'opération, transformée et ravie. Sa calcémie est tombée de 0g112 à 0g078.

Ce fait montre que la simple résection artérielle, faite comme je l'ai dit, donne une grande sécurité aux ablations parathyroïdiennes.

Aussi, actuellement, je la fais dans tous les cas, même quand je suis sûr qu'il s'agit bien de la parathyroïde. Deux sûretés valent mieux qu'une.

Il ne faut pas opposer les deux modes de parathyroïdectomie, l'anatomique et la physiologique, comme je l'ai fait pour frapper l'esprit. Il faut les combiner, en enlevant la glande et son pédicule vasculaire, en partant de celui-ci.

Mais il y a des cas où, quand on a sous les yeux le bord postérieur de la thyroïde, l'artère, les branches, le récurrent, on ne voit rien ni en haut, ni en bas, qui ressemble à une parathyroïde. C'est perdre son temps que de dissocier le tissu cellulaire et de chercher à en créer une artificiellement.

Quand on a déprimé avec de petits tampons mouillés tout le tissu cellulaire adjacent, que tout est bien net dans le champ qu'on a sous les yeux, le mieux est de partir du segment terminal de l'artère sectionnée, comme d'un pédicule, d'enlever une lame postérieure du corps thyroïde, une espèce de sole de 3 centimètres de long où s'épanouissent les artères, si l'on ne veut pas enlever le lobe.

Dans un cas où je ne voyais aucune trace de quelque chose rappelant une parathyroïde, j'ai enlevé le lobe, par voie extracapsulaire évidemment, en laissant le pôle supérieur : la parathyroïde inférieure était sous la capsule.

Voyant cela, dans les mêmes circonstances, je me suis borné à enlever une lame de tissu thyroïdien : la parathyroïde était sous la capsule également.

En somme, en sachant utiliser la résection du segment terminal de l'artère et l'ablation d'une lame de capsule postérieure doublée de tissu thyroïdien, on évite presque toujours la désagréable surprise que peut donner l'examen histologique quand, croyant avoir enlevé une parathyroïde, on s'aperçoit qu'on n'a excisé qu'un peu de graisse ou de tissu thyroïdien.

(1) The parathyroid glandules. Their blood supply and their preservation on operation upon the thyroid gland, in *Ann. of Surg.*, 1907, t. XLVI, p. 489, reproduit in *Surgical Papers of W. S. Halsted*, vol. II, p. 164, The Johns Hopkins Press, Baltimore, 1924.

Je profite de l'occasion pour rappeler, car on l'oublie généralement, que les procédés actuels de thyroïdectomie subtotale dans le Basedow ne sont que des copies du procédé décrit par Halsted il y a longtemps, et que c'est lui qui a écrit les plus pénétrantes études sur la greffe des parathyroïdes.

(1) A. Jung et A. Chinassi Hakki. Les opérations parathyroïdiennes ont-elles une action efficace sur la calcémie et la fonction parathyroïdienne chez l'homme ? *Gaz. des hôpit.*, 19 août 1931, n° 66, p. 1249.

(2) R. Leriche et A. Jung. Essai de traitement de la sclérodermie par la parathyroïdectomie, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 29 avril 1931, t. LVII, n° 15.

Une dernière question doit être envisagée : *faut-il en présence d'une hypercalcémie se borner à l'ablation d'une seule parathyroïde*, ou *faut-il en enlever deux*? Je ne crois pas qu'on puisse répondre actuellement à cette question. Il est possible que dans le Recklinghausen, dans la polyarthrite ancienne ou dans les sclérodermies avancées, il faille enlever deux glandes. Il vaudrait peut-être mieux alors enlever les deux du même côté, qu'enlever les deux inférieures, car les inférieures sont certainement les glandes principales : les enlever toutes deux serait peut-être s'exposer à de la tétanie. Il ne faut s'avancer sur ce terrain qu'avec une extrême prudence.

*
* *

A côté des hyperparathyroïdismes, il y a des syndromes déficitaires parathyroïdiens, avec hypocalcémie. J'ai essayé *sans succès* de les modifier en faisant la sympathectomie de l'artère thyroïdienne supérieure ou de l'inférieure. Je ne puis donner aucune indication utile sur ce point. Cependant il est très vraisemblable qu'en sectionnant les vasoconstricteurs de la glande, on obtiendrait une réactivation. C'est peut-être une indication de l'isophénolisation des pédicules artériels.

On ne doit pas désespérer de résoudre ce problème, qui a en somme été délaissé jusqu'à présent et dont la solution compléterait heureusement la chirurgie parathyroïdienne.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

(PREMIÈRE CONFÉRENCE)

[*La Haye, 7-8 septembre 1931* (1)].

DEUXIÈME QUESTION

La contagion tardive de la scarlatine et les moyens de l'éviter.

Rapporteurs : professeur von Groer (Limberg) et docteur A. Lichtenstein (Stockholm).

I. Rapport du professeur von Groer. — **La propagation de la scarlatine par les enfants convalescents et sa prévention.**

Il convient d'établir, après une connaissance scientifique de la durée de la contagion, une période de quarantaine évitant un isolement superflu et coûteux, mais suffisante pour éviter les contaminations tardives.

Cette question, bien tranchée maintenant pour la rougeole, se pose pour la scarlatine, dont les particularités sont la gravité et la longue durée (Hottinger et Schlossmann) : 88.000 cas en Allemagne en 1927. La réduction justifiée de l'isolement aurait une répercussion économique et sociale marquée, sous réserve d'éviter l'apparition des cas de retour (*return cases*). Mais la biologie ne nous fixe pas encore d'une façon exacte sur le terme de cette contagiosité. On peut cependant, en rapprochant la clinique des données modernes, s'efforcer d'améliorer « notre vieille routine », et cela en tenant compte des points suivants :

I. La contagiosité est moindre qu'on ne le croit généralement. Les cas « fulminants » et aigus sont plus contagieux que les cas légers. Le début l'est plus que la fin, avec une reprise de la contagiosité au cas de syndrome secondaire.

II. Les cas nouveaux surinfectent et réinfectent les convalescents à leur contact. Les « rechutes » qui ont été signalées relèvent toujours d'un semblable contact (Lichtenstein); elles ne se voient guère qu'à l'hôpital, pour cette raison.

III. La contagion s'exerce presque exclusivement par le mode direct, elle est causée par les sécrétions naso-pharyngées; les squames ne doivent pas être regardées comme infectieuses.

IV. A cette infection s'ajoute une prédisposition personnelle liée à deux facteurs : une absence d'immunité pour le germe de la maladie et une hypersensibilité parallergique ou une chute brusque (*down break*) et temporaire de la résistance non spécifique; c'est ce facteur trop négligé qui intervient après un traumatisme, une action thermale ou actinique facilitant l'aggravation de la maladie.

Ces quatre points établis, on peut établir un plan d'action pour éviter la propagation de la scarlatine par les convalescents :

1° L'isolement des malades en boxes séparés évite les surinfections et les réinfections surtout chez les convalescents. A défaut de boxes, il faut tenir séparés en deux locaux distincts *au moins* les cas nouveaux et les convalescents. Boxes et salles doivent être spacieux, clairs et ventilés, l'hiver irradiés par les lampes de quartz; les soins du nez et de la gorge seront fréquents.

2° Les sortants doivent passer quelque temps au bon air avant de rejoindre les collectivités familiales ou scolaires.

3° Les frères et sœurs des malades seront visités et suivis médicalement.

Avec Czerny, v. Groer considère que la scarlatine relève d'un problème diététique, en raison d'un état allergique alimentaire causé par l'abus de lait et d'œufs. D'autre part, les enfants à susceptibilité exsudative (strumeux, lymphatiques) sont prédisposés à la scarlatine. Ces deux ordres de faits doivent, pour l'auteur, diriger la thérapeutique préventive.

Avec ces trois ordres de précautions (isolement et désinfection fractionnée des malades, isolement relatif et aération des sortants, soins des enfants sains restés à la maison) on réduit le chiffre de ces cas de retour. Il oscille entre 0 et 1,5 dans les hôpitaux bien aménagés et varie avec les conditions d'hygiène et de soins dans les autres cas. Ces résultats favorables s'observent aussi bien dans les hôpitaux qui ont cessé de considérer l'examen bactériologique comme le critérium de guérison.

Seul l'examen clinique individuel peut permettre de décider du retour de l'enfant convalescent à la maison, si l'état de la gorge et du nez est tout à fait satisfaisant; la desquamation persistante est sans inconvénients pour la contagion, le traitement par le sérum n'influence pas la contagiosité. On peut diviser ces convalescents en trois groupes :

1. Cas légers, complications nulles ou légères, pouvant sortir le vingt-huitième jour (comme à Dusselforf) sous la condition qu'ils ne retournent à l'école qu'après huit à quinze jours.

2. Cas sérieux et compliquée, à conserver plus longtemps, même si la guérison survient en quatre à cinq semaines; un isolement de six semaines est à recommander.

3. Cas compliqués persistants (néphrite et surtout otite ou localisations purulentes) doivent être traités à l'hôpital sept à huit semaines et souvent plus longtemps.

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 90, p. 1675, et n° 95, p. 1781.

L'auteur s'est tenu aux données cliniques qui permettent une base de discussion, la valeur pratique du diagnostic bactériologique restant controversée.

Friedmann et Deicher ont tenté de se baser sur les constatations bactériologiques pour prolonger ou au contraire abréger l'hospitalisation des malades. Mais, pour von Groer, la présence ou l'absence du streptocoque hémolytique n'est pas le critérium absolu de la contagiosité de la maladie, d'autant plus qu'il n'y a pas de différenciation absolue entre le streptocoque scarlatin et tout autre streptocoque hémolytique; il n'y a pas de scarlatine sans streptocoque, mais il y a des streptocoques sans scarlatine. Cette recherche peut cependant aider à fixer le degré de la contagiosité; elle a contribué à intensifier l'isolement en quarantaine fractionnée, d'où les bons résultats obtenus, mais elle varie dans ses résultats avec l'expérience des bactériologistes, elle varie trop souvent aussi d'un examen à l'autre chez un même malade. En outre, les divers auteurs ont noté des rapports très variables entre la fréquence des cas de retour et les constatations bactériologiques positives.

Seligmann à Berlin a noté 2,7 p. 100 cas de retour sur 1.149 examens négatifs, et 1 p. 100 sur 1.613 examens positifs. En réalité, ces cas s'expliquent par l'existence de complications, quel que soit le résultat bactériologique, celui-ci servant seulement à fournir une donnée générale concourant à vérifier l'efficacité du système d'isolement employé.

Pour Mandelbaum, la recherche d'un bacille diphtérique ou très voisin du bacille de Loeffler indiquerait la contagiosité de la scarlatine et se retrouverait chez les porteurs de germes sains, propagateurs de la maladie sans la contracter, mais ces faits n'ont pas été suffisamment vérifiés.

Reste la question de savoir si l'immunisation active ou passive peut empêcher la production des cas de retour. Ces opinions sont divisées; les uns préconisent cette immunisation active préventive chez les frères et sœurs sains, avec Dick positif, avant le retour du malade; d'autres préfèrent la sérothérapie passive précoce ou au retour du malade à la maison. Von Groer ne se prononce pas, il n'est pas convaincu de l'efficacité préventive de la toxine de Dick, il craint même que son introduction ne puisse créer une phase négative ou une chute provoquée de la résistance non spécifique. Pour l'immunisation passive, même doute. Friedmann ne croit pas à sa possibilité, ceux qui l'admettent reconnaissent qu'elle est de courte durée. En l'état actuel de la question, la décision reste soumise au sentiment personnel du médecin.

Conclusions. — 1. Les soins individuels et la désinfection fractionnée à l'hôpital, l'isolement relatif avec aération à la sortie avant le retour au foyer; les soins aux enfants sains restés à la maison sont les seuls moyens d'empêcher les cas de retour de scarlatine.

2. La durée de la quarantaine pour les convalescents ne peut être basée sur la recherche du streptocoque hémolytique du nez et de la gorge. La sortie précoce de l'hôpital ne s'applique pas aux cas compliqués. Le traitement sérothérapique n'influence pas la contagiosité des convalescents.

3. L'efficacité d'une immunisation active ou passive des enfants exposés à la contagion n'est pas encore hors de doute.

II. Rapport du docteur Lichtenstein (Stockholm). — **Comment empêcher l'infection tardive par les scarlatineux en voie de guérison : « cas de retour ».**

1° La délimitation de ces « cas de retour » est délicate, la durée maxima d'incubation restant ignorée, et la contagion ultérieure pouvant être en jeu. Leur fréquence est variable : en moyenne 3 p. 100 survenant après un isolement du malade de quatre à sept semaines.

2° Les squames ne sont pas contagieuses, mais les sécrétions de la gorge, du nez, des oreilles.

3° Ces cas sont dus le plus souvent à des convalescents atteints encore d'otite ou rhinite purulente, même légères. Ces faits ou la persistance d'une fièvre légère sont à retenir.

4° Des convalescents sans séquelles peuvent aussi transmettre ces cas de retour.

5° Les travaux récents se sont proposé d'éviter ces contagions; ce sont surtout la recherche du streptocoque hémolytique, l'envoi en station d'aération pour convalescents et l'immunisation des enfants sains avant le retour au foyer des convalescents.

Mais la recherche du streptocoque hémolytique n'est pas encore en mesure de résoudre la question. L'isolement en station d'aération est une méthode de protection d'une grande efficacité; quant à l'immunisation active ou combinée, active et passive, des sujets à Dick positif, elle serait la solution la plus satisfaisante du problème.

En l'état actuel de nos connaissances, il faut préconiser :

1° Un examen des convalescents (état de la température, du nez, de la gorge et des oreilles) avant leur sortie.

2° Si l'état de santé ou l'existence de ces signes locaux laissent un doute, l'isolement doit être prolongé.

3° Cette durée sera d'autant plus stricte que le convalescent retourne vers une collectivité d'enfants (famille, pension).

4° Les stations d'aération pour convalescents sont à développer.

5° On envisage l'immunisation préventive des enfants sains avant le retour du convalescent.

M. le docteur Lesné (Paris), relate 4 cas de contagion du quarantième au quarante-deuxième jour; il incrimine également l'angine et la rhino-pharyngite même dans les formes légères. Il montre les difficultés d'adopter un critérium bactériologique pour fixer le terme de la contagion. Il préconise chez les malades une désinfection soignée des premières voies et surtout une alimentation complète et bien équilibrée dès la troisième semaine quand l'état du rein le permet. On séparera des autres scarlatineux ceux qui restent infectés, ils seront envoyés à la campagne. Les autres enfants sains seront bien nourris et soumis à une aération suffisante.

L'immunisation active ou passive ne permet pas d'éditer dès maintenant des mesures générales dont l'efficacité soit valable. L'examen clinique conserve donc la première place pour fixer la conduite à tenir.

Le docteur Schlesinger (Londres) s'associe à cette manière de voir et le professeur Gorter (Leyde) estime également que la clinique reste actuellement le guide de l'hygiéniste; il pense, avec M. Schlesinger, qu'il faut essayer, par la bactériologie, d'arriver à dépister et aussi à éviter la scarlatine. L'immunisation des enfants sains par la toxine reste difficile non seulement à réaliser, mais à interpréter dans sa signification. On a pu craindre qu'elle crée une hypersensibilité, aussi a-t-on pu envisager qu'il vaudrait mieux n'y recourir qu'après la remise en contact avec le convalescent pour renforcer l'immunisation.

M. le professeur Rolleston (Londres), après un court historique des idées concernant les cas de retour en Angleterre, a insisté sur les recherches entreprises par le « Metropolitan Asylum Comitee ». Ces travaux récents ont montré la fréquence des cas de retour variant entre 0 et 6,9 p. 100 suivant les différents hôpitaux. Son expérience vient à l'appui des conclusions émises avant lui sur l'innocuité des squames, la fréquence des infections nasales, celle de la saison froide, la répartition des cas d'après leur ancienneté, enfin leur apparition dans la quinzaine qui suit la sortie du malade contaminant.

Après une courte intervention du docteur Herderscher (Amsterdam), M. Robert Debré, en son nom et en celui du

docteur BONNET (Paris), expose ses recherches confirmant le rôle pathogène du streptocoque hémolytique. Il expose les propositions, résumées ci-dessous, qui en découlent :

1° La présence constante, très abondante de streptocoques hémolytiques est de règle au début de la scarlatine, dans la gorge des malades.

2° Du vingtième au vingt-cinquième jour, ces colonies ont presque disparu, et la flore est très panachée.

3° Le streptocoque hémolytique disparaît vers le trentième jour dans presque tous les cas.

4° De rares colonies se retrouvent chez quelques sujets au quarantième ou au soixantième jour.

5° Les sujets observés par M. Debré et sortis après disparition du streptocoque hémolytique n'ont pas donné de cas de retour; d'autres, porteurs encore de germes, ont pu sortir sans causer de cas de retour. Mais ces faits négatifs n'ont pas une valeur absolue.

6° M. Debré croit donc à l'intérêt diagnostique et prophylactique de cette recherche. Il serait désirable d'unifier les techniques de recherches (Friedmann, Debré).

7° La réaction de Dick pratiquée avec « deux doses Dick » d'une toxine bien éprouvée garde sa valeur, mais les fausses réactions rendent l'interprétation délicate; en outre, il existe des cas de scarlatine chez des sujets à Dick négatif.

8° L'anatoxine scarlatineuse fait virer provisoirement le Dick, mais la protection n'excède pas quelques mois; son emploi ne peut donc pas être systématiquement préconisé.

9° Le sérum de l'Institut Pasteur (Ramon, Louis Martin, Loiseau et Debré) et le sérum de convalescent ont un rôle préventif favorable, mais il convient de n'user que de sérums titrant une forte teneur en antitoxine par l'injection intradermique de plusieurs doses Dick.

M. Debré conclut que la recherche du streptocoque hémolytique conserve un intérêt diagnostique et pour le contrôle de la guérison bactériologique. Dans des cas limités, la réaction de Dick peut servir à dépister les sujets négatifs; enfin le sérum de convalescent peut être utilisé pour la protection à domicile d'un sujet menacé.

M. le professeur LEREBOULLET (Paris) appuie, comme M. Lesné, la notion d'exception des cas de contagion tardive. Il signale, à ce propos, la rareté des épidémies de scarlatine dans les écoles parisiennes et l'absence presque complète des cas de contagion par les convalescents de retour à l'école. M. le docteur Dufestel, en quarante ans, n'en a observé qu'un seul cas. La quarantaine strictement observée semble à l'origine de cette rareté; et si le délai peut dans certains cas être abaissé à trente-cinq jours, il ne doit pas être raccourci. Inversement, il peut être allongé dans les cas où les phénomènes infectieux persistent ou reparaissent, ainsi que l'ont fait ressortir les rapporteurs.

M. le professeur TAILLENS (Lausanne) signale l'extrême rareté, en Suisse, des cas de retour; il l'attribue à la désinfection locale des muqueuses, à l'isolement prolongé de quarante-cinq jours (soixante parfois), à la bonne aération des enfants.

M. le professeur SCHLOSSMANN (Dusseldorf) confirme l'existence de cas tardifs contagionnés au quarante-deuxième jour.

M. le professeur HAMBURGER (Vienne) montre les difficultés de l'étude biologique de la scarlatine, si on la compare à la diphtérie.

Il rapporte des cas tardifs de contagion relevés après un contact prolongé avec un malade, dont un cas mortel.

M. le professeur VON GROER (Lemberg), rapporteur après cette discussion, relève la variabilité suivant les pays de la fréquence de ces cas de retour; il critique l'action de l'anatoxine, mais, avec M. Debré, il accorde une valeur à l'examen bactériologique de la gorge qui pour lui donne des résultats parallèles à l'examen clinique. Après une dernière intervention du professeur Lichtenstein (Stockholm), les *conclusions suivantes*, proposées à la fin de la réunion, sont adoptées :

1° Les méthodes prophylactiques les plus efficaces contre la propagation de la scarlatine restent basées à l'hôpital sur l'hygiène corporelle et la désinfection locale rhino-pharyngée systématique et répétée, et, en ville, sur l'isolement aussi complet que possible des enfants soignés dans leurs familles.

2° Les données fournies par la recherche bactériologique du streptocoque dans les cavités rhino-pharyngées ne permettent pas de préciser les limites de la durée d'isolement des scarlatineux.

Le raccourcissement de cette période d'isolement ne peut pas être autorisé pour les enfants atteints de scarlatine compliquée.

Il est donc nécessaire de déterminer dans chaque cas les conditions cliniques qui permettent le renvoi de l'enfant à la collectivité.

3° La question de l'immunisation active ou passive (à l'aide du sérum des convalescents) de l'entourage des scarlatineux, doit être soumise à de nouvelles recherches.

JULIEN HUBER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1931)

Sur la question d'une antitoxine diphtérique aprotidique. — M. L. VELLUZ réfute un travail de *Salkowski* (1922), pour qui il serait possible d'obtenir une antitoxine diphtérique dépourvue de matières protéiques. Si on reproduit en effet, dans tous ses détails, la technique décrite, on obtient une antitoxine qui renferme encore une quantité notable de protides.

Il est certes possible de modifier la méthode en vue d'obtenir une antitoxine apparemment dépourvue d'albumines. Mais il existe dans ce cas une disproportion telle entre le titre antitoxique primitif et le titre final qu'il est plus logique d'admettre que ce sont les tests de recherche des protides qui se trouvent en défaut par suite de l'extrême dilution.

Modifications provoquées sur la pression artérielle, chez l'homme, par une douleur violente et brève. — M. H. BUSQUET a pris comme type de douleur violente et brève celle que provoque l'incision d'un panaris ou une avulsion dentaire sans anesthésie. La réaction tensionnelle, observée chez soixante sujets, permet de les classer en trois catégories. Chez certains, on n'observe aucune modification de la pression; dans la majorité des cas, la pression s'élève; exceptionnellement, elle baisse.

Ces résultats peuvent s'interpréter facilement si on se rappelle que, chez l'animal, l'excitation forte d'un nerf sensitif produit deux réflexes concomitants : une vaso-constriction et une inhibition cardiaque. L'absence d'élévation de la pression, chez les sujets de la première catégorie, est due au fait qu'un ralentissement cardiaque, révélé par l'inspection de l'aiguille sphygmométrique, compense l'effet à tendance hypertensive de la contraction des vaisseaux. Chez les sujets de la deuxième catégorie, l'action vaso-constrictive existe seule ou prédomine; chez ceux de la troisième catégorie, l'action cardio-inhibitrice l'emporte sur l'action vaso-constrictive et la pression baisse.

Envisagés au point de vue de la pratique médicale, les résultats obtenus montrent que les douleurs violentes et brèves ne troublent d'une manière ni profonde ni durable le

régime circulatoire. Les élévations ou les chutes de pression ne dépassent guère 4 centimètres de mercure et ne se prolongent pas au delà de trois ou quatre minutes après l'excitation douloureuse.

Quelques cas de cataracte survenue chez des lapins immunisés ou en cours d'immunisation contre le virus herpétique. — M. S. Nicolau et Mme L. Kopciowska décrivent trois cas d'opacification du cristallin survenue tard chez des lapins fortement immunisés, et, quoique en état de bonne santé apparente, présentant des altérations histologiques très fortes du cerveau. Dans un quatrième, la cataracte est apparue peu de temps après l'inoculation immunisante de virus, au moment de l'acmé de la maladie qui a produit l'état réfractaire. La relation de cause à effet entre la maladie herpétique du lapin et ces cataractes, est probable. Deux explications possibles : 1. trouble trophique occasionné par les lésions profondes dues au processus infectieux dans le système nerveux; 2. localisation des germes herpétiques sur le cristallin. Chacune des deux explications paraît confirmée par les observations mentionnées.

Propriétés biochimiques du pneumocoque en rapport avec l'immunité. — M. P. Bordet. Très acide en sérum de lapin et de souris, la culture du pneumocoque l'est à peine en sérum de cobaye; or, le pneumocoque, très virulent pour le lapin et la souris, l'est, on le sait, beaucoup moins à l'égard du cobaye. De plus, la culture de ce microbe n'acidifie que faiblement le sérum de lapin vacciné; de ces quelques faits paraît ressortir la notion de l'existence d'une corrélation entre l'aptitude du pneumocoque à acidifier le sérum dans lequel il cultive et la virulence de ce microbe à l'égard de l'animal qui fournit ce sérum.

Morphologie du pneumocoque. — M. P. Bordet. L'examen au microscope d'une goutte pendante d'une culture de pneumocoque en sérum de lapin y révèle la présence, à côté de nombreux diplocoques, de gros éléments arrondis en forme de sphérules groupées en amas. Par la méthode de Laveran et par les colorants neutres en général, ces sphérules apparaissent colorées en rouge; elles sont de dimensions très variables et le plus souvent réunies en amas volumineux par une gangue teinte en bleu; leur structure intérieure est granuleuse. Elles n'apparaissent pas en sérum de cobaye ou de souris, ni dans les milieux usuels dépourvus de sérum; le sérum de lapin chauffé à 56 degrés et le sérum de lapin vacciné contre le pneumocoque sont également impropres à leur production.

Isolement d'un bacille du type aviaire des lésions et du sang d'un tuberculeux lupique. — MM. A. Saenz et R. Guerra ont réussi à mettre en évidence dans le sang et dans les lésions d'un malade atteint de lupus tuberculeux, un bacille acido-résistant qu'ils identifient au bacille aviaire. Ce bacille offre cette particularité de se dissocier spontanément en colonies R et en colonies S. Il est très pathogène pour la poule et le lapin et très peu pathogène pour le cobaye. Chez la poule, il provoque une tuberculose viscérale rapidement mortelle. Inoculé par voie veineuse à dose élevée, il tue le lapin en quinze à dix-huit jours en produisant une tuberculose du type Yersin.

Essais d'exaltation de la virulence du B. C. G. chez le cobaye infecté par le streptoccus Cavix. — Il ressort des expériences de MM. J. Morrau et S. Tortorella que le *S. Cavix*, très pathogène pour le cobaye, produit, lorsqu'il est inoculé à petites doses, une infection chronique qui évolue lentement. Contrairement aux affirmations d'Hormaeche et Mackinnon, le B. C. G. inoculé à des cobayes porteurs de cette infection chronique, conserve le même degré d'atténuation que le B. C. G. inoculé à des cobayes normaux. En aucun cas nous n'avons observé, au cours de nos passages, la moindre augmentation de la virulence de ce bacille-vaccin. Nos constatations concordent exactement, sur ce point, avec celles de Nelis et de A. Saenz.

Sucre protéidique chez le chien soumis au jeûne. — MM. Bierry, F. Rathery et Mlle Y. Laurent. Chez les chiens soumis au jeûne prolongé on peut constater une élévation considérable du taux du sucre protéidique qui peut devenir trois fois supérieur à celui du sucre libre.

Si on administre du glucose aux chiens soumis préalablement au jeûne, on constate des variations importantes du taux du sucre protéidique dans le sang des veines sus-hépatique et porte, dans le sang artériel, dans les heures suivantes.

Ces faits viennent encore souligner l'importance du sucre protéidique dans le cycle évolutif de la matière sucrée à travers l'organisme.

Amylose expérimentale et perturbation de l'équilibre protidémique chez le chien par injections intraveineuses de caséinate de soude. — MM. Ch. Achard, M. Bariéty, A. Codounis et E. Hadjigeorges. Sur cinq chiens mis en expérience, les auteurs ont provoqué une fois une ankylose nette du foie et surtout de la rate, une fois une amylose discrète de la rate.

Les auteurs soulignent l'intérêt que présente la courbe de la globulinémie. Cette courbe est régulièrement ascendante pour les animaux à l'autopsie desquels on ne trouve pas d'amylose. Au contraire, chez les chiens qui font de l'amylose la courbe montre une chute de la globulinémie après une élévation momentanée.

On peut donc soulever l'hypothèse d'une relation chimique entre la globuline et la substance amyloïde. Mais dans l'amyloïdogenèse le rôle des facteurs tissulaires locaux est sans doute très important.

Election d'un membre titulaire. — M. Simonnet est élu par 45 voix.

— Société de biologie de Lyon. — (Séance du 16 novembre 1931).

Sur l'élimination et l'absorption de l'hyposulfite double d'or et de sodium. — MM. F. Arloing, Dufourt et Demonfaucon montrent, dans un travail inspiré des recherches de M. A. Lumière et de Mlle Juillard que, chez le cobaye, l'hyposulfite double d'or et de sodium injecté sous la peau à raison de 0gr10 par kilogramme d'animal disparaît en presque totalité du sang après vingt-quatre heures. Ainsi, par la méthode de Halsberg, ils ont constaté que 86 p. 100 de l'or a disparu du sang, absorbé ou éliminé.

Enfin, l'or restant se trouve dissous dans le plasma, tandis que la méthode de Coquoin demeure négative dans le culot globulaire obtenu après centrifugation du sang.

Contribution nouvelle à l'étude de l'intradermo-réaction aux toxines typhiques. — MM. F. Arloing, A. Dufourt, Meersseman et Pujos ont continué leurs premières recherches sur l'intradermo-réaction à la toxine typhique et sur sa signification clinique possible. Cette question prête à de nombreuses divergences de vues des auteurs qui s'en sont occupés.

Le présent travail montre que l'intradermo-réaction, soit à la toxine typhique, soit à l'endotoxine obtenue par la lyse de cultures jeunes à l'aide d'un bactériophage très actif, est positive dans 83 p. 100 des cas chez des sujets sains n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde. Au cours de celle-ci, les malades ont ordinairement une intradermo-réaction positive. Dans la convalescence, la réaction est incertaine, tantôt positive, tantôt négative. Longtemps après la fièvre typhoïde, l'intrader-

mo-réaction est le plus souvent positive, mais parfois aussi négative. Chez les sujets en cours de vaccination, l'intradermo-réaction n'est que rarement négative, la plupart du temps positive.

Recherches sur les pouvoirs infertilisant et antiseptique de quelques hydrocarbures. — MM. A. Morel, A. Rochaix et C. Mathais. Utilisant les techniques de détermination de ces pouvoirs décrites antérieurement par les deux premiers d'entre eux, les auteurs ont étudié, vis-à-vis des cultures de bacille du charbon, de bacille d'Eberth, de colibacille et d'un staphylocoque, les actions : 1° de l'addition préalable au bouillon de solution dans l'éther acétique des hydrocarbures suivants : hexane, retiré de l'éther de pétrole, benzène, toluène, xylène, p. cymène et cyclohexane; 2° du séjour dans chacun de ces hydrocarbures des cultures séchées sur fils de coton, ou de leur exposition aux vapeurs émises par ces liquides à 37 degrés.

Ils ont constaté :

1° Des différences importantes entre la résistance des divers microbes, dont certaines, comme celles présentées par les b. coli et d'Eberth, pourraient servir à la sélection de ces espèces.

2° La faiblesse des pouvoirs infertilisant et antiseptique de tous ces carbures, surtout de l'hexane constituant important de l'éther de pétrole : constatation dont l'intérêt hygiénique pratique semble considérable.

Variation du taux du glutathion sanguin dans l'eczéma et le psoriasis. — MM. A. Morel, J. Gaté et J. Dorche. Utilisant la technique de Mme Ravidoin et M. Fabre, les auteurs ont procédé à des dosages du glutathion sanguin dans l'eczéma (11 cas) et dans le psoriasis (3 cas) chez des sujets, par ailleurs, non diabétiques. Des résultats qu'ils ont obtenus et des recherches comparatives poursuivies chez des malades hospitalisés, non diabétiques et exempts des dermatoses précédentes, il paraît résulter :

1° Un abaissement net de la teneur du sang en glutathion dans l'eczéma et le psoriasis;

2° Un relèvement du taux du glutathion sanguin vers la normale parallèlement à l'amélioration clinique de l'eczéma. Le caractère temporaire de l'abaissement du taux du glutathion sanguin dans cette dermatose est, d'ailleurs, mis en évidence par les dosages pratiqués chez d'anciens eczémateux guéris depuis plus ou moins longtemps de cette affection cutanée.

Ces variations paraissent pouvoir s'interpréter soit en faveur du rôle de la cystine et de certains composés sulfurés dans le maintien de l'équilibre cutané, soit comme un témoin de la déficience de la nutrition générale et de l'insuffisance des phénomènes d'oxydo-réductions tissulaires, dans certains cas où cet équilibre est compromis.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Relations directes Paris-Saint-Flour-Millau-Béziers. — Une relation directe de toutes classes existe entre Paris P.-L.-M. et Béziers, via Clermont-Ferrand, Saint-Flour, Millau, Bédarieux, par la ligne pittoresque qui dessert la région des Causses.

Départ de Paris P.-L.-M., 20 h. 55, Clermont-Ferrand, 3 h. 55, Brioude, 5 h. 48.

Arrivée à Saint-Flour, 7 h. 35, Marvejols, 9 h. 25, Mende, 10 h. 35, Millau, 11 h. 48, Saint-Affrique, 14 h. 05, Bédarieux, 14 h. 17, Lamalou-les-Bains, 14 h. 45, Béziers, 15 h. 22.

En sens inverse :

Départ de Béziers, 8 h. 59, Lamalou-les-Bains, 9 h. 37, Bédarieux, 10 h., Saint-Affrique, 11 h. 15, Millau, 11 h. 58, Rodez, 12 h. 26, Mende, 13 h. 55, Marvejols, 15 h. 20, Saint-Flour, 17 h. 25.

Arrivée à Brioude, 19 h. 11, Clermont-Ferrand, 21 h. 36, Paris P.-L.-M., 5 h. 20.

CROISIÈRE

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — Croisière de la Revue générale des sciences dans le monde polaire, Norvège, Spitzberg et Banquise, expédition touristique se rapprochant le plus du pôle, du 28 juillet au 21 août 1932, à bord du luxueux paquebot-yacht *Prince Olav*.

Programme. — *Jeudi 28 juillet.* — Départ de Paris pour Londres par le train du soir *via* Dunkerque-Tilbury.

Vendredi 29 juillet. — Arrivée à Londres le matin et départ immédiat pour Edimbourg par le *Royal Scot* où l'on arrivera à la fin de l'après-midi. Embarquement à bord du *Prince Olav* qui lèvera l'ancre à 19 h. Dîner à bord.

Samedi 30 juillet. — En mer :

Dans la soirée, on arrive en vue de la côte norvégienne et après une courte escale à Bergen, on repart vers les contrées légendaires du Soleil de minuit.

Lundi 1er août. — Arrivée le matin à Trondheim.

Dans la matinée, promenade en automobile aux cataractes de Lerfossen. Déjeuner à Fjeldseter, d'où l'on jouit d'une vue splendide sur la ville et les fjords.

Mardi 2 août. — La croisière entrera dans le cercle polaire et escaladera l'après-midi le Svartissen, glacier qui recouvre la côte continentale sur une longueur de 55 kilomètres et qui descend jusque dans la mer. Dans la claire nuit d'été, on apercevra l'immense mur des Lofoten.

Mercredi 3 août. — Dans l'après-midi, escale à Tromso.

Samedi 6 août. — Arrivée dans la matinée au Spitzberg, pays du Soleil de minuit.

Tour à tour, la croisière visitera depuis King's Bay, Cross Bay, toute peuplée d'icebergs, Magdalene Bay, où d'extraordinaires édifices de glace ont maintes fois effaré les navigateurs, jusqu'à Green Harbour, Sassen Bay, Temple Bay, Advent Bay.

Lundi 8 août. — Au cours de cette visite, le navire se dirigera vers le nord à la rencontre de la banquise, qu'il longera d'assez près pour permettre à chacun d'admirer le spectacle toujours changeant du paysage polaire. Le *Prince Olav* a atteint, le 9 août 1930, la latitude nord de 81°25', point qu'aucun bateau de touriste n'avait approché jusqu'alors.

Mardi 9 août. — Après avoir quitté le Spitzberg, on passe en vue de l'Ile aux Ours.

Mercredi 10 août. — Arrivée l'après-midi au Cap Nord.

Jeudi 11 août. — Escale à Hammerfest.

Vendredi 12 août. — Escale à Lyngseidet. Excursions en carrioles norvégiennes chez les Lapons.

Samedi 13 août. — Navigation à travers les îles Lofoten. On passera par Raftsund et Trollfjord, bordés par une impressionnante rangée de montagnes tombant à pic dans la mer et dans lesquels la plupart des autres bateaux ne peuvent pas pénétrer.

Dans l'après-midi, on relâchera à Svolvaer, port pêcheur le plus important de l'archipel.

Dimanche 14 août. — On passe en vue de l'îlot de Torghatten, très curieux par le tunnel naturel qui le traverse de part en part.

Lundi 15 août. — Arrivée tôt le matin à Nes, à l'extrémité du Romsdalfjord. De là, excursion à Bjorli par une route empruntant la vallée du Romsdal, qui prend au début l'apparence d'un parc boisé traversé par la torrentueuse rivière Rauma. Goûter à Bjorli. Après une escale à Molde, on s'engagera dans le Geirangerfjord jusqu'à Merok, qui en est le point extrême, où l'on arrivera tard dans la soirée.

Mardi 16 août. — Au départ de Merok, excursion en automobile au lac de glace de Djupvanshytten.

On quitte Merok dans l'après-midi en remontant le Geirangerfjord, l'un des plus sinueux.

Mercredi 17 août. — Arrivée dans la matinée à Bergen.

Jeudi 18 août. — En mer.

Vendredi 19 août. — Arrivée dans la matinée à Edimbourg, la cité de Marie Stuart, capitale de l'Ecosse.

Pendant l'escale, on visitera le château, le monument aux morts écossais, la cathédrale Saint-Gilles, le Parlement, le palais et l'abbaye de Holyrood, le monument de Walter Scott, le monument à Nelson, le mémorial de Waterloo, etc. Dans l'après-midi, on repart à nouveau sur le *Prince Olav*.

Samedi 20 août. — Navigation côtière le long de l'Angleterre.

Dimanche 21 août. — Arrivée à Boulogne tôt le matin. Départ pour Paris.

Conditions du voyage. — Le prix de la croisière est établi en livres, soit au cours actuel à partir de 5.670 francs (prix applicable jusqu'au 1er janvier 1932 dans la mesure des places disponibles). Le prix de la croisière comprend tous les frais de l'embarquement au débarquement : transports maritimes et terrestres, nourriture, excursions, frais de batellerie, fauteuils de pont, pourboires à bord et à terre et les billets de chemin de fer et de bateau en 1re classe de Paris à Edimbourg et de Boulogne à Paris, par les trains mentionnés, ainsi que les repas au wagon-restaurant.

Les cabines sont toutes à une ou deux couchettes, non superposées, extérieures et munies du confort le plus moderne. Le *Prince Olav* ne comportant qu'un nombre restreint de cabines, nous ne saurions trop conseiller aux personnes désireuses de choisir leurs places, de s'inscrire dès maintenant.

Le prix de base spécial de 5.670 francs sera consenti aux lecteurs de ce journal qui s'inscriront avant le 1er janvier 1932.

Inscriptions et renseignements. — Au secrétariat de l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi. Téléphone : Littré 13-61.

LIVRES NOUVEAUX

Précis du diabète (1), par MM. Chabanier et C. Lobo-Onell.

Depuis quelque dix ans, la question des diabètes qui avait paru entrer en sommeil à la fin du gros mouvement de recherches de pure clinique du siècle dernier, a repris une vitalité nouvelle.

L'apparition de certaines techniques, comme l'évaluation de la réserve alcaline, des corps cétoniques, etc., l'application systématique de certaines d'entre elles demeurées jusqu'alors l'exception (telle notamment l'étude de la glycémie), les recherches récentes snr le mécanisme de l'acétonémie, sur l'acidose, etc.; enfin la découverte de l'insuline ont élargi les problèmes et en les déplaçant ont ouvert des perspectives toutes nouvelles tant dans l'ordre théorique que dans le domaine de la pratique médicale.

Les auteurs ont envisagé, dans cet ouvrage, la question des diabètes dans son ensemble; ils ont réduit les considérations d'ordre théorique au minimum indispensable et étudié les problèmes sous l'angle de l'application pratique; les conceptions autres que celles des auteurs y ont été rappelées de façon à permettre au médecin de connaître dans ses grandes lignes l'évolution des idées et d'avoir une opinion plus critique sur les évolutions qu'ils proposent.

C'est donc bien un précis pratique du diabète qui est présenté aux médecins.

(1) Un vol. de 280 p. avec 4 graphiques. — Prix : 26 fr. — Paris, Masson et Cie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Réactions vaso-motrices du foie, par Roger Glénard, ancien interne des hôpitaux de Paris, docteur ès sciences, médecin consultant à Vichy. Collection des Actualités de médecine pratique. In-8 de 240 pages avec 19 figures dans le texte et 4 planches hors texte. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Diathermie et diathermothérapie, par Bordier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences. Prix Montyon (physiologie). Sixième édition revue et augmentée. In-8 de 659 pages avec 297 figures dans le texte. — Prix : 60 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Bien que les auteurs n'aient eu nullement pour but d'écrire un livre de vulgarisation, cet ouvrage est également susceptible d'être utile aux diabétiques eux-mêmes qui ont, en général, des idées très inexactes sur la nature de leur maladie.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ULCUS DU DUODÉNUM

D'évolution chronique, il offre un double danger : celui des accidents aigus, perforation ou hémorragies, celui de la périviscérite chronique douloureuse et extensive. La radiologie est d'une importance primordiale pour le diagnostic. Selon la distance de l'ulcus au pylore, on décrit classiquement l'ulcus juxta-pylorique, l'ulcus duodénal vrai.

CLINIQUE

I. **Ulcus duodénal vrai.** — Homme adulte. Evolution par crises douloureuses.

La *douleur*, tardive, 3 à 5 h. après le repas, traînant souvent jusqu'au repas suivant, généralement droite, va de la pesanteur douloureuse à la crise violente peu ou prou calmée par les alcalins.

Les *troubles gastriques* sont réduits au minimum.

Les *hémorragies*, qui doivent être systématiquement recherchées pendant plusieurs jours, dans les selles, dès le moindre soupçon, sont fréquentes à l'état microscopique, suintement sanglant surtout en période de crise, et en tout cas, d'une *grande valeur diagnostique*. Parfois, un melœna abondant vient donner l'alarme.

L'examen clinique, qui montre en période douloureuse un point douloureux para-ombilical droit, ne peut pas plus que le tubage à jeun préciser le diagnostic.

L'examen radiologique est au contraire *infiniment précieux*. Il doit comprendre la scopie et la graphie.

1. A l'ÉCRAN, on recherchera au *point douloureux* fixe en divers positions, l'*hyperkinésie gastrique*, avec petit estomac hypertonique se vidant rapidement (syndrome de Barclay), le *péristaltisme duodénal*, surtout marqué dans le syndrome de Holzknecht avec dilatation durable du bulbe et de D_2.

2. CLICHÉS. — Toute affection pyloro-vésiculaire pouvant retentir sur la motricité duodénale, il faut fixer les déformations par la *radiographie en série* ou la prise de films au moment où l'on voit à l'écran une image caractéristique : *niche*, *diverticule*, *encoche* ou *rétraction* du bulbe.

EVOLUTION

Par crises douloureuses séparées par des rémissions qui seraient moins complètes que dans l'ulcus gastrique. Parfois long silence fonctionnel. Mais, craindre tardivement la péridúodénite qui rend le diagnostic difficile : la douleur continue, les déformations du duodénum qui devient déchiqueté, irrégulier, en branche de corail, posant la question du point de départ de cette périviscérite du carrefour supérieur.

COMPLICATIONS

Parfois révélatrices :

1. **Hémorragie intestinale.** — Rarement foudroyante, mais souvent abondante et impressionnante, elle fait toujours penser à l'ulcus duodénal.

2. **Perforation.** — C'est elle qui est toujours à craindre. Elle se fait dans la règle en péritoine *libre*, donnant le tableau de la péritonite sthénique aiguë avec la douleur atroce, la contracture de bois, l'urgence extrême de la laparotomie. Plus rare en péritoine cloisonné, elle conduit à la formation d'un *abcès sous-phrénique*.

3. **Périduodénite.** — Elle simule, par retentissement à distance, les affections gastriques vésiculaires, même appendiculaires, et peut entraîner une *sténose* pylorique ou très rarement sous-vatérienne.

II. **Ulcus duodéno-pylorique.** — Plus fréquent, c'est le tableau de l'ulcus pylorique avec douleur tardive (trois à quatrième heure), calmée par alcalins; soulagée par vomissement. Au début, on trouve les signes d'une *sténose spasmodique* du pylore : hyperchlorhydrie après repas d'épreuve, gastrosucorrhée avec stase microalimentaire après tubage à jeun, la stase tendant peu à peu à l'emporter sur l'hypersécrétion. La radioscopie peut montrer un point douloureux pylorique fixe, le retard à l'évacuation pylorique, la dilatation vestibulaire ou gastrique. La radiographie peut révéler l'existence d'une image diverticulaire, d'une niche ou d'une déformation fixe et significative.

Complications. Evolution. — Peut guérir grâce au traitement médical, mais craindre toujours :

1 LA STÉNOSE ORGANIQUE, l'estomac luttant d'abord contre l'obstacle, puis se dilatant, ce qui nécessite l'intervention chirurgicale sans délais. 2. LA PÉRIPYLORO-DUODÉNITE. 3. L'ULCÉRO-CANCER, très important à retenir ici tandis qu'il n'existe pour ainsi dire pas au duodénum. 4. Les hémorragies (rares) et la *perforation*.

DIAGNOSTIC

1. *Il faut établir l'existence d'un ulcère digestif*, et, en dehors des problèmes que posent les grandes crises douloureuses, la perforation, éliminer en période chronique :

A. **La cholécystite lithiasique**, gros diagnostic. En sa faveur les petits signes d'infection hépatique, l'horaire irrégulier des douleurs, leur irradiation haute et droite, le signe de Murphy, l'absence de bile B, les anomalies de la vésicule tétraiodée.

En réalité, dans les cas anciens avec adhérences péricholécystiques étendues, il y a souvent dyspepsie réflexe, déformations radiologiques du tube digestif, et il est très difficile de discerner la lésion initiale, pyloro duodénale ou vésiculaire.

B. **L'appendicite chronique** peut simuler l'ulcus duonénal en provoquant un spasme pylorique. Il suffit d'y penser.

2. *Il faut établir le siège duodénal de cet ulcère digestif*, et éliminer l'*ulcus de la petite courbure*, diagnostic facile en cas d'ulcère haut situé, diagnostic tranché uniquement par la radiologie en cas d'ulcère bas situé.

Comment sont traités les rhumatisants chroniques dans le service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu de Paris, par H. DAUSSET, L.-H. DEJUST, A. CHENILLEAU et L. BRACE-GILLOT. Une brochure de 64 pages in-8 raisin. — Prix : 12 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie esthétique pure. Techniques et résultats, par Raymond PASSOT, ancien interne des hôpitaux de Paris. Collection des Actualités de médecine pratique. Directeur : docteur R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris. In-8 de 300 pages avec 80 fig. dans le texte et 8 planches hors texte. — Prix : 45 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Etude clinique des sténoses pyloriques de l'adulte, par M. Jean Chomet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
Société médicale des hôpitaux.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS DES MÉDECINS DES HÔPITAUX. — 1° A l'hôpital Saint-Antoine (docteur Bensaude, limite d'âge), M. le docteur Félix Ramond, de l'hôpital Saint-Antoine; à l'hôpital Saint-Antoine (service du docteur F. Ramond), M. le docteur M.-P. Weill, de la Maison de santé; à la Maison de santé (service du docteur M.-P. Weill), M. le docteur Gautier, de l'hôpital Andral (service fermé).

2° A l'Hôtel-Dieu (docteur Rathery, nommé professeur de clinique médicale à la Pitié), M. le docteur Sainton, de l'Hôtel-Dieu; à l'Hôtel-Dieu (service du docteur Sainton); M. le docteur Baudouin, de l'hôpital Laennec; à l'hôpital Laennec (service du docteur Baudouin), M. le docteur René Bénard, de l'hôpital Andral (service fermé).

3° A l'hôpital Beaujon (docteur de Massary, limite d'âge), M. le docteur Harvier, de l'hôpital Beaujon; à l'hôpital Beaujon (service du docteur Harvier), M. le docteur Troisier, de l'hôpital Bichat; à l'hôpital Bichat (service du docteur Troisier), M. le docteur Flandin, de l'hôpital Broussais; à l'hôpital Broussais (service du docteur Flandin), M. le docteur Marchal, titularisé.

4° A l'hôpital Trousseau (docteur Papillon, limite d'âge), M. le docteur Paisseau, de l'hôpital Hérold; à l'hôpital Hérold (service du docteur Paisseau), M. le docteur Milhit, de l'hôpital Tenon; à l'hôpital Tenon (service du docteur Milhit), M. le docteur May, de l'hôpital Tenon; à l'hôpital Tenon (service du docteur May), M. le docteur Rouillard, de l'hospice Debrousse; à l'hospice Debrousse, M. le docteur Cathala, titularisé.

5° A l'hôpital Bichat (1er service nouveau), M. le docteur Vallery-Radot, de l'hospice de Bicêtre; à l'hospice de Bicêtre (division du service du docteur Vallery-Radot en deux parties) : *a.* 1er service, M. le docteur Moreau, de l'hospice d'Ivry; à l'hospice d'Ivry (service du docteur Moreau), M. le docteur Jacob, titularisé; *b.* 2e service, M. le docteur Alajouanine, titularisé.

6° A l'hôpital Bichat (2e service nouveau), M. le docteur Chiray, de la Maison de retraite de la Rochefoucauld); à la Rochefoucauld, M. le docteur Tinel, de la Charité; à l'hôpital de la Charité (service du docteur Tinel), M. le docteur Henri Bénard, titularisé.

7° A l'hôpital Cochin (docteur Pissavy, décédé), M. le docteur Ameuille, de l'hôpital Tenon; à l'hôpital Tenon (service du docteur Ameuille), M. le docteur Pruvost, de l'hospice de la Salpêtrière; à l'hospice de la Salpêtrière (service du docteur Pruvost), M. le docteur Léon Kindberg, titularisé.

8° A l'hôpital Saint-Louis (docteur Lortat-Jacob, décédé), M. le docteur Touraine, de l'hôpital Broca; à l'hôpital Broca (service du docteur Touraine), M. le docteur Weissenbach, de l'hôpital Broca; à l'hôpital Broca (service du docteur Weissenbach), M. le docteur Tzanck, titularisé.

9° A l'hôpital Necker (docteur Heuyer, à la consultation de psychiatrie de Vaugirard), M. le docteur Binet, de l'Institution Sainte-Périne; à l'Institution Sainte-Périne, M. le docteur Jacquet, de l'hospice de Bicêtre; à l'hospice de Bicêtre (service du docteur Jacquet), M. le docteur Etienne Bernard, titularisé.

10° A l'hospice de Bicêtre (docteur Feuillié, décédé), M. le docteur de Gennes, titularisé.

— CONCOURS D'ASSISTANT D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — *Epreuve d'électrologie.* — Séance du 26 novembre. — Question donnée : « Installer un dispositif pratique d'ionothérapie par le KI (prêt à être appliqué sur le malade). »

MM. Damond, Duval et Deliencourt, 10; Bernard, 12; Corbier, 6; Falcoz, 9.

Epreuve de radiologie. — Séance du 28 novembre. — Question donnée : « Technique radioscopique de l'examen du cœur et des gros vaisseaux de la base; faire un orthodiagramme (face et profil) en marquant les points principaux. »

MM. Falcoz, 11; Bernard, 15; Corbier, 17; Deliencourt, 14 Duval, 14; Damond, 12

Classement des candidats :

MM. Bernard, 27; Duval, 24; Deliencourt, 24; Corbier, 23; Damond, 22; Falcoz, 20.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 28 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic du cancer de l'œsophage. — Formes cliniques de l'asystolie. »

Mlle Oemichen, 17; MM. Zhâ, 23; Gelbert, 18; Bigey, 17; Genty, 19; Perreau, 23; Mallarmé, 24; Brinon, 19; Meyer (Jean), 14; Le Cœur Pol, 17.

Séance du 30 novembre. — Questions données : « Complications des varices des membres inférieurs. — Symptômes et diagnostic de la syphilis linguale. »

MM. Dechaume-Moncharmont, 17; Sidi, 24; Lanthier, 21; Momblot, 21; Girard, 18; Prunet, 18; Mastorg, 18; Fuchs, 13; Leroy, 18; Guichard, 8; Catinat, 20.

Séance du 1er décembre. — Questions données : « Diagnostic et pronostic des fractures malléolaires. — Formes cliniques des cirrhoses alcooliques du foie. »

MM. Esquirol, 18; Brincourt, 22 1/2; Bour, 20; Adrianopoulos, 20 1/2; Debray, 21; Giard, 18; Rambert, 17; Bouley, 21; Grèze, 13; Fontaine, 17; Trotot, 18.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lille s'est terminé par la nomination de M. le docteur A. Patoir.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter la donation faite à cet établissement par M. Masson (Georges-Jean), agissant tant en son nom personnel qu'au nom du comité de souscription de la fondation J.-F. Sicard, d'une somme de 328.000 francs, pour les arrérages en être employés tous les deux ans en subventions destinées à favoriser et diffuser les recherches médicales, soit par travail de laboratoire, cours, publications, soit par voyage d'études, séjour dans un laboratoire ou service en France ou à l'étranger.

Ladite somme sera placée en rentes sur l'Etat français, immatriculées au nom de la Faculté de médecine de l'Université de Paris « Fondation J.-A. Sicard », avec mention de la destination des arrérages.

— LYON. — M. Rochaix, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 16 novembre 1931, professeur d'hygiène, en remplacement de M. Paul Courmont, nommé à la chaire de la tuberculose.

— MONTPELLIER, — Le Conseil vient de proposer à l'agrément du ministre de l'Instruction publique la candidature du professeur Louis Rimbaud, pour occuper la chaire de clinique médicale laissée vacante par la mort du professeur Arthur Ducamp.

Le conseil a proposé à l'unanimité la pérennisation de M. Paul Lamarque dans ses fonctions d'agrégé de physique biologique et médicale.

COLLÈGE DE FRANCE. — La chaire de médecine du Collège de France est déclarée vacante.

Un délai d'un mois, partant du jour de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour adresser à l'administration du Collège de France, leur déclaration de candidature et l'exposé de leurs titres. (*J. O.*, 2 déc. 1931.)

ÉCOLE D'APPLICATION DU VAL-DE-GRACE. — Un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce et pour trois emplois de professeur agrégé de médecine et un emploi de professeur agrégé de chirurgie s'ouvrira le 16 mai 1932.

— Un concours s'ouvrira à la même date pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce et pour un emploi de professeur agrégé de chimie appliquée à la biologie et aux expertises de l'armée.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle annuelle de la Société de pathologie comparée, aura lieu le mardi 8 décembre 1931, à 4 h. 1/2 très précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes 8, rue Danton, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique, M. le ministre de l'Agriculture, M. le ministre de la Santé publique, M. le professeur Leclainche, membre de l'Académie des sciences.

Ordre du jour de la séance annuelle :

M. Oliviéro. Chimie et pharmacologie du phosphore.

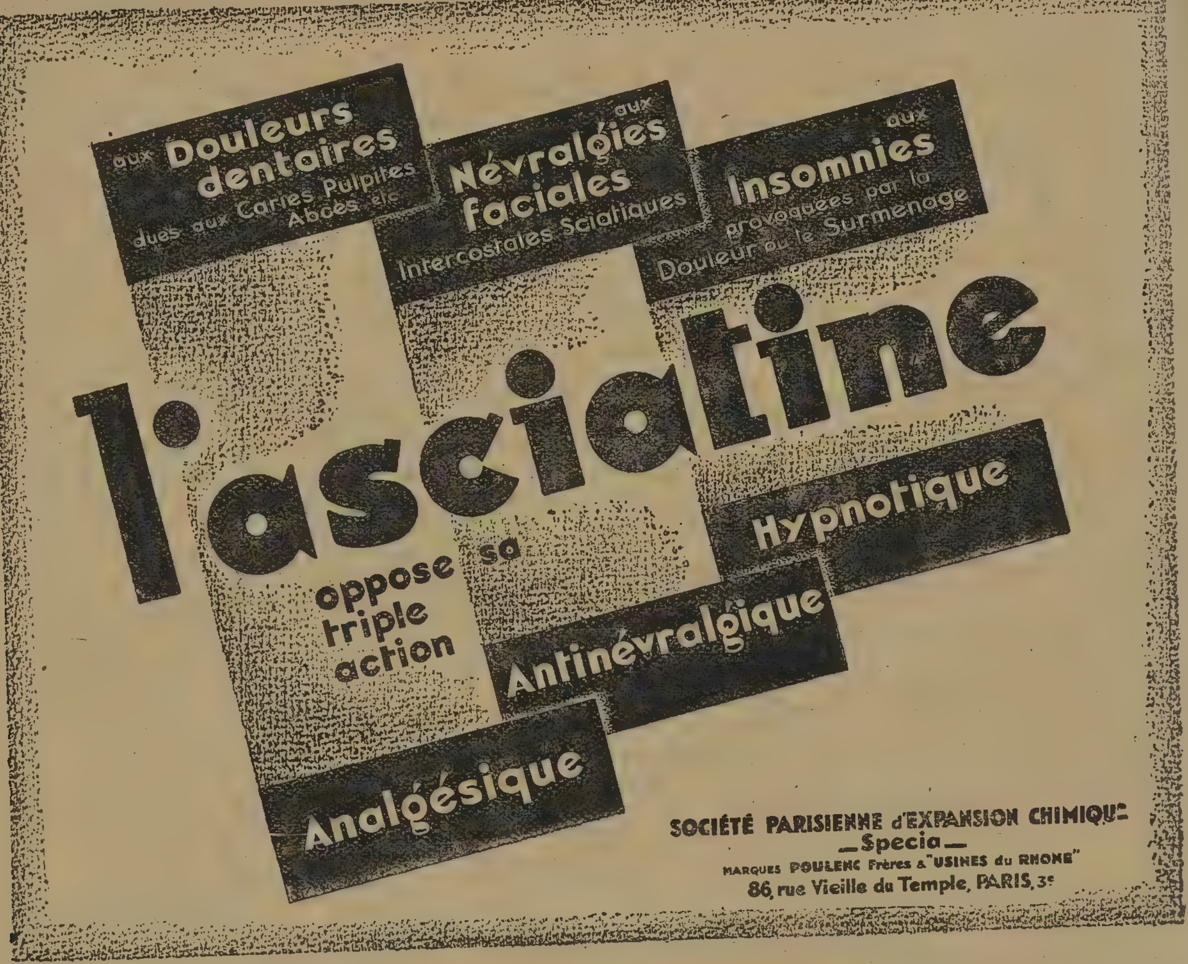
M. Mathieu-Pierre Weil. Les arthrites microtraumatiques.

M. Simonnet, agrégé des Ecoles vétérinaires. Les acquisitions récentes sur la régulation endocrinienne du développement du tractus génital.

M. Labrousse. Les caractéristiques biochimiques des microorganismes suivant la composition du milieu.

La séance sera suivie d'un banquet, où sera fêté le trentenaire de la Société. Ce banquet aura lieu dans les Salons de l'hôtel Claridge, 74, avenue des Champs-Elysées, à 19 h. 1/2, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Albert Mayor (de Genève). Petit-fils de François Mayor, fils d'Isaac Mayor, cousin des Reverdin, Albert Mayor avait été interne des hôpitaux de Paris en 1875. Il laisse des travaux très nombreux en obstétrique, en histologie et surtout en thérapeutique. Professeur de thérapeutique, il fut doyen de la Faculté, puis recteur de l'Université. Il était correspondant de l'Académie de médecine; nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs sir David Bruce (de Londres), le célèbre savant anglais à qui l'on doit les premiers travaux sur la fièvre ondulante. Il était correspondant étranger de l'Académie de médecine; Léon Marique (de Liége); Auguste Parel, à Peseux (Suisse); O. Meyer, à Fontainemelon (Suisse); François, à Nancy; Albert-Félix Gantois, à Watten (Nord); A.-L. Delespierre, à Wambrechies (Nord); Paulesco, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Bucarest; Savas, professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine d'Athènes; Vincent (d'Alger), Charles Niel, médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales à Hanoï; le médecin colonel Jean de Broen (de l'armée belge).


aux Douleurs dentaires
dues aux Caries Pulpites Abcès etc
aux Névralgies faciales
Intercostales Sciatiques
aux Insomnies
provoquées par la Douleur ou le Surmenage
l'asciatine
oppose sa triple action
Hypnotique
Antinévralgique
Analgésique
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e


ADOVERNE 'ROCHE'
Glucosides Cardiotoniques de
l'ADONIS VERNALIS
Activité physiologique étalonnée
GOUTTES
GRANULES
Propriétés
Cardiotonique
Diurétique
Eupnéique
Neuro-Sédative.
Complète, remplace ou continue l'action de la digitale.
Échantillons & Documentation Scientifique:
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges . PARIS (3e)
15 c.c
Adoverne 'Roche'
60 granules
Adoverne 'Roche'

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE CLINIQUE DES STÉNOSES PYLORIQUES DE L'ADULTE

Par M. Jean CHOMET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous envisagerons tout d'abord les deux syndromes :

— La sténose organique,
— La sténose spasmodique pure.

La sténose organique du pylore est caractérisée par la diminution permanente de la perméabilité pylorique, du fait d'une lésion organique pylorique ou juxta-pylorique.

La sténose spasmodique pure est due au spasme pylorique. La sténose est purement fonctionnelle : quand le spasme cède, le pylore redevient normalement perméable.

Nous verrons ensuite l'interprétation que l'on peut donner des divers éléments du syndrome clinique.

Enfin, nous envisagerons les diverses formes étiologiques de ces sténoses.

* * *

STÉNOSE ORGANIQUE (syndrome)

Forme type : sténose serrée progressive.

Nous prendrons pour type de description une sténose d'origine X, telle qu'on en rencontre et dans laquelle le début de l'affection se fait par les signes de sténose.

Il y a, pendant une partie au moins de l'évolution, une large part de spasme dans la symptomatologie, si bien que pendant un certain temps (quelques semaines à quelques mois), on peut observer des phases de rémission, d'ailleurs courtes.

Le syndrome ne tarde pas à devenir permanent. On peut alors distinguer deux phases :

— Phase sthénique, pendant laquelle l'estomac lutte contre l'obstacle, reste tonique, et qui est plus ou moins longue, suivant l'état de l'estomac et la rapidité de la striction.

— Phase asthénique, où l'estomac ne lutte plus, courte du fait de l'évolution rapide vers la mort.

Nous envisagerons à chaque phase :

— Les signes cliniques,
— Les examens complémentaires.

1. **Début** (syndrome avec phases de rémission). — **Signes cliniques.** — Les signes fonctionnels sont analogues à ceux de la phase d'état de l'affection, mais leurs caractères sont moins précis.

L'état général est peu touché.

Les signes physiques manquent habituellement de netteté, mais tendent progressivement vers un syndrome typique.

Examens complémentaires. — Le tubage montre une stase plus ou moins importante.

En période de crise, les signes radiologiques tendent à réaliser le syndrome de sténose confirmée : les contractions sont vives, les passages difficiles, peu fréquents, l'estomac évacue cependant la plus grande partie de la baryte ingérée, mais il en reste une certaine quantité six et douze heures après. L'antre pylorique est dilaté, premier temps de la dilatation gastrique.

2. **Etat** (phase sthénique du syndrome permanent). — **Signes cliniques.** — **Signes fonctionnels** (deux éléments fondamentaux : la douleur, le vomissement).

Douleur. — Liée au repas, survenant après chaque repas. Elle débute à horaire assez fixe pour le même malade, une heure à trois heures après le repas.

— Intense, elle donne une sensation de torsion, de crampe.

— Elle siège dans la zone péri-sus-ombilicale, mais sans point douloureux précis, elle englobe tout l'estomac, elle n'irradie pas.

— Elle oblige le plus souvent le malade à prendre une position définie, habituellement à s'asseoir.

— Elle dure plus ou moins longtemps, d'une à deux heures en moyenne. Elle est calmée par le vomissement et n'est calmée par rien d'autre.

— Si le vomissement ne survient pas, la douleur persiste longtemps, mais peut aller spontanément en s'atténuant.

Vomissement. — Survient spontanément, et marque la fin de la crise douloureuse. Il est rare que le malade puisse le provoquer.

— Calme très précisément la douleur.

— Peut survenir après chaque repas, ou seulement une fois dans les vingt-quatre heures, mais, de toute façon, il ne s'agit pas de vomissement survenant indifféremment au cours d'une journée : ses conditions d'apparition sont précises, c'est ce qui lui donne toute sa valeur dans le syndrome fonctionnel.

— La nature de ce vomissement varie avec l'alimentation du malade. Il y a fréquemment hypersécrétion gastrique, il y a dans le vomissement quantité de liquide filant, les aliments du dernier repas.

— Il importe de rechercher s'il n'y a pas d'aliments de la veille, soit remarqués par le malade, soit retrouvés après l'absorption d'aliments faciles à reconnaître et indigestes. Ils traduisent la stase, signe fondamental.

Tels sont les éléments fondamentaux du syndrome clinique.

Signes accessoires. — Hémorragie, en rapport avec l'étiologie.

— Constipation qui s'établit rapidement.

— Eructations qui peuvent précéder le vomissement.

Signes généraux : état général. — Les modifications de l'état général, indépendamment de la cause de la sténose, sont importantes et rapides.

Anorexie dans certains cas, appétit conservé dans d'autres cas. Dans ce dernier cas, le malade, tout en ayant faim, sent habituellement après quelques

bouchées la nécessité de s'arrêter de manger et en arrive à restreindre son alimentation.

Amaigrissement assez rapide.

Asthénie plus ou moins accentuée.

Signes physiques. — Les signes de la sténose organique du pylore à sa phase sthénique ne sont pas toujours faciles à mettre en évidence. Il faut les rechercher soigneusement.

A JEUN : clapotage, parfois spontanément perçu par le malade, à distinguer du clapotage colique.

APRÈS LE REPAS : en arrêt respiratoire, en regardant à jour frisant, après une palpation appuyée des chiquenaudes :

— Ondes péristaltiques (Kussmaul) et, très rarement, antipéristaltiques.

Ces ondes sont le plus important des signes physiques.

— Tension intermittente de l'épigastre (Bouveret).

— Durcissement intermittent de l'estomac (Cruveilhier).

Tel est le syndrome clinique de la sténose organique du pylore. Il permet à lui seul, dans nombre de cas, de poser un diagnostic ferme.

Nous allons envisager les examens complémentaires qui permettent de parfaire ce diagnostic.

Examens complémentaires. — La recherche du sang dans les selles quand manque la notion d'hémorragie macroscopique, n'importe que pour le diagnostic étiologique.

Seuls le tubage gastrique et l'examen radiologique intéressent la sténose elle-même.

Tubage gastrique. — Pratiqué à jeun, il permet de ramener un liquide de stase en règle abondant. Là encore, on recherchera soigneusement les aliments de la veille. C'est un liquide filant d'odeur variable, avec des débris alimentaires.

Examen radiologique. — Le remplissage montre déjà qu'il s'agit d'un estomac dilaté, hypotonique, avec liquide de stase.

— Les contractions commencent dès le début de l'examen, elles sont violentes, répétées, et segmentent profondément l'estomac. Le pylore reste cependant fermé. Rien ne passe, ou tout au plus y a-t-il quelques rares passages. La durée de cette phase hyperkinétique est variable : une heure ou deux avec des pauses et des reprises,

— A cette phase hyperkinétique fait suite une phase d'atonie gastrique. L'estomac prend une forme en cuvette très caractéristique.

— Dans les heures qui suivent, quelques contractions peuvent reparaître.

— Vingt-quatre heures après, une certaine partie de la bouillie barytée a pu passer dans le grêle, mais la plus grande partie du repas est encore dans l'estomac.

— Signalons la fréquence d'une hypersécrétion gastrique se produisant au cours de l'examen, et qui se traduit par un niveau de liquide au-dessus de la baryte.

— L'aspect de la région pylorique est variable : arrêt net et régulier, dans le cas typique d'une bague fibreuse enserrant le pylore.

3. **Evolution** (phase asthénique du syndrome permanent). — **Signes cliniques.** — Les douleurs persistent, mais parfois s'atténuent.

Les vomissements deviennent de moins en moins fréquents, et de plus en plus abondants : le malade vomit plus qu'il n'ingère : hypersécrétion.

La constipation est absolue.

Aggravation considérable de l'état général (en dehors d'une intoxication cancéreuse), pas déshydratation.

Amaigrissement considérable, soif vive, peau sèche, cachexie.

Le clapotage persiste, mais les autres signes physiques disparaissent.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES. — Le tubage ramène un liquide extrêmement sale, abondant et fétide. Il est pratiquement impossible de laver l'estomac.

Les signes radiologiques sont évidents.

4. **Terminaison.** — Cachexie par inanition. Mort par infection intercurrente. Cancer si cancer il y a.

Deux complications à signaler pour mémoire :

— Tétanie (Bouveret) : soit localisée aux extrémités, soit généralisée.

— Coma dyspeptique, à type de coma acidosique.

Formes cliniques. — 1. FORME DE STÉNOSE SERRÉE PROGRESSIVE A SIGNES FONCTIONNELS ATTÉNUÉS. — Seul le syndrome fonctionnel est atténué. Le syndrome physique se retrouve avec la même fréquence que dans la forme type, le syndrome radiologique est identique.

Ce syndrome se rencontre en cas de restriction alimentaire très poussée ou d'anorexie cancéreuse complète. Les troubles fonctionnels sont réduits au minimum, et peuvent induire en erreur par omission.

— *Douleur*, remplacée par une simple sensation de gêne qui présente par ailleurs les mêmes caractères que la douleur du syndrome type.

— *Vomissements* absents ou rares. Peuvent être remplacés par des éructations qui présentent, par ailleurs, les caractères du vomissement type.

L'atteinte de l'état général est très rapide.

— 2. FORME DE STÉNOSE SERRÉE BRUSQUE. — Sténose d'évolution très rapide.

Douleurs précoces, très vives, vomissements précoces, comme dans la sténose œsophagienne, d'aliments non digérés, intolérance gastrique absolue.

A l'examen radiologique, estomac hypertonique, hyperkinétique, non dilaté.

Evolution très rapide.

L'intervention s'impose d'urgence.

3. FORME DE STÉNOSE PEU SERRÉE. — Sténose peu serrée, non évolutive, qui peut être le substratum anatomique d'une sténose en apparence purement spasmodique, ou faire partie d'un tableau plus complexe.

L'ensemble symptomatique reste celui de la phase de début, du syndrome type de sténose serrée progressive.

*
* *

STÉNOSE SPASMODIQUE PURE (syndrome)

La sténose spasmodique ne semble pas pouvoir aboutir par elle-même à une sténose organique. Celle-ci, qui peut lui faire suite, relève alors de la même étiologie, mais par le développement d'un processus anatomique.

La sténose spasmodique pure est caractérisée par son évolution par crises, dont l'élément essentiel est la douleur.

Ces crises ont une durée variable, de quelques jours à deux ou trois semaines. Elles sont séparées d'intervalles plus ou moins longs, pouvant aller à quelques mois ou années. Elles peuvent se reproduire pendant des années.

Elles peuvent survenir sans causes déclanchantes nettes, mais peuvent faire suite à un excès alimentaire.

Forme type : syndrome complet au cours d'une crise.

Signes cliniques. — Signes fonctionnels. — *Douleur.* — Analogue à celle de la sténose organique à sa phase sténique, mais :

— Beaucoup plus tardive, ne survenant le plus souvent que quatre à six heures après le repas.

— Moins vive, tout en restant assez intense, rappelant la sensation de torsion, de crampe.

— De siège vague, péri-ombilical, sans point précis, englobant tout l'estomac, n'irradiant pas.

— De durée variable, demi-heure à une heure.

— S'atténuant spontanément.

Vomissement. — Inconstant : même dans la forme à syndrome complet, il ne survient pas à chaque crise douloureuse, mais quand il survient, calme la crise.

— Contient des aliments du dernier repas, en petite quantité.

— Surtout formé de liquide d'hypersécrétion.

— Ne contient pas d'aliments de la veille.

Signes généraux. Etat général. — Peu ou pas touché.

Signes physiques. — On ne retrouve jamais les signes qui caractérisent la sténose organique à sa phase sténique.

Pratiquement, il n'y a aucun signe à l'examen physique.

Examens complémentaires. — Ces examens doivent être pratiqués en périodes de troubles fonctionnels. En dehors de ces périodes, ils n'apportent ordinairement aucun renseignement.

Tubage gastrique. — Le résultat en est variable. S'il y a stase, elle est légère, le liquide ramené par le tubage à jeun est en règle un liquide d'hypersécrétion.

Après repas, le chimisme est variable.

Un tel syndrome douloureux, évoluant par crises, associé ou non à des vomissements, peut s'accompagner d'hyperchlorhydrie : il réalise alors le syndrome de Reichmann.

Examen radiologique. — Le plus souvent, petite quantité de liquide à jeun, estomac hypo ou hypertonique.

— Contractions vives et fréquentes, segmentant profondément l'estomac.

— Evacuation retardée, lente et pénible.

— Phases alternées d'hyperkinésie et d'hypotonie.

— Les contractions cessent définitivement alors qu'il reste un peu de baryte dans l'estomac.

— Baryte de stase six heures après le début de l'examen.

— L'estomac n'est pas dilaté dans l'ensemble, mais il y a parfois dilatation localisée de l'antre pylorique.

Formes cliniques. — 1. Forme douloureuse pure. — Analogue à la forme type, mais les vomissements manquent.

Ce syndrome semble être de beaucoup le plus fréquent.

2. Formes frustes. — Entre les crises douloureuses, l'état du malade est variable.

Parfois cet état est parfait.

Parfois le malade présente de légers troubles que l'on peut considérer comme les manifestations frustes de la sténose spasmodique du pylore : digestions difficiles, surtout après un repas copieux, parfois véritable gêne douloureuse, mais qui ne se reproduit pas.

3. Syndrome de Reichman. — Association d'un syndrome de sténose spasmodique et d'hyperchlorhydrie.

En dehors de la répétition des crises, on ne peut envisager d'évolution ni de complications dans la sténose spasmodique du pylore : elles dépendent de la cause du spasme.

*
* *

Rappel diagnostique. — 1. **Sténose organique.** — A la phase sthénique, on s'appuiera sur l'étude du syndrome fonctionnel (caractères précis de la douleur et du vomissement), et sur la recherche des signes physiques, en particulier des ondes péristaltiques

Examens complémentaires.

L'indication thérapeutique est formelle, gastro-entérostomie, sans préjuger des indications spéciales dépendant de l'étiologie. Elle doit être le plus précoce possible, avant même, si possible, que le syndrome ne soit devenu permanent.

Examen général et traitement pré-opératoire.

2. **Sténose spasmodique pure.** — S'appuiera cliniquement sur l'existence d'un syndrome douloureux de caractère spécial, évoluant par crise.

L'examen radiologique est indispensable pour l'affirmer.

Le traitement est purement médical pendant la crise.

Il se confond ensuite avec celui de la cause.

Interprétation du syndrome clinique. — Le plus typique est celui de la sténose organique à sa phase sthénique.

Après un repas, on peut distinguer trois phases :

1. *Première phase.* — L'estomac lutte contre l'obstacle pylorique, ce qui se traduit :

— Cliniquement : par les ondulations péristaltiques, le durcissement intermittent de l'estomac, la tension intermittente de l'épigastre.

— Radiologiquement : par les ondes qui segmentent profondément l'estomac. A ce moment, le malade ne souffre pas.

2. *Deuxième phase.* — A la phase d'hyperkinésie, après des pauses et des reprises, a fait suite une phase d'atonie gastrique, l'estomac est épuisé.

— Cliniquement : les signes de lutte disparaissent.

— Radiologiquement : l'estomac prend une forme en cuvette.

C'est à partir de ce moment que le malade souffre.

Il semble donc que l'estomac, devenu atonique, se laisse distendre par son contenu, le plus souvent abondant. La douleur que ressent le malade, et qu'il compare à une torsion ou une crampe, est une douleur de distension gastrique.

3. *Troisième phase.* — La douleur a persisté plus ou moins longtemps. Un vomissement survient, qui, seul, calme la douleur.

Il semble qu'à ce moment, l'estomac ait retrouvé le tonus suffisant pour évacuer une partie du contenu qui le distendait. Le malade ne peut provoquer lui-même ce vomissement pendant la phase d'atonie.

Au cours de la sténose spasmodique, la phase d'atonie apparaît très tardivement : la douleur est très tardive.

Le résidu baryté est faible le plus souvent : la douleur est beaucoup moins intense que dans la sténose organique. Le vomissement n'a que rarement l'occasion de se produire.

Là encore, la douleur n'est pas due au spasme du pylore, mais à la distension gastrique qui fait suite à la phase de lutte.

*
* *

FORMES ÉTIOLOGIQUES DES STÉNOSES DU PYLORE

Nous envisagerons successivement les sténoses dans :

— Les ulcères gastro-duodénaux,
— Le cancer de l'estomac,
— Les cholécystites chroniques.

Puis, nous envisagerons les causes plus rares de :

— Sténose organique,
— Sténose spasmodique.

Ulcères gastro-duodénaux.

L'évolution des ulcères comporte deux périodes bien distinctes :

1. *L'ulcère simple, non compliqué.* — Dans ce cas, il ne peut s'agir que de sténose spasmodique pure. Elle est plus fréquente dans les ulcères pyloriques et juxta-pyloriques, mais peut être le fait de tout ulcère.

2. *L'ulcère compliqué.* — Il peut, là encore, s'agir de sténose spasmodique, mais l'ulcère peut réaliser un syndrome de sténose organique. Il s'agit alors, exclusivement, des ulcères pyloriques et juxta-pyloriques (sans distinction de siège gastrique ou duodénal : la sténose de la première portion du duodénum donne des signes analogues à la sténose pylorique).

Nous envisagerons là trois cas :

— La périviscérite sténosante d'origine ulcéreuse,
— La cancérisation de l'ulcère,
— L'ulcère invétéré.

1. **Ulcère simple.** — **Signes cliniques.** — Les ulcères gastro-duodénaux se manifestent cliniquement par des hémorragies et des crises douloureuses.

Ces deux manifestations peuvent être associées, réalisant un syndrome complet.

Elles peuvent être isolées, il s'agit alors le plus souvent d'ulcère traduit uniquement par les crises douloureuses.

Hémorragies. — Hématémèse et melæna pour les ulcères gastriques, melæna isolé pour l'ulcère duodénal ; typiquement abondantes.

Elles représentent le signe capital d'organicité, qui donne sa valeur au syndrome douloureux, même fruste.

Elles ne sont pas constantes, en leur absence, la recherche du melæna occulte fournit un signe analogue, mais de valeur moindre.

Crises douloureuses. — Les ulcères gastro-duodénaux se traduisent essentiellement par des crises douloureuses de durée variable (2 à 4 semaines en moyenne), séparées par des intervalles (quelques mois à quelques années) de bonne santé apparente.

On peut distinguer schématiquement deux types de crises douloureuses :

— La simple crise de sténose spasmodique du pylore,
— La crise douloureuse type d'ulcère.

1. La simple crise de sténose spasmodique. — Réalise le syndrome que nous avons envisagé, soit douloureux isolé, soit douloureux avec vomissements.

Il s'y associe habituellement de l'hyperchlorhydrie : syndrome de Reichman.

C'est une manifestation fruste de l'ulcère, en ce sens qu'il est impossible d'affirmer, d'après la seule constatation de ce syndrome (clinique et radiolo-

gique), l'existence d'un ulcère gastrique ou duodénal.

Une hémorragie macroscopique peut permettre cliniquement de l'affirmer.

Seule l'existence de signes radiologiques directs précisera le siège.

2. LA CRISE DOULOUREUSE TYPIQUE D'ULCÈRE. — C'est un syndrome douloureux tout à fait différent de celui de la sténose spasmodique. Il est suffisamment caractéristique pour permettre de porter cliniquement le diagnostic d'ulcère gastrique ou duodénal.

On peut envisager ce syndrome d'un point de vue général. Ses caractères essentiels sont en effet les mêmes, quel que soit le siège de l'ulcère.

Il peut s'agir d'un syndrome douloureux isolé, dans lequel la douleur est le seul élément fonctionnel de la crise. La douleur révèle directement de l'ulcère. Nous le décrirons en premier. Puis nous verrons quels éléments peuvent s'adjoindre à ce syndrome (vomissements surtout), traduisant le trouble concomitant de la motricité gastrique.

Le syndrome douloureux. — Douleur :

— Très intense, obligeant le malade à s'étendre, donnant une sensation variable : déchirure, coup de poignard.

— Siégeant d'une façon générale dans l'étage sus-mésocolique de l'abdomen, mais en un point précis et fixe pour le même malade au cours de la même crise. Il ne semble pas que le siège précis de la douleur apporte un élément sûr dans le diagnostic de siège de l'ulcère.

— Irradiations : variables suivant les malades : dos, hypocondre, région sous-hépatique, fosse iliaque droite, région lombaire droite, colonne vertébrale (D-10 surtout), base du thorax. Conserve le type d'irradiation, et ne domine pas le syndrome douloureux.

— Début : liée au repas, survenant à la suite de chaque prise d'aliment. Débute à horaire fixe pour le même malade au cours de la même crise, de trois quarts d'heure à cinq heures après le début du repas. Le chiffre précis de cet horaire ne semble pas fournir un élément sûr pour le diagnostic de siège de l'ulcère.

— Durée : un quart d'heure à une heure et demie.

— Fin : brusque ou progressive.

— Exagérée par les aliments acides, les sauces.

— Calmée : parfois seulement par la prise d'aliments, les alcalins.

Signes associés. — Ce syndrome douloureux peut résumer toute la symptomatologie au cours de la crise.

Il peut s'y adjoindre des symptômes relevant du spasme pylorique et du trouble général de la motricité gastrique :

— *Vomissements.* — Survenant parfois à la fin de la crise douloureuse et contribuant à la calmer. Parfois provoqués par le malade.

Ils peuvent survenir à n'importe quel moment de la journée, le plus souvent après un essai d'alimentation, ou sans cause, et se reproduire fréquemment.

Ils sont habituellement « bilieux », acides, brûlants.

— *Eructations.* — Acides, brûlantes.

Pendant la crise, le creux épigastrique est habituellement le siège d'une défense musculaire. On peut localiser un point douloureux plus ou moins précis. L'état général est plus ou moins touché, mais le malade se rétablit vite le plus souvent, après la crise.

On peut donc envisager deux types principaux de crise douloureuse, traduisant un ulcère gastrique ou duodénal simple, non compliqué :

1. Le syndrome douloureux typique, caractéristique de l'ulcère, soit pur, soit associé à des signes qui traduisent le retentissement pylorique;

2. Le syndrome banal de sténose spasmodique du pylore, non caractéristique de l'ulcère.

Les deux syndromes présentent des formes atténuées. Ils peuvent alterner chez le même malade, ou réaliser chaque fois le même type.

Entre les crises douloureuses, l'état gastrique peut être parfait. Dans certains cas, on observe divers troubles, qui paraissent relever de manifestations frustes de sténose spasmodique.

Rappelons qu'il existe des ulcères latents, révélés par une complication.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES. — **Melæna** discontinu en crise.

Tubage gastrique. — Hyperchlorhydrie habituelle ; résultats en rapport avec la sténose spasmodique, s'il y a retentissement pylorique.

Examen radiologique (pendant la crise, sinon, le plus près possible). — 1. Recherche des signes directs d'ulcère.

2. Etude de la motricité : syndrome de sténose spasmodique du pylore, en cas de retentissement pylorique de l'ulcère.

La motricité peut, par ailleurs, être normale ou présenter un type inverse, hypertonie, hyperkinésie, évacuation accélérée.

2. **Ulcère compliqué.** — 1. **Périviscérite sténosante et cancérisation.** — Ces deux processus peuvent aboutir à une sténose organique du pylore.

Cette sténose ne diffère pas du syndrome type. L'interrogatoire révèle la longue période de troubles qui l'a précédée : c'est ce qui la caractérise.

L'aspect des crises douloureuses se modifie. Elles tendent à se rapprocher, à durer plus longtemps : c'est la période de début de la sténose organique, dans laquelle intervient largement le spasme. Si on laisse se poursuivre l'évolution, le syndrome ne tarde pas à devenir permanent.

La distinction entre périviscérite et cancérisation est très difficile.

Le syndrome fonctionnel est le même.

Les signes physiques de sténose se retrouvent avec une égale fréquence.

Les troubles de l'état général ne permettent pas la distinction.

L'apparition d'une tumeur épigastrique dont on ne saurait attendre la venue, ne permet pas de juger. Il peut s'agir aussi bien de périviscérite que de cancer.

Une métastase signe évidemment la nature cancéreuse.

Il est classique d'admettre que l'ulcère du duodénum ne se cancérise pas. Mais si l'on voit le malade pour la première fois à cette phase, le diagnostic de siège est difficile.

Radiologiquement, l'aspect de la région pylorique, partiellement amputé, ou en grisaille, n'a rien de caractéristique dans un sens ou dans l'autre.

L'hyperchlorhydrie persiste le plus souvent, même en cas de cancérisation.

Le melæna continu est en faveur de la cancérisation.

D'ailleurs, l'apparition d'un tel syndrome conduit dès le diagnostic posé à pratiquer la gastro-entérostomie. L'intervention sera en même temps exploratrice. Elle permettra de préciser les lésions, et la conduite à tenir.

2. **L'ulcère invétéré.** — Dans le tableau complexe de l'ulcère invétéré, il est habituel de pouvoir mettre en évidence, cliniquement et radiologiquement, un certain degré de sténose organique.

On peut, d'ailleurs, voir réalisé un syndrome complet.

Cancer de l'estomac. — Nous envisagerons surtout le cancer du pylore.

Il semble qu'il faille distinguer deux formes anatomo-cliniques de ce cancer :

1. **Le cancer pylorique proprement dit.** — Il siège sur le canal pylorique ou la portion juxta-pylorique de l'antre.

De par ce siège, il donnera très vite une sténose organique typique.

2. **Le cancer de l'antre pylorique.** — Il ne gêne que peu le transit gastrique.

Il ne diffère en rien, au point de vue clinique, du cancer du corps de l'estomac.

Ce n'est que tardivement, par le développement important de la tumeur, qu'il pourra provoquer une gêne légère du transit. Même alors, les signes ne rappellent en rien le syndrome de sténose organique du pylore, qui n'est pratiquement jamais réalisé dans cette forme de cancer d'estomac.

1. **Cancer du pylore proprement dit.** — 1. **Début.** — **Signes cliniques.** — Comme pour tout cancer de l'estomac, début rapide par atteinte de l'état général, associée à des troubles digestifs, d'abord assez vagues, chez un malade sans passé gastrique.

Mais, en quelques semaines, les symptômes se précisent, tendant à réaliser le syndrome de sténose organique, plus ou moins rapidement constitué.

Du fait de sa localisation, le cancer attire donc rapidement l'attention, permettant une intervention précoce.

Il peut réaliser :

— Soit un syndrome de sténose serrée progressive tardive,

— Soit un syndrome de sténose serrée brusque.

— C'est surtout en cas d'anorexie cancéreuse très marquée qu'on rencontre la forme de sténose à symptomatologie fonctionnelle atténuée.

Cliniquement d'ailleurs, à ce début du moins, le diagnostic sera simplement celui de sténose organique du pylore. Il n'y a aucun autre signe physique surajouté, la nature cancéreuse n'étant que soupçonnée, du fait de l'atteinte très rapide de l'état général.

L'intervention apportera, au minimum, l'amélioration considérable de la gastro-entérostomie.

Examens complémentaires. — Melæna occulte continu.

Hypo ou anachlorhydrie.

Le tubage et l'examen radiologique n'apportent que des éléments confirmatifs de sténose. L'image radiographiée de la région pylorique est, en effet, le plus souvent d'interprétation très difficile. A ce moment, il est impossible de dire s'il s'agit bien d'une image lacunaire, le plus souvent minime.

2. **Evolution.** — Réalise, à sa phase d'état, le tableau classique de cancer du pylore, par association de :

— Signes généraux de cancer,
— Signes de sténose pylorique,
— Tumeur épigastrique.

Non traité, évolue rapidement vers la mort.

2. **Cancer de l'antre pylorique.** — **Début.** — **Signes cliniques.** — Ne diffèrent pas de ceux des autres cancers de l'estomac : association à début brusque, chez un malade sans passé gastrique, de :

— Troubles de l'état général (amaigrissement, asthénie, anémie).

— Troubles digestifs (anorexie, douleur peu intense après le repas, ou au cours de la journée, vomissements, parfois hématémèse peu abondante).

Rien à l'examen physique.

Examens complémentaires. — Melæna continu. Hypo ou anachlorhydrie.

Examen radiologique : On observe parfois déjà une image lacunaire, ou une grisaille.

Mais lorsque le cancer est saisi à son prime début, les symptômes sont beaucoup moins nets.

Il faut interpréter des troubles légers de la motricité.

L'antre pylorique paraît un peu rigide, les ondes qui naissent sur le corps se propagent moins facilement que normalement, mais l'évacuation n'est pas troublée.

Intervention exploratrice qui ne permet pas souvent, même précoce, de saisir le cancer à une période où la gastrectomie soit encore possible.

Evolution. — **Signes cliniques**. — L'état général s'aggrave progressivement.

Les troubles fonctionnels ne se modifient guère. La douleur devient un peu plus intense, de siège épigastrique, sans horaire précis.

Localement apparaît une tumeur. Pas de signes de sténose.

En fait, dans cette forme de cancer gastrique, le syndrome de sténose pylorique ne se réalise pas. La perméabilité reste suffisante.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES. — Melæna continu.

Le tubage gastrique peut révéler une stase légère.

Examen radiologique : amputation ou image lacunaire de l'antre.

Estomac le plus souvent hypotonique, mais non dilaté.

Les contractions qui naissent sur le corps ne franchissent pas la zone lacunaire, mais les passages se font à peu près normalement, l'évacuation a lieu dans les délais normaux. Il peut cependant, parfois, rester un petit résidu dans le bas-fond.

3. **Terminaison** habituelle des cancers de l'estomac.

Il semble donc qu'on puisse envisager deux formes anatomo-cliniques du cancer du pylore indépendamment de la limite plastique, et des formes symptomatiques que l'on peut observer là comme dans les autres localisations.

Cholécystites chroniques. — Peuvent donner lieu aux deux syndromes :

Sténose spasmodique, soit typique, soit fruste, dont paraissent relever la plupart des troubles gastriques de ces cholécystites ;

Sténose organique par périviscérite.

Causes plus rares de sténose. — Sténose organique. — Nous ne ferons que signaler :

— La syphilis gastrique, qui peut être justiciable du traitement spécifique ;

— La tuberculose, qui n'agit guère que par bride : trouvaille opératoire ;

— Les compressions : cancer du foie, du pancréas, du côlon, qui peuvent aussi agir par propagation ;

— Les sténoses cicatricielles par caustiques.

Sténose spasmodique. — Les ulcères gastro-duodénaux en sont la cause la plus fréquente, mais on peut signaler comme étiologie possible, en dehors des cholécystites chroniques, l'appendicite chronique, avec ou sans épiploïte chronique.

Il semble d'ailleurs que la plupart des lésions du tube digestif et de ses annexes puissent retentir sur le fonctionnement du pylore et donner lieu à un syndrome typique ou fruste de sténose spasmodique.

Métabolisme et fonctions des cellules. Esquisse d'une physiologie des réactions productrices d'énergie dans la cellule vivante, par L. GÉNEVOIS, maître de conférences à la Faculté des sciences de Bordeaux. Un volume de 120 pages. — Prix : 26 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1931)

Sur les propriétés immunigènes de la cryptotoxine diiodosalicylique. — MM. H. VINCENT et L. VELLUZ. Le diiodosalicylate de sodium neutralise complètement la toxine tétanique à la dose de cinq dixièmes de milligramme pour 500 doses mortelles de celle-ci.

Cette cryptotoxine, à l'exemple des autres cryptotoxines colloïdales (savons) ou non colloïdales, a conservé son pouvoir antigène. Si on injecte au cobaye ou au lapin des doses progressives de cryptotoxine diiodosalicylée en diminuant la proportion de l'anticorps chimique ajouté à la toxine, on obtient en quelques semaines, et après 5 et même 3 injections, une immunité telle que les cobayes résistent complètement à l'injection d'épreuve de 800 doses mortelles dans le premier cas, 50 doses mortelles dans le deuxième cas, de toxine tétanique pure. Les lapins, ayant reçu six injections de la même cryptotoxine, ont reçu également en neuf jours, 5, puis 10, puis 20 centimètres cubes de toxine pure. Leur sang *in vitro* est fortement antitoxique.

Les agents cryptotoxiques dissocient la fonction immunigène de la fonction toxique du poison tétanique. *La toxine y subsiste à l'état latent.* Dans le complexe ainsi formé, elle n'est pas détruite, mais seulement dissimulée et immobilisée car on peut la mettre en évidence en acidifiant le milieu jusqu'à un pH = 4,7 ; il devient alors tétanigène.

Le fait qu'aucun des animaux protégés par les injections de cryptotoxine n'a accusé de symptôme même très discret ou très fugace de tétanos, démontre que la neutralisation de la toxine, aux doses respectives d'antigène et d'anticorps chimique utilisées, est réalisée intégralement. La forte immunité obtenue n'est pas fonction d'un excédent de toxine libre, mais est due à l'action du complexe cryptotoxique.

La répartition des composés azotés de l'urine dans la dépense azotée endogène minima et dans l'alimentation protéique ; le problème de l'existence et de la grandeur des réserves albuminoïdes. — M. Emile-F. TERROINE et Mlle Germaine BOY.

A propos de l'état physique des phosphates calciques dans le lait ; le fractionnement de leurs micelles conduit à l'existence de la caséine libre de chaux et de combinaison phosphatée calcique. — M. Maurice PIETTRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1931)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de Sir David Bruce (de Londres), membre correspondant étranger, depuis 1909, dans la section d'hygiène.

Notice. — M. LE NOIR donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Albert Mayor (de Genève), membre correspondant étranger, depuis 1909, dans la section de médecine, récemment décédé.

Rapports. — M. Lucien CAMUS, au nom de la Commission permanente de vaccine, présente à l'Académie le rapport général annuel sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France et aux Colonies pendant l'année 1930, ainsi que la statistique des cas de variole signalés.

1° VACCINATIONS. — a. *En France.* — Tous les départements ont adressé leurs dossiers vaccinaux qui sont plus ou moins bien remplis (l'établissement des listes des assujettis manque bien souvent de préparation) ou sont mal préparés, la tenue des séances souffre de cette négligence, les convocations individuelles et les rappels ne peuvent être faits. Le relevé des opérations pratiquées montre que les primo-vaccinations sont en diminution dans 80 p. 100 des départements; il y a eu au total 48.700 primo-vaccinations en moins qu'en 1929. Cette diminution est explicable : en partie, par la vaccination exceptionnelle d'un certain nombre d'assujettis de l'année 1930, qui a eu lieu en 1929, à l'occasion d'une menace d'épidémie de variole, et en partie, peut-être aussi, par une diminution de la natalité.

Par contre, les *revaccinations* ont été plus nombreuses en 1930 qu'en 1929, dans 58 départements. On a relevé au total une augmentation de 33.721 revaccinations qui sont principalement des *primo-revaccinations*. Cette augmentation tient probablement à la plus grande natalité de l'année 1919, mais pour conclure avec exactitude sur les causes de la diminution ou de l'augmentation du nombre des opérations vaccinales, il faudrait que les listes des assujettis soient mieux tenues qu'elles ne sont actuellement.

Le vaccin a donné, en 1930, de meilleurs résultats qu'en 1929 dans les départements où il avait été reconnu précédemment insuffisant. Quelques plaintes ont encore été faites, qui imposent un contrôle plus complet s'étendant à l'ensemble de la production vaccinale.

b. *Aux Colonies.* — Les vaccinations paraissent avoir été intensifiées dans toutes les régions. On a enregistré environ 8.700 000 vaccinations pour une population de 43.700.000 habitants.

c. *Dans les pays de Protectorat.* — Au Maroc et en Tunisie, on a vacciné respectivement 586,000 et 759.000 personnes.

2° VARIOLE. — a. *En France.* — La variole n'a pas été observée en France en 1930, du moins les comptes rendus des départements ne signalent qu'un cas de variole et un cas de varioloïde. Il serait à souhaiter que les Commissions départementales de vaccine, qui fournissent toutes un état récapitulatif annuel, donnent toutes une réponse précise aux questions relatives à la morbidité et à la mortalité variolique qui doivent figurer sur l'état modèle n° 9.

b. *Aux Colonies* (la statistique concerne l'année 1929). — On a enregistré une augmentation importante des cas de variole, 7.400 en 1929 au lieu de 4.600 en 1928; c'est en Indochine que la maladie a surtout sévi.

c. *Au Maroc.* — En 1930, on a enregistré 219 cas de variole au lieu de 280 en 1929 et en Tunisie, en 1930, 61 cas au lieu de 141 en 1929.

Traitement du tétanos. — M. L. COUVY (note présentée par M. Marchoux). — L'auteur a utilisé dans le traitement du tétanos l'association urotropine sérum. Il a employé deux techniques : dans l'une, il a fait une injection d'urotropine avant celle de sérum ; dans l'autre, il a fait une injection préparante de sérum et, une demi-heure après, il a employé l'urotropine.

Il a soigné ainsi à l'hôpital indigène de Dakar 31 cas de tétanos et a obtenu 26 guérisons parmi lesquelles 2 tétanos ombilicaux.

Au sujet d'une consultation publique et gratuite d'hygiène. — M. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. Persuadé qu'en prenant un contact immédiat avec le public, les médecins

hygiénistes, tout en servant les intérêts particuliers de celui-ci, rendraient à la cause de l'hygiène un réel service, l'auteur vient d'ouvrir, dans un quartier populeux de Paris une « Consultation publique et gratuite d'hygiène ».

Ce nouveau service n'est ni un Dispensaire, ni une Consultation et il n'y est pas donné de soins aux malades. La « Consultation d'hygiène » est ouverte à tous ceux qui désirent avoir des avis sur les questions d'hygiène individuelle ou collective; par exemple : principes généraux d'hygiène individuelle : hygiène de l'habitation, alimentation rationnelle, exercices physiques, bains, piscines; hygiène particulière : du nourrisson, de l'enfant, de l'écolier, du vieillard; hygiène du travail : orientation professionnelle; lutte contre les fléaux sociaux; lutte contre les maladies infectieuses : où peut-on pratiquer une analyse de produits contagieux provenant de malades, une analyse d'eau? Comment désinfecter après une maladie contagieuse? Où et comment peut-on se faire vacciner contre la fièvre typhoïde, la diphtérie? Adresses de Dispensaires et d'œuvres d'hygiène sociale; distributions de tracts et prospectus concernant l'hygiène; renseignements sur la législation sanitaire.

Ce qui caractérise essentiellement ce nouveau service, c'est le contact immédiat du médecin hygiéniste avec le public et surtout le caractère *individuel* des avis qui y seront donnés. Des prospectus et des tracts relatifs aux notions générales d'hygiène y seront distribués. Mais ce ne sera jamais qu'à titre complémentaire de véritables consultations qui y seront données par un médecin hygiéniste spécialisé, consultations portant sur des problèmes particuliers auxquels on s'efforcera de donner une solution aussi adéquate que possible.

Autres communications :

Recherches cliniques et radiologiques sur la sclérose pulmonaire. — M. Lucien Moreau.

Sur quelques observations de contagion dans des cas d'emphysème ou d'asthme secondaires à des scléroses pleuro-pulmonaires. — M. Desbouis.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 6e section (Pharmacie), en remplacement de M. L. Grimbert, décédé.

Les candidats étaient ainsi classés, en première ligne : M. Bougault; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Gabriel Bertrand, Bridel, Goris, Guerbet et Hérissey.

Au premier tour de scrutin M. Gabriel Bertrand est élu par 57 voix sur 83 votants. M. Bougault a obtenu 23 voix, M. Goris, 1 voix, M. Hérissey, 1 voix, un bulletin blanc.

M. Gabriel Bertrand est membre de l'Académie des sciences et de l'Académie d'agriculture, il occupe la chaire de chimie biologique à la Sorbonne et est professeur à l'Institut Pasteur.

— La séance annuelle aura lieu mardi prochain 8 décembre 1931. M. Legueu prononcera l'éloge de Félix Guyon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1931)

Intoxication mortelle par un révélateur photographique. — MM. Paul Halbron, André Bosquet et Jean Tiffeneau rapportent l'observation d'un malade qui avala volontairement un flacon de 10 grammes d'un produit contenant 5 grammes d'hydroquinone, 4g50 de pyrocatéchine et 0g50 d'aminophénol. Un quart d'heure après l'ingestion, le malade perdit connaissance et il présenta peu après des convulsions généralisées. Les urines avaient une coloration noirâtre. On y caractérisa la présence de pyrocatéchine. Au troisième jour, on constata une anémie intense, puis au quatrième jour, s'installa un ictère, accompagné de splénomégalie. Le malade mourut par syncope au douzième jour.

Les auteurs signalent la rareté de ces intoxications. L'hydroquinone est assez peu toxique expérimentalement. La pyrocatéchine a chez l'animal une forte toxicité et entraîne rapidement la mort avec des accidents bulbaires. Dans le cas actuel, il y avait association de ces deux corps; on n'a pas retrouvé la méthémoglobinémie qui a été signalée dans les intoxications par les diphénols, mais les toxiques semblent avoir exercé une violente action hémolytique et altéré la cellule hépatique. Il a paru intéressant de publier un cas d'intoxication volontaire, heureusement rare, par des substances librement vendues au public.

Accidents sériques. — M. Le Clerc (de Saint-Lô).

Essais cliniques de la vagotonine de Santenoise chez les diabétiques. — MM. Rathery et M. Derot ont essayé de traiter 13 diabétiques par la vagotonine associée à l'insuline. Les résultats cliniques ne sont pas superposables aux résultats expérimentaux, la glycémie, l'excrétion des corps à cet orifice n'étant modifiés que de façon inconstante. La vagotonine ne paraît donc pas, à l'heure actuelle, fournir au praticien une arme plus puissante que l'insuline.

Insuline huileuse et diabète. — M. Rathery, Mlle Levina et M. Derot considèrent que l'insuline huileuse constitue une médication généralement inopérante, parfois dangereuse, et en déconseillent l'emploi.

Angine de poitrine d'effort avec érythème initial et poussée hypertensive. — MM. A. Portocalis et G. T. Flora (d'Athènes).

Maladies familiales et syphilis. — M. Apert.

Paralysie des mouvements associés de latéralité des yeux et intolérance gastrique au décours d'une dothiénentérie. — MM. M. Labbé, R. Boulin, A. Escalier et Uhry présentent l'observation d'une fièvre typhoïde qui fut suivie de deux épisodes fébriles de nature indéterminée. Au cours de ces épisodes on vit apparaître des phénomènes d'intolérance gastrique et une paralysie des mouvements de latéralité du regard. Les auteurs discutent la pathogénie de ces accidents : gastrite dégénérative, insuffisance hépatique ou atteinte bulbaire d'une part, encéphalite typhique ou encéphalite de sortie due à un autre germe d'autre part.

Sur le traitement des abcès du poumon. — M. Mouzaffer (de Stamboul).

Un cas d'amibiase pulmonaire pure guéri par l'émétine. — MM. Dargein et Plazi (de Toulon).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 7 décembre. — Jury : MM. Clerc, président; Douzelot, Hutinel, Lévy-Valensi. — M. Zadoc Kahn. Les anomalies électro-cardiaques appliquées au cours de la diphtérie.

Jeudi 10 décembre. — Jury : MM. Tanon, président; Terrien, Philibert, Velter. — M. Barét. L'assistance médicale publique à la Réunion (1924-1929).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Traitement chirurgical des arthrites déformantes de la hanche chez l'adulte (avec 6 fig.), par M. Paul MATHIEU.
Le diagnostic des subluxations congénitales douloureuses de l'adulte (avec 17 fig.), par M. LANCE.

ACTUALITÉS
Ondes courtes et médecine, par M. LEVENT.

NOTES DE PRATIQUE
Le thiocol dans le traitement des affections broncho-pulmonaires, par M. VALORY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Conseils aux médecins.

NOTES POUR L'INTERNAT
Signes, diagnostic et traitement du phlegmon périnéphrétique.

REVUE DES THÈSES

LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 2 décembre. — Questions données : « Causes et signes de l'occlusion intestinale aiguë. — Hémoptysies tuberculeuses. »

MM. Gibert, 21 ; Sambron, 23 ; Fasquelle, 21 ; Brunhes, 19.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — A la suite du concours institué par la Circulaire ministérielle n° 430 1/8 du 10 février 1931, M. le pharmacien commandant Cousin a obtenu le titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales : pour la Section chimie, pharmacie, toxicologie.

M. le pharmacien commandant Cousin est nommé à compter du 1er décembre 1931 dans l'emploi de professeur agrégé de la

chaire de chimie, pharmacie, toxicologie, de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Liste des candidats admis à prendre part au concours qui sera ouvert le 16 décembre 1931 pour l'emploi de médecin de 2e classe de l'assistance médicale de Madagascar et dépendances :

Centre de Paris : MM. Bory, Cadet, Le Garrec.

Centre de Marseille : MM. Delafon, Fave.

Liste des candidats admis à prendre part au concours du 14 décembre 1931 pour l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine :

Centre de Paris : MM. Bory, Bui, Cuallacci, Lajat, Le Garrec, Le Van Tinh, Nguyen Kien Ba, Nguyen Van Nguyen, Pham-Ba Vien, Tran Minh Phuong, Tran Van Ninh.

Centre de Marseille : MM. Delafon, Moulinard, Trinh Van Dam.

Centre de Bordeaux : M. Ly Van Mien.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres, en vue de la nomination d'un médecin spécialisé chargé des dispensaires d'hygiène sociale de la Sarthe, sera ouvert du 1er décembre au 10 janvier 1932.

Le traitement de début attaché à cette fonction est fixé à 43.000 fr.

Les dossiers des candidats devront être adressés au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris (VIe), avant le 10 janvier 1932.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat de l'Association départementale d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, à la Préfecture du Mans.

LES JOURNÉES THERMALES CLIMATIQUES ET TOURISTIQUES DES VOSGES A BOURBONNE-LES-BAINS. — L'Assemblée annuelle des Journées thermales climatiques et touristiques des Vosges a eu lieu, cette année, à Bourbonne-les-Bains dans le grand salon de l'Hôtel de ville.

Les questions suivantes y ont été traitées : les arthralgies consécutives à des traumatismes, par le professeur Hamant, de la Faculté de médecine de Nancy; les polyarthrites ankylosantes et les interventions parathyroïdiennes, par le docteur Simon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg; les coxarthries, par le docteur Joyeux; la sciatique, par le docteur Molly, les réactions de la cure thermale de Bourbonne, par les médecins militaires Dellys et Fontaine.

Le lendemain, le professeur Maurice Perrin, de la Faculté de médecine de Nancy, fit une causerie sur les stations hydrominérales militaires, dont Bourbonne est la plus ancienne; puis on entendit des rapports du docteur Delacroix sur la radio-activité des eaux minérales de Bourbonne; du docteur Gay sur la spécialisation de la cure de Bourbonne.

L'assemblée eut ensuite à se prononcer sur les vœux émis dans les différentes sections, au cours des réunions de la veille et le Congrès se termina par un grand banquet.

VACANCES DE NOEL ET DU JOUR DE L'AN SUR LA CÔTE D'AZUR. — Pour répondre au vœu exprimé par ses correspondants, la Société médicale du Littoral méditerranéen offre, aux médecins qui ne disposent que de courtes vacances, une participation réduite à son Grand voyage annuel de Noël.

Le programme entier comprend deux parties :

1° Marseille, Aix, Toulon, Hyères, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Agay, Cannes, Le Cannet, Grasse, le Golfe Juan, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, du 26 décembre au 4 janvier;

2° Nice, Cimiez, la Grande Corniche, Roquebrune, le Cap Martin, Menton, Grimaldi, Bordighera, San-Remo, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, le Cap Ferrat, le Mont-Boron, Nice, du 1er au 9 janvier.

Pour la première fois, cette année, des participations à quelques journées seulement seront admises, au gré de l'adhérent, sans que l'adhésion au programme entier, ou à l'une de ses parties, soit nécessaire. Ainsi, la Société espère pouvoir répondre au désir de ses correspondants et leur rendre possible l'accès de la Côte d'Azur, pendant le peu de temps dont ils disposent. Elle les prie seulement, pour faciliter sa tâche, de lui adresser leur demande un assez long temps à l'avance, afin qu'elle puisse leur réserver les journées choisies par eux, sans gêner la marche générale du Voyage.

La Société médicale espère que ce nouvel effort sera apprécié. Comme pour les Voyages précédents, les facilités accordées s'étendront aux membres de la famille qui accompagneront le médecin, ainsi qu'aux étudiants en médecine. En outre, des permis de parcours à demi-tarif, sur les chemins de fer français et italiens, à l'aller et au retour, seront mis à la disposition des adhérents qui les demanderont en temps utile.

Pour les adhésions et tous autres renseignements, écrire au Secrétariat de la Société médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. (Service de M. le docteur BAILLIART.) — Une Conférence à laquelle seront admis les docteurs en médecine, ainsi que les étudiants français et étrangers, sera faite le mercredi 9 décembre 1931, à 16 h. 45, par M. Magitot, sur l'embryologie de l'œil humain. Entrée : 13, rue Moreau.

CLINIQUE EUMORPHIQUE. — Le docteur Pierre Robin, médecin stomatologiste honoraire des hôpitaux, informe ses confrères que sa Clinique eumorphique du 50 de la rue de Rennes, est transférée, 7, rue du Dragon, où il continue de donner ses consultations gratuites, tous les mardis et jeudis de 8 h. 1/2 à 11 h.

Il rappelle à ses confrères qu'à sa Clinique eumorphique exclusivement réservée au traitement de la glossoptose, cause permanente de la respiration par la bouche, même après l'opération des végétations adénoïdes aucuns soins ni médicaux ni dentaires ne sont donnés à cette clinique.

Le service permanent des consultations et des traitements est assuré par le docteur Samama, directeur de la clinique.

RENSEIGNEMENTS

LA CURE SANATORIALE A BRIANÇON

(1.350 mètres d'altitude).

Le Grand Hôtel des Neiges, sanatorium moderne pour dames et jeunes filles, est ouvert.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au docteur Pin, médecin directeur au Grand Hôtel des Neiges, à Briançon (Hautes-Alpes).

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du traitement de la ménopause et des troubles endocriniens chez la femme (1), par le docteur J. KRAMARZ, ancien externe des hôpitaux de Paris.

La thérapeutique des accidents de la ménopause s'est longtemps limitée à l'opothérapie ovarienne. Son peu d'efficacité et les récentes études sur les relations du sympathique et des glandes endocrines a orienté cette thérapeutique dans une voie nouvelle.

Dans son travail inspiré par le professeur Ag. Mocquot, Kramarz étudie les différents accidents survenant à l'occasion de l'arrêt du fonctionnement de l'ovaire, qu'il soit naturel (ménopause) ou brusqué (castration chirurgicale ou radiothérapique).

Il insiste particulièrement sur les troubles relevant du sympathique : troubles vasomoteurs, bouffées de chaleur, parfois crises de froid (Dalche), phénomènes congestifs se traduisant par des hémorragies. Il faut encore citer l'hypertension de la ménopause, les angoisses précordiales, les troubles de la sécrétion de la muqueuse stomacale ou intestinale.

Ces accidents sont en rapport avec une notable diminution de la calcémie et un trouble constant du métabolisme du phosphore et du calcium (Dalsace, Guillaumin).

Dans un important chapitre, Kramarz étudie l'influence du système neuro-végétatif sur les troubles endocriniens. Ils sont aujourd'hui démontrés. C'est ce que Guillaume appelle la « concaténation endocrino-sympathique ». C'est sur ce déséquilibre endocrino-végétatif que devra agir la thérapeutique des troubles de la ménopause. « La sécrétion interne de l'ovaire, dit Crainicianu, de concert avec les autres glandes endocrines, entretient le tonus végétatif, car, lorsque la sécrétion disparaît, le tonus s'abaisse. »

Kramarz a expérimenté contre les troubles de la ménopause, une médication qui répond à ces desiderata. C'est une association de chimiothérapie et d'opothérapie : la chimiothérapie agit sur le tonus vagosympathique par le lactate de calcium, sur le métabolisme par le manganèse et le phosphore ; l'opothérapie comprend de l'extrait d'ovaire et surtout de l'extrait orchitique. Gley, puis Jouve et Pierra ont montré l'efficacité des hormones mâles chez la femme.

Ce complexe chimio-opothérapique est connu sous le nom de gynocalcion M.

« Cette thérapeutique, dit Kramarz, s'est montrée rapidement active ; les règles irrégulières et intermittentes se régularisent ; la dysménorrhée s'atténue ou disparaît ; deux ou trois séries de dix jours par mois suffisent généralement dans les cas ordinaires pour rétablir le rythme menstruel normal et guérir la dysménorrhée.

« Chez les ménopausées, les troubles sympathiques et vasomoteurs sont plus rebelles et exigent un traitement intensif et parfois prolongé. »

Il conseille de donner dix jours par mois, trois fois par jour, quatre dragées de gynocalcion M.

Il a constaté que la ménopause chirurgicale est plus rebelle et exige un traitement plus long et souvent plus intense.

Diathermie et diathermothérapie, par BORDIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences. Prix Montyon (physiologie). Sixième édition revue et augmentée. In-8 de 659 pages avec 297 figures dans le texte. — Prix : 60 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) *Th. de Paris*, 1931.

LIVRES NOUVEAUX

La vie de la mante religieuse (1), par L. BINET.

Courte, mais passionnante brochure où, à propos de la mante religieuse, le jeune et brillant professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris trouve moyen de discuter nombre de problèmes intéressant la physiologie générale. N'est-il pas digne d'attention, cet insecte étrange qui sait adapter sa couleur à celle du milieu ambiant, qui excelle aussi bien à l'attaque qu'à la défense, qui si industrieusement aménage son nid, qui, en cas de danger, s'échappe grâce à l'autotomie ou encore garde une immobilité si parfaite qu'on le croit mort? Ne méritent-elles pas d'être longuement analysées, ses amours qui font, du mâle, un guillotiné par persuasion, de la femelle, avec ses airs penchés de vierge en prières, une sorte de Messaline ailée? Et quelle Messaline! En quinze jours, J.-H. Fabre l'a vue « user jusqu'à sept mâles ». User, c'est non seulement épuiser leur ardeur, c'est encore, et surtout, les dévorer méthodiquement, sans qu'ils croient bon, d'ailleurs, de desserrer leur étreinte. « A tous, continue le Virgile des « insectes, elle livre ses flancs; à tous, elle fait goûter « l'ivresse du supplice. La veuve, si facile à consoler, mange « chaque fois son conjoint. » Toutes ces réactions, qui se reproduisent même sur l'animal décapité, montrent combien parfaitement fonctionnent chez lui les réflexes d'automatisme. Machine parfaite? Peut-être! « Mais, au-dessus de la « machine, n'y a-t-il pas une tête qui domine les automa- « tismes, qui conçoit, qui surveille, qui dirige? »

L. BABONNEIX.

En mission au Canada (2), par Gustave ROUSSY.

Chargé de mission au Canada, le professeur G. Roussy a eu l'idée de grouper en une élégante plaquette quelques-uns de ses souvenirs de voyage. Une brève introduction, pour rappeler, à ceux de nous qui pourraient encore les ignorer, les liens qui rattachent à la France le dominion canadien. Dans la province de Québec, les noms de Jacques Cartier, de Champlain, du père Marquette, de Fabien, de Cavelier de La Salle, ne sont-ils pas encore vivants et honorés? Les populations n'y ont-elles point pieusement conservé le « doux parler de nos aïeux »? N'existe-t-il pas, dans les autres provinces, de nombreux et importants foyers de population française? L' « Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord » fondée, il y a vingt-cinq ans, ne se propose-t-elle pas de maintenir l'union des médecins de langue française dispersés sur le continent américain? Pour l'aider, deux organismes importants : les universités de langue française et l'Institut scientifique franco-canadien. Un article de fond sur l'*Enseignement de la médecine dans quelques universités canadiennes*, à Lowell, à Québec, Montréal, avec ses deux facultés de médecine, l'une anglaise et l'autre française, Toronto, où, en 1923, a été créée une chaire pour Banting, l'inventeur de l'insuline, nous dépeint la vie de ces universités, avec leur autonomie financière et leur personnalité civile, avec leurs organismes de contrôle, avec leurs tendances, résolument pratiques pour les universités anglaises, scientifiques pour les françaises, qui, à plusieurs reprises, ont appelé, pour leur confier un enseignement, des spécialistes français. Pour finir, quelques allocutions prononcées à des Congrès ou à des banquets officiels, et qu'on lira avec intérêt. Le professeur Roussy n'est-il pas un fin lettré qui connaît ses classiques et sait les citer à propos? N'est-il point de ces rares orateurs

(1) In-4 de 93 p. — Prix : 20 fr. — Paris, Vigot.
(2) In-8 de 43 p. — Paris, Masson et Cie, 1931.

qui parlent pour dire quelque chose? Ne donne-t-il pas la sensation qu'en toute circonstance, cet ambassadeur de la pensée française a brillamment servi, chez nos amis du Canada, la cause de notre pays? L. BABONNEIX.

Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle (1), par Egas MONIZ, professeur de neurologie à la Faculté de médecine de Lisbonne, docteur *honoris causa* des Universités de Bordeaux et de Lyon. Préface du docteur BABINSKI.

Obtenir par des moyens de contraste une meilleure visibilité du cerveau a toujours préoccupé les neurologistes.

La ventriculographie, aujourd'hui pratiquée dans les centres neuro-chirurgicaux, n'a pas paru suffisante à l'auteur dans tous les cas où il s'est mis à rechercher de nouveaux processus de la visibilité cérébrale; la solution qu'il adopte est celle qui consiste à provoquer l'opacité des artères cérébrales; ainsi le déplacement des vaisseaux, l'irrigation des tumeurs, l'effacement de la circulation par compression des néoplasies, fournissent des éléments pour la localisation des tumeurs cérébrales.

L'auteur trouve une substance imperméable aux rayons X, en l'espèce l'iodure de sodium, susceptible d'être injecté dans la carotide sans risque; il obtient ainsi avec la radiographie une image du réseau artériel cérébral et détermine, au moins dans certains cas, par les modifications, les déformations que l'on constate dans la disposition de la charpente artérielle, le siège occupé par le néoplasme.

Le professeur Egas Moniz estime que, sauf dans les cas d'artério-sclérose cérébrale concomitante où cette opération expose à des accidents et doit être exclue, l'épreuve de l'encéphalographie artérielle est pour ainsi dire inoffensive, à condition qu'on suive les indications qu'il donne.

L'encéphalographie artérielle est la partie capitale et éminemment originale de cet ouvrage, mais l'autre partie, relativement accessoire, mérite cependant une grande attention, car elle constitue un exposé magistral des notions classiques sur les tumeurs cérébrales avec des notions nouvelles sur divers points, en particulier sur la pathogénie des hypertensions intra-craniennes. L. G.

Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène (2), recueillis par ses élèves. Tome I : *Généralités* par P. PAVIE, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. *Lésions du sein* par P. MOULONGUET, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Depuis dix ans, Paul Lecène rassemblait des documents pour illustrer un livre de diagnostic anatomo-clinique. Ses élèves se sont fait un devoir de publier ces documents et de les faire paraître sous la forme que leur maître avait choisie, celle d'un traité de diagnostic. Ce travail se présentera comme une série de monographies, richement illustrées de documents provenant de la collection de l'auteur, et qui ne dépasseront pas la tradition orale que ses élèves tiennent de lui ou des articles qu'il a publiés.

Il existe d'excellents traités de diagnostic chirurgical qui décrivent les résultats donnés par la simple inspection, le palper et le toucher, pour l'examen des malades chirurgicaux. Cette œuvre est tout autre. Non seulement on trouvera dans ces monographies à l'occasion de telle ou telle affection une interprétation minutieuse des signes cliniques mais encore un exposé des techniques spéciales surtout histologiques et bactériologiques auxquelles le chirurgien devra avoir recours pour établir un diagnostic dans les cas difficiles, avant, pendant et après l'opération.

Ces recherches sont indispensables si l'on ne veut pas en être réduit à une grossière approximation dans le diagnostic d'un certain nombre de lésions chirurgicales; le chirurgien devra alors faire lui-même, ou tout au moins faire faire sous son contrôle immédiat les examens de laboratoire nécessaires.

L'incontestable avantage de cette « autonomie » des examens anatomiques chirurgicaux est facile à démontrer. C'est, en effet, le même observateur qui verra : 1° l'évolution préopératoire des accidents causés par la lésion; 2° l'aspect macroscopique de cette lésion au cours de l'opération; 3° sa structure microscopique et éventuellement sa cause bactériologique; 4° enfin et surtout, c'est ce même observateur qui pourra suivre l'évolution ultérieure de la lésion opérée. Il pourra ainsi, en rassemblant des observations vraiment complètes, arriver à fixer peu à peu le pronostic véritable d'une lésion chirurgicale et des accidents qu'elle provoque.

Le chirurgien trouvera ainsi groupés dans ces monographies tous les éléments des techniques anatomo-pathologiques microscopiques et bactériologiques. Il comprendra comment s'applique la méthode anatomo-clinique si brillamment pratiquée par Paul Lecène.

Ce premier volume comprend :

1° *Une partie de généralités*, par P. Pavie. Ce chapitre est destiné à rappeler les diverses recherches de laboratoire que le chirurgien a intérêt à susciter : pour la vérification d'un diagnostic douteux, pour les recherches sur un cas rare et même inconnu.

2° *Une partie sur le diagnostic anatomo-clinique des affections du sein* par P. Moulonguet dans laquelle l'auteur joint chaque fois qu'il est nécessaire à l'interprétation des signes cliniques un exposé des techniques anatomiques spéciales. Les problèmes que posent les affections du sein sont, en effet, parmi les plus délicats que la pratique quotidienne force à résoudre. En aucun sujet, la nécessité d'une étude anatomo-clinique n'apparaît aussi nette pour acquérir des connaissances solides et pour ne pas errer dans le traitement à mettre en œuvre.

Sont étudiées successivement les infections aiguës et chroniques, les dystrophies mammaires, les néoplasmes bénins et malins et enfin la cystostéatonécrose pré-mammaire.

L. G.

(1) Un vol. de 512 pages avec 225 fig. — Prix : 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

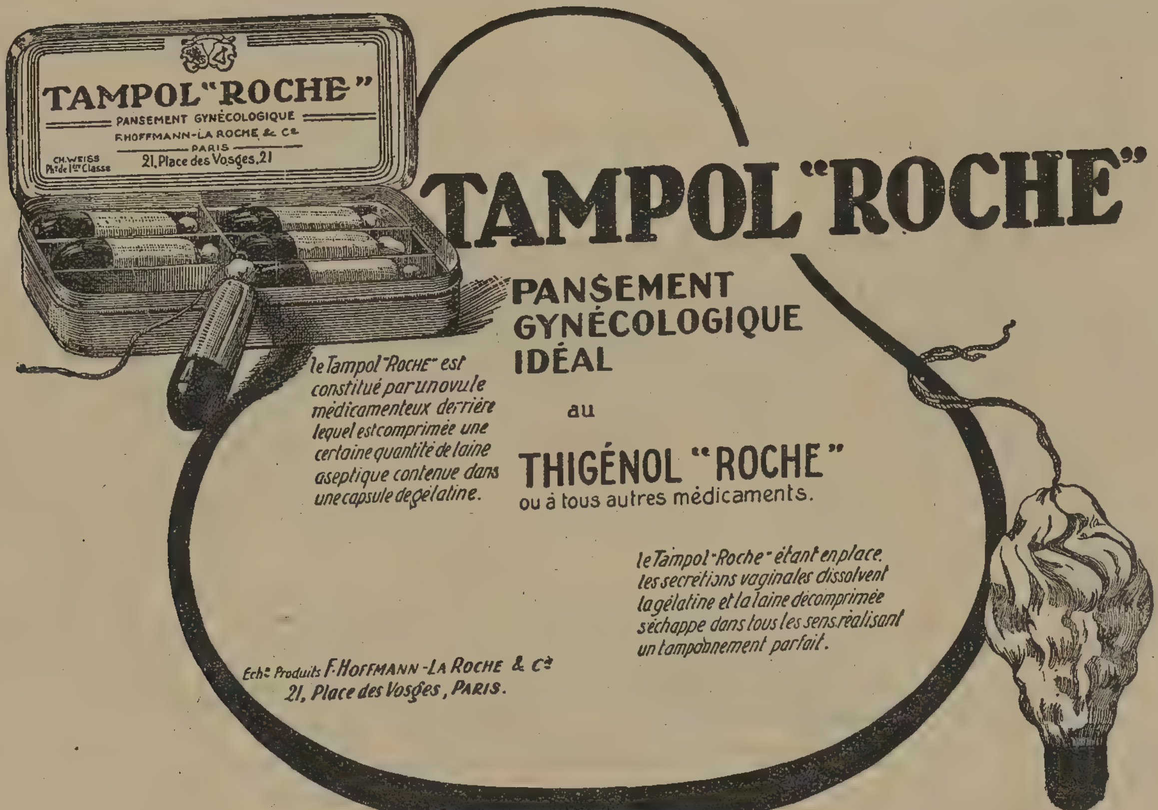
(2) Un vol. de 192 pages avec 92 fig. et 2 planches en couleurs. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

BIBLIOGRAPHIE

« L'Art médical » nous adresse un très bel album intitulé *Hymnes à Phœbus* qui réunit douze gravures sur bois d'Henri Rattier, précédées d'une introduction justement élogieuse par M. Armand Fournier.

M. Rattier, professeur à l'Ecole des arts décoratifs de Nice, est originaire de ce pays de Vivarais, qui est une des parties les plus pittoresques de l'ancien Languedoc.

Habitué à reproduire les aspects splendides, farouches ou accueillants du Vivarais en utilisant sa palette, il s'est contenté cette fois pour les effets du soleil méditerranéen de faire appel à la gravure unicolore et il nous offre un très bel ensemble dont il y a lieu de le féliciter.


TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
21, Place des Vosges, 21
TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE IDÉAL
au
THIGÉNOL "ROCHE"
ou à tous autres médicaments.
le Tampol "Roche" est constitué par un ovule médicamenteux derrière lequel est comprimée une certaine quantité de laine aseptique contenue dans une capsule de gélatine.
le Tampol "Roche" étant en place, les secrétions vaginales dissolvent la gélatine et la laine décomprimée s'échappe dans tous les sens réalisant un tamponnement parfait.
Échon Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ARTHRITES DÉFORMANTES DE LA HANCHE CHEZ L'ADULTE[1]

Par M. Paul MATHIEU,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Bien que les travaux les plus importants publiés sur les arthrites déformantes de la hanche soient d'inspiration médicale, il serait injustifié de penser que les chirurgiens ne se sont pas depuis longtemps intéressés au traitement de ces affections, puisque la première résection de la hanche pratiquée pour arthrite déformante d'origine traumatique est due à Fock, chirurgien de Magdebourg en 1859 (publiée en 1861) et que M. Lejars, en 1905, a pu déjà réunir 24 cas de résections de la hanche pratiquées pour lésions analogues. Il faut reconnaître que les résultats de cette thérapeutique chirurgicale sont restés longtemps assez décevants, mais depuis quelques années, les progrès techniques apportés aux diverses opérations sur la hanche, la connaissance meilleure des indications opératoires, ont suffisamment amélioré ces résultats pour qu'on ne puisse plus douter du rôle que la chirurgie doit jouer dans le traitement des arthrites déformantes de la hanche.

* * *

Il est impossible d'apprécier avec exactitude les indications thérapeutiques dans les arthrites déformantes de la hanche, sans avoir une conception assez précise, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique, de ces affections d'étiologie et de pathogénie très confuses.

Longtemps, la conception clinique de l'affection est restée caractérisée par la dénomination même qu'on lui attribuait : *morbus coxæ senilis* ou *malum coxæ senile*. Pourtant, Paul Broca, dès 1850, dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, p. 69, après avoir rappelé les travaux révélateurs de Deville depuis 1847, écrivait : « Il est certain, en effet, qu'il existe une altération spéciale des articulations bien différente des tumeurs blanches les plus chroniques, susceptible d'attaquer toutes les jointures, mais étudiée seulement jusqu'ici dans la hanche où elle a reçu le nom de *morbus coxæ senilis*. Le nom est impropre et parce que l'affection peut exister ailleurs qu'à la hanche et *parce qu'elle peut se manifester avant la vieillesse.* »

Plus tard, des arthrites chroniques de la hanche, en dehors de la coxalgie tuberculeuse bien individualisée dans ses formes typiques, furent isolées les arthropathies nerveuses (Charcot). Poncet invoquera le rôle du rhumatisme tuberculeux dans la pathogénie de certaines arthrites chroniques de la hanche. L'opinion courante restait alors la suivante, jusque vers 1908 : l'arthrite chronique déformante de la hanche constitue, en général, une manifestation de cette affection mal connue qu'on appelait le rhumatisme chronique, et l'on admettait dans certains cas l'intervention d'infections comme la syphilis, la blennorrhagie, d'intoxications endogènes (goutte); le rôle des traumatismes était indiscutable dans un grand nombre d'observations.

A partir de 1908, commence à se faire jour une conception nouvelle, d'après laquelle les altérations de la hanche auraient souvent pour origine une malformation articulaire. Gourdon, en 1906, avait décrit les hanches insuffisantes. Preiser insista sur la fréquence des arthrites statiques par mauvaise adaptation des surfaces articulaires et l'on connaît la fortune que devait avoir cette interprétation. C'est vers la même époque que la notion fut admise couramment de la fréquence relative de l'arthrite chronique déformante chez les sujets jeunes et que le terme de *morbus coxæ juvenilis* apparut.

En 1910, l'arthrite déformante juvénile fut l'objet de nombreuses publications. Rottenstein et Houzel, dans la *Revue de chirurgie*, interprètent certaines caries sèches juvéniles comme des caries sèches de la hanche, d'origine tuberculeuse (coxites sèches de Froelich). Perthes (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, oct. 1910) fait paraître une importante monographie sur l'arthrite déformante juvénile. Legg, en 1909 et 1910, Calvé, Waldenström isolent les cas d'altération de l'épiphyse fémorale (coxa plana) souvent désignée depuis sous le nom d'ostéo-chondrite déformante de l'épiphyse fémorale supérieure. Calot nie l'existence de cette maladie dans laquelle il ne veut voir qu'un tout premier degré d'une subluxation congénitale de la hanche.

Pendant la guerre, de nombreuses observations furent signalées de soldats longtemps reconnus aptes au service, bien qu'ils aient parfois dans l'enfance éprouvé quelques symptômes plus ou moins nets d'une affection de la hanche, et qui se mettaient à souffrir de l'articulation à la suite des fatigues d'une campagne prolongée. L'examen radiologique de ces cas permit à Froelich, à Léri, etc., de reprendre l'étude des coxites ou coxarthries de l'adulte, et de les rapprocher des formes de l'enfance.

Deux notions nouvelles se sont donc répandues :

1° L'existence des arthrites chroniques de la hanche dans le jeune âge;

2° L'existence au moins fréquente d'une malformation de la hanche à l'origine de certaines de ces arthrites.

Il ne faut cependant pas considérer ce rôle des malformations pré-existantes comme trop exclusif, car il est déjà démontré qu'un traumatisme de la hanche, que des infections déterminées ont un rôle prédominant indiscutable dans un certain nombre de cas. Une fracture de la hanche (tête et col), même parcellaire, un enfoncement partiel du cotyle; une luxation réduite de la hanche, une coxite sèche tuberculeuse (Froelich), une coxite gonococcique (Mondor et Lamy), la syphilis, l'infection typhique ou paratyphique, la variole ont joué un rôle assez indiscutable dans certaines observations publiées, pour que traumatismes et infections puissent, sans

(1) Leçon faite à l'Amphithéâtre des hôpitaux.

hésitation, être mis au nombre des causes efficientes de certaines arthrites chroniques déformantes.

La coexistence d'une malformation et d'une infection est admise comme probable dans certains cas, la première pouvant favoriser la localisation de la seconde. Mais nous savons que les lésions anatomiques déterminant des infections bien caractérisées de la hanche ont parfois l'aspect radiologique de certaines malformations congénitales (subluxations, par exemple, Mondor in th. de Lamy).

Le rôle d'intoxications endogènes (goutte, par exemple), de certains troubles endocriniens (ovaire, thyroïde, parathyroïde), d'altérations méningo-myélitiques (Teissier) semble, d'autre part, démontré dans des localisations à la hanche de ce qu'on appelle le rhumatisme chronique. Au contraire, le rôle du rhumatisme aigu franc y paraît insignifiant.

On voit, par ce court exposé, que la confusion la plus grande règne sur la pathogénie des arthrites déformantes de la hanche. Par bonheur, l'anatomie pathologique met un peu d'unité dans ce chaos. Leriche et Policard ont pu dire : « Quelle que soit l'étiologie invoquée, toutes les arthrites déformantes ont le même aspect anatomo-pathologique, macroscopiquement et microscopiquement. Qu'il s'agisse d'un rhumatisme de Poncet, d'une arthrite de « focal infection », d'un reliquat blennorrhagique, d'une arthrite statique, les lésions sont les mêmes et aucune différenciation anatomique ne peut être faite entre ces divers cas. »

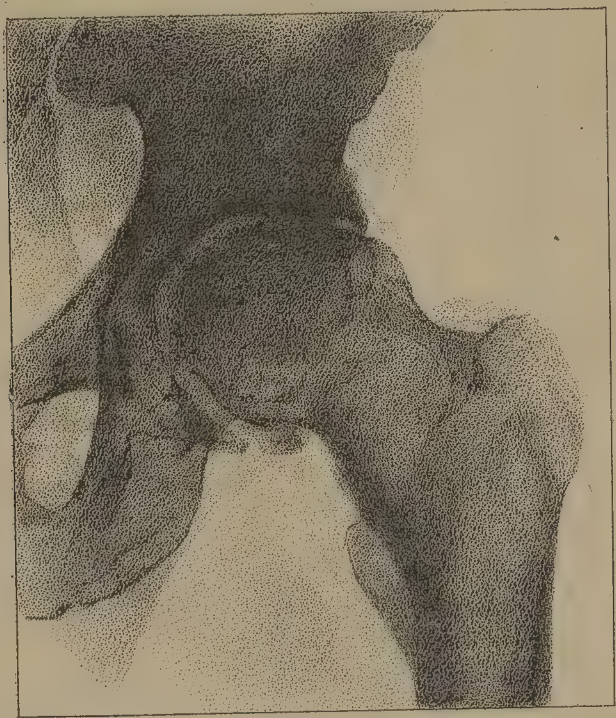


Fig. 1. — *Arthrite déformante* (forme du cotyle conservée).

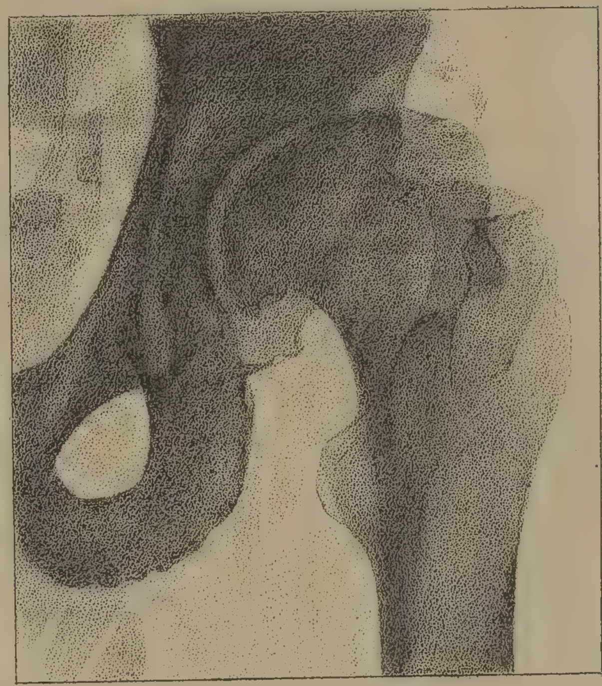


Fig. 2. — *Arthrite déformante* (forme subluxante).

C'est donc d'une manière objective que le chirurgien doit actuellement étudier les arthrites déformantes de la hanche et il convient de prendre l'anatomie pathologique des lésions, d'une part, la clinique, d'autre part, comme bases des indications thérapeutiques.

***

Classification anatomique des arthrites déformantes de la hanche. — *Les arthrites chroniques de la hanche ont une période d'évolution active où leurs étiologies diverses se manifestent par des différences d'aspect anatomique, que je n'ai pas à étudier ici. Au stade d'arthrite déformante une certaine unité de lésions existe* (arthroses de Coste et Lacapère).

Au point de vue chirurgical, il faut insister sur la fréquence de la bilatéralité des lésions. L'unilatéralité est cependant loin d'être exceptionnelle.

Deux formes anatomiques principales se dégagent de l'examen des pièces et des radiographies : 1° l'arthrite déformante à cotyle contenant la tête sans apparence de subluxation en haut; 2° l'arthrite déformante à type subluxation.

Dans ces deux formes il existe des altérations des surfaces articulaires très analogues (altération velvétique des cartilages, foyers de nécrose osseuse), des proliférations ostéocartilagineuses sur le pourtour du sourcil cotyloïdien et sur la tête au niveau de l'insertion du col qui est recouvert par ces proliférations comme le pied d'un champignon par son chapeau. La capsule contracte parfois des adhérences intimes avec les ostéophytes.

Le cotyle peut être plus creux que normalement, mais il existe par contre des formes où les appositions osseuses au fond du cotyle en diminuent la profondeur et repoussent la tête en dehors (formes expulsives).

D'autre part il se surajoute fréquemment des déviations du col en coxavara, plus rarement en coxavalga.

Cette classification nous sera utile pour comprendre les aspects radiologiques des différents cas cliniques.

Étude clinique. — J'ai observé de très nombreux cas d'arthrites déformantes de la hanche. Leurs manifestations cliniques ont toutes des caractères communs, mais avec des signes accessoires très divers. On peut dire qu'il est exceptionnel qu'une notion étiologique précise soit dégagée, et dans l'état actuel d'ignorance où nous sommes des causes réelles de chaque arthrite déformante, nous devons nous borner à déduire de l'étude clinique une classification anatomique des cas. La radiographie est un précieux moyen d'exploration à ce point de vue. Elle est indispensable pour parfaire tout diagnostic et surtout pour discuter la thérapeutique chirurgicale si celle-ci est envisagée. J'ajouterai qu'il n'y a pas toujours un rapport précis entre les lésions anatomiques et les signes subjectifs qu'accuse le malade. C'est ainsi que, faisant radiographier pour tout autre raison le bassin d'un homme de cinquante ans, je découvris du côté gauche une arthrite déformante caractérisée de la hanche sans aucune douleur, avec simple limitation des mouvements d'adduction.

Il est néanmoins indiscutable que les deux manifestations cliniques essentielles des arthrites déformantes, dès leur début, sont : 1° la douleur; 2° la limitation des mouvements.

C'est la **douleur** qui amène généralement le malade à consulter. Cette douleur est de localisation assez variable et ce fait a causé bien des erreurs regrettables. Tantôt la douleur très forte est ressentie dans la fesse et le diagnostic de sciatique est porté. Tantôt elle siège bas dans la cuisse, vers le genou, tantôt elle est nettement localisée par le malade à la base du triangle de Scarpa. La confusion avec une coxalgie a été alors l'erreur fréquente.

Le moment d'apparition de la douleur est assez varié. Elle peut naître à l'occasion d'un mouvement déterminé de l'articulation (abduction, rotation interne), mais elle survient souvent la nuit et ne cesse après le lever qu'à la suite de certains exercices de mobilisation qui « dérouillent » l'articulation. Chez certains malades, la douleur est continue et la marche peut de ce fait devenir très difficile. Tous les degrés de la douleur s'observent. S'il y a des cas tolérables, certains malades sont de véritables martyrs.

La **limitation des mouvements**, deuxième symptôme important, a des caractères assez spéciaux. Il est remarquable qu'au début la flexion de la cuisse sur le bassin soit partiellement conservée sur une étendue appréciable, tandis que l'abduction, l'adduction, la rotation interne sont très limitées déjà. C'est, je crois, un signe très important que cette discordance des limitations des divers mouvements de la hanche. Les chirurgiens sont très habitués à rechercher toutes ces limitations articulaires dès que leur attention est attirée sur une affection de la hanche. Nous n'avons pas l'habitude de donner des noms à la constatation de chaque limitation de mouvement dans un sens déterminé. Chaque mouvement de la hanche normale doit être exploré. On constate ainsi que l'hyperextension de la cuisse est impossible, que dans la flexion de la cuisse sur le tronc, le genou, du côté de la hanche malade, ne peut être facilement porté en adduction vers l'ombilic. Enfin, la résultante de ces limitations est la gêne éprouvée pour porter la main à la chaussure (signe dit du soulier). Mais ce qui reste le plus frappant au début, c'est la relative conservation de la flexion de la cuisse sur le bassin, les autres mouvements étant plus ou moins bloqués. Il y a aussi un fait curieux à noter, c'est que *le mouvement de flexion d'étendue limitée est parfois dévié*. Au lieu de pouvoir faire de la flexion directe du genou au zénith, le malade couché est obligé de porter son genou soit en dehors, soit en dedans. Ces déviations me paraissent dues à des dispositions particulières des ostéophyses péricotyloïdiens.

Plus tard, l'évolution progressive des lésions aboutit à une **ankylose** plus ou moins complète de l'articulation. La cuisse peut à peine exécuter quelques mouvements de flexion, car alors c'est encore la flexion qui persiste le plus longtemps. Les autres mouvements sont bloqués et il arrive même que le membre garde constamment une attitude vicieuse, soit en adduction, soit en abduction et rotation externe. On comprend comment alors la démarche peut être disgracieuse et la locomotion difficile. Le malade boite, marche avec une canne, même avec des béquilles. Il y a des malheureux qui ne peuvent faire un pas, dans le cas de lésions bilatérales surtout.

D'autres signes doivent être recherchés :

1° La *douleur à la pression*, localisée sur la tête fémorale à la partie moyenne de la base du triangle de Scarpa;

2° La *saillie anormale de la tête hypertrophiée* à ce même niveau, signe inconstant, mais très caractéristique, des formes expulsives;

3° L'*exagération de la saillie du grand trochanter et sa surélévation dans les formes à type subluxation, avec léger raccourcissement du membre*;

4° L'*attitude vicieuse du membre inférieur* (en adduction ou en rotation externe avec abduction (*combinaison d'attitudes non habituelle*);

5° L'*atrophie musculaire* de la cuisse et de la fesse.

L'examen radiologique seul permet quelque précision dans le diagnostic des lésions anatomiques.

Il convient toujours de radiographier les deux hanches pour avoir la certitude de l'unilatéralité ou de la bilatéralité des lésions. La bilatéralité est fréquente et il importe de le savoir surtout avant la discussion d'une indication chirurgicale.

Le premier renseignement que donne la radiographie dans ces conditions, consiste dans la distinction des deux formes anatomiques d'arthrite déformante : 1° le type d'arthrite déformante à cotyle et tête fémorale congruents ; 2° le type à forme subluxation où la tête aplatie en haut semble avoir glissé sur un plafond cotyloïdien oblique.

Le premier type d'arthrite déformante au début présente sur la radiographie un pincement articulaire à la partie supérieure ou même un effacement

général de l'interligne. Il n'est pas rare qu'à ce stade il existe déjà des proliférations osseuses visibles au pourtour du cotyle et au niveau de l'insertion de la tête sur le col. La transparence de l'image de la tête est variable. Il semble que la texture osseuse subisse des variations évolutives, tantôt il existe au niveau de la tête un éclaircissement irrégulier comme s'il y avait décalcification, tantôt il y a renforcement de l'image comme si la densité osseuse était augmentée.

A la période de plein développement, l'image radiographique est tout à fait caractéristique de ce type d'arthrite déformante et l'anatomie pathologique est décrite dans ces radiographies : hyperostoses du pourtour cotyloïdien sous forme de becs (seuil à la partie inférieure, auvent à la partie supérieure), semblant augmenter la profondeur de la cavité cotyloïde. Ces hyperostoses sont prolongées parfois par des ossifications nettement intracapsulaires. Le fond du cotyle présente souvent des irrégularités comme dans l'ostéochondrite des jeunes sujets ; l'ossification de l'arrière-fond est parfois perçue sur les épreuves. Dans l'observation d'un cas d'arthrite bilatérale, le fond du cotyle semblait le siège d'appositions osseuses qui refoulaient en dehors la tête, celle-ci très hypertrophiée étant restée intracotyloïdienne, grâce en partie aux hyperostoses du sourcil (*forme expulsive*).

La tête présente sur les radiographies toutes ces altérations que l'anatomie pathologique a fait connaître. On voit surtout bien les bavures osseuses qui vont recouvrir le col à la limite d'insertion de ce dernier sur la tête. Celle-ci a la forme d'un champignon et le col paraît raccourci. Il est fréquent que ce dernier s'infléchisse en coxavara et l'on a une image de tête glissée en bas qui rappelle celle de la coxavara des adolescents. La surface articulaire de la tête présente de nombreuses irrégularités.

Le type d'arthrite déformante subluxante ne diffère du précédent que par le déplacement de la tête sur un toit de cotyle oblique. L'étalement de la tête en champignon est moins marqué en haut, là où la tête s'aplatit pour épouser la forme éculée du cotyle; en bas, au contraire, la tête semble avoir glissé pour remplir la partie inférieure du cotyle déshabité. Il en résulte parfois que le col infléchi fait une bosse à la partie supérieure de l'image. Il n'est pas toujours facile de distinguer une subluxation congénitale avec arthrite chronique d'une arthrite chronique aboutissant à un type subluxant. Chez l'adulte, vers la trentaine, toute subluxation s'accompagnera pratiquement d'arthrite déformante. Le fond du cotyle ossifié donne alors souvent image du double fond. Les hyperostoses du pourtour du cotyle, les ossifications ligamenteuses, l'inflexion du col sont des particularités communes à toutes les arthrites déformantes, y compris le type subluxant.

Ces examens radiologiques peuvent être complétés parfois avantageusement par des examens d'autres articulations lorsqu'on pense avoir affaire à un type de polyarthrite déformante. Mais ces cas ne sont pas fréquents dans nos examens. L'arthrite reste souvent limitée aux hanches ou à l'une d'elles. Des causes anatomiques locales y prédisposent cette articulation (surcbarge en porte-à-faux sur la tête, vascularisation).

En résumé, la clinique et l'examen radiographique nous mettent en mesure de préciser l'uni ou la bilatéralité des lésions, la forme anatomique subluxante à cotyle peu profond, éculé à la partie supérieure, la forme à texture articulaire conservée, le degré de déformation de la tête et du cotyle, en particulier la diminution de profondeur du cotyle dans les formes expulsives, la forme et la longueur apparente du col — l'attitude vicieuse de la cuisse si elle existe — le degré d'ankylose articulaire. Avant de prendre une détermination chirurgicale, il importe enfin que les examens cliniques permettent d'affirmer l'extinction de tout processus aigu local.

Traitement de l'arthrite déformante de la hanche. — Je n'ai pas longuement ici à rappeler l'importance du traitement médical dans l'arthrite déformante. Il est surtout physiothérapeutique et thermal. C'est à lui qu'il faut d'abord avoir recours. Il peut suffire. Il serait à souhaiter qu'il fût plus physiologique, qu'on sût mieux établir le rôle des glandes endocrines, du système nerveux (sympathique) dans la pathogénie de certaines arthrites déformantes. Les opérations de Leriche (sur le sympathique), les parathyroïdectomies, les ligatures atrophiantes des artères parathyroïdiennes sont à l'étude, en ce qui concerne les polyarthrites déformantes. Nous envisagerons plus modestement une thérapeutique chirurgicale locale pour l'arthrite déformante de la hanche ou des hanches.

Toute action chirurgicale peut avoir, sans qu'on en comprenne toujours les raisons, une conséquence heureuse au point de vue sédation des douleurs: conséquence d'ailleurs temporaire, mais non négligeable. C'est pourquoi il faut se méfier de la précarité des résultats obtenus après certaines opérations consistant en trépanation du grand trochanter, tracé d'un volet ostéoplastique pour butée, on a vu, après ces interventions, une longue accalmie persister. C'est peut-être ainsi qu'agissent les opérations du genre de Robertson-Lavalle, utilisées dans trois cas par Aymes et Reynes (de Montpellier).

L'action favorable de ces interventions s'expliquerait par une modification des phénomènes hyperémiques ou des troubles circulatoires existant dans les extrémités articulaires.

On peut concevoir le rôle de la chirurgie dans l'arthrite déformante comme un traitement symptomatique, s'efforçant de supprimer les conséquences les plus fâcheuses de l'affection, tantôt et le plus souvent *la douleur*, parfois *l'ankylose, ou la raideur articulaire*, ou une *attitude vicieuse*.

C'est un rôle modeste que joue ainsi la chirurgie dans le traitement des arthrites déformantes, il ne vise pas au traitemont de la cause, pour le moment, mais on ne peut attendre pour agir utilement par un traitement étiologique des progrès qui peuvent encore être éloignés.

Les chirurgiens n'ont pas cru devoir attendre. Leurs tentatives sont très diverses. La douleur ayant été parfois attribuée aux hyperostoses irrégulières,

aux corps étrangers développés dans la hanche et que nous retrouvons sur les clichés radiologiques, il était naturel qu'un certain nombre d'opérations aient eu pour but *des ablations de corps étrangers intra-articulaires* (Durand, de Lyon), *de plaques ossifiées développées dans la capsule* (Lejars), des *cheilotomies*(*ablations des ostéophytes des lèvres du cotyle*) (Handley et Preston Ball; Wheiler, *Brit. med Journ.*, 1913), et *ces résections modelantes de la tête* qui consistent en une suppression des saillies anormales sur la tête et le cotyle (Hildebrand, 21 cas; Frankling, 12 cas).

Ces opérations ont été suivies d'améliorations appréciables, mais des chirurgiens comme Frankling ne semblent pas avoir été pleinement satisfaits des résultats, des sections modelantes. Il en est de même *des arthroplasties vraies*. Dans leurs statistiques assez récentes, Beer, Campbell considèrent l'arthrite déformante comme n'étant pas une bonne indication de l'arthroplastie. L'ankylose tend souvent à se reproduire.

Dans ces dernières années, un certain nombre d'opérations ont été utilisées dans le traitement des arthrites déformantes de la hanche : 1° les ostéotomies, 2° les butées ostéoplastiques, 3° les arthrodèses, 4° les résections.

Ce sont surtout ces opérations dont je discuterai aujourd'hui les indications possibles et les résultats.

Ostéotomies. — Il y a, je vous le rappelle, deux sortes d'ostéotomies :

1° Les ostéotomies de redressement;
2° Les ostéotomies à appui pelvien.

L'OSTÉOTOMIE DE REDRESSEMENT peut, dans ces cas assez rares, être indiquée lorsqu'il y a ankylose et attitude vicieuse. Par exemple, elle me parut indiquée chez un homme de cinquante-sept ans, présentant, à la suite d'une arthrite déformante unilatérale d'origine traumatique, une ankylose complète avec une curieuse déformation de la cuisse faite d'abduction et de rotation externe rendant la marche très difficile.

L'OSTÉOTOMIE A APPUI PELVIEN a été surtout utilisée ici par les collaborateurs de Lorenz, Hass, en particulier, qui, ayant appliqué à toutes sortes d'affections de la hanche la Gabelungs-méthode de son maître (luxation congénitale invétérée, coxalgie, lésions traumatiques anciennes de la hanche), l'employa dans des arthrites déformantes douloureuses et en publia des observations qu'il disait favorables. Je n'ai pas l'expérience de l'ostéotomie à butée pelvienne en pareil cas, mais je ne crois pas qu'elle aura beaucoup d'indication ici où la douleur est le phénomène dominant contre lequel on doit lutter. L'ostéotomie à appui pelvien ne modifie pas le régime de l'article malade, et ne doit pas constamment soulager la douleur. D'autre part, elle entraîne un raccourcissement du fémur peu favorable.

Butées ostéoplastiques. — Les butées ostéoplastiques destinées à donner à la tête un appui, lorsque celle-ci glisse sur un plafond du cotyle oblique, peuvent-elles trouver des indications ici ?

Le rôle attribué à la subluxation dans la pathogénie de certaines arthrites déformantes devrait y faire penser, la douleur pouvant être attribuée à la poussée de la tête sur la capsule à la partie supérieure.

En matière d'arthrite déformante de l'adulte, l'aspect de subluxation n'est pas forcément l'indice d'une malformation congénitale. Il y a donc des subluxations dans l'arthrite chronique qui n'ont que des chances limitées d'être améliorées par la création d'un appui osseux au-dessus de la tête. Les lésions intra-articulaires jouent, en effet, ici un rôle prédominant dans l'étiologie de la douleur.

Quand il s'agit d'une poussée douloureuse dans une luxation congénitale vraie, il n'en est pas de même. Je viens de voir un homme de quarante-huit ans, employé de l'Assistance publique, atteint de double luxation de la hanche, d'un côté une luxation postérieure non appuyée et peu douloureuse. Il souffre d'une luxation antérieure appuyée avec mauvaise néarthrose à plafond très oblique. C'est au-dessus de cette luxation antérieure mal appuyée qu'il faut établir la butée. Les chances de succès sont très grandes. Chez une infirmière, j'ai eu aussi un résultat excellent, dans un cas de subluxation probablement congénitale.

J'ai pratiqué ces butées ostéoplastiques dans d'autres cas, chez des sujets ayant des arthrites déformantes à forme subluxante dont l'origine congénitale n'était pas absolument démontrée, en particulier :

1° Chez un malade de cinquante ans que m'a fait opérer un de mes collègues dans son service;

2° Chez un boxeur encore jeune qui voulait à tout prix conserver la mobilité de sa hanche.

Les résultats immédiats furent bons. Je les enregistre comme très satisfaisants, car la douleur fut supprimée presque totalement, la marche rendue possible et chaque malade a pu reprendre ses occupations. Je ne sais si ces résultats seront durables.

Arthrodèses. — Les arthrodèses de la hanche mettent fin à la douleur par le blocage de l'articulation, Ce sont des opérations de mécanisme d'action très simple, très nette. Elles ont une action irréfutable, facile à comprendre et c'est ce qui explique que les chirurgiens commencent à s'y adresser avec confiance lorsqu'ils sont en présence d'une arthrite très douloureuse de la hanche, *unilatérale*. Je dis *unilatérale* parce que la bilatéralité des lésions crée une menace d'ankylose bilatérale, une des plus graves infirmités que l'on puisse imaginer.

L'arthrodèse utilisée a été d'abord intra-articulaire (Albee, en 1910, utilisa l'arthrodèse modelante par section partielle de la tête à la partie supérieure et modelage du cotyle sur le plan de cette tête saillante). Durand, Tavernier, à Lyon, utilisèrent l'arthrodèse typique intra-articulaire, ces opérations ne pouvant amener que de bons résultats fonctionnels ici.

L'arthrodèse extra-articulaire, plus simple au point de vue technique, il faut le reconnaître, devait passer tout naturellement du traitement des séquelles de la coxalgie à celui des arthrites déformantes et sans vous rappeler tous les procédés utilisés dans

ce but, je vous rappelle que Lance publia les premières observations d'arthrites déformantes de la hanche traitées par le procédé d'arthrodèse extra-articulaire que j'ai décrit avec Wilmoth, en 1926, et dont la dernière description plus détaillée pour ceux qui veulent la répéter, a été publiée dans la *Presse médicale* de 1929.

J'ai moi-même employé l'arthrodèse extra-articulaire dans des arthrites déformantes douloureuses unilatérales. L'ankylose obtenue, la douleur cessa. Le prix de cette amélioration est la perte de la mobilité de la hanche. Mais la gêne pour la marche est légère et la gêne pour s'asseoir, pour se chausser, est pour les malades un inconvénient auquel ils se résignent pour ne plus souffrir. D'ailleurs, beaucoup d'entre eux, avant l'opération, du fait de l'arthrite, avaient déjà cette gêne pour s'asseoir, pour se chausser, qui était due à la limitation marquée de leurs mouvements. Quant à la marche, elle est toujours meilleure avec une ankylose en bonne position qu'avec une hanche instable et douloureuse, cause de déformation et de cette boiterie « avec bascule des épaules », bien décrite par Ch. Ducroquet. Mais, je le répète, la bilatéralité des lésions, avec

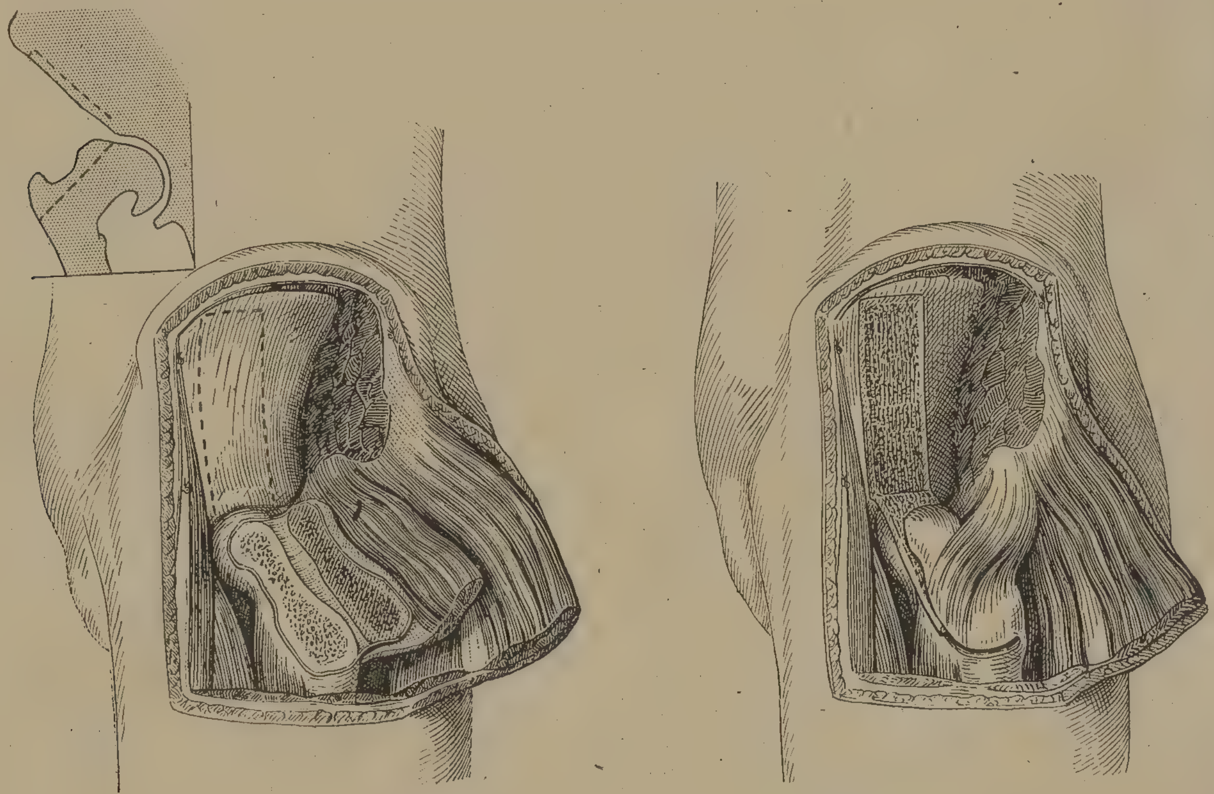


Fig. 3 et 4. — *Arthrodèse de la hanche dans l'arthrite déformante* (P. Mathieu).

tendance à l'ankylose de l'autre hanche ou avec ankylose du genou correspondant, contre-indique l'arthrodèse.

Au point de vue technique, je reste fidèle dans ses grandes lignes au procédé décrit dans mon article de la *Presse médicale* en 1929. Toutefois ici, je n'hésite pas à entrer dans l'articulation pour tailler un grand fragment osseux comprenant le grand trochanter, une partie du col et la partie souvent proéminente de la tête. Ce fragment est soulevé autour d'une charnière postérieure qu'il n'y a plus qu'à rabattre en avant sur le volet iliaque. L'ankylose est ainsi obtenue dans d'excellentes conditions dans un délai qui n'excède pas trois mois (voir fig. 3 et 4).

Résection de la hanche. — C'est le plus ancien traitement des arthrites rhumatismales chroniques de la hanche, c'est du moins celui qui a été le plus anciennement appliqué avec une certaine fréquence, comme nous l'avons dit plus haut.

Les résultats consistaient, à la suite de ces résections simples : en améliorations considérables au point de vue douleur, mais avec un résultat fonctionnel peu brillant et Zesas pouvait dire : « La résection de la hanche dans l'arthrite déformante délivre le malade de ses douleurs, mais le condamne pour le reste de sa vie aux béquilles. »

Les techniques modernes évitant toute manœuvre brutale sur la hanche, observant toutes sortes de précautions opératoires indispensables (incisions anatomiques élargies, usage des tables orthopédiques, etc...) ont rendu les suites immédiates de l'opération peu graves. C'est surtout la recherche d'une réintroduction de moignon du col dans le cotyle pour reconstruire la hanche (avec ou sans interposition de fascia lata libre) qui a amélioré considérablement le pronostic fonctionnel de ces opérations... Or, c'est la section et l'abaissement du grand trochanter qui favorisent le mieux cette réintroduction et son maintien après les interventions, en supprimant la butée du trochanter contre l'os iliaque (v. fig. 5 et 6). Cette opération imaginée par Whitman a été peu répétée en France (Boppe, Tavernier, Dujarier). Moi-même, je l'ai utilisée chez cinq malades atteints de lésions chroniques de la

hanche dont trois arthrites déformantes douloureuses, et j'ai été très satisfait des résultats. J'ai précisé la technique opératoire de cette intervention dans un article du *Journal de chirurgie* (août 1931). Le moignon étant réintroduit dans le cotyle sera ou non entouré de fascia dont l'interposition aura pour but d'éviter l'ankylose dans les cas où l'os rouge, spongieux, graisseux, très vasculaire, présente ainsi l'aspect qu'Hybbinette a signalé comme faisant prévoir cette tendance à l'ankylose.

La résection arthroplastique de la hanche est une opération évidemment importante, mais elle est peu choquante, elle est devenue. grâce aux progrès récents, une opération bénigne. Il est certain qu'il convient de ne l'appliquer qu'à des sujets assez résistants, pas trop âgés, sans tare importante. Elle est indiquée surtout dans les cas d'arthrite déformante où le cotyle a gardé une forme à peu près normale avec un bon plafond pour accrocher le moignon du col. Si on l'utilisait en cas d'arthrite subluxante, il serait nécessaire de pratiquer une reconstitution ostéoplastique du toit du cotyle.

Indications opératoires actuelles. — Arrivé au terme de cet exposé, sans avoir l'ambition d'arriver à des conclusions trop absolues, je crois possible de mettre en évidence quelques indications précises.

Il est peu justifié de confier actuellement d'emblée au chirurgien les cas tolérables, ceux où le traitement physiothérapique peut encore atténuer notablement lcs phénomènes douloureux. J'ai dit tout l'intérêt qui s'attache au traitement radiothérapique en particulier, surtout s'il est fait précocement.

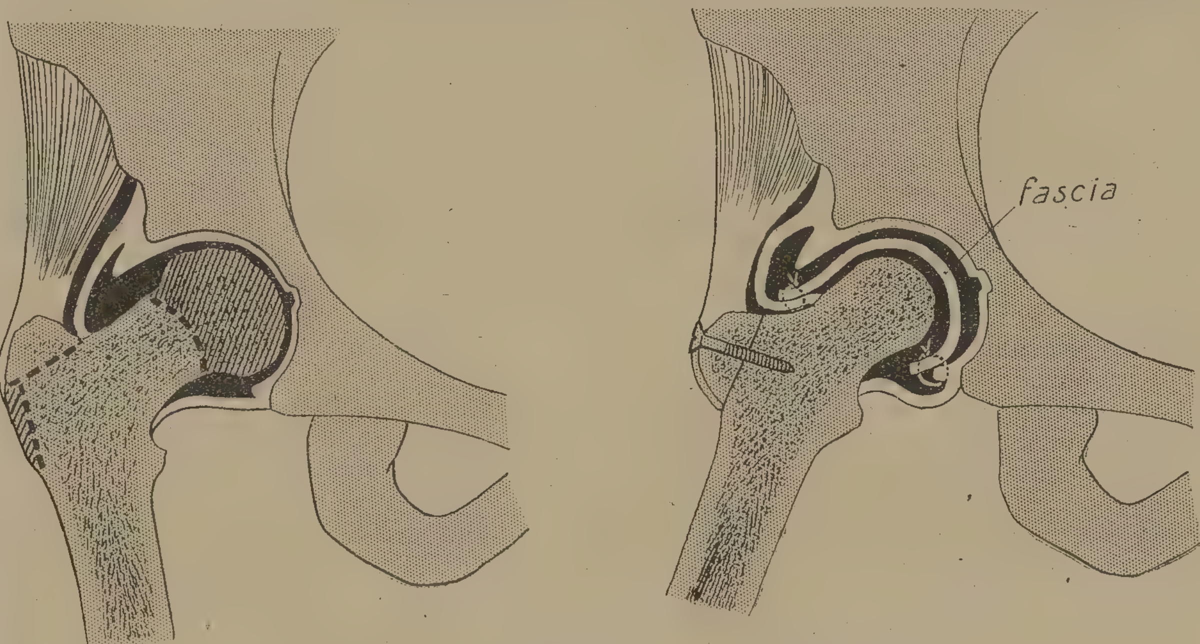


FIG. 5 et 6. — *Résection arthroplastique de la hanche* (P. Mathieu).

Lorsque l'échec du traitement physiothérapique et thermal est avéré, commencera-t-on par recourir à ces opérations destinées dans l'intention de leurs auteurs à modifier la circulation osseuse du col, de la tête du fémur et du pourtour du cotyle (greffes du genre de Robertson-Lavalle)? Je n'ai pas d'expérience personnelle. Il est possible qu'après ces interventions, d'assez longues périodes d'indolence aient pu être notées. Je doute qu'elles soient durables.

Dans le grand nombre des interventions possibles que j'ai énumérées plus haut, il y en a qu'il faut conserver pour des cas particuliers.

1° **Les ostéotomies.** — Il est certain que l'ostéotomie de redressement sous-trochantérienne constitue le mode de traitement de choix dans le cas d'une ankylose avec attitude vicieuse unilatérale. Dans le cas d'une ankylose bilatérale, il serait indispensable de pratiquer sur une des hanches au moins une résection arthroplastique. J'ai dit pourquoi les ostéotomies à butées pelviennes et en particulier la bifurcation de Lorenz ne me paraissent pas ici justifiées.

2° **Les butées ostéoplastiques.** — Elles sont, contrairement à ce que l'on pourrait penser à priori, rarement à utiliser même dans les formes subluxantes d'arthrite déformante, où la réfection du toit du cotyle paraît, à priori, utile. La butée n'agit pas d'une façon définitive et complète sur les troubles douloureux des subluxations congénitales vraies de la trentaine. Le fait paraît aujourd'hui bien démontré.

Toutefois, il y a encore ici des cas d'espèce. Si la subluxation est nette et paraît être une cause directe au moins partielle des douleurs chez des sujets auxquels il y a un intérêt puissant à conserver la mobilité de la hanche, alors l'exécution d'une butée ostéoplastique peut être utilisée avec un réel profit.

Restent deux sortes d'opérations à envisager : 1° les ARTHRODÈSES ; 2° les OPÉRATIONS INTRA-ARTICULAIRES (ablations d'ostéophytes, résections modelantes, résections arthroplastiques).

L'ARTHRODÈSE de la hanche est une opération qui supprime radicalement la douleur. Elle est celle qui, à ce point de vue, donne les résultats les plus nets, les moins discutables. Mais elle ne peut s'adresser

qu'aux cas franchement unilatéraux ou au moins à prédominance unilatérale très marquée. En tout cas, si l'on devait intervenir sur l'autre hanche, il faudrait le faire par une opération gardant la mobilité articulaire. Certaines professions, comme celles de chauffeur d'automobiles, sont peu favorablement exercées avec une hanche ankylosée. C'est une opération aujourd'hui d'exécution facile et d'évolution bénigne. En dehors des contre-indications précédentes, elle garde donc tout son intérêt. Elle bénéficie des contre-indications de la résection arthroplastique dans les arthrites à forme subluxante.

Les OPÉRATIONS INTRA-ARTICULAIRES simples (ablation d'ostéophytes) risquant d'être incomplètes, les résections modelantes trop limitées risquent, comme les arthroplasties vraies, d'aboutir à l'ankylose. Si bien qu'à part les cas d'ostéochondromatose justifiant l'ablation de corps étrangers, à part l'ablation d'un ostéophyte trop gênant par son volume, il est bien nécessaire d'envisager la résection de la hanche et de préférence la RÉSECTION ARTHROPLASTIQUE, c'est-à-dire avec reconstruction articulaire comme l'opération de choix. C'est une opération susceptible de donner les résultats fonctionnels les plus satisfaisants et les plus durables si ses indications sont bien posées et *si l'on opère en dehors d'une poussée subaiguë, qui favoriserait un processus d'ossifications ankylosantes après l'opération.*

Il reste bien entendu qu'au-dessus de toutes ces discussions basées sur l'état local des hanches, plane la grande question de l'état général des malades qui se présentent à nous avec une arthrite déformante de la hanche. Ils peuvent être jeunes, mais très souvent ils sont vieux, plus précocement même parfois que leur âge ne l'indique et même si l'étude complète de leurs fonctions rénales, hépatiques, de leur appareil circulatoire et respiratoire ne montre pas de lésion nette, ce sont souvent des malades obèses ou fatigués, des sujets qui ne sont pas encore des malades, mais attendent le moindre choc pour le devenir. Il faut donc être très sévère pour admettre une arthrite déformante au bénéfice d'une opération et proportionner l'importance de celle-ci à la résistance du sujet. La bénignité de l'arthrodèse la fera souvent préférer à une résection arthroplastique dans les cas unilatéraux. C'est à ces conditions que la chirurgie réparatrice de la hanche a pu prendre sa place dans le traitement des arthrites déformantes. Les suites opératoires que j'ai observées ont été toujours très simples. C'est toutefois une chirurgie qui exige des précautious minutieuses et une organisation un peu particulière. Pour pratiquer avec chances de succès fonctionnel la résection arthroplastique, il paraît indiqué de la réserver surtout aux cas d'arthrite déformante à cotyle creux et à toit d'orientation normale.

Le Traitement médico-chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë et suraiguë. Indications, techniques, résultats, par Pierre MOIROUD, chirurgien des hôpitaux de Marseille, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine. Collection médecine et chirurgie pratiques. Un volume de 122 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

LE DIAGNOSTIC DES SUBLUXATIONS CONGÉNITALES DOULOUREUSES DE L'ADULTE

Par M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.

En face d'une femme de quarante à cinquante ans qui se présente à nous avec une boiterie et des phénomènes douloureux qui d'après elle n'ont débuté que quelques mois ou quelques années auparavant, chez laquelle l'examen, comme la radiographie, révèle une subluxation de la hanche, il importe de savoir si cette subluxation est due à une malformation congénitale des extrémités osseuses (insuffisance du toit du cotyle, antéversion du col) ou si la subluxation est secondaire à des phénomènes d'arthrite chronique, ou à une ostéoarthropathie dystrophique ou arthrose (1) ayant amené par épaississement du fond du cotyle une « *expulsion* » progressive de la tête fémorale.

La distinction est capitale : dans le cas de subluxation congénitale, la constitution d'une butée ostéoplastique restituant à la tête fémorale la totalité de son appui, au besoin une ostéotomie corrigeant l'antéversion et l'adduction, arrêteront la marche de la maladie et feront disparaître les phénomènes douloureux, d'origine purement statique. Dans le cas contraire, l'action d'une telle intervention ne pourra être qu'une action passagère; le processus contiuuera son évolution.

Là le traitement sera surtout médical, physiothérapique, crénothérapique, et la chirurgie y présente des indications spéciales exposées dans l'article de Paul Mathieu.

La distinction paraît difficile à établir puisque des auteurs comme Duvernay (2) ont confondu toutes ces affections de la hanche dans une même description clinique.

Nous croyons que dans l'immense [majorité des cas ce diagnostic est possible.

Il existe en effet des subluxations douloureuses de l'adulte dont l'origine congénitale est certaine : les malades qui ont boité dès les premiers pas et toujours boité depuis, les luxations réduites qui se sont subluxées par la suite, enfin les subluxations qui accompagnent une luxation congénitale de la hanche du côté opposé (réduite ou non).

Depuis trois années nous avons pu réunir les observations de 50 de ces malades, et c'est d'après la comparaison entre leur histoire et celle des arthrites chroniques et arthroses de la hanche que nous exposons les grandes lignes de ce diagnostic.

Il repose sur trois éléments : les antécédents du malade, son examen, ses radiographies.

---

(1) Nous adoptons bien volontiers la classification en arthrites chroniques et arthroses proposée par MM. Coste et Lacapère pour les lésions chroniques de la hanche. (Voir *Presse méd.*, 11 mars, 21 mars, 16 mai 1931.)

(2) DUVERNAY. *L'arthrite chronique de la hanche*, Paris, 1930, Masson.

*
* *

I. **Antécédents du malade.** — L'interrogatoire du malade doit être très minutieux et devra être complété par celui des parents plus âgés qui peuvent subsister : sœur aînée, mère, tante. Telle malade qui au début vous dira qu'elle n'a jamais rien eu du côté de sa hanche avant quarante-cinq ans finira par convenir qu'elle a eu deux poussées de sciatique l'ayant immobilisée au lit plusieurs jours à trente-huit et vingt-six ans, et un « rhumatisme » à quinze ans, qu'elle tirait cette jambe à la fin de longues promenades, et une tante se rappellera que la grand'mère déclarait : « Dire que nous avons cru que cette petite serait boiteuse toute sa vie », ou qu'elle a été plâtrée pendant un an, choses que la malade ignorait complètement.

L'enquête portera sur les points suivants :

Sexe. — Comme pour les luxations congénitales il y a pour les subluxations une prédominance énorme du sexe féminin : 45/50 ou 9/10. Il est vrai que certains auteurs disent que l'arthrite chronique de la hanche s'observe surtout chez la femme. D'une part, ces statistiques contiennent un grand nombre de subluxations congénitales; d'autre part, la majorité des auteurs ne montrent pas cette prédominance. Duvernay accuse 42 p. 100 d'hommes.

Pays d'origine. — On sait qu'il existe des régions où la luxation congénitale est fréquente, d'autres où elle est rare. Or 70 p. 100 de nos subluxées étaient originaires par elles-mêmes ou leur mère (hérédité surtout maternelle) des régions à luxations (Bretagne, Vendée, Plateau Central, Morvan, Nivernais, Vallée de la Loire, Landes).

Présence de luxations congénitales dans la famille. — Elle se trouve dans 14 p. 100 de nos malades. Certains avaient 2 ou 3 luxés dans leur famille.

Présence d'autres anomalies. — Huit fois on trouvait soit une anomalie dans l'accouchement (siège, jumeaux), ou dans le développement (pied bot, sacralisation de Ve vertèbre lombaire).

Retard du début de la marche. — Il est la règle dans la luxation et fréquent dans les subluxations. Chez l'adulte âgé, il n'est pas facile de faire préciser ce point. Nous n'avons pu le fixer que dans 18 cas, sur lesquels 13 (72 p. 100) avaient marché tard (seize mois à deux ans).

Défauts de la marche dans la première enfance. — Jusqu'à neuf ans, 9 de nos malades avaient boité dès le début de la marche (nous ne tenons pas compte naturellement de ceux présentant une luxation du côté opposé), 11 ont présenté un défaut de la marche pendant la petite enfance : elle se fatiguait vite — elle n'a jamais pu faire de longues marches et tirait la jambe à la fin de la journée — elle a toujours été faible de sa jambe qui était plus mince — elle tournait la hanche en marchant, etc.

Au total, sur 32 malades, 20 (62,5 p. 100) ont présenté des troubles de la marche dans la petite enfance.

Il est à remarquer que souvent la boiterie a débuté après une maladie fébrile de l'enfance, après un séjour au lit qui a affaibli la musculature, qu'elle n'a été que passagère, quelques mois seulement; aussi est-elle tout naturellement attribuée par la famille à la maladie antérieure.

Troubles observés de neuf à vingt ans. — On peut voir apparaître ou réapparaître les phénomènes précédents de boiterie, fatigue après une longue marche, mais le phénomène le plus fréquent est la présence vers douze, quinze ans, au moment de la puberté, d'une crise douloureuse très violente nécessitant le repos au lit pendant plusieurs jours ou semaines. Cet épisode a été catalogué : sciatique, rhumatisme, arthrite, et le plus souvent coxalgie. Celle-ci a été traitée par extension continue ou appareils plâtrés. Tel de nos malades a séjourné pendant quatre ans dans un hôpital marin. Nous avons pu relever dans 19 observations (38 p. 100) une telle crise douloureuse pendant l'adolescence.

Un fait capital, c'est que d'ordinaire, après cette crise, l'enfant reprend son état absolument normal pendant de longues années. Plus rarement, le membre reste plus faible (atrophie musculaire) et une légère boiterie à la fatigue s'installe.

Troubles observés chez l'adulte. — La douleur. — 1° *Crises aiguës.* — Les crises douloureuses aiguës pseudo-coxalgiques ne sont pas constantes au cours de l'évolution d'une subluxation; 17 de nos malades (34 p. 100) n'en ont jamais subi. Sur les 33 autres, 11 n'ont eu qu'une seule crise aiguë, en général, à l'adolescence; 7 ont présenté 2 crises, 6 ont eu 3 crises, et 9 des crises répétées, de plus en plus rapprochées. Ces crises semblent dues non à des réactions inflammatoires articulaires, car on n'observe jamais de signes d'arthrite vraie, mais à des entorses et distensions ligamentaires. Elles sont analogues à celles que l'on observe dans le pied plat C'est pourquoi, on ne les voit jamais chez le jeune enfant chez lequel les ligaments riches en tissu élastique se laissent distendre sans douleur.

2° *Douleur intermittente.* — En l'absence des crises aiguës ou dans leur intervalle, on observe presque toujours une gêne ou une douleur en rapport avec la fatigue (fin de journée, longue marche) ou encore après un alitement (accouchement). Elle se calme manifestement par le repos.

3° *Coincement articulaire.* — Parfois, et toujours dans les mêmes conditions, après un séjour prolongé en station assise sur un siège bas (théâtre, auto), les malades en se remettant debout, ressentent une douleur violente, impossibilité d'appuyer sur le membre « comme s'il était mort ». Cela dure quelques secondes, quelquefois un petit ressaut se produit, et la douleur cesse. Il semble qu'après une flexion forcée ayant exagéré la subluxation, il se soit produit un pincement d'un repli synovial, lors de la remise en place par extension.

4° *Douleur permanente.* — Par exception d'emblée, d'ordinaire après des crises aiguës ou des douleurs intermittentes pendant de longues années, s'installe une douleur permanente.

Elle siège le plus souvent en arrière de la cuisse (sciatique), souvent aussi au pli de l'aine, puis encore, surtout à la fin de la journée et à la fatigue, à la partie interne de la cuisse jusqu'au genou (gonalgie).

Au début, et parfois pendant de longues années, ces douleurs permanentes ont le caractère statique : diminuées par le repos, exagérées par la station debout; c'est ainsi qu'on les voit s'établir ou devenir intolérables lorsque le malade prend certaines professions exigeant la position debout (coiffeuses, vendeuses, repasseuses, cavistes, etc). Après plusieurs années, la douleur permanente perd ce caractère statique. Elle persiste alors même au repos: souvent même elle s'exagère au lit, réveillant le malade dans la deuxième moitié de la nuit. Il semble que la chaleur du lit l'augmente. Les malades cherchent, pour la soulager, à exposer leur hanche au froid : la découvrir, l'appuyer contre le mur froid, ou à se coucher sur le marbre du foyer, etc.

A ce stade, la radiographie montre l'apparition d'ostéophytes dans les ligaments, de prolifération des bords du cotyle, mais toujours au niveau des insertions capsulaires et jamais à distance.

Ces productions sont toujours tardives. On ne voit jamais de corps étrangers articulaires,

5° *Inefficacité du traitement habituel des arthrites déformantes.* — Si les subluxations sont soulagées par le repos, elles sont aggravées par le repos prolongé qui atrophie la musculature. Au contraire, le massage, l'électrothérapie les améliorent passagèrement.

Mais ce qui est frappant, c'est que la plupart de ces malades ont subi les traitements les plus variés des arthrites déformantes sans aucun résultat. Ni les médicaments usuels (iode et soufre colloïdal en piqûres ou en ingestion, ionisation iodurée), ni la chaleur sous toutes ses formes (bains de caisse, diathermie, haute fréquence, infrarouge), ni la radiothérapie, ni les diverses stations thermales (Aix-les-Bains, Barèges, Luchon, Bourboule, Dax, etc.) n'ont soulagé le malade.

Cette impuissance thérapeutique doit fortement attirer l'attention vers la possibilité d'une subluxation d'origine congénitale.

* * *

II. **Examen du malade.** — 1° **Constatations négatives.** — Elles sont importantes et nombreuses.

Jamais on n'observe, même pendant les crises aiguës pseudo-coxalgiques, aucun signe inflammatoire, aucun signe d'arthrite véritable : pas de gonflement, d'empâtement articulaire et périarticulaire, de dilatation veineuse, pas d'adénopathie inguinale ou iliaque. On n'observe pas de fièvre, pas de leucocytose. Ces seules constatations permettent d'éliminer le diagnostic de toutes les variétés d'arthrite chronique.

2° **Constatations positives.** — Elles sont discrètes et toujours les mêmes.

Raccourcissement constant et le plus souvent de peu d'étendue : 5 millimètres à 2 centimètres. Avec une élévation correspondante du sommet du grand trochanter.

Atrophie musculaire, constante, mais légère, à moins que le malade n'ait été plâtré.

Boiterie. Signe de Trendelenburg. — Boiterie très légère, mais, sauf de très rares cas dans la station sur le membre malade, l'épaule du côté opposé s'élève (signe de Trendelenburg).

Limitation des mouvements. — Elle est très importante à étudier.

Chez l'enfant, pendant de très longues années, tous les mouvements conservent à peu près leur étendue, sauf la rotation interne qui disparaît précocement et en totalité. Ceci est dû à l'antéversion de la tête fémorale. Elle sort en avant du cotyle, s'hypertrophie, et en rotation interne ne peut plus rentrer dans un cotyle devenu trop petit pour elle. Le membre se fixe peu à peu en rotation externe.

Le mouvement qui perd ensuite de son étendue est l'abduction réduite assez souvent chez l'adulte jeune à 45°, 30°.

Plus tard, elle diminue encore et dans les cas très déformés, fait place à une attitude en adduction fixe.

Par contre, la flexion conserve une étendue considérable.

Il est habituel de voir chez des adultes présentant une déformation importante avec 0° de rotation interne, 15° d'abduction, la flexion rester à 90°.

Quelle que soit l'étendue des déformations, on ne voit jamais l'articulation s'ankyloser complètement. Bien plus, si on cherche à obtenir l'ankylose par l'immobilisation plâtrée prolongée (quatre années chez un de nos malades), on est étonné, à la sortie du plâtre, de voir les mouvements augmentés par la chute de la contracture.

Il est à remarquer que les mouvements ne s'accompagnent jamais de craquements.

* * *

III. **Constatations radiographiques** (1). — 1° **Constatations positives.** — L'aspect radiographique est très variable selon le stade auquel on observe le malade.

Au début, deux lésions élémentaires (fig. 1 et 2) : un toit du cotyle fuyant, insuffisant ; une tête fémorale mal emboîtée, l'axe du col n'aboutit pas au fond du cotyle, mais trop haut, sur le plafond oblique (désaxation) et la tête regarde en avant du cotyle (antéversion).

Par la suite, les déformations secondaires donnent lieu à des aspects divers.

(1) Les figures que nous donnons ici sont des calques de radios réduites à 1/5 de malades atteints de subluxations dont la nature congénitale n'était pas douteuse.



Fig. 1. — *Hanche normale.*

Fig. 2. — *Désaxation.* — Redressement du col et antéversion.

Fig. 3. — *Ebauche de double fond.* — Antéversion marquée.



Fig. 4. — *Coxa valga subluxans.*

Fig. 5. — *Coxa valga avec aplatissement de la tête en avant.*

Fig. 6. — *Coxa valga avec tête « coulée ».* — Auvent marqué du sourcil.



Fig. 7. — *Tassement du col en coxa vara.*

Fig. 8. — *Tassement de la tête et du col avec grosse antéversion.*



Fig. 9. — *Tête coulée et dentelée.* — Double fond avec seuil et auvent.

Fig. 10. — *Tête très aplatie.*

Fig. 11. — *Déformations encore plus marquées.*



Fig. 12. — *Tête très sortie du cotyle.* — Ostéoporose de la partie non appuyée.

Fig. 13. — *Tête et col enroulés.* — Enorme double fond avec seuil et auvent.

Fig. 14. — *Forme atrophique.*



Aspects radiographiques qu'on ne trouve pas dans la subluxation congénitale :

Fig. 15. — *Tête en champignon.*

Fig. 16. — *Tête en gland.*

Fig. 17. — *Subluxation avec aspect moucheté.* — Crénelures et ostéophytes à distance.

Le cotyle déshabité tend à se combler par ossification partie de son toit, c'est l'ébauche du double fond (fig. 3) ; l'antéversion de la tête fémorale s'exagère progressivement.

Dans d'autres cas, on voit surtout un redressement considérable du col sans déformation de la tête fémorale d'abord : coxa vara subluxans (fig. 4), puis, dans un stade plus avancé, la tête s'aplatit, vient en avant du col et du cotyle (fig. 5 et 6).

Chez d'autres malades, au lieu de ce redressement du col, on voit surtout un tassement vertical donnant sur une épreuve de face l'aspect du coxa vara (fig. 7 et 8).

Par exception, ce tassement ne s'accompagne pas d'antéversion. Habituellement sur les radiographies de profil ou stéréoscopiques ou au cours de l'opération, on constate qu'il y a une antéversion considérable de la tête.

A un stade plus avancé encore (fig. 9, 10, 11), en plus du redressement du col et de l'antéversion, on voit la tête « couler » vers le bas, se denteler sur les bords. Le cotyle présente un double fond dans toute son étendue, le sourcil se prolonge en haut par un auvent, en bas par un seuil plus ou moins étendus (ossification de l'insertion capsulaire).

Enfin, dans le stade terminal (fig. 12, 13), la tête sortie aux trois quarts du cotyle, s'enroule en avant du trochanter et de la diaphyse. Parfois la portion de tête sortie du cotyle, celle qui ne supporte plus le poids du corps, est le siège d'un processus d'ostéoporose se traduisant par des taches claires. Dans ces cas extrêmes, le double fond, l'auvent peuvent prendre un aspect exubérant, c'est par exception (fig. 14) que l'on peut voir la tête et le col éculés, sans réaction proliférante du cotyle, avec une limitation considérable des mouvements.

Pour terminer, notons qu'il est toujours indispensable dans les subluxations congénitales de *faire radiographier les deux hanches*.

D'abord parce que la subluxation est double dans un certain nombre de cas — et que le côté le moins atteint, celui dont on ne se plaint pas, montrera les lésions les moins avancées, les plus caractéristiques.

Enfin, parce que même si la subluxation est unilatérale, on trouvera souvent une hanche malformée, désaxée, du côté opposé, et cette constatation aura un grand poids dans l'établissement du diagnostic.

2° **Constatations négatives.** — Jamais au cours de la subluxation de la hanche d'origine congénitale il ne nous a été donné d'observer les aspects suivants caractéristiques d'arthroses de l'adulte :

La tête en champignon (fig. 15) par prolifération de son pourtour : la tête est repoussée par épaississement du fond du cotyle, mais il n'y a ni subluxation ni antéversion, elle reste axée.

La tête en gland (fig. 16) par prolifération exubérante du pourtour de la tête fémorale. Le double fond est marqué, la tête sortie, mais les axes sont conservés.

L'aspect moucheté (fig. 17) de toute l'extrémité supérieure du fémur, avec interstice articulaire flou, énorme arrière-fond avec expulsion de la tête fémorale. Aspect crénelé des bords du bassin du trochanter, avec ostéophytes en dents de peigne.

*
* *

Conclusions. — A notre avis le diagnostic de l'origine congénitale d'une subluxation chez l'adulte est assez aisé à établir dans la grande majorité des cas.

Le caractère mono-articulaire de la lésion (limitation à une ou deux hanches) élimine d'emblée les rhumatismes déformants polyarticulaires.

L'absence de lésions inflammatoires à tous les stades de l'évolution élimine les mono-arthrites chroniques.

Reste à distinguer la subluxation congénitale des ostéo-arthropathies subluxantes. Un interrogatoire serré montrera en cas de congénitalité que presque toujours la hanche a un passé pathologique remontant à l'adolescence ou la petite enfance. Sur nos 50 malades, nous n'avons trouvé que 2 cas dans lesquels les premiers signes étaient apparus à l'âge adulte (vingt-quatre et trente et un ans). L'examen du malade et la radiographie compléteront le diagnostic.

Les seuls cas difficiles, parfois insolubles, sont les cas mixtes où sur une lésion congénitale probable se greffe une maladie acquise. Tel malade présentera une histoire qui peut être celle d'une subluxation congénitale et qui vers la cinquantaine y surajoute un rhumatisme déformant polyarticulaire, ou des poussées nettement inflammatoires.

Ces cas, heureusement, sont tout à fait exceptionnels.

ACTUALITÉS

ONDES COURTES ET MÉDECINE

Nos sens, si aiguisés qu'ils puissent paraître, sont à la vérité des instruments qui ne nous renseignent que très incomplètement sur le monde extérieur, et l'histoire des sciences, en ces dernières années, a maintes fois montré que nos instruments pouvaient leur être supérieurs. Dans la pratique, nous nous contentons volontiers d'en croire nos sensations qui nous laissent ignorer l'existence et l'activité de certaines formes d'énergie. L'histoire récente et toujours actuelle des rayons X est une précieuse invitation à la méfiance.

Or, il est une forme d'énergie qu'on utilise de plus en plus : les ondes hertziennes parties voici bien peu d'années à la conquête du monde et qui en ont pris possession avec la vitesse que l'on sait. N'éveillant dans notre organisme aucune sensation, elles ont pu passer jusqu'ici uniquement pour des servantes dévouées et silencieuses. Mais elles s'entrecroisent de plus en plus nombreuses dans l'espace et mettent en jeu des quantités d'énergie toujours plus considérables. Aussi, doit-on se demander si ce parfum d'innocuité ne va pas s'évaporer et si

l'humanité ne va pas se découvrir une ennemie de plus qu'elle a suscitée elle-même mais que comme toujours elle ne tardera sans doute pas à domestiquer.

Plusieurs travaux récents semblent témoigner d'une telle évolution. Quoique de nature éminemment physiologique, ils unissent aux noms de biologistes comme Jellinek, Kowarschik et d'autres, les noms d'ingénieurs comme Carpenter et Page et leurs collaborateurs de la General Electric Company (laboratoire de Schenectady). Sans doute même, sont-ce les ingénieurs qui, les premiers, ont pensé à renouer certains fils demeurés pendants dans la trame des travaux de d'Arsonval et de son école. Des médecins s'orientent dans la même direction comme en témoigne un récent ouvrage (1) où les auteurs étudient d'un point de vue plus pratiquement médical et thérapeutique la production et l'emploi des ondes.

A vrai dire, et sauf la correction qu'apporteront à cette restriction nos connaissances futures, toutes les ondes ne semblent pas devoir être considérées comme actives sur l'organisme. Pour le moment, les grandes ondes peuvent être considérées comme innocentes. Les choses n'en vont guère mieux de ce fait puisque ce sont les ondes courtes qui semblent les plus intéressantes et auxquelles on fait de plus en plus appel dans la pratique.

* * *

Ce sont les troubles observés au voisinage d'appareils électriques qui attirèrent l'attention et furent le point de départ de ces travaux.

Les ouvriers des centrales électriques y étaient sujets qui se trouvaient auprès d'appareils puissants, produisant fréquemment des étincelles, forme particulière de décharge oscillante, donc génératrice d'ondes (Carpenter); le personnel de cabinets d'électricité médicale, séjournant de longues heures auprès des appareils, présente au bout d'un certain temps des troubles analogues (Schliephake). Comme les autres ondes électromagnétiques, en effet, les ondes hertziennes sont susceptibles de réflexion, de réfraction, de diffraction, d'absorption et tous les malades se trouvaient avoir baigné plus ou moins longtemps dans une véritable atmosphère électrique. Kowarschik considère que les organismes se conduisent comme des conducteurs, plus ou moins imparfaits, de type électrolytique et réagissent selon ce mode aux ondes électriques.

Il s'agit d'une céphalée particulière et de troubles subjectifs dans le domaine nerveux que l'expérimentation a réussi à reproduire : tantôt excitabilité, insomnie; tantôt, au contraire, somnolence persistante. Ces troubles apparaissent après une influence prolongée des ondes; ils aboutissent à un état de fatigue et d'épuisement qui oblige ces sujets à interrompre leur travail (Schliephake). Tous ces troubles avaient une certaine parenté avec ce qu'avait, dès 1894, observé d'Arsonval.

(1) J. SAIDMAN et R. CAHEN. Les ondes hertziennes courtes en thérapeutique.

Les ondes hertziennes représentent parmi les radiations dont disposent les physiciens la gamme la plus étendue [24 octaves] (1). On peut les considérer comme les plus grandes parmi les radiations de l'échelle électromagnétique puisque leurs longueurs d'onde s'échelonnent entre plusieurs kilomètres et une fraction de millimètre. Saidman et Cahen les comparent de ce fait à « la luminosité invisible émise par des atomes imaginaires de plusieurs centimètres cubes de volume ».

C'est Nichols et Tears qui ont réussi à faire la jonction avec la gamme des ondes lumineuses : au moyen de résonateurs de Hertz perfectionnés, ils ont su produire des ondes de 20 millimètres au maximum et de $0^{mm}2$ au minimum. Or, Rubens avait auparavant réalisé un infrarouge de $\lambda = 0^{mm}3$. De $0^{mm}2$ à $0^{mm}3$, la bande de radiations peut donc être considérée comme commune au rayonnement électrique et à l'infrarouge.

C'est grâce aux modes de production actuels qui permettent de mettre en jeu une quantité considérable d'énergie que les effets de ces rayonnements sont entrés dans le domaine de l'observation clinique.

Il s'agit ici uniquement d'ondes entretenues. Diverses sortes de lampes à 3 électrodes parmi celles qu'emploie la radiotechnique actuelle permettent de les créer avec des propriétés bien déterminées et de les renforcer. Ces instruments font désormais partie intégrante de l'appareillage d'électricité médicale et permettent des effets toujours plus puissants.

* * *

Action biologique. — Dès 1894, d'Arsonval avait reconnu un certain nombre de propriétés aux courants de haute fréquence; les études ultérieures ont apporté des précisions mais non des changements à l'énoncé premier. En ce qui concerne la très haute fréquence et les ondes, l'ensemble des constatations de d'Arsonval conserve sa valeur. Sur quelques points toutefois il convient d'y apporter correction; c'est ainsi que les combustions respiratoires semblent peu modifiées par les ondes hertziennes et que l'effet hypotenseur que réalise la haute fréquence semble ici au moins douteux. De même l'action sur la chronaxie.

Plusieurs mécanismes sont susceptibles de donner lieu aux modifications observées; les hypothèses formées à ce sujet ont encore trop peu de certitude pour que nous y insistions ici; peut-être, au reste, le mécanisme est-il plus complexe dans chaque cas qu'il ne paraît à première vue.

Aussi est-il plus commode en l'état actuel de ces recherches de grouper l'étude de ces effets d'après les modifications physiologiques que l'on peut observer. Comme le fit autrefois d'Arsonval pour la haute fréquence, il est expédient de décrire séparément une action biologique spécifique des ondes et un effet calorifique, plus banal puisqu'il correspond à la plus banale des transformations dégressives de l'énergie.

(1) Un seul octave pour la lumière visible.

Effets biologiques spécifiques. — L'action des ondes courtes est à peu près nulle sur la sensibilité générale comme elle est nulle avec les courants eux-mêmes, qu'il s'agisse de haute ou de très haute fréquence, mises à part les sensations qu'éveille pour son compte propre l'effet calorifique. Il n'y a en tout cas jamais rien de comparable aux sensations de picotement ou de secousse auxquelles donne lieu le passage d'un courant continu ou alternatif. L'action n'est pourtant pas nulle si des quantités d'énergie suffisante sont mises en jeu. La portion du corps soumise aux ondes peut être le siège d'une sensation de pression pouvant aller jusqu'à celle d'un écrasement en profondeur douloureux (Schliephake).

Pour des raisons que nous connaissons mal, les ondes peuvent de plus agir sur la sensibilité locale de façons contradictoires, apparemment tout au moins : production autour du niveau de pénétration des ondes d'une diminution de sensibilité tactile pouvant durer après cessation de leur passage ; selon les conditions d'application cette anesthésie, plus ou moins marquée, peut se prolonger plusieurs minutes et jusqu'à une demi-heure. Il s'agit sans doute de phénomènes d'inhibition tels qu'en montrait déjà le courant de haute fréquence. D'autres fois, au contraire, on a pu réveiller une sensibilité émoussée du fait de troubles neuro-trophiques; cet effet a de toute évidence un mécanisme différent.

Le système nerveux vaso-moteur subit également l'action des ondes qui se traduit par de la vascularisation cutanée et de la sécrétion sudorale, sans relation, semble-t-il, avec les effets calorifiques ou tout au moins avec les sensations subjectives de chaleur.

Le métabolisme basal est influencé : Carpenter a constaté une certaine réduction des échanges.

Par des expériences sur des œufs d'oiseaux et sur des souris nouveau-nées, Jellinek a constaté une action stimulante sur le développement général et sans qu'on puisse avec certitude attribuer ces effets à une action calorifique. Avec un champ d'ondes approprié et de faible puissance, il semble qu'à certains stades tout au moins le développement des organismes soit accéléré. Les champs trop puissants se montrent au contraire dangereux. Expérimentant sur des souris, Jellinek et aussi Kowarschik ont pu les tuer assez rapidement; il n'est pas sûr que dans de tels résultats tout puisse être attribué à l'effet chaleur.

Effets calorifiques. — Comme avec la haute fréquence, ils sont les plus frappants et les plus aisés à constater. C'est à cause d'eux que certains auteurs ont qualifié ces effets d' « infradiathermie ». On les observe aussi bien sur les corps inertes que sur les êtres vivants. On peut les attribuer à la perte d'énergie subie par les ondes en traversant des corps mauvais conducteurs, la dégradation d'énergie se traduisant par le développement de chaleur.

D'une manière générale, ce développement thermique paraît proportionnel au carré du champ électrique et à un coefficient propre aux caractères diélectriques de l'objet en expérience. Il est inversement proportionnel à la longueur d'ondes, donc directement proportionnel à la fréquence des oscillations. En ce qui concerne un organisme vivant, le coefficient diélectrique doit donc varier avec chaque tissu; c'est ce qu'on observe en effet et l'échauffement se montre sélectif selon les tissus : le foie, les os, le tissu adipeux semblent échauffés au maximum. Le sang global est caractérisé par un coefficient propre qui, chose remarquable, n'est nullement une moyenne entre les chiffres trouvés pour les globules d'une part, pour le plasma d'autre part. A noter aussi qu'en dépit de ces variations d'origine anatomique, l'échauffement en profondeur est plus homogène avec les ondes qu'avec les courants de haute fréquence.

Diverses expériences, instituées par Kowarschik après Patzoldt, Esau, Schliephake, ont montré que tandis qu'avec la diathermie ordinaire l'échauffement est surtout superficiel, il est surtout central avec l'infradiathermie (pains d'argile munis d'indicateurs thermiques colorés). On peut donc moyennant certaines précautions exercer un échauffement surtout central.

Les sensations éveillées semblent moins intenses à puissance égale d'échauffement qu'avec les courants de haute fréquence. La sensation de chaleur est légère; elle s'accentue lorsqu'on rapproche et diminue lorsqu'on éloigne une des armatures du condensateur. On peut enfin, moyennant changement de fréquence, donc de longueur d'onde, modifier dans une certaine mesure la localisation en profondeur de l'échauffement (Schliephake).

Fièvre artificielle. — Il est, enfin, un effet particulier sur la température générale de l'organisme que nous séparons à dessein des effets calorifiques parce qu'il n'est nullement sûr que ceux-ci agissent ou agissent seuls dans sa production. L'élévation de température observée, comme nous l'avons dit plus haut chez les sujets qui vivent de façon prolongée autour des générateurs d'ondes, offre une évidente parenté avec l'élévation expérimentale de température des organismes; dans leur cas, cependant, aucune action calorifique appréciable ne peut être mise en cause. Carpenter et Page, au laboratoire de recherches de la General Electric Company, ont réalisé l'élévation de température du corps en plaçant les sujets dans un champ d'ondes courtes ; en soixante à quatre-vingts minutes, ils ont réalisé une ascension de la température rectale à 40°. Cette élévation thermique s'accompagne, mais seulement de façon corrélative, d'augmentation de fréquence du pouls et de la respiration et de diminution de la tension artérielle.

Ces effets sont donc assez analogues à ce qui avait été obtenu avec les courants de haute fréquence qu'on avait jusqu'ici employés en nature ; les ondes reflètent ces propriétés avec quelques variantes.

*
* *

Instrumentation. — Nous serons brefs sur tout ce qui touche l'appareillage producteur des ondes. Il s'agit ici uniquement d'ondes entretenues, produites et renforcées par un ensemble où la lampe à trois

électrodes joue le rôle principal. Les dispositifs varient selon les auteurs et la puissance recherchée.

Le dispositif d'application des ondes change aussi avec les auteurs; tantôt le sujet à traiter est maintenu dans le champ de l'oscillateur; tantôt les ondes sont réfléchies par un réflecteur métallique spécial; tantôt enfin le sujet est intercalé entre les armatures mobiles d'un condensateur faisant partie d'un circuit de très haute fréquence. On peut, avec certains appareils, obtenir des champs à la fois très puissants et très étendus.

Le seul point important est que le sujet soit absolument préservé de tout contact avec les armatures sous peine de brûlures qui, bien que superficielles, peuvent être graves.

*
* *

Applications pratiques et accidents. — Il s'agit ici d'une méthode à ses débuts. Malgré la valeur des expériences physiologiques et l'intérêt des résultats thérapeutiques obtenus déjà, les indications sont encore floues et ont surtout un intérêt d'orientation.

Ce qui paraît le plus immédiatement intéressant, c'est l'utilisation des propriétés analgésiantes; quelques résultats intéressants ont été obtenus dans des névrites, des névralgies rebelles, des monoarthrites avec épanchement, des arthrites rhumatismales, des périviscérites abdominales.

L'action eutrophique des ondes courtes semble pouvoir être utile dans le traitement des ulcères variqueux et celui des séquelles de poliomyélite.

Certains essais expérimentaux ayant montré l'action empêchante des ondes sur la vitalité des cellules microbiennes, même après inoculation, on a essayé de les employer au traitement d'anthrax ou de phlegmons avec quelques résultats intéressants.

Dans tous ces cas, on n'a mis en jeu que des quantités d'énergie très faibles qui excluent toute action calorifique.

L'avenir montrera si, comme quelques auteurs l'ont pensé, le traitement hertzien peut rendre des services contre les otoscléroses, les ulcérations de la cornée, l'atrophie du nerf optique, la claudication intermittente, les parotidites suppurées, les fistules anales, les formes rebelles de tuberculose chirurgicale. Le disparate de ces indications éventuelles montre assez qu'il s'agit d'une méthode encore dans l'enfance. On a pensé aussi à la possibilité de pyrétothérapie provoquée qui serait exempte des risques que comporte toute inoculation.

L'avenir permettra sans doute de se créer une opinion. Ce qui est acquis dès maintenant, c'est la notion de l'activité de certaines ondes vis-à-vis des organismes vivants.

Sans doute certaines accusations portées contre les ondes l'ont été à priori et injustement; il ne semble pas qu'elles puissent, en aucune façon, être un facteur de stérilité. Mais d'autres inconvénients sont plus réels : en dehors des troubles que nous avons décrits chez les électriciens, il semble qu'il faille se méfier des ondes courtes chez les tuberculeux: on a pu, dans certains cas, leur attribuer la production de lésions à distance : adénites, abcès froids, dont la bénignité relative est cependant une invitation à la prudence. Rappelons, enfin, les petites brûlures survenues sans éveil d'aucune sensation chez les malades, lorsque les armatures sont trop rapprochées.

Dans tous ces cas, il semble qu'un peu d'attention suffise à éviter les mésaventures. Quant aux troubles professionnels, une modification dans la construction des appareils permettra sans doute d'y parer. Faute de mieux, il semble qu'un vêtement spécial en tissu métallique soit une protection efficace.

C'est la continuation d'études qui ne sont que commencées qui permettra d'assigner à cette méthode sa valeur pratique et de préciser les cas où son emploi présente plus d'intérêt que les procédés déjà devenus usuels.

R. LEVENT.

NOTES DE PRATIQUE

LE THIOCOL DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Par M. le docteur VALORY.

Les résultats cliniques obtenus presque journellement font que le thiocol ou ortho-sulfo-gaïacolate de potassium est un agent chimiothérapique de plus en plus employé dans le traitement des affections des voies respiratoires. Ses triples propriétés: antiseptique, modificatrice des sécrétions bronchiques, sclérogène, lui ouvrent en effet un champ d'action étendu. Ses avantages n'ont pas de contre-partie. Dépourvu de toxicité, de causticité, de saveur désagréable, il n'a pas les inconvénients de la créosote dont il dérive. Chimiquement, il se présente sous la forme d'une poudre blanche, assez soluble dans l'eau, contenant 50 p. 100 de gaïacol. Nous allons passer en revue ses indications.

Pour les affections les plus banales, trachéites et trachéo-bronchites saisonnières, à la période d'état, le thiocol sera utile comme antiseptique associé aux expectorants et béchiques, comme l'acétate d'ammoniaque, le benzoate de soude, la teinture de racine d'aconit, l'eau de laurier-cerise, etc. Mais c'est à la période de coction qu'il trouvera ses indications électives: il raccourcira de façon appréciable la durée de l'affection. Il pourra alors être employé en comprimés, cachets ou sirop « Roche ». Il est capital, en effet, d'utiliser un produit d'une pureté parfaite, à la fois actif et inoffensif.

Au point de vue posologie, la dose quotidienne sera de 1 à 4 grammes. On peut donc donner de 2 à 8 cachets ou comprimés dosés à 0g50 *pro die*. Le sirop « Roche » au thiocol contient 1 gramme de principe actif par cuillerée à soupe. On en fait prendre 1 à 4 cuillerées. Des divers modes d'administration du médicament, c'est au sirop que va notre préférence. Grâce à ses essences aromatiques naturelles qui lui donnent une saveur agréable, il est eupeptique et stomachique. Du fait de ces propriétés, il

est particulièrement indiqué chez les convalescents qui ont un état général à remonter et chez les enfants qui n'acceptent que de « bons » remèdes. A ceux-ci on donnera 1 à 3 cuillerées à café.

Outre les trachéites et les trachéo-bronchites, le Thiocol « Roche » sera un antiseptique puissant au cours des affections pulmonaires aiguës graves : pneumonies, broncho-pneumonies. Il sera prescrit à petites doses à la période d'état, à doses plus fortes au décours de la maladie. Chez les enfants, on l'utilisera à titre préventif de complications pulmonaires, toujours redoutables à la période terminale de la rougeole, de la coqueluche, de la grippe.

Nous venons de voir quels services peut rendre le thiocol au cours des affections aiguës. Que peut-on en attendre dans les deux grandes maladies chroniques des voies respiratoires, la tuberculose et la bronchite chronique? En premier lieu, dans la tuberculose.

Une expérience très longue et portant sur un très grand nombre de cas, a montré l'efficacité du thiocol comme médicament antibacillaire. Sous son influence, l'expectoration diminue, il assèche la muqueuse sans la congestionner. C'est une supériorité sur la créosote, la terpine, le soufre qui la congestionnent et sont nuisibles chez les sujets prédisposés aux hémoptysies. Le thiocol rendra de très grands services dans les cas où une expectoration abondante fatigue les malades, tant par les efforts occasionnés par la toux que par une élimination excessive de produits albumineux et de cholestérine. Pris sous forme de sirop, il est, de plus, eupeptique et stomachique, l'état général s'améliore, l'appétit revient, le poids augmente, les sueurs nocturnes s'atténuent.

Dans les bronchites chroniques, l'action du thiocol est la même. Que l'infection se soit portée sur les grosses bronches et se caractérise par une toux grasse et une expectoration abondante, ou qu'elle se soit au contraire fixée sur les petites bronches et se manifeste par une toux sèche, quinteuse, avec rejet de petites mucosités adhérentes, sous son influence, toux et expectoration diminuent, même s'il y a des bacilles de Koch dans les crachats. Il jouera encore un rôle préventif vis-à-vis des complications pulmonaires. On sait que ces complications sont fréquentes dans les bronchites chroniques à la mauvaise saison. Il est donc prudent d'en faire prendre aux malades à cette époque.

De cette courte étude, il ressort que le thiocol a une action salutaire sur l'évolution de la plupart des affections des voies respiratoires inférieures; c'est un antiseptique puissant et inoffensif; il diminue l'expectoration et la toux. En cette saison fertile en maladies respiratoires, il nous a paru utile de rappeler ses propriétés aux médecins praticiens.

Les Réactions vaso-motrices du foie, par Roger GLÉNARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, docteur ès sciences, médecin consultant à Vichy. Collection des Actualités de médecine pratique. In-8 de 240 pages avec 19 figures dans le texte et 4 planches hors texte. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONSEILS AUX MÉDECINS

Nous recevons de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine le communiqué suivant :

« La Fédération des syndicats médicaux de la Seine, dans un désir de bonne collaboration à la loi des Assurances sociales, pense rendre service à tous les médecins du département de la Seine en leur donnant, sur l'exercice de la médecine en cette matière, un ensemble de conseils suggérés par les remarques faites au cours des mois précédents.

Ces conseils, inspirés par l'intérêt des malades, la saine gestion des Caisses, et la confiance réciproque des assurés, de la direction des Caisses et du Corps médical, ont pour but d'éclairer les médecins sur les conséquences regrettables qu'aurait la persistance ou la multiplication de certaines erreurs concernant l'esprit dans lequel la loi des Assurances sociales doit être appliquée.

C'est un devoir et une satisfaction pour la Fédération des syndicats médicaux de la Seine de constater, d'après ses premiers contacts avec le contrôle des Caisses, que, dans l'immense majorité des cas, les médecins concilient avec conscience et mesure l'importance de leurs soins et de leurs prescriptions avec l'importance de la maladie.

Il y a pourtant quelques exceptions.

Le service de contrôle de la Caisse interdépartementale a attiré l'attention du service de contrôle syndical de la Fédération sur quelques abus manifestes. C'est notre devoir de rappeler aux médecins syndiqués ou non, auteurs de ces abus, qu'ils s'exposent après enquête du contrôle syndical, à des sanctions prévues par la loi et pouvant aller jusqu'à la suppression définitive du droit de soigner les assurés sociaux ès-qualité sans préjudice de poursuites de droit commun. Ces cas sont rares, mais par contre, on a relevé parfois une exagération des prescriptions soit dans leur nombre, soit dans leur prix (dont le médecin ne doit pas totalement négliger l'importance), soit enfin dans la mise en œuvre de traitements physiothérapiques coûteux. De même l'attribution de convalescences de longue durée, pas toujours très justifiées, grève lourdement par les prestations demi-salaire le budget des Caisses.

Soucieux avant tout de laisser aux médecins toute leur liberté d'action, nous n'entendons pas édicter ici des règles impératives, mais nous borner à leur suggérer quelques conseils utiles et que nous pouvons condenser dans cette formule unique : agir avec le malade assuré social comme ils l'ont toujours fait avec leurs propres malades dans leur clientèle ordinaire. Chaque fois qu'un traitement ou une prescription particulièrement coûteuse n'aura pas sur un autre traitement beaucoup moins onéreux une supériorité d'efficacité manifeste, il n'y a pas lieu de lui donner la préférence.

Afin d'éviter bien des complications administratives pouvant nuire aussi bien au malade qu'à son médecin, il est recommandé une fois de plus de remplir avec soin et en temps utile les feuilles de maladie et d'indiquer notamment avec précision la date du dernier jour de la maladie.

Si les conseils que nous donnons ici sont compris et suivis par les médecins, le contrôle syndical n'aura pas à intervenir souvent, tandis qu'il se déclanchera fréquemment dans le cas contraire, et c'est ce que nous voudrions éviter.

La Fédération des syndicats médicaux de la Seine, assumant entièrement la charge financière du contrôle syndical, il est juste que tout médecin qui y est assujetti, contribue pour la même part aux frais qu'il nécessite. Les médecins syndiqués versant annuellement à la Fédération une contribution, il nous paraît équitable que les médecins non syndiqués versent la même contribution.

La contribution spéciale pour le contrôle et pour les syndiqués étant fixée annuellement à 30 fr., les non syndiqués sont donc priés de vouloir bien l'adresser le plus tôt possible au trésorier de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, Paris (VIe), par mandat ou par chèque. »

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE

DÉFINITION

Inflammation de la graisse périrénale, donnant une symptomatologie de *suppuration profonde*.

ETIOLOGIE

Se voit surtout chez l'adulte :

a. Après une maladie générale : grippe, typhoïde, surtout **staphylococcémie** (furonculose, anthrax, panaris, ostéomyélite).

C'est le phlegmon *métastatique*.

b. A la suite d'une maladie locale : néphrite suppurée, surtout chez les **lithiasiques**, où elle évolue sur un rein très déficient.

c. Enfin, à la suite d'**appendicite rétrocæcale** et des suppurations pararénales.

Agents microbiens. — Tous les microbes, mais grande prédominance du *staphylocoque*.

Rarement anaérobies, Eberth.

SYMPTOMES

Type : phlegmon rétro-rénal d'apparence primitive.

Le *début* est presque toujours lent et insidieux :

— Par des douleurs;
— Par des signes généraux.

Les *douleurs* lombaires, sourdes, peu nettes, mais persistantes, à type de courbature; plus rarement aiguës, lancinantes, irradiant dans la sphère des abdomino-génitaux et du XIIe intercostal.

En même temps des *signes généraux* :

— *Fièvre* : s'élève progressivement à 39°-40°, évoluant, soit par poussées (fièvre intermittente ou palustre), soit en plateau.

— *Prostration*, malaise général, anorexie.

— *Amaigrissement*, anémie.

En somme, tableau de **septicémie** sans localisation. En effet :

— *Aucun signe urinaire* : urines claires (rarement albuminurie).

Examen. — Il faut penser au phlegmon périnéphrétique et rechercher :

Sur le malade assis :

— *La douleur localisée* :

— Siège : angle costo-lombaire, en dehors de la masse sacro-lombaire.

— Souvent simple endolorissement plus marqué d'un côté.

— Une *légère contracture* des muscles lombaires (par comparaison); parfois *psoïtis*.

— Une *tuméfaction profonde* : diffuse, immobile, difficile à percevoir et douloureuse au palper; ne donnant ni contact ni ballottement.

Peut s'accompagner tardivement d'un discret empâtement des téguments.

L'examen urinaire donnerait une bactériurie unilatérale.

L'examen du sang, de l'*hyperleucocytose*.

Enfin, la *radioscopie* peut permettre de déceler une diminution d'expansion d'un hémidiaphragme.

L'ensemble de ces données et la notion de **staphylococcie récente** doivent permettre le diagnostic. Citer encore la ponction prudente.

ÉVOLUTION

1° Non opéré : évolution mortelle par cachexie progressive, amylose, escarres, bronchopneumonie; parfois après fistulisation, très tardive, mal drainée, prédisposant à la septico-pyohémie.

2° Opéré : pronostic fonction de l'état du rein (abcès miliaires); de l'état général.

FORMES CLINIQUES

1° **Phlegmon des lithiasiques.** — Diagnostic très difficile. Se baser sur la *persistance de la fièvre* malgré la pyurie; la *fixité du rein* et la contracture.

Pronostic sévère.

2° Phlegmon au cours de tuberculose rénale; contusions du rein (hématome infecté).

3° **Formes évolutives.** — Opposer les formes aiguës, parfois gangréneuses, où douleurs vives, *psoïtis*, tuméfaction précoce, avec formes lentes et indolores.

Citer les formes atténuées, cédant à la vaccinothérapie.

4° **Formes topographiques.** — Phlegmon prérénal (collection abdominale), sous-rénal (abcès de la fosse iliaque), sus-rénal (abcès sous-phrénique, pouvant être décelé par radioscopie).

DIAGNOSTIC

A. **Forme normale.** — A cause des signes généraux :

— Les *septicémies* : typhoïde, grippe, paludisme, mais rate normale, hémocultures négatives.

— Une *tuberculose aiguë*.

— Les *suppurations profondes* (abcès sous-phrénique surtout) à cause des signes locaux.

— Un *lumbago*, un psoïtis rhumatismal.

— Une *appendicite lombaire* (mais peut être cause de phlegmon périnéphrétique).

Valeur de la notion de **staphylococcie** récente.

B. **Formes topographiques.** — Diagnostic difficile avec : cholécystite suppurée, collection péricolique ou périsplénique, appendicite suppurée, abcès sous-phréniques.

TRAITEMENT

Intervention simple : incision lombaire, drainage large. *Ne pas traiter le rein* d'emblée, même s'il est très malade (on se contente du minimum : ablation d'un calcul qui pointe, drainage d'une pyonéphrose).

S'aider des tonicardiaques et surtout de la *vaccinothérapie* qui a une grosse importance, en particulier dans les formes hautes où l'exploration du rein est difficile; secondairement seulement, intervenir sur le rein s'il y a lieu.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Eloge de Félix Guyon, par M. le professeur F. Legueu.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Séance annuelle. — Prix décernés.
CHRONIQUE
Le centenaire de la naissance de Félix Guyon à l'hôpital Necker, par M. F. L. S.
HÔPITAUX DE PARIS
Liste de nomination du concours de l'internat.
Liste de nomination du concours de l'externat.
NOTES DE PRATIQUE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Médaille d'or de l'internat. — *Chirurgie et accouchement.* — *Jugement des mémoires.* — Séance du 1er décembre. — MM. Mayer, 16; Merger, 18; Padovani, 17; Sicard, 20.

Composition écrite anonyme. — Séance du 3 décembre. — Questions données : « Nerf phrénique. — Luxations récidivantes de l'épaule. »

MM. Sicard, 28; Padovani, 26.

Consultation écrite anonyme. — Séance du 4 décembre. — MM. Padovani, 18; Sicard, 17.

Classement des candidats :

MM. Sicard, 20 + 28 + 17 = 65; Padovani, 17 + 26 + 18 = 61.

Médaille d'or : M. Sicard.

Médaille d'argent : M. Padovani.

— Concours de l'internat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. MM. Boulet, Bréhant, Fresnais, Gabinet, Schumann, Strée, Varengot, Debray, Willot, Soubrane,

11. Israël, Gibert, Sambron, Dulot, Robert, Sabourin, Bensaude, Wetterwald, Stewart, Ferroir,

21. Cachin, Livieratos, Esquirol, Bourdial, Mlle Jammet, MM. Stérin, Arnal, Lichtenberg, Bastien, Delorme,

31. Escrivan (d'), Camelot, Zhâ, Genty (Philippe), Perreau (Pierre), Olivier, Lauret, Vauclin, Baumgartner, Grollier,

41. Aboulker, Macrez, Fourestier, Ghozland, Chevallier (Roger), Dreyfus, Brouet, Bloch (Henri), Tran-Quang Dé, Yovanovitch,

51. Boisseau, David, Soyer, Mlle Gagneur, MM. Brincourt, Guillaumat, Caby, Soulignac, Klotz, Lachmann,

61. Pergola, Abaza, Hanaut, Judet, Roux, Pourquié, Pescarolo, Mlle Spire, MM. Maspétiol, Bidou,

71. Desvignes, Mallarmé, Chapireau, Landrieu, Fontaine, Boulle, Morax, Bonnet (Pierre), Mme Longuet, MM. Voisin,

81. Vial, Coussieu, Brocard, Rodier, Gaultier,

Externes en premier. — 1. MM. Moulinier, Bour, Marre, Camus (Jean), Boussoulade, Douay, Allilaire, Lanthier, Grossiord, Mlles Huguet,

11. Abadi, MM. Sidi, Pêcher, Roy (André), Aliker, Levaditi, Bonnet (Georges), Séguin, Mlle Lion, MM. Benassy,

21. Hertz, Adrianopoulos, Sauvain, Dormay, Porge, François, Demartial, Chareire, Botton (de), Dechaume-Moncharmont,

31. Catinat, Kaplan, Lafon, Dubois, Beaufils, Findjanjian, Debidour, Bigey, Simon, Terver,

41. Boissonnet, Dutray, Mlle Abraham, MM. Pointud, Brunhes, Genty (Pierre), Bonhomme, Yaitch, Carrez, Mlle Hahn,

51. MM. Arvay, Leroy (Louis), Delort, Benoist (Daniel), Perrot, Dupeyrat, Coldefy, Legry, Amante, Béquignon,

61. Fasquelle, Nastorg, Morono, Velez, Offret, Scheid, Trombert, Kipfer, Chatain, Goyer,

71. Vendriyes, Perret, Delaître, Mlle Courrier, MM. Pierra, Seringe, Boursat, Huguier, Vildé, Gelbert,

81. Rambert, Pellier.

— Concours de l'externat. — Liste alphabétique des candidats reçus :

Mlle Abraham, M. Adam (Roger), Mlles Adda, Aghion, MM. Aharfi, Ajuriaguerra, Albaric, Mlle Aldou, MM. Andréota, Anglade, Arnoux, Arrighi, Arsitch, Artisson, Mlles Aubert-Champerré, Aubin, M. Audry, Mlle Augée, MM. Auger (Léon), Auslander, Ayrignac, Azouz, Azvelos, Bachellier, Badinier, Bakhouche, Bancaud, Barbier (Jacques), Bargain, Mlle Barnaud, M. Baron, Mlle Barret,

MM. Baussan, Beaufils, Bécuwe, Bellin, Ben Bahim, Bergeron, Mlle Besnard, MM. Biardeau, Billard, Mlles Blairon, Bonnot, MM. Bouche, Boulenger, Bourdin, Boureau, Bourier, Boutzolakis, Bouvier (Jean-Baptiste), Brunet, Bugaut, Butzbach,

Mlle Cabessa, MM. Cahen, Campagne, Mlle Canet, MM. Canetti, Carasso, Carle, Mlle Carlet, M. Carrière, Mlle Casalis, MM. Cauchoix, Cenac, Ceoara, Cerf, Chabanon, Champagne, Charpentier (Georges), Chassagne, Chastagnol, Chausselat, Chevallier (Robert), Chirac (de), Colletas, Mlle Commerson, M. Comte (Joseph), Mlle Conty, MM. Cornet, Corrion, Coupin, Couturier, Crescenci,

Daniels, Danmézon, Mlle Daubail, MM. David (Rubin), Davidovici, Debelut, Debost, Debray, Defougy, Degand, Deguillaume, Delabroise, Delair, Delhaye, Delort, Demarquet, Dénès, Dennewald, Denoix, Depardieu, Depierre, Deroide, Dervaux, Deschamps (Gabriel), Desclaux (Pierre), Desmarquest, Destouches, Dietrich, Dorey, Dos-Ghali, Doudeuil, Douville, Dramez, Mlle Dreulle, MM. Dreyfus, Droguet, Drouet, Mlles Dubois (M.-Th.), Duclaux, MM. Duflot (Henri), Dufour (André), Dufour-Lamartine, Dugrenot, Dupertout, Dupont (Pierre), Durand (Georges), Duret, Mlles Durrande, Duss,

(Voir la suite des « Informations », p. 1878.)

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE LA NAISSANCE DE FÉLIX GUYON LA CÉRÉMONIE DE L'HÔPITAL NECKER

Après la séance solennelle que l'Académie de médecine avait consacrée la veille à la grande mémoire de Félix Guyon, ses élèves et ses continuateurs se sont réunis mercredi à l'hôpital Necker dans cet amphithéâtre où le maître pendant tant d'années a donné son enseignement. Ce fut une cérémonie très simple et très émouvante.

M. le doyen Balthazard présidait la réunion assisté de M. le professeur Legueu.

Dans l'hémicycle avaient pris place MM. les professeurs Quénu, de Lapersonne, Achard, Lenormant, S. E. le docteur Philippe Roy, ministre du Canada, M. Paul Bourget, de l'Académie française; la famille du professeur Guyon, puis MM. les professeurs Pinard, Hartmann, Chauffard, Marfan, Jean-Louis Faure, Gosset, Mauclaire, Villaret, H. Vincent, Henrijean (de Liége), N. Fiessinger, MM. Béclère, Henri Labbé, Marion, Jean Hallé, de Langenhagen, Proust, Nogués, Janet, Cathelin, Sorel, Marsan, Michon, Delestre, Récamier, Alglave, H. de Beaufond, de Massary, Galliard, Banzet, Genouville, Louis Martin, F. Dominguez, R. Durand Fardel, Veau, G. Brouardel, A. Schwartz, Dartigues, Chevassu, le Fur, Cottet, Funck Brentano, Robineau, Heitz-Boyer, Henri Colin...

De très nombreuses dames entourent Mme Legueu et Mme Paul Segond.

M. le Doyen Balthazard ouvre la séance et donne d'abord la parole à M. l'Inspecteur principal de l'Assistance publique qui excuse M. Mourier empêché et lit le discours que celui-ci devait prononcer.

M. le professeur Legueu lui succède :

« Le Centenaire de Guyon eût été incomplet, dit-il, si, après la manifestation solennelle que l'Académie de médecine lui a consacrée hier, nous n'y avions associé la Clinique de Necker qui fut le centre de son action et reste le temple de son souvenir.

Cette clinique, c'est lui qui l'a fondée de son travail et illustrée de son génie, et vingt-cinq ans après qu'il l'a quittée les échos de ses murs retentissent encore de sa voix et redisent le lustre de son enseignement.

Dans cet hôpital, il arrivait inconnu en 1867, il en sortit au jour de la retraite dans une apothéose, emporté sur les ailes de la gloire, et c'est bien ici que, groupés en ce jour dans un dernier hommage collectif à sa mémoire, nous sommes le plus près de sa pensée, de son action et de son exemple.

Pour que cette Clinique se montre une dernière fois telle que Guyon l'a édifiée, je devais rappeler les représentants de ses élèves étrangers, provinciaux ou parisiens, et tous ceux qui, dispersés dans la France ou dans le monde entier, entretiennent le flambeau de la chirurgie et de l'urologie des lumières qu'ils ont puisées dans cette maison... »

Et M. Legueu remercie ceux qui sont venus se joindre à lui, en particulier les anciens élèves de M. Guyon, S. E. M. le ministre du Canada, qui fut disciple de cette école, le professeur Hogge (de Liége), le professeur Pousson (de Bordeaux), le professeur Mirallié, directeur ds l'Ecole de Nantes, où M. Guyon commença sa médecine.

Dans son allocution d'un sentiment très élevé, M. Legueu montre l'ensemble des vertus qui formaient le génie de son maître, et il termine ainsi :

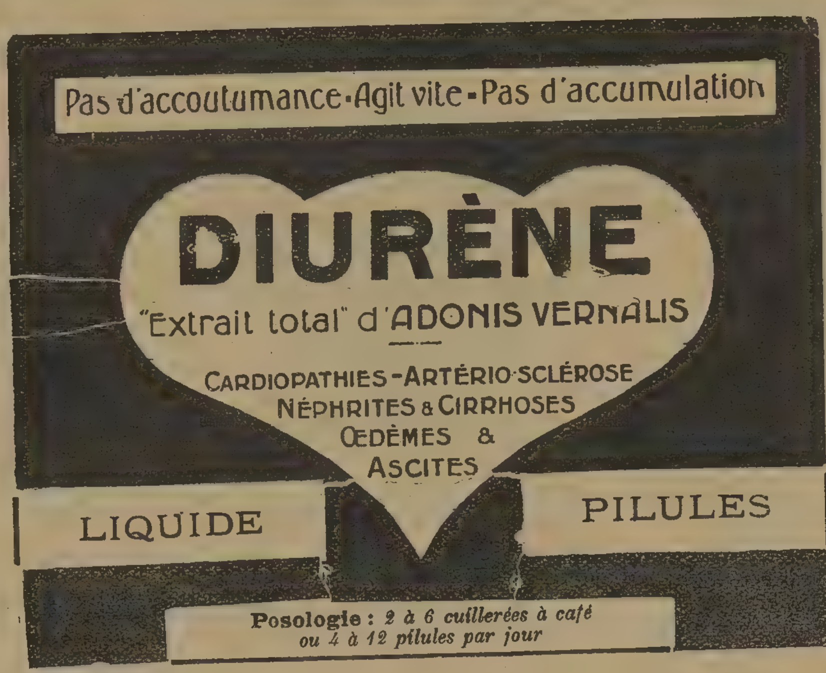
... « En élevant l'Urologie à des hauteurs jusqu'alors inconnues, en la portant avec sa nouvelle parure jusqu'aux limites du monde, ce n'est pas seulement la Science que Guyon parvenait à enrichir, il contribuait aussi et de toutes ses énergies à la gloire de sa patrie; c'est bien la France elle-même qu'il montrait à l'étranger sous le jour de sa raison réfléchie, avec son esprit d'initiative et de méthode, et susceptible, quand elle ajoute à la clarté de la conception l'application persévérante au travail, de s'élever aux plus hautes ascensions et de réaliser les plus solides constructions.

Et ainsi, de quelque point de vue qu'on l'envisage, l'œuvre de Guyon reste marquée du sceau de la grandeur et porte la garantie de la continuité. En servant à la fois et de toute son âme la France et l'humanité, le Maître réalisa, sans le vouloir la pensée de Gœthe : « Le chef-d'œuvre de l'homme est de durer. »

M. le professeur Hogge (de Liége) parle au nom des élèves étrangers. C'est avec une chaleur très émouvante qu'il dit sa gratitude envers son maître et son admiration pour son œuvre.

« ... Si je parle ici au nom des anciens élèves de Necker, j'ajoute cependant qu'il serait juste que l'Humanité tout

(Voir la suite, p. 1861.)


Pas d'accoutumance-Agit vite-Pas d'accumulation
DIURÈNE
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS
CARDIOPATHIES-ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES
LIQUIDE
PILULES
Posologie : 2 à 6 cuillerées à café
ou 4 à 12 pilules par jour

entière s'associât à nous et pût apporter à cette commémoration le tribut de gratitude immense et profonde qu'elle doit à la mémoire du maître vénéré pour les bienfaits de son œuvre géniale.

Félix Guyon n'est pas seulement une gloire française. Tous les peuples doivent s'incliner bien bas, avec respect et admiration, en souvenir de cette grande figure mondiale... »

M. le professeur Pousson (de Bordeaux) apporte au nom des chirurgiens provinciaux son hommage à la mémoire du maître vénéré qui fut le fondateur de l'urologie et le plus grand des chefs d'école.

M. le docteur O. Pasteau se fait l'interprète des chefs de clinique et des congrès d'urologie. Avec beaucoup de simplicité et d'émotion communicative, il laisse simplement parler son cœur :

« *Monsieur Guyon*, comme nous l'appelions toujours entre nous, était un maître incomparable, qui avait su grouper autour de lui une école, devenue bientôt une véritable famille. Lors de son jubilé trentenaire, Lucas-Championnière ne disait-il pas : « Nous voulions vous offrir un jubilé scientifique, et nous avons réussi surtout à vous donner une fête du cœur. »

Sous son extérieur de grand seigneur, on trouvait ce fils des Tropiques d'abord un peu distant, mais ces dehors cachaient des sentiments très affectueux. Bien vite, on le sentait plein de sollicitude pour le plus petit de ses élèves; pour chacun, il avait cette attention réfléchie qui savait lire jusqu'au fond des âmes, et quand on pouvait lui confier sa pensée, ce chef devenait une sorte de père, « un patron » dans le sens le plus élevé du mot. Sous sa paupière tombante, le regard à demi voilé lisait l'avenir de celui qu'il regardait.

Vous vous le rappelez : grand, quelque peu majestueux, parlant avec lenteur, sobre de gestes, sachant écouter, scrutant avec une infinie douceur celui qui lui demandait conseil. Quand on l'entendait formuler un avis, on comprenait qu'il dictait le programme où on devait apprendre sa destinée; son choix une fois bien établi, il devenait inébranlable, il avait la patience tenace de celui qui veut aboutir, et qui sait qu'il réussira... »

M. E. Michon, ancien président de la Société nationale de chirurgie, retrace la carrière de chirurgien de celui qui fut le secrétaire général, puis le président de la Société.

M. Michon montre que « l'œuvre de Guyon reste intangible parce qu'elle a été faite au lit même du malade, reposant sur l'interrogatoire, sur l'examen quotidien des symptômes fonctionnels et des signes physiques, sur la connaissance de la marche de la maladie. Elle puise sa solidité dans cet esprit clinique qui, aujourd'hui encore, en face des développements étonnants des moyens de laboratoire, fait la grandeur de la Médecine française. Si on en veut prouver le retentissement au delà de nos frontières, il n'y a qu'à citer l'hommage rendu par tous les urologues du monde au Ier Congrès international de chirurgie, en 1908, par la voix du président, saluant Guyon et disant : « Nul n'a plus que vous contribué à la propagation de la science urologique. »

M. Michon trouva des termes émouvants pour rappeler le souvenir d'Albarran dont l'âme ardente s'accordait si bien avec la méthode calme et pondérée de M. Guyon.

M. le professeur Mirallié, directeur de l'Ecole de Nantes, apporte à Guyon l'hommage de l'Ecole de médecine où il fit ses débuts et qu'il n'oublia jamais au cours de sa glorieuse carrière.

Enfin, M. le doyen Balthazard déclara avec autorité que la Faculté de médecine n'oublie pas celui qui, pendant trente ans, fut un des éléments les plus brillants de son rayonnement et de son prestige.

F. L. S.

* *

FÉLIX GUYON

(1831-1920)

ÉLOGE

PRONONCÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DANS LA SÉANCE ANNUELLE DU 8 DÉCEMBRE 1931

Par M. le professeur Félix LEGUEU.

« Il est des hommes qui, après avoir acquis de leur vivant la plus haute renommée, conservent après leur mort toute leur autorité et ne perdent rien de leur prestige. Leur œuvre garde toute sa puissance. La gloire qui s'attache à leur nom rayonne sur leur pays et continue de s'étendre bien au delà de ses frontières. »

C'est ainsi que Félix Guyon commençait un jour l'éloge d'Ollier, et avec quelle vérité nous pouvons lui appliquer aujourd'hui le jugement qu'il portait sur le grand chirurgien lyonnais.

Déjà près de dix ans ont passé depuis qu'il est entré dans l'Histoire. C'est plus qu'il n'en faut pour disperser la poussière des œuvres fragiles; mais son œuvre à lui reste entière; sa clinique de Necker, qui fut sa joie et sa fierté, à laquelle il donna toute sa vie, avec une partie de son cœur, vibre encore de toute l'impulsion qu'il lui communiqua, et ce nom réveille partout au dehors un frémissement de respect et d'admiration.

Héritier de sa chaire, et depuis plus de trente ans légataire de sa pensée et de ses traditions, je n'ai jamais senti aussi vivement qu'aujourd'hui le besoin d'une inspiration heureuse.

Notre secrétaire général a bien voulu me confier un éloge pour lequel il aurait utilisé ces dons si précieux d'éloquence avec lesquels il nous charme périodiquement. De cette faveur, j'apprécie tout le prix, mais aussi je sens tout le poids. Elle me trouble et m'inquiète doublement, car je dois aussi m'élever à la hauteur d'un Maître que j'ai beaucoup aimé pour le montrer tel qu'il fut, et tel qu'il apparaîtra toujours aux générations de l'avenir: dans l'ordre scientifique, un créateur; dans l'ordre intellectuel, un maître, un chef d'école; dans l'ordre moral, la personnification de la conscience et de la dignité professionnelle. Et c'est ce que je vais essayer de rappeler, en le suivant, l'histoire en mains, dans les diverses périodes de son activité; dans ses débuts, dans sa carrière scientifique, dans sa vie familiale et dans sa retraite.

I

Lorsqu'en 1867 Civiale mourut, il n'y avait personne pour le remplacer. Civiale, qui n'était pas chirurgien des hôpitaux, avait, depuis quelques années, obtenu de l'Assistance publique quelques lits d'urinaires à Necker, pour pratiquer la lithotritie dont il était, sinon l'inventeur, du moins un des promoteurs les plus convaincus et celui-là même qui l'avait le premier appliquée sur le vivant.

Mais il n'avait pas su faire école, il n'avait pas d'élèves. Personne, par ailleurs, n'enviait cette succession, la place ainsi échoua aux derniers nommés.

Guyon, déjà chirurgien des hôpitaux depuis deux ans, venait justement de recevoir, en 1864, un service d'accouchement à la Maternité, mais il ne se sentait aucune aptitude pour l'obstétrique; il ne demandait qu'à en sortir. La place de Civiale lui est l'occasion désirée et, le 9 juillet 1897, il vient à Necker. Mais là encore, il ne se sent tout d'abord aucune affinité pour la spécialité qui lui est confiée; il pense même l'abandonner, et on ne le retient qu'avec cette promesse qu'un service de chirurgie générale sera, à la fin de l'année, ajouté aux quelques lits de spécialité qui lui étaient tout d'abord attribués.

Il reste donc, et c'est dans ce même service qui sera, en 1890, transformé en chaire de clinique des voies urinaires, qu'il restera pendant trente-neuf ans, jusqu'à la retraite en 1906.

. . . .

Guyon apportait à Necker les énergies encore latentes d'une heureuse hérédité et d'une profonde formation.

Son grand-père paternel était originaire du Périgord, où la famille posséda longtemps une petite propriété. Il était pharmacien de marine. Mais il avait huit enfants et peu d'argent; alors, il partit à l'Ile Bourbon et là, avec des plantations, gagna rapidement une petite fortune.

Son fils aîné, le père de Félix Guyon, était lui aussi entré dans la marine comme chirurgien. Embarqué avant d'être docteur, il fut envoyé à Madagascar, où il tomba malade et de là, à l'Ile Bourbon. Il y rencontra Mme Guyon mère, il se maria et c'est ainsi que Félix Guyon naquit, le 21 juillet 1831, dans cette île qui ne reprit son nom « de la Réunion » qu'en 1848.

C'est à l'âge de trois ans qu'il vint en France avec son père, qui devait se faire recevoir docteur, et qui, d'une santé délicate, mourut quelques années plus tard. Restée veuve et sans fortune, sa mère, d'une haute intelligence, se consacra à l'éducation de ses trois enfants, et dans le cours d'une vie modeste, leur donna l'exemple de la dignité, le goût du travail et le culte de la droiture.

A la fin de ses études au petit séminaire de Guérande, deux carrières s'offrent à son choix : l'enregistrement, que lui propose son tuteur, et la médecine, qui était la profession de son père, et ni l'une ni l'autre ne l'attirent particulièrement.

Mais puisque, comme le dit Barrès : « Notre raison, cette reine déchaînée, nous oblige à placer nos pas sur les pas de nos prédécesseurs », il choisit la médecine, sans doute pour cette seule raison que son père l'y avait précédé, mais aussi peut-être parce qu'il pense y trouver plus facilement de quoi vivre.

Il sait, en effet, que sa mère n'a pas de fortune, et qu'il lui faut vite travailler pour lui venir en aide : il compte que pour arriver dans l'enregistrement, deux années de surnumérariat sont nécessaires et qu'on n'obtient qu'au bout de trois ans un traite-

ment de 1.200 francs. Il se dit que, pendant cette période de cinq années, il a le temps de se faire une situation médicale et il opte de suite pour la médecine.

Il entre donc à l'Ecole de médecine de Nantes; il y vient avec l'entrain de la jeunesse et aussi avec cette force que lui donnent la notion de ses faibles ressources et la nécessité de se créer une situation. Il sait qu'il ne peut compter que sur lui; il se met au travail avec ardeur et, en dix-huit mois, il est reçu premier à l'internat et avec son premier traitement, 100 francs par an, il peut s'acheter sa première montre.

Mais déjà il s'inquiète des responsabilités qui pèsent sur lui. « Je n'ai jamais eu le vertige des grandeurs, dira-t-il souvent plus tard, mais j'ai toujours eu celui des hauteurs. » Il s'ouvre à son maître Lafond de ses préoccupations, et celui-ci, qui a remarqué la précoce maturité de son élève, l'invite à venir le chercher quand, la nuit ou le jour, il se sentirait embarrassé devant un cas trop grave. Et, de fait, plus d'une fois le jeune interne eut recours à l'expérience et à la bienveillance de son maître.

Et cependant, il subissait peu à peu l'imprégnation de ce pays de Bretagne.

. . . .

C'est de ce pays imprégné tout à la fois de force et de mystère, et dont le charme correspond si heureusement aux aspirations de son être, c'est de ce pays où, cinquante ans plus tard, il reviendra se fixer après la retraite, pour attacher ses enfants à une terre où tout le fascine et l'attire, c'est de là, qu'en 1852, Félix Guyon partait pour Paris à l'instigation de ses maîtres, pour suivre le chemin sur lequel Laënnec, Chassaignac, Maisonneuve et Alphonse Guérin avaient avant lui laissé une traînée lumineuse.

Le voici maintenant seul dans la grande ville des « multitudes déracinées ». Il n'a de richesse que son travail, d'espérance que sa volonté, de fierté que son avenir.

Et c'est avec cette fortune qu'il entre dans sa génération.

Un an après, il est déjà interne et il va recevoir avec avidité l'empreinte de maîtres illustres comme Roux, Laugier, Aran, Richet et Velpeau.

Mais parmi ceux-ci, Laugier et Velpeau firent sur lui l'impression la plus profonde et imposèrent à son âme une empreinte et une formation qu'il conserva toute sa vie.

. . . .

En tout cas, c'est sous l'influence de ces maîtres que l'originalité de Guyon, qui se cherchait depuis quelques années, se fixa définitivement; et au sortir de l'internat il entra pour toujours dans la chirurgie.

Les étapes de l'adjuvat et du prosectorat sont vite franchies, et dès son second concours du Bureau central, il était nommé contre Péan, chirurgien des hôpitaux.

En 1860, il avait concouru pour la première fois à l'agrégation avec une thèse sur : « Les corps fibreux de l'utérus. » Il fut argumenté par Houel, qui fut nommé; Guyon échoua.

Pour se perfectionner, il fit alors avec Panas des conférences publiques de pathologie externe à l'Ecole pratique, et au concours suivant, ils se trouvèrent en bonne posture. Cette fois, Guyon eut pour thèse : « Les vices de conformation de l'urètre. » Il fut argumenté par Lefort : tous les deux furent nommés. Cette promotion comprenait, en outre, Panas et Labbé.

Et déjà quelques-uns des caractères prédominants de Guyon se dessinent dans cette première période : c'est d'abord une profonde imprégnation de droiture, qu'il tient de ses plus anciennes origines; c'est une rigoureuse discipline de l'esprit qu'il reçut de l'hérédité paternelle; c'est une haute culture générale acquise dans les luttes des concours; c'est encore une certaine distinction de manières, qui sera comme l'éveil du prestige; c'est, enfin, l'amour du travail, de ce travail dans lequel il voyait la vraie vocation et dont il disait, en 1877, dans l'éloge de Giraldès, ces paroles qui s'appliquent si justement à lui-même : « Nous avons vu le travail plus d'une fois conduire les nôtres à tous les honneurs de la profession et même à la fortune. Il peut bien plus encore, il suffit à remplir la vie tout entière. Il console de ce qu'il ne fait pas obtenir, en élevant l'esprit, en ornant l'intelligence, en donnant le savoir. »

Et, maintenant, le voici pour toujours à Necker; c'est là que la destinée l'attendait et chaque étape y marquera désormais pour lui une ascension nouvelle sur les marches de la gloire.

II

A cette époque, la spécialité n'était qu'un champ inculte, que la science n'avait pas encore défriché; elle attendait l'heure de l'éveil; elle attendait l'homme assez fort pour la libérer de ses entraves, assez ingénieux pour lui infuser des énergies nouvelles, assez patient pour l'élever par le seul effort de sa puissance et de son travail à des hauteurs jusqu'alors inconnues.

Guyon commence par apprendre en silence; à ceux qui, comme Lasègue, le pressent de faire immédiatement des leçons, il demande un délai.

L'enseignement n'a de raison que la profondeur des connaissances; de valeur, que l'autorité du savoir. Sans ces garanties, il ne serait qu'une réclame pour lui, pour les autres qu'une duperie.

Il refuse donc et continue d'observer avec lenteur, car « l'esprit clinique, dira-t-il un jour, ne doit pas être impatient de découvertes, mais avide de constatations précises. Celui qui veut le posséder ne sera pas anxieux de se signaler, mais résigné à beaucoup apprendre ».

Il fait lui-même les consultations; il s'adapte à des opérations nouvelles; à leur exécution il apporte un soin méticuleux, à leur indication une conscience scrupuleuse.

On se le dit, le chiffre des malades augmente rapidement et bientôt Guyon se sent assez fort pour commencer un enseignement auquel il va consacrer une partie de sa vie.

Nommé en 1877 professeur de pathologie externe à la Faculté en remplacement de Dolbeau, il fait officiellement le cours d'été dans le grand amphithéâtre et le continuera pendant plus de treize ans.

Maintenant, il y ajoute les leçons sur sa spécialité; il les fait à Necker le mercredi et le samedi, et celles-ci vont avoir tant de succès que, en 1890, le directeur de l'Enseignement supérieur, M. Gavarret, frappé de cette notoriété croissante, propose à Guyon de créer pour lui une chaire de clinique des Maladies des voies urinaires. Guyon accepte, mais sans enthousiasme : M. Liard qui lui transmet la demande s'en étonne et s'attire cette réponse : « Si vous m'aviez proposé cette permutation dix ans plus tôt, j'aurais refusé, car la spécialisation ne peut être pour moi qu'un couronnement. »

Cependant, conduits par la renommée, les élèves affluent autour du maître; Guyon les attire par cette influence personnelle d'un chef dont le cœur ne le cède pas à l'esprit, et se les attache par sa haute autorité, une autorité faite du savoir qui domine, d'une dignité qui rayonne et d'un discernement qui rassure; Guyon les dirige dans les voies qu'il juge conformes à leurs aptitudes et à leur activité. Il leur offre les matériaux de son expérience, corrige les inévitables emballements de la jeunesse, encourage quand il le trouve nécessaire, mais exige le maximum d'effort, et le disciple à son tour fortifié d'une protection qui l'élève, encouragé d'une confiance qui l'honore, voit s'ouvrir devant lui des horizons inespérés.

Ainsi l'Ecole de Necker s'élevait par étapes sur les ailes de la renommée; sa couronne s'enrichissait des plus grands noms de la chirurgie française en ces soixante dernières années et elle allait briller dans le monde d'un éclat qui ne sera égalé que par l'Ecole de la Salpêtrière et de Saint-Louis.

Dans cette ascension glorieuse, dans ce rayonnement qui dépasse vite les limites de son pays, quelles sont les idées directrices dont le Maître s'inspire?

Elevé à l'école de la chirurgie, il va tout d'abord utiliser, dans le champ nouveau que le hasard l'amène à défricher, la culture générale dont il est imprégné. Claude Bernard vient de tracer les principes de la médecine expérimentale : il s'en inspire et va se servir de l'observation clinique avec ses répétitions comme d'une expérience incessamment renouvelée.

En outre, imbu des doctrines pastoriennes qui s'imposent à la chirurgie, il va développer les notions d'infection et d'intoxication et apporter à la grande et petite chirurgie urinaire l'action bienfaisante de l'antisepsie.

Pour l'application de ces principes, il s'entoure des compétences nécessaires et règle leur répartition. Les collaborateurs, il sait les choisir, il a pour lui l'expérience et le jugement; les coordonner, il a le sens de l'ordre; les entraîner, il est un chef et un animateur.

Ainsi il fonde un laboratoire de chimie qu'il met entre les mains de Chabrié, mort récemment professeur à la Sorbonne. Il ouvre un laboratoire d'anatomie pathologique, et le confie à Noël Hallé.

A Albarran, qui s'adonne après Clado à la bactériologie et dont il apprécie la lumineuse intelligence, il donne sa première place de chef de clinique, et bientôt en fait son agrégé.

La blennorragie demande, par son importance, une direction spéciale; c'est à Janet qu'il confie cette fonction. Enfin, à Boisseau du Rocher, il confie le soin d'adjoindre à son service la cystoscopie, découverte par Nitze après Désormeaux.

C'est dans ce cadre ingénieusement disposé qu'il va édifier le progrès par une observation clinique si minutieuse, que quarante ans après, avec des moyens perfectionnés de laboratoire ou d'exploration on ne peut que confirmer ses découvertes.

Par exemple, il étudie les syndromes; il commence par en définir les modalités et de ces modalités il va tirer des conclusions si précises pour le diagnostic des tumeurs de la vessie que, pour la première fois, ces tumeurs sont classées en deux catégories, suivant qu'elles sont ou non pédiculées. Il reconnaît les premières à l'abondance de l'hématurie, seul symptôme; il reconnaît les secondes aux petites hémorragies qui s'accompagnent du syndrome de la cystite. Le palper prend en ses mains une importance particulière : il sent une induration, une interposition à droite ou à gauche et il diagnostique la tumeur infiltrée, c'est-à-dire le cancer, avec une sûreté dans la localisation, que la cystoscopie, la cystoradiographie ne peuvent aujourd'hui que confirmer. Tout cela, Guyon le déduisait des seules données de la clinique.

De même pour les rétentions vésicales, elles sont minutieusement décrites; la rétention, avec distension en particulier, est schématisée en des pages qui restent un chef-d'œuvre d'observation auquel les méthodes modernes d'exploration n'ont rien ajouté. L'intoxication de ces malades et leur aptitude à l'infection, l'atteinte sérieuse à la fonction rénale, la gravité profonde en un mot et les dangers mortels de cette phase au moment où l'on croit par le cathétérisme soulager le malade; tout cela, Guyon l'a vu, analysé et décrit.

L'intoxication de Guyon, c'est aujourd'hui l'azotémie de Widal; elle se mesure de nos jours d'après sa concentration dans le sang, mais elle se définissait alors par l'état général, et Guyon avait dû en tracer un tableau si exact qu'au point de vue clinique, il n'y a presque rien à y ajouter.

L'étude du cancer de la prostate, de ce qu'il appelle la carcinose prostato-pelvienne, est décrite en des traits définitifs. Aujourd'hui, après quarante ans, on peut lire encore avec profit les pages qu'il a écrites à ce sujet, dans son livre sur les *Maladies de la prostate*, dans ce livre qui n'eut qu'une édition parce qu'il n'eut jamais le temps de le refaire et ne permit à aucun de ses élèves de le rééditer à sa place.

C'est surtout à la vessie normale et pathologique qu'il donne toute son attention. Pour la première fois, il apporte à l'observation le contrôle physiologique. Il étudie les contractions de l'organe; il en déduit des conclusions pratiques pour le traitement des cystites et surtout pour la technique de la lithotritie.

Il connaît sa sensibilité à la tension; il sait le sens de ces contractions, leurs causes et les éléments qui les provoquent comme les conditions qui les atténuent. Et ainsi il peut aborder en connaisseur la

pratique de la lithotritie et la conduire « physiologiquement ».

Tout d'abord, il prépare la vessie avant de l'aborder, car il sait que, même sous le chloroforme, il ne serait pas maître de ses contractions. Et ainsi, pour réduire les dernières résistances de l'organe préparé il n'a besoin que d'un minimum d'anesthésie générale et sa mortalité atteindra à peine et ne dépassera pas 2 p. 100.

Ses manœuvres dans la vessie sont réglées d'une façon méthodique : au lieu de chercher la pierre, il l'attend dans le point déclive où il lui tend un piège. Il sait qu'elle y viendra toujours, car entre ses mains, « l'enchatonnement n'existe pas », il ne résulte, en effet, que des contractions de la vessie ; en les calmant avant l'opération, il a déjà fait disparaître les conditions de l'enclavement.

L'évacuation des fragments est réglée avec le même souci physiologique; le vrai moyen d'évacuation est le lavage, le lavage mécanique, mais pour qu'il soit convenablement exécuté, pour que le mouvement qu'il détermine réalise son maximum d'effet, il faut que la vessie se contracte sur le liquide qu'elle reçoit, aussi le malade doit-il être un peu réveillé et la vessie doit-elle retrouver une partie de ses contractions. L'aspiration, au contraire, n'est qu'un complément du lavage, elle n'est destinée qu'à retirer les derniers fragments, les fines poussières. Mais il faut qu'elle s'exécute bien, il faut que les contractions ne viennent pas gêner l'action aspirante, il faut que la vessie soit profondément endormie et, par conséquent, que le malade prenne à ce moment plus de chloroforme.

C'est par tous ces détails que Guyon acquit pour cette opération une maîtrise que personne n'a jamais pu dépasser, ni même atteindre.

Nos opérations chirurgicales exigent le concours de deux sens à la fois : la vue et le toucher; mais la part des yeux est prépondérante pour la perception et la fixation des impressions qui commandent l'action.

Pour la lithotritie, au contraire, la vue ne compte plus, le toucher seul intervient ; l'opérateur perd ainsi une partie de sa valeur sensorielle, il ne peut remédier à cette déperdition que par un affinement du tact, il lui faut une hypersensibilité tactile. C'est là qu'étaient la force et la supériorité de Guyon; ses doigts avaient reçu ou plutôt acquis par l'usage une sensibilité telle, qu'ils pouvaient percevoir en même temps que le malade et presque avant lui les moindres mouvements de sa vessie.

Ces doigts, qui percevaient seuls et transmettaient au cerveau la sensation, étaient les mêmes qui recevaient aussitôt la commande; ainsi, la sensation et l'action, la demande et la réponse se fusionnaient en un geste presque simultané, adéquat à la sensibilité pathologique de la vessie.

C'est en cela et par cela que Guyon était supérieur à ses collègues.

. . . .

Et de fait il était prestigieux; conscient de sa supériorité, debout à la droite de son malade à peine endormi, le lithotriteur entre les mains, il donnait la plus belle impression de ce sang-froid qu'il définissait un jour : « cette force que donnent la prévoyance et le savoir ». Il était sûr de lui, sûr qu'il viendrait à bout de toutes les difficultés, sûr que la vessie n'aurait pour lui aucun secret; ses doigts agiles se remuaient sans nervosité, presque avec calme ; pour lui, c'était un jeu toujours sérieux; pour les assistants, c'était un escamotage éblouissant; pour le malade, c'était la certitude de la guérison.

Je dis « certitude ». Et si Guyon avait été appelé à opérer à temps Napoléon III, qui sait si la face du monde n'eût pas été quelque peu changée, en Europe du moins?

. . . .

En même temps que la lithotritie, Guyon réglait, avec le même souci du détail physiologique, la technique de l'urétrotomie interne.

Cette opération était pratiquée bien avant lui. Reybard, Maisonneuve l'avaient perfectionnée, et ce dernier venait d'imaginer le merveilleux instrument qui a passé jusqu'à nous. Mais la mortalité de cette opération restait encore énorme, et atteignait jusqu'à 50 et 60 p. 100.

Elle était une des plus redoutées de l'époque, et de nos jours encore on voit, dans la terreur que cette opération inspire à quelques malades, un écho lointain du discrédit dans lequel elle était tombée.

Mais Guyon vient, et par l'addition d'un détail il va bouleverser cette opération; il met une sonde à demeure, il met ainsi comme un pansement à la plaie urétrale, il évite les résorptions toxiques et infectieuses et parvient à abaisser de 60 à 2 p. 100 la mortalité de cette opération insignifiante en elle-même, et avant lui terrifiante par ses conséquences. D'un détail, il a fait une conquête.

La fièvre urinaire, il la connaissait à fond et en décrivait minutieusement les formes et les variétés; il la savait infectieuse bien avant d'en connaître l'agent causal, et depuis longtemps il se préoccupait d'en combattre les effets et d'en prévenir l'apparition en appliquant pour la première fois à son territoire l'antisepsie de Lister. La désinfection des instruments, la stérilisation des sondes avaient été depuis 1876 l'objet constant de ses préoccupations et l'introduction dans la pratique du nitrate d'argent, encore aujourd'hui couramment utilisé, concourait à diminuer, dans une sensible mesure, la virulence des infections qu'il avait à combattre.

Pour l'exploration du rein, il définit ce procédé du ballottement, qui porte son nom, et est resté classique; il montre la valeur du varicocèle pour le diagnostic des cancers du rein, et fait appliquer, dès 1896, les bénéfices de la radiographie au diagnostic des calculs du rein.

Par ce qu'il appelle les réflexes vésico-rénal, réno-rénal et réno-urétéral, il prévoit et esquisse déjà ce dynamisme urétéral qui ne deviendra évident que bien plus tard, lorsque j'aurai par la pyéloscopie démontré son existence, ses modalités et son importance.

Dans l'ordre opératoire, il substitue la taille hypogastrique à la taille périnéale, jusqu'alors seulement employée, et l'applique pour la première fois avec Bazy aux tumeurs de la vessie.


DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HÉPATIQUES ASTHÉNIE ETC.
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NEOPLASMES
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE_PARIS (3e)

Il invente avec Périer ce tube siphon qui conserve encore aujourd'hui toute sa valeur pour le traitement de la vessie après la taille.

Il propose l'opération en deux temps des ruptures urétrales dans les cas où l'étendue des lésions ne permet pas de faire avec sécurité la suture des deux bouts. Cette méthode, que j'ai recueillie de ses mains, que j'ai appliquée pour la première fois sous ses yeux, s'est étendue, généralisée; elle est une manière aujourd'hui classique de traiter les grandes ruptures urétrales qu'on ne peut suturer entièrement, comme sont restés classiques ses procédés pour la ligature de la carotide externe et de l'amputation sus-malléolaire, qui datent de ses premières années chirurgicales.

Je me borne à parcourir à grands traits ce domaine de l'urologie, où on ne peut faire un pas sans fouler son souvenir; partout la marque de Guyon est définitive et tout ce qu'il a innové demeure; partout il a créé avec une telle perfection, que l'édifice reste aujourd'hui tel qu'il l'a conçu dans son plan et réalisé dans ses détails.

. . . .

La gloire de Guyon, c'est d'avoir assuré la consécration scientifique de l'urologie, c'est-à-dire d'y avoir introduit l'esprit et les moyens qui sont utilisés pour l'étude des sciences médicales.

Il montrait, par sa pratique et son exemple, qu'il y avait bien une spécialité de technique, mais qu'il ne devait pas y avoir de limitation des conceptions.

Il demandait, il exigeait que le spécialiste soit pourvu de connaissances générales et que l'investiture ne soit accordée qu'à celui qui, par son passé, par son expérience, avait déjà acquis et prouvé la hauteur de ses vues et l'étendue de ses connaissances.

Ainsi, la spécialité s'élevait avec lui à une hauteur jusqu'alors imprévue; avec lui, elle passait de l'empirisme à la science d'observation, et cette limitation qu'est la spécialisation et qui était devenue la conséquence nécessaire du progrès allait à son tour en favoriser l'essor avec une ampleur inconnue. Ainsi, se préparait une ère nouvelle, dont les conséquences heureuses allaient se dérouler dans les années à venir; et c'est de cette évolution que nous voyons aujourd'hui, Messieurs, le splendide épanouissement.

En outre, sous son égide et par son rayonnement, se préparait un grand mouvement de décentralisation. C'est sous son inspiration que se sont formés partout ces centres secondaires qui brillent aux quatre coins du monde de l'éclat qu'ils ont puisé à sa lumière.

Depuis qu'il eut fondé avec Desnos et Pousson les Congrès français et international d'Urologie, partout dans le monde, en Europe et en Amérique se fondaient des Sociétés semblables; partout, dans tous les pays, il y a aujourd'hui des chaires, des Sociétés, des Congrès d'urologie, et jusqu'au fond de l'Amérique je retrouvais cette année même à Rio, à Montévideo, à Buenos-Aires, partout je retrouvais vivant son souvenir et son empreinte tracée en caractères ineffaçables.

De cette expansion bienfaisante, Guyon reste le générateur incontesté et c'est à lui, et à lui seul, que, par une pente insensible, remonte le courant qui a entraîné une diffusion si heureuse pour le progrès scientifique.

Il n'est donc pas exagéré de dire que, dans l'urologie, Guyon a été un de ces créateurs qui apparaissent comme nécessaires à certaines périodes : « tout se teint de leur couleur, partout s'impriment leurs traces, ils ouvrent des horizons d'où jaillissent des faisceaux de lumière » et leur œuvre est si solide à la fois et si large, que le progrès y lèvera de lui-même après eux, à la place même et dans le cadre qu'ils ont su lui préparer de leur vivant.

Cette longue période se traduisit pour Guyon par un lustre incomparable. Il était le premier chirurgien du monde en sa spécialité et pendant vingt ans son étoile resplendit d'un éclat particulièrement brillant.

Mais s'il faut, comme disait Montaigne, « pour juger à point d'un homme », « le surprendre dans ses à tous-les-jours », si « la vertu d'un homme ne se voit pas moins par des efforts, mais par ce qu'il fait d'ordinaire », soulevons à notre tour le voile de l'officialité et voyons ce qu'était, derrière cette façade brillante, l'homme dans sa vie intime et familiale.

III

Guyon avait eu des débuts difficiles et ceux qui l'ont connu à l'apogée de sa puissance ne pouvaient se douter de la patience avec laquelle il avait dû attendre la prospérité.

. . . .

De 1858, date de son doctorat, jusqu'en 1870, Guyon fit toutes ses visites à pied. Il n'eut sa voiture que l'année de la guerre et encore ne la prenait-il que le matin. Jusqu'en 1878, il garda même ce que les médecins appelaient « un fixe »; pour 200 francs par an, il allait tous les matins à Montmartre pour y faire la visite à une association de garçons de recette.

Pendant le siège, il resta chirurgien de Necker et partagea avec ses malades et ses blessés les privations et les souffrances. On n'avait pas de charbon pour chauffer les salles, les malades gelaient, et les médecins devaient faire leurs visites sans quitter leur pardessus, alors que les obus tombaient en masse sur l'hôpital et blessaient les malades.

Inspecteur des Ambulances, Guyon avait conservé sa voiture. Une fois, une note du Ministre de l'Agriculture le prie de présenter son cheval à la réquisition pour le livrer à l'alimentation de Paris. Guyon se rend au Ministère à l'heure prescrite; il demande le Ministre, M. Magnien, mais il n'est pas encore arrivé. Il demande le chef de bureau, celui-ci est également absent comme le Ministre. En faisant les cent pas dans l'antichambre, Guyon regarde par la fenêtre, et voit, dans la cour, du bois bien rangé, de quoi se chauffer tout un hiver, puis une voiture superbement attelée de deux chevaux.

Il s'informe, c'est la voiture de Mme Magnien, la femme du Ministre. Alors, dans la fierté de son

indépendance, il prend une plume et écrit au Ministre : « J'ai besoin de mon cheval pour exécuter de Montmartre au VIe arrondissement un service commandé ; si on a besoin de chevaux, qu'on prenne ceux de Mme Magnien ».

On ne lui demanda plus son cheval.

Mais il n'avait pas oublié le tas de bois, et quelques jours plus tard, sur le bulletin de décès d'un malade à l'hôpital, il écrivit : « Mort de froid ». La presse s'en empara, mais je ne sais si le Ministre comprit l'allusion.

C'est en 1867, qu'il fut décoré; Velpeau et Nélaton avaient été chargés par le Ministre Duruy de rédiger à l'occasion de l'exposition internationale un rapport sur la chirurgie au XIXe siècle. Au dernier moment, ces deux chirurgiens ne purent remettre leur travail, il n'était même pas commencé; ils s'en déchargèrent sur Guyon et Labbé, qui plus jeunes et moins occupés mirent en quelques mois l'œuvre sur pied.

C'est pour les récompenser de ce travail considérable, qu'ils furent ensemble décorés.

Au lendemain de la guerre, en souvenir de ses services dans les ambulances, le Duc de Broglie proposa la rosette à Guyon, mais celui-ci jugea cette distinction prématurée, et avec un désintéressement dont on trouverait rarement l'exemple, il refusa. Ne connaissant que la dépendance de ses devoirs, il ne voulut jamais rien demander et il lui fallut attendre vingt ans pour recevoir cette promotion : il était depuis seize ans professeur à la Faculté, et déjà membre de l'Académie des sciences, lorsqu'en 1892, au Jubilé de Pasteur, le président Carnot s'étonna de voir le professeur Guyon simple Chevalier, et détacha de son contingent personnel une rosette pour la lui donner.

Il ne fut Commandeur que longtemps après la retraite.

C'est à partir de 1880 que Guyon devint très occupé, et jusqu'en 1900 sa situation ne fit que croître. « Je n'ai jamais recherché la clientèle. disait-il, mais elle m'a beaucoup recherché. »

Partagé entre son service d'hôpital, sa clientèle et ses obligations professorales, il organisait son temps avec la méthode et la régularité de ceux qui veulent doubler leur activité.

Mais de toutes ses fonctions, celle à laquelle il attachait le plus grand prix, c'était cette visite quotidienne de l'hôpital qui le mettait en contact avec ses malades.

Pour le chirurgien, l'opération constitue la tâche la plus noble à la fois et la plus émouvante; Guyon en ressentait les émotions avec toute sa conscience scrupuleuse. Mais il en est une autre également pleine de noblesse et de grandeur, c'est d'examiner minutieusement ses malades pour ne rien laisser au hasard, c'est de fixer nettement l'indication opératoire et d'en faire accepter à une volonté consciente le principe au nom d'une autorité bienveillante, tout en consolant la détresse morale que va causer la décision.

Ces heures où nous sommes les acteurs de ce grand drame de la vie, où nous nous mêlons si intimement à la douleur pour sécher « les larmes qui depuis l'origine du monde coulent sans trêve des yeux de l'Humanité », ces heures qui permettent de montrer à un être désemparé qu'il a près de lui quelqu'un qui partage son angoisse, et dépense pour la lui éviter son temps, sa peine et toute sa science, ces heures-là sont des heures vraiment divines et rien au monde ne saurait les égaler. Leur souvenir, quand elles ne sont plus, suffit à enrichir notre existence et à entretenir en nos âmes un dernier rayon de soleil, lorsque l'amertume de la douleur nous impose à notre tour des souffrances, que nous avons tant de fois consolées chez les autres.

C'est dans ce contact avec ses malades que Guyon mettait sa joie et sa fierté; aux soins du plus modeste, il apportait la considération, je dirais mieux la condescendance qu'il donnait aux princes; pour lui, la profession resta toujours un sacerdoce, l'exercice n'en diminua jamais la grandeur, il en découvrait au contraire chaque jour les beautés avec la ferveur et l'enthousiasme d'un néophyte.

Après ses visites à Saint-Jean-de-Dieu, après sa longue visite à l'hôpital et ses opérations, il rentrait chez lui vers midi vingt, prenait à peine le temps de déjeuner et repartait de suite, trois fois par semaine, aux examens, qui, à cette époque, avaient lieu à une heure.

Quelles que fussent ses occupations si nombreuses, il ne se fit jamais remplacer et pendant toute sa vie de professeur, il remplit sa mission avec la conscience qu'il apportait en tout ce qu'il faisait.

C'est qu'il avait au plus haut degré le sentiment du devoir; le labeur lui apparaissait comme la raison de la vie, il était pour lui un besoin, il constituait même sa seule distraction ; il n'allait jamais au théâtre et sortait très rarement pour dîner en ville. Il travaillait le soir, il travaillait le dimanche. Pendant longtemps il ne venait à Louveciennes, dans cette propriété où sa famille passait une partie de l'été, que le dimanche après déjeuner; il arrivait à 3 heures et en repartait le soir après dîner. Ce n'est que bien tard, qu'il prit l'habitude d'y venir tous les soirs pendant la belle saison.

En vacances il emportait encore des épreuves, il continuait la rédaction de ses livres et préparait cette première clinique de novembre à laquelle il voulut toujours une solennité et une importance prépondérantes.

Durant toute cette période, Guyon rayonnait comme une des plus grandes figures de la chirurgie mondiale. Les chirurgiens de l'Allemagne eux-mêmes reconnaissaient sa supériorité quand ils le faisaient proclamer par Israël comme leur Maître à tous. Aussi éprouvait-on une réelle fierté de le voir porter à l'étranger, à Saint-Pétersbourg, à Rome et ailleurs le drapeau de la chirurgie française.

De tout son extérieur se dégageait une impression de noblesse et de distinction, de valeur et de simplicité. Une haute stature, une tête puissante, un front magnifique d'ampleur et de clarté, des traits réguliers peu mobiles, encadrés de favoris à l'anglaise, dans toute la tenue une indéfectible correction, tout indiquait en lui l'équilibre et la mesure, la force à la fois et la sécurité.

Il parlait peu, car il avait horreur de la conversation inutile; dans le monde il écoutait avec déférence, quelquefois avec une pointe d'indulgence. C'est dans l'intimité qu'il se donnait tout entier; sa figure ordinairement impassible avec bienveillance, s'animait, et ses lèvres très fines traduisaient, avant l'expression, les fluctuations de sa pensée; à certain sourire discret. on pouvait prévoir un de ces jeux de mots qui l'amusaient facilement; mais tout de suite la conversation prenait, avec lui, un ton et une allure en conformité avec la hauteur de ses vues et il trouvait alors pour la résumer des formules brèves qu'on pouvait accepter comme un programme et retenir comme une leçon.

Dans le courant ordinaire de la vie, toujours pressé, quoique sans hâte, Guyon donnait l'impression d'une certaine froideur et troublait quelquefois son interlocuteur par son abord réservé; et quelques malades eurent à subir les atteintes de sa sévérité, surtout ceux qui le considéraient comme un spécialiste.

Pour lui, le mot de spécialiste était une injure, il le rabaissait. Et quand quelqu'un, entrant dans son cabinet, lui disait: « Vous êtes bien le spécialiste? » Guyon répondait: « Non, je suis chirurgien ». « Ah, je croyais, disait le client interloqué, que vous étiez professeur des maladies urinaires. » « Oui, reprenait Guyon, j'ai beaucoup travaillé ces questions, mais si vous voulez un spécialiste, je vais vous donner une adresse. »

Mais quand un importun apportait un trouble à ses occupations, voire même à son repos, il se fâchait et sa colère prenait une majesté qui foudroyait le perturbateur.

Ce sentiment, je l'ai éprouvé une fois: je venais un jour de novembre, en 1885, demander à Guyon, que je n'avais jamais vu, une place d'interne pour cinq ans plus tard; c'était un dimanche, il ne recevait pas, je forçai sa porte. Il vient à moi, dans la majesté de sa démarche, et me reproche de le déranger; je formule ma demande; il y répond par un refus net, et m'ouvrant la porte, me montre que pour lui l'entretien est terminé.

Quoique écrasé sous le poids de l'accueil, je proteste, je réclame et me défends. Et après quelques instants, vaincu tout de même par la solidité de mes raisons, il accepte d'étudier mon cas avec les références que je lui apporte.

Ma ténacité l'avait emporté d'une épreuve terrible, que dis-je, ma détresse avait apaisé sa révolte et touché sa bonté, et c'est à cette circonstance que j'ai dû certainement le plus heureux de ma carrière, et aussi l'honneur de parler aujourd'hui devant vous, Messieurs, d'un Maître qui m'a toujours, depuis, protégé d'une sollicitude paternelle.

Au fond, Guyon était doué d'une très grande sensibilité; il se penchait trop souvent sur la douleur pour ne pas en ressentir profondément l'amertume. Mais sa bonté ne voulait se traduire qu'en action; aussi devait-il se raidir pour ne pas s'abandonner, et sa volonté plus forte parvenait à maîtriser son impressionnabilité, ou du moins à la masquer sous le voile de la sévérité.

En 1885, il avait quitté la rue de la Ville-l'Evêque pour venir habiter rue Roquépine, dans un hôtel qui allait être pendant près de vingt ans le rendez-vous du Tout-Paris médical et mondain, artistique et intellectuel.

C'est là, c'est dans ce cadre conforme que Mme Guyon put développer pour le monde tous les charmes de sa nature et contribuer, pour sa part, à accroître sensiblement le prestige de son mari.

Dans les premières années de leur mariage, à l'époque des débuts difficiles, elle avait su déjà réaliser, avec autant d'art que de discrétion, les compressions nécessaires. Mais maintenant dans ce cadre nouveau, à cette grande période de leur vie, elle pouvait, enfin, donner libre cours à ses goûts de faste et d'élégance; elle s'ingénia à orner pour son mari, de la façon la plus gracieuse, un intérieur somptueux et elle s'y fit naturellement et sans contrainte la parure de sa vie, le luxe de sa carrière et le plus heureux complément de sa valeur.

Dans ces réceptions où elle brillait d'un éclat sans pareil, elle ne trouvait pas seulement une distraction, elle y voyait même un devoir; elle pensait qu'une des gloires de la Chirurgie se devait de montrer la culture et le charme que la tradition française est capable de procurer aux grands esprits de la Science: elle voulait rappeler qu'au-dessus du chirurgien il y a l'homme, et que si celui-là s'élève par des qualités exceptionnelles de science, c'est aussi un des privilèges de notre race de susciter, chez celui-ci, le goût de la littérature et des arts, le culte de la musique et de la beauté.

Elle n'avait même pas à se grandir pour s'élever à la hauteur de sa dignité; il lui suffisait d'être elle-même. Avec elle c'était la chirurgie française qui recevait, c'était la Faculté qui se révélait sous les aspects d'une grande dame de haute distinction, que dis-je, c'était la France elle-même qui, parée de toutes ses grâces et riche de ses plus belles traditions, se montrait dans la splendeur de sa noblesse et de sa beauté.

Cette collaboration était d'autant plus nécessaire à Guyon, que par lui-même il se serait peut-être contenté d'un rôle plus modeste. Cet homme qui occupa les plus hautes fonctions de sa carrière, qui eut toutes les présidences et fut couronné de tous les honneurs, craignait beaucoup de paraître en public; parler l'effrayait plus encore, et jamais il ne put prendre la parole sans inquiétude, ni sans avoir un papier à la main.

Il écrivait intégralement toutes ses leçons et les composait le dimanche dans la journée. Il travaillait avec le même soin les discours qu'il était appelé à prononcer au nom de la Société de Chirurgie, de la Faculté ou de l'Académie qu'il présidait en 1901. C'est ainsi qu'il fit à Tours, en 1887, l'éloge de Velpeau; en 1896, celui d'Alphonse Guérin; à Lyon, en 1904, celui d'Ollier, et en 1913, il fit à l'Institut, comme président des cinq Académies, l'éloge de Cailletet, de Picard et de Championnière. Partout, la profondeur de sa pensée sait trouver une expression heureuse; il n'y a aucun lieu commun, aucun artifice, tout est sincère, digne et profond. Il admire ce qu'il aime et vante sans s'en rendre compte ses propres vertus: le travail, l'ordre, la volonté, la dépendance de ses devoirs.

Pendant toute cette période, Guyon fut un homme vraiment heureux, toutes les faveurs de la gloire et de la prospérité lui étaient réparties généreusement.

Les malades accouraient à lui du monde entier; ils lui restaient attachés par les liens de la reconnaissance et de l'admiration, presque de l'adoration.

Les hommes les plus célèbres de son temps l'honoraient de leur amitié, Pasteur, Bertrand, Brown-Séquard, Panas, Ollier, Marey, Alexandre Dumas, ses pairs s'inclinaient tous devant la noblesse et la dignité de sa vie, et ceux mêmes que ses succès avaient gênés ne pouvaient s'empêcher d'admirer une carrière toute d'honneur et de travail.

Mais il allait entrer bientôt dans la retraite, à soixante-quinze ans, et la vieillesse allait lui apporter le lourd tribut des épreuves réservées à ceux qui ont le malheur de vivre trop longtemps.

IV

C'est en 1906 qu'atteint par la limite d'âge, il quitta son service d'hôpital. Il avait une seule fois permis à l'affection de ses élèves de le fêter publiquement.

C'était en 1897, à ses trente ans de Necker, tous ses amis se réunirent autour de lui, sous la présidence de Championnière, en une journée que n'ont pas oubliée tous ceux qui y prirent part. Mais au jour de la retraite, l'action qui avait été la raison de sa vie ne lui était plus permise, alors il voulut le silence pour entrer dans l'oubli et il se retira sans manifestation.

Il laissait sa chaire à Albarran, qui avait été son premier agrégé; il appréciait ses dons prodigieux d'intelligence et d'activité, il sentait en lui la maîtrise nécessaire à la prospérité de son œuvre; mais il n'était pas sans inquiétude, car il le savait déjà frappé. Il eut en effet le chagrin de le voir mourir en 1912, et en juillet j'étais appelé à le remplacer.

Mon entrée à Necker fut, pour mon maître, une dernière joie : avec moi, il savait que c'était un peu de lui-même qui rentrait en sa maison, il savait que j'y serais toujours le gardien de son souvenir. Il assistait en novembre à ma première leçon et sentit vibrer à cette occasion les sentiments que la postérité conserve à sa mémoire.

Dans la retraite cependant, il ne consentit pas à laisser inactives les forces de son intelligence : « A quoi sert de vivre encore, disait-il, si on ne peut plus travailler. » Et avec le même souci qu'il avait apporté à sa Clinique de Necker pour la léguer en bon état à ses successeurs, il organisa sa terre de Bot-Conan.

Lorsqu'on va par la route de Fouesnant jusqu'à Beg-Meil, cette avancée jusqu'à la mer de la lande sauvage, on voit sur la gauche, à l'origine d'un chemin de traverse, un poteau sur lequel est écrit : Bot-Conan, terre de roi.

On suit le chemin au milieu des hortensias en fleurs, puis le sol s'incline en pente douce vers la mer, l'horizon s'élargit et une vue splendide se découvre jusqu'à l'infini. En face, la baie de Concarneau, large et silencieuse; à gauche, la baie de la Forest, où la mer assagie semble chercher le calme et le repos; et à droite, au delà de Beg-Meil, la mer immense et agitée, la mer de Bretagne.

C'est devant ce panorama grandiose dans une lumière éclatante et un climat assez doux pour permettre aux camélias de pousser en pleine terre, c'est là que Guyon, à soixante-douze ans, bâtit en bordure de la mer et presque sur la grève une propriété dont il voulut régler lui-même tous les détails : le plan de la maison, les allées, les vues sur le large et l'envolée vers les bateaux de pêche, qui chaque jour à la marée montante gagnent la haute mer et colorent l'horizon des teintes bleues de leurs filets.

. . . .

Depuis longtemps, il sentait la guerre fatale, il la voyait venir et, pour satisfaire les aspirations de son patriotisme, il donna toute la force de son expérience à l'organisation chirurgicale de la Société de secours aux blessés militaires.

De concert avec la comtesse d'Haussonville et avec le marquis de Voguë, il fondait l'Hôpital des Peupliers, il y installait une école d'infirmières, sous la direction d'une femme d'élite, Mlle Génin, et c'est à lui que cette Société dut d'avoir, aux premiers jours de la guerre, un magnifique contingent d'infirmières bien formées et dont la collaboration éclairée fut si précieuse et si appréciée dans l'affolement des premières hostilités.

Cependant, la vieillesse lui apportait peu à peu l'inévitable cortège de ses amertumes et de ses douleurs; à part une grave maladie qui mit sa vie en danger en 1886, il avait toujours bénéficié d'une résistance extraordinaire; il avait cependant, en 1893, perdu l'œil droit, ce qui ne l'empêcha pas d'opérer encore pendant vingt ans. En 1917, une chute dans son escalier déterminait une fracture partielle de la colonne cervicale et lui laissa une déformation permanente de l'attitude, avec une sensible inclinaison de la tête.

Mais c'est autour de lui que le malheur frappait des coups de plus en plus durs; la destinée marquait d'une cruauté chacune des joies qu'elle lui avait données, et le séparait pour toujours de ceux qu'il avait le plus aimés. Il perdait successivement son gendre, qu'il aimait comme un fils, puis l'un de ses fils en qui il avait mis tout son cœur et son espoir, et enfin sa femme, cette femme intelligente et cultivée, qui avait été la fierté de sa vie, l'associée de sa gloire. Pendant des années, il la vit décliner à ses côtés et son affection multiplia vainement pour la guérir les attentions les plus délicates, et devant l'inévitable son cœur se brisa de douleur.

Et voici qu'il perdait aussi ses élèves les plus chers : Duchâtelet, l'ami de tous les jours, le collaborateur fidèle de toutes ses opérations; Albarran, dont il était si fier; Segond, qu'il aimait comme un enfant gâté, et Championnière, son premier interne et dont il venait de faire à l'Institut son collègue et son successeur.

Et lui, la hache du bûcheron l'épargnait toujours: au milieu de ces tombes, il vivait encore, drapé dans sa douleur, et consolant avec la douceur de ses souvenirs l'amertume de ses regrets, mais surtout sou-

tenu par la piété, le dévouement et la tendresse de sa fille et de ses petits-enfants, auxquels il léguait en pleine confiance l'hérédité d'un beau nom et les traditions d'un grand caractère.

Il me faisait à moi-même deux recommandations : la première, c'était de garder toujours à ses salles de Necker le nom de ses maîtres : Laugier et Velpeau, qu'il leur avait lui-même attribués; la deuxième, c'était de m'opposer à tout monument destiné à perpétuer sa mémoire.

Et dans ses volontés suprêmes quelle grandeur à la fois et quelle simplicité!

Au bord de la tombe, il se retourne une fois encore pour donner à ses maîtres une pensée de reconnaissance et d'affection, et prolonger au delà de lui-même la fidélité qu'il leur conserva toujours.

Mais, pour lui-même, il ne veut que se confondre avec l'œuvre qu'il a fondée, et il accepte seulement que j'ajoute son nom à la Clinique dont il fait lui-même le monument définitif de son souvenir : elle est et restera toujours la Clinique Guyon.

Cependant, son heure n'était pas encore venue, et la guerre allait, hélas, lui apporter un nouveau fardeau d'inquiétudes et de préoccupations.

Il vécut les grandes émotions du début, la tristesse des premiers revers; puis, cet admirable sursaut d'énergie qui aboutit à la victoire de la Marne, et ce grand et merveilleux prodige d'une nation dressée tout entière devant l'ennemi héréditaire, et donnant à la plus sainte des causes tout son sang, toute sa jeunesse, toutes ses énergies actuelles et toutes ses espérances du lendemain.

Il vécut ces longues heures d'inquiétude et d'angoisse où nous attendions l'issue de ce grand drame le plus grand que l'Histoire ait jamais connu, et où les peuples s'affrontaient, les uns pour la domination du Monde, les autres pour le triomphe du Droit.

Mais il vécut aussi ce jour béni de l'Armistice, et du fond de sa retraite il partagea l'enthousiasme de tout un peuple qui fêtait dans la réconciliation des partis la joie de vivre et de vivre dans la victoire.

Et quand il entendit plus tard le canon de la Paix annoncer au Monde le retour de Metz et Strasbourg à la mère patrie, il se sentit pénétré d'une joie immense et profonde.

Depuis cinquante ans, toutes les fibres de son cœur, toutes les aspirations de son être attendaient en patience la réalisation de ce beau jour.

Il resta longtemps silencieux, les yeux à l'infini, et comme fixés par un spectacle grandiose qui illuminait ses traits d'un bonheur et d'une fierté qu'on ne lui connaissait plus; dans une de ces visions d'avenir réservées à ceux dont l'âme va bientôt quitter la terre, il voyait la France plus belle et plus grande que jamais, refaire dans la gloire l'unité de ses enfants; il la voyait donner l'exemple de la modération dans la victoire et de la loyauté dans les engagements; il la voyait réparer seule devant un ennemi réfractaire ses dévastations et ses ruines, et corriger elle-même les imprudences de ses propres folies; il la voyait enfin acquérir tant de prestige et d'équilibre que les nations venaient implorer les conseils de son expérience et l'appui de ses ressources; et la France à son tour répondait à la détresse du Monde en montrant qu'elle était toujours la « Fraternité vivante ».

C'est dans ce beau rêve qu'il s'endormit pour toujours : c'était le 20 juillet 1920, le dernier jour de sa quatre-vingt-neuvième année.

***

Telle fut, Messieurs, en ses étapes glorieuses, la vie de Félix Guyon.

Et aujourd'hui, en l'année de son Centenaire, plus de dix ans après sa mort, sa grande figure loin de perdre de son éclat semble, au contraire, recevoir du temps ces reflets d'or que les années apportent aux chefs-d'œuvre de l'art le plus pur, et nous pouvons, avec plus de vérité encore, en dégager les enseignements.

Par la noblesse et la distinction de toute sa vie, il fut l'honneur de la profession médicale; par sa conscience, par son travail, il fut un modèle, et lorsque sera disparu le dernier de ceux qui, parmi nous, ont pu bénéficier de son exemple et du rayonnement de sa valeur, il restera encore marqué du doigt de la postérité comme un créateur.

Dans ce vingtième siècle, si riche de gloire et de magnifiques conquêtes, dans ce siècle de Claude Bernard et de Pasteur, des rayons X et de l'anesthésie, il a fixé sa place à côté des plus grands noms, en imprimant à sa spécialité une orientation définitive.

Les années à venir accumuleront de nouvelles conquêtes; la Science marchera à pas de géant dans un monde prodigieux de merveilles encore insoupçonnées, mais aucune de ces conquêtes réalisées ou à venir ne diminuera l'éclat de son nom; son œuvre initiale et profonde restera entière; et si haut, si large que soit jamais élevé l'édifice du Progrès, on verra toujours resplendir d'une lumière éclatante le sillage de Guyon au firmament de l'Histoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 8 DÉCEMBRE 1931)

Lecture du rapport de M. le Secrétaire annuel.

Proclamation des prix, par M. LE PRÉSIDENT.

Eloge de M. Félix Guyon, par M. LEGUEU. (Voir plus haut.)

PRIX DÉCERNÉS EN 1931

PRIX ALBERT Ier DE MONACO (100.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Veillon, professeur à l'Institut Pasteur.

PRIX ARGUT (800 fr.). — L'Académie attribue ce prix à M. le Dr Lacharité (de New-York).

PRIX BERRAUTE (un titre de 3.092 fr. de rente 3 p. 100). — L'Académie décide de partager les arrérages du prix, par parties égales, entre MM. Oberling et Guérin (de Paris).

PRIX BLONDET (20.000 fr.). — L'Académie décerne le prix et partage les arrérages de la façon suivante : MM. Chaba-

nier (de Paris) et Lobo-Onell (de Santiago), 6.000 fr.; Mme Yvonne Schaeffer (de la Seine), 3.000 fr ; M. le Dr Fleuret (de Nancy), 3.000 fr.

Prix Boggio (4.800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Bayle (de Paris).

Prix Mathieu Bourceret (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Ch. Laubry et Adalbert van Bogaert (de Paris).

Prix Buignet (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. Etienne et Philippe Barral (de Lyon).

Prix Buisson (12.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Jules Auclair (de Paris); une mention très honorable à MM. Leroy et Médakowitch, de l'Asile Sainte-Anne.

Prix Elise Caillebet (500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Claude Bouysset (de Lyon).

Prix Capuron (2.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. les Drs Paul Baron (de Paris) et Pierre Merle (de Montpellier).

Prix Clarens (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Schapiro (de Paris).

Prix Desportes (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix et partage les arrérages de la façon suivante : 1° M. le Dr Vellard (de Rio de Janeiro), 750 fr.; 2° MM. A. et R. Sartory et J. Meyer (de Strasbourg), 250 fr. chacun.

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont destinés à récompenser l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent. Cette année, ces arrérages sont attribués à M. Robert Worms.

Prix Ernest Godard (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Blanchet (de Lyon).

Prix Jacques Guérétin (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix et partage les arrérages de la façon suivante : 1° MM. Pasteur Vallery-Radot et Lucien Rouquès (de Paris), 375 fr. chacun; MM. Worms et Le Mée (de Paris), 375 fr. chacun; une mention très honorable à M. le Dr Jacquemin, du sanatorium de Larressore.

Prix Guzmann (un titre de rente de 2.500 fr.). — Les arrérages de ce prix sont attribués, avec partage égal, à MM. Pierre Gley et Kistinios (de Paris).

Prix Helme (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Couture (de Lyon).

Prix Théodore Herpin [de Genève] (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Mollaret (de Paris).

Prix Huchard (8.000 fr.). — L'Académie partage le prix entre MM. les Drs René Morin (du Sénégal) et Phan Van Lu (de Cholon); une mention très honorable à M. Georges Perrin, interne des hôpitaux.

Prix Hugo (1.000 fr.) — L'Académie attribue le prix à

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Relation rapide Londres-Paris-Nice-San-Remo. — A partir du 11 décembre, un rapide composé de wagons-lits, de lits-salons, de couchettes et de voitures de 1re et 2e classes, relie tous les jours Londres à la Côte d'Azur, via Paris. Ce train comporte un wagon-restaurant sur tout son parcours ainsi qu'un wagon-lits pour San Remo.

Départ de Londres Victoria 14 h., Paris P.-L.-M. 22 h. 15.

Arrivée à Marseille Saint-Charles 10 h. 30, Toulon 11 h. 52, Cannes 14 h., Nice 14 h. 45, Menton 15 h. 52, Vintimille 16 h. 15, San Remo 18 h. 05.

Mme le Dr Mélina Lepinska (de Paris); des mentions très honorables à MM. les Drs Armand Robert, Léon Palès, Jacques Vié et Raymond Boissier.

PRIX HUGUIER (4.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Claude Béclère (de Paris).

PRIX INFROIT (5.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Iser Solomon (de Paris).

PRIX JACQUEMIER (2.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Raymond Mabon (de Bordeaux).

PRIX LABORIE (7.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Jean Patel (de Paris).

PRIX DU BARON LARREY (500 fr.). — L'Académie décerne le prix et partage les arrérages de la façon suivante : M. le Dr Raoul Hurstel (de Paris), 250 fr.; MM. Worms et Bolotte (de Paris), 125 fr. chacun.

PRIX LAVAL (1.200 fr.). — L'Académie attribue les arrérages du prix Laval à M. Jean Cauchoix, pupille de la Nation, étudiant de première année.

PRIX LE PIEZ (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix et partage les arrérages de la façon suivante : MM. les Drs Worms et Delafarge (de Paris), 250 fr. chacun; M. le Dr Imbert (de Paris), 500 fr.; Mlle le Dr Juliette Scherrer (de Paris), 500 fr.; M. le Dr Fischer (de Bordeaux), 500 fr.

PRIX LOUIS (4.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à Mme et M. Jacques Trefouel (de Paris).

PRIX A.-J. MARTIN (1.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Horace Goldie (de Paris).

PRIX CLAUDE MARTIN (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Rubrecht (de Gand).

PRIX MÈGE (1.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Jean Dublineau (de Paris).

PRIX MEYNOT (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Baillart (de Paris); une mention très honorable à M. le Dr Keller (d'Hanoï).

PRIX MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Schmutz (du Bas-Rhin).

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — Ce prix est décerné à M. Paul Thiroloix.

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. Lortat-Jacob et Solente.

PRIX POURAT (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à Mlle Jeanne Lévy (de Paris).

PRIX REDARD (5.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. Paul Funck-Brentano (de Paris).

PRIX REYNAL (1.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Eugène Briau (de Paris); une mention honorable à M. le Dr Eylaud (Gironde).

PRIX RICORD (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Roucayrol (de Paris).

PRIX MARC SÉE (1.200 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. Philippe Bellocq (de Strasbourg).

PRIX TARNIER (4.000 fr.). — L'Académie accorde une mention très honorable à M. le Dr Bidoire (de Paris).

PRIX TESTUT (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix et partage les arrérages par moitié aux Drs Pedro Belou (de Buenos-Ayres) et Villemin (de Bordeaux).

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie partage ce prix entre M. le Dr Pozerski (de Paris), 600 fr., et M. le Dr Henri Bouquet (de Paris), 200 fr.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — 1° *Rappels de médailles d'or* : MM. les Drs Emeric, Ginestous et Paquet.

2° *Médaille d'or* : M. le Dr Barbary.

3° *Médailles de vermeil* : MM. les Drs Maillard et Piquet.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — *Médailles d'argent*, à : MM. les Drs Metzger (de Paris), Rohmer (de Strasbourg), Longeviaille et Besson (de Paris).

Rappels de médailles de bronze : MM. les Drs Grenaud (de Vichy), Ruby (de Laon), Felhoen (de Neuilly-sur-Seine), Bonenfant (de Soissons).

Médailles de bronze : MM. les Drs Sergent, Bénard, Héraux (de Paris), Fischer (de Bordeaux), Fauchon (de Saint-Malo), Mosquet (de Saint-Hilaire-du-Harcourt), Lamouroux (de Montpellier), Arquier (de Béziers), Mas (de Lodève), Woringer et Forest (de Strasbourg).

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde, pour le service de la vaccine, en 1930 :

1° **Vaccination antivariolique**. — *Médaille d'honneur*, à : MM. les Drs Sergent (d'Alger), Tanon (de Paris).

Rappels de médailles de vermeil, à : M. le Dr Gourichon (de Paris).

Médailles de vermeil, à : MM. les Drs Bénard (de Paris), Gobert (de Tunis), Haury (de Paris).

Médailles d'argent, à : MM. les Drs Aubin (de Karikal), Béguet (de Saint-Eugène), Brégeat, (d'Alger), Chardin (de Montreuil-sous-Bois), Estève (de Thanh-Hoa), Estrabaut et Gauja (de Paris), Reynal (de Tunis).

Rappel de médailles de bronze, à : MM. les Drs Besson, Dupuy et Forestier (de Paris).

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Barthelme (de Benfeld), Baumann (de Mulhouse-Dornach), Bloch (de Neuf-Brisach), Chognon (de Saint-Jean-des-Ollières), Combris (de Saint-Amand-Roche-Savine), Coudray (de Perpignan), Duter (d'Ivry-sur-Seine), Epaud (de Pantin), Girauld (de Paris), Goellner (de Saint-Amarin), Haag (de Ribeauvillé), Harvier (de Paris), Heid (de Munster), Legroux et Lemaistre (de Paris), Malterre (de Vic-le-Comte), Miodet (de Saint-Dier-d'Auvergne), Munsch (de Niederbronn-les-Bains), Pfiffer (de Strasbourg), Pinquet (de Lezoux), Portalier (de Pontaumur), Raboisson (au Togo), Sergent (d'Alger), Schneider (de Quatzenheim), Sschoepper (de Marmoutier), Schueller (de Ensisheim), Trensz (d'Alger), Vitry (de Paris).

2° **Vaccination antidiphtérique**. — *Médailles d'argent*, à : MM. les Drs Bataille-Sarthou (de Marles-les-Mines), Beaudouin (de Corlay), Berger (de Bourganeuf), Brasseur (du Petit-Quevilly), Gaumet (de Boussac-la-Ville), Heisch (de Bouligny), Jacob (d'Yvetot), Jouen (de Mont-Saint-Aignan), Lièvre-Brizard (d'Evreux), Mantalti (de la Garenne-Colombes), Marchand-Pouchot (de Viroflay), Mevel (de Ouistreham), Nicolle (de Tunis), Porez (de Lille). Rafinesque (de Paris), Vincent (de Sardent).

Médailles de bronze à : MM. les Drs Aidan (d'Aulnay-sous-Bois), Albertin (de Mézériat), Bellamy (de Plessala), Blanc-Perducet (de Lyon), Brongniart (d'Asnières), Cambier (de Lens), Camus (d'Arras), Carle (de Lillers), Carrez (de Mornant), Cornier (de Pont-Sainte-Maxence), Cros (de Pierre-Bénite), Delecour (de Noyelles-sur-Lens), Descottes et Dessaix (de Bénévent-l'Abbaye), Duminil (de Paris), Ferrier (de Campagnac-les-Hesdin), Gardère (de Lyon), Gevry (d'Amplepuis), Girod (de Pont-Saint-Maxence), Goigoux (de Dunle-Palleteau), Guglielmi (de Pont-Sainte-Maxence), Guillat (de Saint-Jean-en-Royans), Henry des Tureaux (du Grand-Bourg), Herr (de Grigny), Herviault (de Paimpol), Jacquet (de Saint-Didier-sur-Chalaronne), Jambon (de Lyon), Keller (de Saint-Cloud), Ladure (de Boussac), Laurent (de Bois-Colombes), Leconte (de Paris), Lefebvre (Gaston) et Lefebvre (M.) (de Lens), Lévy (de Lyon), Lheureux (d'Avion), Magniez (de Reims), Planas (d'Etoile), Schaffner (de Lens), Stepinski-Vessière (de Montigny), Teissier (de Chaumont-en-Vexin), Trufiuet et Weigert (de Lyon).

Métabolisme et fonctions des cellules. Esquisse d'une physiologie des réactions productrices d'énergie dans la cellule vivante, par L. GÉNEVOIS, maître de conférences à la Faculté des sciences de Bordeaux. Un volume de 120 pages. — Prix : 26 fr. — Paris, Masson et Cie.

INFORMATIONS

(SUITE)

MM. El Baz, Ennuyer, Etienne, Eudel, Mlle Eyraud, MM. Eyriès,

Faugeroux, Faure (Jean), Faye, Fayet (Jacques), Feinmann, Feld, Ferrari, Feuillette, Fischer, Fouassier, Fouilloy, Fournial, Mlle Fournier, MM. François, Fretet, Friez, Friszberg, Froissant,

Galimard (Pierre), Gallant, Gany, Garelly, Gaudin, Gazel, Geismar, Gibon, Girard (Louis), Giraud (Lucien), Girault (Louis), Goldman (Michel), Gouffier, Goulène, Gout, Gouzé, Grain, Grand, Grandin, Grégoire, Mlle Grinblatte, MM. Guénon des Mesnards, Guiot,

Hacker, Hadjidimo, Hanoune, Mlles Hervé, Huard, MM. Huber,

Jalladeau, Janeau, Joly, Mlle Jooss, MM. Jouannard, Jugnet, Mlle Juster,

MM. Korner, Krenner,

Lac (du), Lafon (Jacques), Lafont (Louis), Laik (Henry), Lambert (Raymond), Landau, Laneuville, Laquintinie, Lartigue, Lascaux, Mlle Latron, MM. Laubry, Laure, Laurence, Lavoué, Lazar, Lazarovici, Leblond, Le Cudonnec, Mlle Lefèvre, Legros, Lemanissier, Mlle Lemarchand, MM. Lenoir (Pierre-Georges), Lenoir (Jean-Pierre), Leprêtre, Lervi, Lesca, Lesieur (Jean), Le Sourd, Le Tensorer, Lévy (Robert), Liermain, Lignon, Lion, Livory, Loiseau, Mlle Loloum, MM. Longraye, Loze, Lucas, Lucquin,

Magne-Rouchaud, Mannoni, Mlle Marquis, MM. Marre, Martin (Joseph), Martinon, Maschas, Matteo (di), Mayaud, Mercadier, Merle, Mestries, Meyer, Milliez, Misserey, Monier (Henri-Adrien), Mlle Monin, MM. Moreau (Jean-Paul), Morel-Fatio, Motte, Mouchot, Mousseau, Mozziconaci, Musset,

Nespoulos, Neveu (Jean), Nobili (de), Nonique,

Mlle Olivier, M. Ollier, Mme Orgeolet, MM. Oudot (Maurice),

Paingault, Perdrix, Persatre, Petit (Camille), Picard (Georges), Picot, Pierre-François, Pinet, Pizon, Pocoule, Poirier (Michel), Pollak, Prialnik, Prunel,

Rault (André-Louis), Rault (Jean-Achille), Raymondaud, Raynaud, Reignier, Reinert, Roche, Rouge, Rougean, Rougier, Roulland, Rousset, Rouveix, Royer.

Mlle Saguez, M. Saïdi, Mlle Saint-Paul, MM. Saliou, Sallé, Mlle Saulnier, Schaefer (Georges), Schaffer (Herbert), Schapira, Schechter, Schiller, Schneider (André), Sénéchal (André), Sénéchal (Jean), Sevileano, Sierra, Sikarov, Silberstein, Sorin, Soubiran, Souriac, Mlle Stalhand, MM. de Stoppani, Stutinsky,

Tarchiani, Tardieu, Temime, Mlle Teodoresco, MM. Tétreau, Teyssier, Thaler, Thaon, Mlles Thévenot, Thieullen, MM. Touati, Toulouse, Tulou, Turpin-Rotival,

Vallade, Valletta, Van-Kim, Vassal, Vatner, Vercier, Vialatte, Mlles Vidal de la Blache, Vigneron, MM. Vionnet, Vitanyi,

Wagner, Walther (Roger), Weill (Francis), Weydert, Wiehn, Winierzki, Mlle Wirz, M. Worré,

Zahler, Zuckermann.

AVIS DE CONCOURS. — Il sera ouvert, à Paris, au ministère de la Santé publique, en janvier 1932, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental des Services d'hygiène. En outre des Services d'hygiène publique, ce médecin sera chargé de la direction des Services d'hygiène sociale et, notamment, du Service des dispensaires.

Ce concours est réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecin hygiéniste et aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français ou de l'Institut Pasteur de Paris. (*J. O.*, 6 déc. 1931, p. 12490.)

— Un concours sur titres pour l'emploi de médecin spécialisé du Dispensaire public départemental d'hygiène sociale des Pyrénées-Orientales, service antituberculeux, est ouvert du 5 décembre 1931 au 12 janvier 1932.

Les candidats devront être Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante-cinq ans au plus, munis du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat) et du diplôme d'un Institut d'hygiène de Faculté française. Ils devront avoir satisfait à la loi militaire. La limite d'âge ci-dessus est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires.

Les candidats devront établir leur demande sur papier timbré et l'adresser avant le 12 janvier 1932 à M. le Président du Conseil d'administration du Dispensaire public départemental d'hygiène sociale à Perpignan, 2, rue Petite-la-Monnaie, avec le dossier habituel.

Le registre portant inscription des candidatures sera irrévocablement clos le 12 janvier 1932.

Le candidat désigné pour remplir les fonctions ci-dessus, prendra son service à partir du 1er février 1932 et sera immédiatement titularisé.

En outre du Service antituberculeux du Dispensaire, ce médecin sera chargé des Services d'hygiène publique à la Préfecture.

Le traitement est fixé à 50.000 fr. par an, avec augmentation de 3.000 fr. tous les trois ans, jusqu'à concurrence de 62.000 fr.; une indemnité annuelle de 20.000 fr. est en outre prévue pour les frais de déplacement.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 31e décade (1er-10 novembre 1931), 1.219 décès totaux, dont 1.030 de personnes domiciliées ou résidantes à Paris, au lieu de 1.106 pendant la décade précédente et de 1.051, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années, et 189 de personnes domiciliées dans les communes du département de la Seine autres que Paris.

Parmi les 1.030 décès de population domiciliée ou résidante à Paris :

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 60 au lieu de 37 pendant la décade précédente (moyenne 34).

6 cas de variole ou varioloïde ont été confirmés.

7 cas de varicelle ont été signalés.

La scarlatine a causé 0 décès, au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 84; il s'élevait à 61 pendant la décade précédente (moyenne 73).

Les décès causés par les autres maladies infectieuses sont inférieurs à la moyenne.

NOTES DE PRATIQUE

ARYTHMIES

Pour lutter contre la déficience de la circulation — que celle-ci soit conditionnée par la défaillance du cœur ou par l'insuffisance artérielle, ou par un obstacle viscéral (rénal généralement) — un vaste arsenal thérapeutique est à la disposition du praticien. Mis à part, les deux chefs de file qui sont digitale et strophantus, l'extrait total d'adonis ou Diurène agit avec netteté, il renforce l'énergie contractile du myocarde défaillant et régularise le rythme devenu pathologique. De plus, c'est un diurétique puissant qui active l'élimination de l'eau, des chlorures et des déchets azotés.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 100. — MERCREDI 16 DÉCEMBRE 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 16 DÉCEMBRE 1931. — N° 100.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les accidents épileptiformes d'origine pleuro-pulmonaire, par M. L. Marchand
EN L'HONNEUR DE LA MÉDECINE BELGE
Discours prononcé par M. le professeur Forgue.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société des chirurgiens de Paris.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1930-1931.
CHRONIQUE
Manifestation médicale franco-belge, par M. F. L. S.
CONGRÈS
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
La loi Armbruster modifiée est votée au Sénat.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES DE PRATIQUE
NOTES POUR L'INTERNAT
Fractures du coude chez l'enfant. Formes cliniques et diagnostic.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Mutations des chirurgiens des hôpitaux. — 1° A l'hôpital Boucicaut (docteur Dujarier, décédé), M. le docteur Labey, de l'hôpital Lariboisière; à l'hôpital Lariboisière, M. le docteur Cadenat, de l'hôpital Saint-Louis; à l'hôpital Saint-Louis, M. le docteur Moure, de la Maison municipale de santé; à la Maison municipale de santé, M. le docteur Guimbellot, titularisé.

2° A l'hôpital Saint-Antoine (docteur Lapointe, limite d'âge), M. le docteur Bréchot, de l'hôpital Broussais; à l'hôpital Broussais, M. le docteur Mondor, titularisé.

3° A l'hôpital Saint-Louis (docteur Mouchet, limite d'âge), M. le docteur Martin, de l'hospice d'Ivry; à l'hospice d'Ivry, M. le docteur Deniker, titularisé.

4° A l'hôpital Lariboisière (docteur Marion, limite d'âge), M. le docteur Heitz-Boyer, de l'hôpital Saint-Louis; à l'hôpital Saint-Louis (urologie), M. le docteur Gouverneur, titularisé.

5° A l'hôpital Bichat (premier service nouveau), M. le docteur Küss, de l'hôpital de la Charité.

6° A l'hôpital Bichat (deuxième service nouveau), M. le docteur Capette, titularisé.

— Mutations des oto-rhino-laryngologistes. — A l'hôpital Saint-Louis (docteur Lemaître, nommé professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie à Lariboisière), M. le docteur Halphen, titularisé.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Duffard, Nancel-Pénard, Darmaillacq, Cornette de Saint-Cyr, Grenet, Vernet, Dutrénit, Ferran, Sentenac, Beaumont.

Internes provisoires : MM. Jaulain, Georget, de Boucaud, Corcelle, Lumeau, Deprecq, Depierris.

— Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Cardinaud, Tran Cong Lang, Duvergey, Lafon, Perscher, de Lachaud, Mlle Lafitte, MM. Langlois, Turon, Pinson, Feiliard, Puech, Ramirez del Villar, Labarthe, Vala, Léger, Marcoux, Baron, Julien Labruyère, Mingasson, Caro, Poinot, Bourland, Magenc, Le Bras, Caillet, Le Lourd, Auriac, Perpère, Laporte, Mauric, Melence, Carrère, de Lostalot-Bachoué, Le Blouch, Geniaux, Duhart, Fougerat, Hebraud, Carel, Leonetti, Salle, Marton, Bache, Cros, Quiniou, Larrieu, Le Goff, Castera, Sappey, Aubert, Daraignez, Delauney. Bergues, Forgeaud, Hodoyer.

— Le concours de l'Internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : Mlle Greaupeau, M. Kérgounon, Mlle Chaussat, M. Pochard, Mlle Cazaux, MM. Souterbicq, Couraud, Raynaud.

Internes provisoires : Mlles Gourvet, Cabana, M. Germain, Mlle Devé, M. Regner.

HÔPITAL GÉNÉRAL D'ARGENTEUIL. — *Concours de l'internat.* — Questions posées :

Ecrit. — « Nerf radial sans les racines. — Complications du rhumatisme articulaire aigu. Signes, diagnostic, traitement. »

Oral. — « Crise appendiculaire aiguë. Signes, diagnostic, traitement. — Causes et traitement des hémoptysies. »

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Forestier, Gros, Bataille, Barrère Cassagnet, Bousquet, Moutarmel.

Internes provisoires : MM. Pruvost, Robine, Sallé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Chefs de clinique et attachés médicaux (1931-1932) :

Cliniques médicales. — Hôtel-Dieu : MM. Caroli, Delalande, Veran, Thiroloix, titulaires; — Cochin : MM. Moussoir, Poumailloux, Cahen, Rivoire, titulaires; — Saint-Antoine : MM. Oumansky, Delarue, Duruy, Mlle Pau, titulaires; Mme Ragu, adjointe; — Pitié : MM. Azerad, Besançon (Justin), Dreyfus (Gilbert), Mlle Dreyfus-Sée, titulaires; — Pitié (thérapeutique) : MM. Boltanski, Rudolf, titulaires; — Charité (propédeutique) : MM. Lonjumeau, Imbert, Vibert, Launay, titulaires; — Laennec (tuberculose) : MM. Thoyer, titulaire; Lamy, délégué.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu : MM. Meillère, Banzet, titulaires, — Cochin : MM. Pascal, Pelle, Rouques (Pierre), titulaires; — Salpêtrière : MM. Funck, Budouin, Lecœur, titulaires; Jahiel, attaché médical; — Saint-Antoine : M. Hussenstein, titulaire; — Vaugirard (thérapeutique) : MM. Redon, Merle d'Aubigné, Leroy (R.), Dulac, titulaires; Beloux, attaché médical.

Cliniques obstétricales. — Baudelocque : MM. Laennec, titulaire; François, adjoint; Laporte, attaché médical; — Tarnier : MM. Bidoire, Bucquoy, Bompart, titulaires; — Pitié : Mlles Bœgner, Choquart, M. Luzuy, titulaires.

CLINIQUES SPÉCIALES. — *Oto-rhino-laryngologique.* — Lariboisière : MM. Baudoin, Remy-Neris, Maduro, titulaires.

Urologique. — Necker : MM. Lieutaud, Maximin, titulaires.

Maladies mentales. — Sainte-Anne : MM. Le Guillant, Migault, Masquin, By, Dublineau, titulaires.

Maladies infectieuses. — Claude-Bernard : MM. Bourgeois (Jean), Layani, titulaires.

Hygiène et clinique de la première enfance. — Enfants assistés : MM. Bohn, Benoist, Baize, titulaires.

Médicale infantile. — Enfants-Malades : MM. Liège, Martin, Kaplan, titulaires.

Neurologie. — Salpêtrière : MM. Michaux, Thurel, Bize, Rouques (Lucien), titulaires.

(Voir la suite des « Informations », p. 1885.)

CHRONIQUE

MANIFESTATION MÉDICALE FRANCO-BELGE

L'Union médicale latine (UMFIA) vient d'organiser une splendide manifestation en l'honneur de la médecine belge et de nos confrères de Belgique.

Le banquet de la semaine dernière était placé sous la présidence d'honneur de S. E. le baron de Gaiffier d'Hestroy, ambassadeur de Belgique, et sous la présidence du maître de Montpellier, M. le professeur Forgue, correspondant de l'Institut. Autour d'eux, 400 convives étaient réunis. A la table d'honneur, on remarquait les ambassadeurs ou ministres de *vingt nations latines.* La plupart des professeurs et des agrégés de la Faculté de médecine de Paris étaient venus pour honorer nos amis de Belgique.

Au premier rang d'entre eux avait pris place M. le professeur Bordet, l'illustre savant à la réputation mondiale, qui dirige avec tant d'autorité l'Institut Pasteur de Bruxelles. A ses côtés, les professeurs Henrijean et Brouha (de Liége), Dustin (de Bruxelles), Lemaire (de Louvain), Léopold Mayer, Voncken, Crousse, René Beckers, Rosenthal, Delchef, Jacques (de Bruxelles), Marchal (d'Anvers)...

Des toasts furent prononcés d'abord par les brillants organisateurs de cette manifestation, nos amis Molinéry et Dartigues. Avec leur éloquence ardente, ils exprimèrent à nos confrères de Belgique leur admiration et leur affection.

Puis le docteur Voncken, le docteur Léopold Mayer, le docteur René Beckers répondirent avec esprit et cordialité. Notre confrère Georges Baillière, parlant au nom de l'Association de la Presse médicale, salua dans les termes les plus heureux nos hôtes, puis le professeur Nicolau (de Bucarest) se fit l'interprète de la Roumanie.

M. le professeur Bordet se leva au milieu d'une ovation prolongée. En termes très mesurés, très fermes et très émouvants, il définit la situation de la Belgique dans le monde à l'époque troublée que nous traversons. « Certes, dit-il, on parle beaucoup de désarmement et, quand nous regardons autour de nous, nous constatons qu'un seul désarmement a été opéré, celui de la moralité. » M. Bordet souhaite l'union des nations, mais, ajoute-t-il « on ne peut réunir les esprits sans fondre les cœurs ! » et au milieu des acclamations, il proclame l'union indissoluble des cœurs belges et des cœurs français.

Puis M. le professeur Forgue prononça le magnifique discours que nous sommes heureux de publier plus loin, et la belle manifestation de l'UMFIA se termina par une allocution de S. E. l'ambassadeur de Belgique.

F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

COLITES ET PARASITISMES

Les troubles gastro-intestinaux les plus divers, douleurs épigastriques, diarrhées dysentériformes, entérocolites, relèvent souvent du parasitisme. Nombre de praticiens s'accordent, à l'heure actuelle, pour considérer ces affections comme des manifestations de la réaction de défense de la muqueuse aux toxines vermineuses. On a souvent constaté en effet que ces troubles cédaient rapidement presque sans autre médication après l'expulsion des vers. R. Butteaux rapporte à ce sujet l'observation d'une colite muco-membraneuse qui n'a pu être guérie par autovaccin qu'après l'expulsion d'ascaris (*Presse méd.*, 16 juillet 1930).

Avant de donner un autovaccin à un colitique il faut donc le débarrasser de ses parasites, mais il est nécessaire pour cela de s'adresser à un anthelminthique non toxique pour l'homme, et surtout non irritant, ne risquant pas par son action d'aggraver l'état de la muqueuse intestinale. Les récents travaux du docteur J. Chevalier (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1927; *C. R. de l'Acad. de méd.*, 1928) en dotant la thérapeutique d'un nouveau vermicide : les pyréthrines, ont mis à la disposition du médecin un produit anthelminthique d'une efficacité remarquable, en même temps que d'une parfaite innocuité pour le malade.

Ne pas craindre donc de prescrire — avant toute autre chose — dans les cas d'entéro-colite une ou plusieurs cures de chrysémine, pyréthrine hémisynthétique, rigoureusement dosée (méthode physiologique) et d'action toujours fidèle.



* *

INFORMATIONS

(SUITE)

Ophtalmologique. — Hôtel-Dieu : MM. Blum, Renard, Veil (Prosper), titulaires; Dupuy-Dutemps, Mlle Braun, adjoints.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Saint-Louis : MM. Carteaud, Cohen (R.), Ragu, titulaires.

Gynécologique. — Broca : MM. Peytavin, Roy, titulaires.

Chirurgicale infantile. — Enfants-Malades : MM. Garnier (Ch.), titulaire; Armingeat, adjoint.

— MONTPELLIER. — La chaire de thérapeutique et matière médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le mercredi 15 juin 1932, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le mercredi 15 juin 1932, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. le professeur Charles Richet a été élu vice-président en remplacement de M. le général Bourgeois appelé à la présidence pour 1932.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Pépy, ancien médecin aide-major.

— A l'occasion du Centenaire de Guyon, M. le professeur Hogge (de Liége) a été promu officier de la Légion d'honneur.

CONSEIL DE L'ORDRE DE LA LÉGION D'HONNEUR. — M. le médecin général Polin, grand officier de la Légion d'honneur, est renommé membre du Conseil de l'Ordre.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Un poste de médecin chef de service à l'Asile privé faisant fonctions d'Asile public d'aliénés de Bégard (Côtes-du-Nord) est vacant par suite du départ de M. le docteur Godard, nommé à un autre poste.

INAUGURATION DE L'HÔTEL CHAMBON (Hôtel des Syndicats médicaux français) ET COMMÉMORATION DU CINQUANTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA CRÉATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS. — Cette double cérémonie aura lieu à l'hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe), le samedi 19 décembre 1931, à 17 h., au cours de l'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux, dans la grande salle des séances, sous la présidence de M. Paul Doumer, président de la République, et en la présence de M. Landry, ministre du Travail, et M. Blaisot, ministre de la Santé publique.

MUSÉE DE L'ARMÉE. — Le docteur Polaillon est nommé membre du Conseil d'administration du Musée de l'armée.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pierre Fayollat (de Saint-Martin-d'Hères), Lebour (de Montoir), Donald Macphail, chirurgien de l'Alexander Hospital à Coatbridge, Alfred Machard, président de la Société genevoise de pédiatrie; Ramus (de Paris); M. Marc Bridel, professeur au muséum d'histoire naturelle, pharmacien chef de l'hôpital Lariboisière.

LES ACCIDENTS ÉPILEPTIFORMES D'ORIGINE PLEURO-PULMONAIRE

Par M. L. MARCHAND.

Des crises convulsives ont été signalées depuis longtemps au cours des diverses maladies inflammatoires du poumon [Tissot, Lemaire (1)] et de la plèvre [Auboin (2), Ropert (3), Barbé et Glénard (4), Laubry et Bloch (5)]; on les a notées chez des sujets atteints de calculs bronchiques [Charpignon (6)], mais les cas les plus nets et les plus convaincants sont ceux dans lesquels les crises sont occasionnées par une irritation pleurale ou pulmonaire provoquée. Cette forme, quoique rare, est également connue de longue date [Roger (1864), Maurice Raynaud (1875), Lépine (7), Bouveret (8)], et cependant on discute encore sur sa pathogénie.

Quand on étudie les observations relatives à l'épilepsie dite pleuro-pulmonaire, on n'est pas toujours convaincu qu'il s'agit d'épilepsie; il n'y a peut-être entre les deux phénomènes que des rapports éloignés. Il s'agit plutôt d'états syncopaux qui se compliquent de convulsions et souvent d'hémiplégie. Les accidents sont aigus et apparaissent généralement chez des individus qui, jusqu'alors, n'avaient jamais présenté de crises nerveuses. L'accès peut être unique, mais généralement les accidents se reproduisent sous forme d'accès sériels et entraînent fréquemment la mort. D'après les statistiques, on peut évaluer à 45 p. 100 les cas de mort dans les accès en série et à 70 p. 100 dans les cas de mal pleural. Sur 42 observations, Cestan (9) note 16 morts; sur 31 observations, Cordier (10) trouve 14 morts; sur 54 cas, Zesas (11) relève 21 morts.

C'est généralement au cours d'une intervention sur la plèvre que les accidents éclatent [Owen et Gonzalez (12), Villaret (13)]; on les a observés au cours de l'empyème (Cestan), de la simple thoracentèse [Cordier et Garin (14), Mollard et Cordier (15), Dayton (1), Galliard (2), Cain et Hillemand (3)], des traumatismes de la plèvre [Fornaroli (4)], au cours d'une ponction pulmonaire [Tixier, Bertrand, de Sèze et Ducos (5)], pendant l'injection de produits médicamenteux dans la cavité pleurale sans que l'on puisse accuser leur toxicité ou la qualité du liquide injecté [Thiroloix et Bretonville (6), Hallé (7)], au cours du lavage de la plèvre, à la suite de tentatives de pneumothorax artificiel chez des tuberculeux pulmonaires [Leuret, Caussimon, Fontant et Daydrein (8), Bezançon, Azoulay et Chabaud (9), Breton (10)].

Dans des cas plus rares, un changement de position du corps, entraînant un déplacement du liquide pleural, a suffi pour déclancher la crise [Roch (11)].

Ces accidents surviennent surtout quand il existe un épanchement pleural purulent. La crise convulsive survient au moment même où l'on intervient, plus rarement quelques heures après. C'est parfois à l'instant même où l'on enfonce ou retire le trocart que le sujet présente un état syncopal grave avec mouvements convulsifs. La piqûre de l'hémithorax droit, principalement sur la ligne axillaire, est la plus favorable à l'éclosion des accidents. D'après Thiroloix et Bretonville, la localisation gauche d'une pleurite est une cause prédominante. « Brusquement et parfois même alors que l'aiguille est encore en place, dit Crozier (12), les malades prennent une sorte de syncope et presque toujours des convulsions apparaissent aussitôt. »

Dans l'observation de Lefèvre et Jonchères (13), la crise convulsive a éclaté au cours d'une intervention pour kyste hydatique pulmonaire, pendant la résection costale, au moment de l'introduction de la

(1) LEMAIRE. Epilepsie pneumonique, *Revue de méd.*, 1888.
(2) AUBOIN. De l'épilepsie et de l'hémiplégie pleurétique, *Thèse*, 1878.
(3) ROPERT. *Etude sur l'épilepsie pleurétique*, 1884.
(4) A. BARBÉ et R. GLÉNARD. Les crises convulsives d'origine pleuro-pulmonaire, *Progrès méd.*, 11 janv. 1920.
(5) LAUBRY et BLOCH. Crises épileptiformes spontanées dans la pleurésie séro-fibrineuse, *Paris méd.*, 25 fév. 1922, n° 8, t. XII, p. 166.
(6) CHARPIGNON. *Gaz. des hôpit.*, 1876.
(7) LÉPINE. *Soc. méd. des hôpit.*, 1876.
(8) BOUVERET. *Traité de l'empyème*, 1888.
(9) CESTAN. Les accidents nerveux au cours de l'empyème, *Gaz. des hôpit.*, 28 janv. 1898.
(10) CORDIER. Des accidents nerveux au cours de la thoracentèse. Recherches expérimentales sur l'épilepsie d'origine pleurale, *Th. de Lyon*, 1910.
(11) D. ZESAS. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1912, t. CXIX. p. 76.
(12) OWEN et GONZALEZ. Pleural epilepsy, *Ann. of surg.*, juillet 1923, p. 6.
(13) P. VILLARET. Les accidents nerveux graves et subits d'origine pleurale, *Th. de Montpellier*, 1926, n° 44.
(14) CORDIER et C. GARIN. Recherches expérimentales sur l'épilepsie d'origine pleurale, *Lyon méd.*, 1910.
(15) MOLLARD et CORDIER. Mort par ponction exploratrice. Epilepsie d'origine pleurale, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 22 fév. 1910.

(1) H. DAYTON. Accidents et mort dans la ponction exploratrice de la plèvre, *New-York Acad. of med.*, 17 oct. 1911.
(2) GALLIARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 3 fév. 1911.
(3) CAIN et HILLEMAND. Syncope mortelle avec convulsions épileptiformes au cours d'une ponction de la plèvre, *Gaz. des hôpit.*, 1922.
(4) E. FORNAROLI. Phénomènes syncopaux convulsifs et paralytiques à la suite des traumatismes de la plèvre, *Gaz. med. ital.*, 24 mai 1906, an LVII, n° 21, p. 202.
(5) L. TIXIER, I. BERTRAND, ST. DE SÈZE et P. DUCOS. Un cas d'hémiplégie pleurale évoluant rapidement vers la mort avec ramollissement blanc de la région temporo-occipitale, *Revue neurol.*, janv. 1929.
(6) J. THIROLOIX et P. BRETONVILLE. Mal épileptique pleural. Etude expérimentale de la sensibilité pleurale au froid. Reproduction du syndrome, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 fév. 1911.
(7) HALLÉ. *Soc. méd. des hôpit.*, 3 fév. 1911.
(8) E. LEURET, J. CAUSSIMON, A. FONTAN et DAYDREIN. Etudes sur l'épilepsie pleurale à propos de trois nouvelles observations, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 déc. 1924, n° 24; *Revue de la tuberculose*, 1930, p. 263.
(9) F. BEZANÇON, AZOULAY et CHABAUD. Les accidents nerveux subits au cours des insufflations du pneumothorax thérapeutique, *Revue de la tuberculose*, août 1925.
(10) A. BRETON. Les accidents nerveux du pneumothorax artificiel, *Echo méd. du Nord*, janv. 1931.
(11) M. ROCH. Crises épileptiformes spontanées d'origine pleurale, *Revue de méd.*, 1905, p. 884, et *Bull. méd.*, 21 mars 1908, an. XXII, n° 23, p. 259.
(12) L. CROZIER. Sur la pathogénie des accidents du pneumothorax, *Revue de la tuberculose*, août 1927.
(13) LEFÈVRE et JONCHÈRES. Sur un cas de quatrième kyste du même poumon avec crise d'épilepsie pleurale au cours de l'intervention, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 11 juin 1926.

rugine courbe entre la plèvre et la côte. La crise a été précédée d'un cri et a présenté les caractères d'un accès épileptique. La malade n'eut qu'une seule crise.

L'accès peut débuter soit par une douleur dans le côté ou l'épaule [Amat et Bertier (1)], soit par une irritation laryngée, entraînant un accès de toux. On a noté la rareté d'une aura locale prémonitoire. Comme signes d'alarme, Leuret, Caussimon et Fontan indiquent le changement de coloration du visage qui devient violacé et la grimace caractéristique que fait le malade. Les accidents sont soudains, instantanés, puis les convulsions apparaissent souvent d'abord dans la moitié du corps opposée à la ponction thoracique ou à l'insufflation du pneumothorax artificiel, puis elles se généralisent. Aux convulsions toniques succèdent des convulsions cloniques. Après l'accès, le malade reste dans le coma un certain temps. Dans quelques observations, on note des contractures généralisées avec déviation conjuguée de la tête et des yeux; dans d'autres une hémiplégie organique intéressant le plus souvent, comme les convulsions, le côté opposé à celui où a eu lieu l'intervention [Lenormand (2)]; on a observé aussi des monoplégies, des séquelles sensorielles, sensitives, vaso-motrices, intellectuelles. Dans de rares observations, l'hémiplégie avec paralysie faciale et déviation conjuguée de la tête et des yeux précède les convulsions et les contractures hypertoniques. Les convulsions intéressent d'abord le côté paralysé, puis s'étendent aux membres du côté opposé. Pendant la durée de la crise, on constate les symptômes d'une double irritation du système pyramidal.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, la mort survient fréquemment après les crises, surtout quand celles-ci se reproduisent plusieurs fois en l'espace de peu de temps. Dans les cas les plus favorables, les malades sortent rapidement du coma, mais les accidents paralytiques peuvent durer plusieurs semaines, plusieurs mois même; ils finissent généralement par disparaître.

Pour expliquer cette forme d'épilepsie, on a édifié plusieurs théories : la théorie de l'hystéro-traumatisme, la théorie toxi-infectieuse, la théorie réflexe, la théorie de l'embolie gazeuse.

D'après la première de ces théories, les phénomènes convulsifs seraient d'ordre émotionnel. Le fait que les accidents se produisent surtout chez des sujets vagotoniques, chez des émotifs (P. Villaret) semble apporter un certain appui à cette thèse ; mais il faut reconnaître que les accidents convulsifs ainsi que les troubles paroxystiques qui leur sont consécutifs, présentent des signes d'organicité qui ne cadrent guère avec les formes convulsives et les paralysies hystéro-traumatiques. Cette théorie est abandonnée aujourd'hui.

La théorie toxi-infectieuse est surtout soutenue par Jeanselme (1) qui pense que la résorption des produits septiques contenus dans la plèvre, en augmentant l'excitabilité réflexe de la moelle, déclanche l'épilepsie. L'intervention opératoire ne joue qu'un rôle secondaire. Elle n'est que le prétexte qui fait éclater les accidents nerveux en imminence. Il est possible qu'un élément toxi-infectieux prédispose ces sujets aux réactions convulsives, mais cette théorie n'explique pas la façon brutale avec laquelle les crises, souvent suivies d'hémiplégie organique, surviennent au moment même de l'intervention sur la plèvre et le poumon.

D'après la théorie réflexe, on admet que l'irritation pleuro-pulmonaire, qu'elle soit due à une intervention ou aux lésions elles-mêmes, détermine dans le cerveau des modifications capables de se traduire par des crises épileptiformes. Cette théorie rallie un grand nombre de partisans.

Cordier et Garin ont pu reproduire chez l'animal des crises convulsives en injectant dans la plèvre des substances irritatives, teinture d'iode, acide acétique. Le pneumogastrique conduit le stimulus aux centres nerveux car une double vagotomie ou une injection de morphine empêche la production d'attaques; par contre, la section du phrénique ou du sympathique n'a aucun effet.

Thiroloix et Bretonville attribuent une grande action au froid sur la plèvre. Dans leur cas, ils n'avaient pas fait tiédir la solution de collargol qu'ils ont injectée. Ils purent chez des cobayes et des lapins obtenir des accidents semblables à ceux de leur malade en leur injectant dans la plèvre du chlorure de méthyle. Le cas de Hallé est caractéristique; son malade, porteur d'une fistule consécutive à un empyème, présenta des crises à la suite d'une injection de quelques centimètres cubes d'eau boriquée. Pendant la perte de connaissance consécutive, on pouvait chez ce sujet déclancher d'autres crises en touchant la peau en un point quelconque du corps. On peut aussi admettre que l'excitation nerveuse, à point de départ pleural, détermine non seulement une vaso-constriction réflexe pulmonaire [F. Frank (2)] mais aussi une vaso-constriction des vaisseaux encéphaliques [Piéry (3)] qui se traduirait par un état convulsif.

Leuret, Caussimon, Fontan et Daydrein considèrent que les accidents se produisent presque toujours dans les cas de plèvre symphysée, épaissie, donc irritable.

Les épileptiques, c'est un fait curieux à noter, supportent généralement bien la thoracentèse. Il n'existe que quelques observations d'accidents convulsifs survenant chez eux au cours d'une intervention de la plèvre. Cordier (4) n'en rapporte que trois cas. Bernard, Coste et Valtis (5) ont pu observer

(1) Amat et Bertier. Les accidents cérébraux au cours des interventions sur la plèvre, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 avril 1919, t. XC, 7e cahier.

(2) Lenormand. Convulsions et paralysies d'origine pleurale, *Presse méd.*, 20 déc. 1913, p. 1041.

(1) Jeanselme. *Revue de méd.*, 1892, et *Soc. méd. des hôpit.*, 3 fév. 1911.

(2) François Frank. Etude critique et expérimentale de la vaso-constriction pulmonaire réflexe, *Arch. de physiol.*, 1896.

(3) Piéry. Mort subite par accident nerveux d'origine pleurale, *Lyon méd.*, avril 1917.

(4) Cordier. *Th. de Lyon*, 1901.

(5) L. Bernard, F. Coste et J. Valtis. Epilepsie et éclampsie pleurale, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 juillet 1926, p. 1363.

l'apparition d'une crise comitiale à trois reprises différentes, à la suite de l'insufflation pour pneumothorax artificiel chez un tuberculeux. Or, le sujet était un comitial atteint de vertiges et d'absences depuis l'âge de huit ans. Ces rares exemples montrent que des crises épileptiques peuvent être rappelées chez des comitiaux par une irritation pleurale mais ils ne sauraient suffire pour démontrer, comme le suppose Moutard Martin, que l'irritation dans les accidents convulsifs d'origine pleuro-pulmonaire, ne fait que révéler une comitialité latente.

La théorie de l'embolie cérébrale, d'abord soutenue par Vallin (1), a fait place à la théorie de l'embolie gazeuse basée sur des faits cliniques et sur des recherches expérimentales. Les accidents seraient dus à des bulles d'air qui pénétreraient dans les veines béantes comprises dans les foyers suppurés pulmonaires et formeraient des embolies gazeuses dans les artères nourricières du cerveau.

Cette théorie est surtout soutenue par Pruvost, Saint de Sèze et Meyer (2) qui remarquent que l'évolution progressive des accidents notée dans quelques cas, leur longue durée, leur symptomatologie si nettement encéphalique ne peuvent être expliquées par un simple réflexe pneumogastrique. Pour ces auteurs, il existe la plus grande similitude entre les divers accidents consécutifs aux interventions sur la plèvre et le poumon et les réactions observées chez le chien au cours de l'embolie cérébrale expérimentale. Ils font remarquer que l'hémiplégie a été observée dans les cas où le poumon avait été blessé par l'aiguille ou le trocart et ils trouvent, dans ce fait, un argument de grande valeur en faveur de la théorie de l'embolie gazeuse. Celle-ci se produirait par la mise en communication d'un vaisseau pulmonaire ou pleural, soit avec une cavité alvéolaire ou bronchique (dans le cas de ponction), soit avec un flacon d'azote ou d'air (dans le cas de pneumothorax artificiel).

Quelques auteurs plus éclectiques soutiennent une théorie mixte et font jouer dans la pathogénie des attaques un rôle à la fois à l'embolie gazeuse et à une action réflexe à point de départ pleural [Bezançon et Rist, Vaucher, Kaufmann et Popovitsch (3)].

D'après l'ensemble de ces faits, on peut tirer quelques conclusions pratiques :

Les crises convulsives, d'origine pleuro-pulmonaire, sont exceptionnelles, mais elles sont toujours à redouter au cours des interventions sur la plèvre et le poumon. On doit prévenir les familles de cette rare éventualité. Comme le disent Thiroloix et Bretonville, « une famille ne peut comprendre qu'un des siens, peu malade en apparence et en réalité, succombe, soudainement sidéré après la mise en œuvre d'une médication qu'on lui avait annoncée anodine, sans influence nocive possible ». C'est surtout quand on doit pénétrer dans le poumon ou rompre des adhérences pleurales que ces accidents sont à craindre.

Il sera bon, avant de pratiquer la thoracentèse, de pratiquer l'anesthésie locale et de faire une injection de morphine (Cordier et Garin).

Pendant les accidents, on aura recours à une thérapeutique vaso-dilatatrice, en particulier à l'acétylcholine à fortes doses (Pruvost, Saint, de Sèze et Meyer).

(1) VALLIN. Cité par Thiroloix et Bretonville.

(2) P. PRUVOST. Accidents extrapleuraux d'origine pleurale survenus brusquement au cours du pneumothorax thérapeutique, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1920. — P. PRUVOST, St DE SÈZE et A. MEYER. Hémiplégie consécutive à une blessure du poumon au cours d'un pneumothorax artificiel. Traitement par l'acétylcholine, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 juin 1931, p. 1173.

(3) E. VAUCHER, R. KAUFMANN et M. POPOVITSCH. Deux cas d'éclampsie pleurale, *Soc. de méd. du Bas-Rhin*, 24 avril 1926.

EN L'HONNEUR DE LA MÉDECINE BELGE

Discours prononcé par M. le professeur FORGUE, correspondant de l'Institut, au banquet de l'UMFIA, sous la présidence d'honneur de S. Exc. M. le baron de Gaiffier d'Hestroy, ambassadeur de Belgique.

Excellence,

Mesdames, Messieurs,

Votre présence et votre présidence, Monsieur l'Ambassadeur, apportent, ce soir, à notre réunion médicale un haut éclat et une particulière signification. Pour employer un mot que la littérature et la politique ont mis à la mode, c'est *sous le signe de la Belgique* que nous voici assemblés, donc sous le symbole de l'honneur, de l'amitié irréprochablement fidèle, du respect de la foi jurée. — Et j'ai l'importante mission de traduire, au nom de tous mes confrères, les sentiments qui, à l'occasion de cette rencontre, nous inspirent et nous émeuvent.

Ce grand honneur, je vous le dois, mon cher Dartigues. Par une courtoise attention, vous avez voulu, je pense, dans cette fête de l'Union latine, honorer en moi la plus vieille école médicale du monde, qui, déjà au XIIe siècle, constituait un foyer de pensée latine, d'un rayonnement incomparable.

En retour, laissez-moi vous dire en quelle estime nous tenons tous votre ardeur de propagande, votre vertu d'enthousiasme, ce qui, dans la vie, est la qualité maîtresse, génératrice d'action et de progrès, l'élan de votre parole vibrante et colorée, l'indépendance de votre caractère, l'ingéniosité de vos recherches techniques, et aussi votre constante bonne humeur qui double le charme de votre activité. Et, dans ce remerciement, j'associe votre distingué coadjuteur, le docteur Molinéry, collaborateur dévoué, esprit de fine culture.

* * *

C'est, en vérité, Messieurs, dans l'actuel déséquilibre du monde, une valeur spirituelle et morale de premier plan, que l'amitié franco-belge. Elle a été forgée et durement trempée, par les épreuves de la guerre. Et tout concourt à la maintenir et à la fortifier.

De part et d'autre de notre commune frontière, simple ligne géographique, sans douanes intellectuelles, librement, la pensée circule, par de multiples anastomoses, à pleines artères, avec un courant rapide et large, qui mêle totalement les idées et les œuvres, comme dans ces circulations conjointes que nous établissons expérimentalement, dans nos laboratoires, pour transfuser entre deux organismes les milieux intérieurs et le flux de la vie.

Dans tous les domaines, nous voyons, entre nos deux cultures, ces fortes prises de contact. En littérature, quelle floraison d'œuvres qui prennent, dans les lettres françaises, une place de premier rang et qui enrichissent le trésor commun

de notre langue! Rodenbach ; Mœterlink; Verhæren : grandes figures représentatives de la littérature d'expression française, esprits de noble inspiration, écrivains de forme pure, dont le rayonnement est, chez nous, aussi grand que dans leur patrie d'origine! Sans doute, nous n'ignorons pas que Flamands et Wallons se chicanent parfois pour des querelles linguistiques ; mais, vienne le péril et le bloc belge unanimement se reforme! Pouvons-nous oublier avec quelle générosité d'âme, quelle flamme ardente, le grand lyrique flamand, Verhæren, a trouvé, dans la défense de notre cause sacrée, les accents poétiques les plus émouvants, les plus hautement inspirés que la tourmente de la guerre ait suscités parmi les poètes de langue française!

Mais, nulle part, cet accord intellectuel n'apparaît aussi fécond que dans les sciences biologiques. L'appoint que la pensée médicale contemporaine doit aux chercheurs belges, et qui est de premier rang, s'est incontestablement développé sous l'impulsion générale de nos grands initiateurs, Pasteur et Claude Bernard. Or, les puissantes personnalités qui, dans les laboratoires de Belgique, sont à la tête de la recherche biologique, ont toujours loyalement reconnu et suivi cette direction maîtresse : Brachet, Frédéricq, Henrijean, Bordet dont les travaux sont à la base de toutes nos connaissances sur l'immunité humorale! De cette fidélité à l'influence initiatrice de nos maîtres, laissez-moi vous rappeler cette piquante anecdote, empreinte de l'humour belge, que notre ami le docteur Cheval nous rapportait naguère : le professeur Heger venait d'assister à une conférence de Koch sur l'histoire de la bactériologie; à Waldeyer qui s'extasiait sur la beauté de cet exposé, votre collègue répondit finement : « Ce que j'admire en Koch, c'est qu'il ait pu parler de la bactériologie pendant deux heures sans prononcer une seule fois le nom de Pasteur! ».

Un nom, entre beaucoup, se présente à ma pensée : celui d'un grand ami, un peu rude, mais sûr, le professeur Depage, auquel fut dévolu l'honneur insigne, unique, de présider, en 1920, notre Congrès français de chirurgie. Depage et son ambulance de la Panne! Ce sont des souvenirs qui déjà s'estompent, dans les grises brumes de l'après-guerre! Et, cependant, quelle fut l'activité opératoire, quel fut le rendement scientifique de ce centre de chirurgie, modèle d'organisation et d'ordre, où nous sommes allés faire échange d'idées et de méthodes, et dont une grande Reine était l'âme!

Et voici, encore, tout un ensemble d'œuvres par lesquelles se développe, entre nous, cette pleine symbiose, intellectuelle et morale. C'est à vous, chers confrères de Belgique, grâce à l'initiative et à la persévérance de Beckers et de Mayer, que nous devons l'institution des Journées médicales : vous avez créé là une forme neuve de nos réunions; c'est autre chose et mieux qu'un Congrès; cela n'en a pas l'étroite spécialisation ; c'est une école périodique de perfectionnement et d'instruction mutuelle, qui complète l'information trop tardive des livres ou trop sommaire des journaux, qui met le médecin au courant de toutes les nouveautés d'investigation et de traitement, qui s'élargit par l'exposé des grandes questions d'actualité et par la présentation des hommes en vedette, et qui a l'avantage de rapprocher, en contact direct, comme l'a remarqué justement Widal, les savants qui recherchent et les praticiens qui appliquent.

Vos journaux passent la frontière et sont lus à l'égal de nos périodiques les plus répandus : en particulier, le *Bruxelles médical*, qu'anime un intelligent triumvirat, m'apparaît comme un des plus importants organes de notre presse médicale, par la sûreté de son information, la valeur de ses travaux, le modernisme de ses initiatives.

Enfin, hors d'Europe même, se prolonge notre labeur associé. Ces jours-ci, s'achevait l'organisation de la grande voie aérienne qui, par-dessus la Méditerranée et le Sahara, va relier la Belgique et la France au cœur de l'Afrique centrale. Nous ne sommes plus seulement voisins sur la frontière du nord : nous avons, au Congo, un nouveau front d'action concertée, surtout d'action médicale; par une récente convention sanitaire, nos services médicaux échangent leurs renseignements, associent leurs mesures prophylactiques, bloquent la contagion par des chaînes de postes. Devant nos deux civilisations, selon la parole autorisée de M. le Gouverneur général Olivier, se posent les graves problèmes d'une humanité qui s'éveille!

*
* *

Puisse, dans l'avenir, cet exemple de parfaite collaboration entre nos deux pays devenir la règle de la coopération entre les peuples! Je vais aborder, là, un terrain délicat et incertain : je le ferai, Monsieur l'Ambassadeur, avec discrétion, et dans des termes, je l'espère, conformes à l'orthodoxie diplomatique. Au reste, les diplomates ont à apprendre chez les biologistes : ils y peuvent trouver des lois à méditer, des comparaisons, des directives.

La leçon la plus forte qui nous est donnée par l'observation des phénomènes vitaux, n'est-elle pas la synergie nécessaire entre les activités partielles qui composent la vie totale, la solidarité des organes et des fonctions? Ah! si cette loi biologique était transposée dans le domaine politique, si les hommes prenaient la conscience profonde de leur solidarité, ils y trouveraient la base la plus solide pour la reconstruction de l'entente et de l'économie universelles, devant le risque de la ruine commune. Car la guerre nous a fait sentir la caducité des meilleures choses humaines; et, depuis le 25 août 1914, où, dans le brasier de Louvain, a flambé le trésor séculaire des livres, corps précieux des idées, nous connaissons que nos plus belles civilisations sont mortelles!

Par l'étude de la vie, nous savons encore que la paix — qui est la santé et l'équilibre du monde — n'est point une solution de miracle, pas plus que la guérison d'un cas chronique n'est l'œuvre instantanée d'une formule. Il s'agit de réaliser cette « préparation intérieure » dont a parlé fort justement M. le ministre Mario Roustan, c'est-à-dire de créer un état d'âme universel, une mentalité d'entr'aide, de sécurité réciproquement garantie, d'action concertée contre les fléaux communs! Selon un mot curieux, très en vogue, c'est tout un « climat » moral à refaire; et ce n'est pas, vous vous en rendez compte, simple ni prompte besogue.

Votre grand bactériologiste, qui se double d'un profond penseur, le professeur Bordet, nous disait, aux journées médicales de Paris, que « la France, grâce à sa force attractive et au charme prenant de sa culture, était appelée à jouer le rôle providentiel de centre de cristallisation ». Quelle juste fierté pour nous, Messieurs, si vous choisissez la France comme point de ralliement, et si son équilibre, son sens de la mesure, son génie lumineux réservent à notre patrie cette éminente position!

*
* *

Est-ce un rêve, Messieurs, que nous faisons? Nous pouvons être certains que non, quand nous voyons une Association comme la nôtre, où sont réunis des hommes d'étude et des hommes d'action, aboutir déjà, dans sa zone professionnelle, à une aussi remarquable réussite, à un semblable rapprochement d'esprits d'origine et de formation diverses. Il faut opérer par secteurs et, comme le disait Léon Bourgeois, faire de la besogne quotidienne et progressive.

Entre vous et nous, chers amis belges, compagnons des bonnes et des mauvaises heures, l'union est ancienne et scellée par l'épreuve des souffrances communes, où votre pays nous est apparu dans toute sa noblesse morale, et où il ne nous a jamais semblé aussi grand que lorsqu'il était le plus diminué territorialement, et réduit à un faible lambeau : ce n'était « aux bords bourbeux et sombres de l'Yser », ce n'était qu'un

« bout de sol étroit », mais qui, selon le mot émouvant de votre grand poète, contenait encore et sa Reine et son Roi!

Mais tous nos frères latins, nos confrères de l'Italie, de l'Espagne, du Portugal, du Canada, de la Roumanie, de la Sud-Amérique, nous venons, eux aussi, de les entendre prononcer, dans notre langue, les mêmes paroles que nous, inspirées par les mêmes idées! A les voir, travaillant avec nous à l'œuvre commune, spontanément, sincèrement, avec une égale confiance, il apparaît bien qu'il y a là un groupement logique, moralement homogène, d'une parenté ethnique, rapproché dans un idéal d'élévation vers un état supérieur d'humanité, meilleure et pacifiée, de même que l'être humain poursuit de plus en plus son ascension vers la haute atmosphère et réussit, avec le professeur Piccard, à pénétrer jusqu'aux altitudes inexplorées de la stratosphère! « Sur tous les sommets, règne la paix » : c'est la grande parole de Gœthe.

Il s'agit, maintenant, pour nous médecins, d'étendre de proche en proche ce processus de reconstruction, d'élargir nos cadres, de convier tous les hommes de bonne volonté et de bonne foi à cette entente dans le travail scientifique. Car, selon la parole prophétique de Pasteur, « l'avenir appartiendra à ceux qui auront le plus fait pour l'humanité souffrante ».

C'est dans ce sentiment, et avec cet espoir d'avenir, Messieurs, qu'au nom de nos confrères ici présents ou représentés, je porte la santé de son Excellence M. l'Ambassadeur de Belgique, et que je le prie de vouloir bien être l'interprète de nos très respectueux hommages envers Sa Majesté le roi des Belges, image de la fidélité héroïque à l'honneur.

Je bois à la prospérité et à l'extension croissante de notre association. Et, puisque le code télégraphique des abréviations alphabétiques, commode mais barbare, est passé dans les habitudes, je fais des vœux pour que l'U. M. F. I. A. notre devise aux cinq initiales, soit, dans la suite, débaptisée, qu'elle devienne l'U. M. U., c'est-à-dire l'union médicale universelle, et qu'ainsi elle prenne le rang d'un des éléments les plus efficaces de la Paix mondiale, de la sainte et douce Paix, que l'humanité, anxieuse, attend, après tant de sacrifices!

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1931)

Sur la lyse du bacille de la morve et du bacille pyocyanique. — MM. R. LEGROUX et KEMAL DJEMIL.

Contribution à l'étude de la multiplication microbienne : influence de la composition des milieux liquides habituellement employés dans les laboratoires sur la valeur du croît microbien (B. pyocyanique). — MM. Jean REGNIER et Robert DAVID.

Recherches sur les centres nerveux de la tortue inoculée de virus rabique. — MM. REMLINGER, MANOUÉLIAN et BAILLY.

Action curative du bismuth liposoluble dans la syphilis expérimentale inapparente. — MM. C. LEVADITI et A. VAISMAN.

Inoculation à l'homme de souches bactériennes isolées de trachomateux tunisiens. — M. Ugo LUMBROSO,

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1931)

Sur une forme rare de fracture de l'extrémité inférieure du radius. — M. DUPUY DE FRENELLE fait un rapport sur une observation de M. Montant (de Paris) qui montre le rôle joué par le carpe et principalement par le scaphoïde et le semi-lunaire dans le mécanisme des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Dans le cas de l'auteur, chute sur la main en demi-extension : trois traits de fracture longitudinaux de l'extrémité inférieure du radius délimitent deux fragments : l'un médian, paraissant fracturé par la poussée du semi-lunaire; l'autre latéral et postéro-externe, par la poussée du scaphoïde.

Anesthésie péridurale segmentaire — M. VICTOR-PAUCHET fait un rapport sur un travail de M. Giordanengo (de Turin). L'auteur donne, dans ses détails, la technique de ce mode d'anesthésie. Celui-ci diffère : 1° de la rachianesthésie habituelle parce que la solution n'est pas injectée dans l'espace sous-arachnoïdien, mais dans l'espace péridural compris entre la face externe de la dure-mère et le canal ostéo-ligamenteux du rachis; 2° de la para-vertébrale parce que l'action anesthésique se produit sur les racines rachidiennes avant leur sortie des trous de conjugaison. Cette anesthésie péridurale présente les avantages de la rachi et de la para-vertébrale sans aucun de leurs inconvénients.

A propos d'un nouveau cas de calcification du nucleus pulposus. — M. RŒDERER rappelle la rareté des calcifications nucléaires vertébrales dont il a déjà observé sept cas sur les ving-cinq à trente actuellement décrits. La radiographie, surtout de profil, est la plupart du temps très formelle : lentille, dense, à mi-distance des faces vertébrales, au niveau du tiers postérieur de l'espace, le plus souvent dans la région lombaire ou dorsale inférieure. Mais les symptômes cliniques sont presque nuls. Au contraire, dans les cas de hernie nucléaire dans le canal médullaire, la clinique est tout à fait nette et la radiographie négative.

Calculs biliaires de l'ampoule de Vater. — M. VICTOR-PAUCHET décrit la technique opératoire qui doit être employée dans ces cas. Si le calcul est mobile, on doit chercher à le repousser dans le cholédoque : extraction par cholédocotomie. Si le calcul est fixé, — c'est la règle, — extraction par duodénotomie postérieure et suture du duodénum.

Traitement des déformations rachitiques des membres inférieurs. — M. A. TRÈVES expose sa pratique dans les diverses variétés de déformations : déformation à crosse antéro-externe de l'extrémité inférieure du fémur : ostéotomie cunéiforme; genu-valgum chez l'enfant, plâtres à chambre libre, chez l'adolescent et l'adulte, ostéotomie linéaire supra-condylienne externe; déformations à concavité interne du tibia; redressement forcé ou ostéoclasie manuelle; déformations à convexité antéro-externe du quart inférieur du tibia : ostéotomie cunéiforme. Lorsque les déformations sont constituées, la correction doit toujours précéder le traitement actino-médical sous peine de fixer les lésions.

Nouveau fixateur externe (fixateur-réducteur) pour les fractures de jambe. — M. BARBARIN présente cet appareil qui, à toutes périodes du traitement, permet de contrôler et de corriger la réduction. De conception nouvelle, muni de vis agissant sur deux plans perpendiculaires l'un à l'autre, il peut s'appliquer à toutes les fractures de jambe et paraît particulièrement indiqué dans les fractures obliques, les retards de consolidation, etc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1930-1931 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 12. AILLAUD. — Sur la réaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic et le pronostic de la tuberculose pulmonaire.

10. APPAIX. — La fièvre typhoïde dans la deuxième enfance.

5. AUDIER. — Thérapeutique des troubles vaso-moteurs des extrémités.

6. BEN-RÉKASSA. — Contribution à l'étude de l'exploration de l'insuffisance pancréatique dans la lithiase biliaire et la cirrhose du foie.

18. BERRE. — Les chirurgiens navigants.

2. BLANC. — La cholestérinémie : ses variations physiologiques et pathologiques.

11. BORCHEWSKY. — De la nécessité d'un examen détaillé du liquide céphalo-rachidien dans les affections des centres nerveux ou des méninges.

7. CASABIANCA. — Les indications et les résultats de la phrénicectomie dans le traitement des suppurations pulmonaires fétides.

7. COMMERET. — Contribution à l'étude de la rachi-anesthésie par la surocaïne.

8. DELAFON. — Le cancer glosso-amygdalien.

11. DUSAN. — Le syndrome d'imperméabilité pulmonaire.

4. FUS. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère chronique non compliqué, juxta-pylorique et duodénal.

17. GALLAND. — Contribution à l'étude de la sympathectomie péri-artérielle au niveau de la fémorale primitive.

1. GAUJOUX. — Vomissements de type cérébral au cours de périduodénite.

9. GRANDIS. — Contribution à l'étude du diagnostic précoce de la lymphogranulomatose maligne (maladie de Palton-Sternberg).

16. GUGLIELMI. — Sur quelques cas de peste observés à Marseille.

10. ISPA. — Etnde sur le traitement chirurgical actuel du goitre exophtalmique (méthodes et indications.)

4. MATTEI. — De l'emploi de l'émétine dans les suppurations pulmonaires en dehors de l'amibiase caractérisée.

14. MONTCERISIER. — Kystes du vagin et puerpéralité.

15. MOUSTIER. — Le pneumothorax dans la gangrène pulmonaire.

6. PASSELAIGUE. — Contribution à l'étude des lavages du poumon dans le traitement des suppurations pulmonaires.

8. PIÉRI. — Traitement des fractures fermées de la diaphyse fémorale par l'ostéosynthèse.

13. PIÉTRI (Mlle). — La reposition sanglante, traitement de choix de l'irréductibilité habituelle de la fracture du quart inférieur de l'avant-bras avec déplacement chez l'enfant.

3. TADDEI. — De la localisation des collections purulentes intra-thoraciques par la radioscopie et le lipiodol.

12. TEITELBAUM (Mlle). — Les formes pseudo-kystiques du cancer du poumon.

5. TROUETTE. — Contribution à l'étude de la médication hypnotique.

9. WAHL. — Epilepsie traumatique considérée dans ses formes évolutives tardives.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, Montpellier, n° 77, p. 1450; Strasbourg, n° 78, p. 1463; Toulouse, n° 82, p. 1532; Nancy, n° 87, p. 1635; Bordeaux, n° 94, p. 1765.

CONGRÈS

RÉUNION DU CONSEIL DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DES FEMMES MÉDECINS (VIENNE, Autriche, 15-20 septembre 1931). — L'association internationale des Femmes médecins a tenu une réunion du conseil du 15 au 20 septembre 1931, à Vienne (Autriche), dans les salles de la Société des médecins de Vienne.

200 femmes médecins environ y représentaient 17 pays : l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, les Etats-Unis, la France, la Grande-Bretagne, la Hongrie, les Indes anglaises, les Indes néerlandaises, l'Italie, le Japon, la Laponie, la Norvège, la Suède, la Suisse, la Tchéco-Slovaquie, la Yougoslavie.

Suivant la méthode de travail adoptée lors des réunions précédentes, les séances ont été divisées en séances administratives réservées aux seules déléguées du Conseil et en séances scientifiques ouvertes à toutes les congressistes.

Parmi les sujets mis à l'ordre du jour des sessions administratives, le Conseil a étudié les meilleures méthodes de collaboration avec les grandes associations internationales s'occupant de médecine et d'hygiène sociales et notamment les échanges de déléguées à l'occasion des réunions des différentes organisations.

Les deux sujets inscrits à l'ordre du jour des sessions scientifiques étaient :

1. *Le rôle de la Femme médecin dans les pays exotiques.* — Rapporteurs généraux : Mmes le docteur Balfour, ancien médecin-chef du Service médical des femmes aux Indes, et le docteur Poli-Garnier, médecin-chef de la clinique indigène d'Alger.

2. *La protection légale des travailleuses* (étudiée du point de vue de la médecine et de l'hygiène sociales, ses avantages et ses inconvénients).

Rapporteurs généraux : Mmes les docteurs Adler-Kersmark, médecin-inspecteur du travail à Vienne ; Dagny-Bang (de Norvège); Sorrentini, médecin-inspecteur des Assurances sociales à Rome.

Les travaux des cinq rapporteurs généraux avaient été établis sur une abondante documentation envoyée par 73 femmes médecins exerçant dans 34 pays différents d'Europe, Asie, Afrique, Amérique et Océanie.

Après les discussions qui suivirent l'exposé des rapports, plusieurs vœux ont été votés se rapportant à l'hygiène des travailleurs et à l'organisation du service médical féminin dans les pays de colonisation.

VŒUX ADOPTÉS PAR L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DES FEMMES MÉDECINS DANS LEUR RÉUNION DU CONSEIL. — *Le rôle des femmes médecins dans les pays exotiques.* — L'Association internationale des femmes médecins constate la grave situation créée dans les pays exotiques par le taux élevé de la mortalité maternelle et infantile, dû en grande partie au manque de soins compétents ou à des pratiques dangereuses au cours de la maladie et spécialement de l'accouchement.

L'A. I. F. M. est d'avis que les gouvernements devraient créer des postes de femmes médecins, infirmières, sages-femmes et visiteuses d'hygiène, en nombre suffisant pour répondre aux besoins des femmes indigènes, que leurs coutumes et leurs religions empêchent, pour la plupart, de se faire soigner par des hommes.

Les situations offertes devraient être de nature à attirer vers ces tâches difficiles, mais des plus importantes, les femmes les mieux qualifiées par leur valeur personnelle et professionnelle.

L'A. I. F. M. désire aussi souligner l'importance qu'il y aurait à charger des femmes médecins expérimentées d'inspecter et de diriger le travail médical parmi les femmes et les enfants indigènes et d'instruire le personnel employé.

L'A. I. F. M. est convaincue que ces mesures donneraient des résultats appréciables et conduiraient dans l'avenir à une grande amélioration physique des différentes races.

Sur la proposition du docteur Balfour, l'A. I. F. M. a désigné certains de ses membres pour constituer un comité permanent chargé de recueillir et d'enregistrer, suivant un plan qu'il déterminera, toutes informations relatives à la situation, au point de vue médical, des femmes et des enfants indigènes dans les pays exotiques.

La protection légale des travailleurs. — En l'absence d'observations et d'études scientifiques suffisamment concluantes, et en raison de la diversité des conditions économiques et de l'état d'esprit des femmes des différents pays, l'Association internationale des Femmes médecins ne s'estime pas en état de prendre parti dans des questions encore controversées. Elle est unanime cependant à considérer la protection des travailleurs en général comme une des formes lesplus importantes de la législation moderne et à recommander toutes les mesures propres à améliorer leur hygiène et à les prémunir contre les dangers professionnels auxquels des circonstances spéciales exposent certaines catégories d'entre eux.

Au point de vue prophylactiqre, l'A. I. F. M. recommande notamment :

1° Que les travailleurs soient examinés périodiquement par des médecins hommes et femmes désignés à cet effet, et ayant une compétence spéciale en hygiène industrielle ;

2° Que des cours d'hygiène industrielle soient organisés dans les facultés de médecine ;

3° Que le travail à domicile, relativement malsain, soit soumis à un contrôle sanitaire régulier ;

4° Que soit appliqué le principe 7 du pacte de la Société des Nations : « Salaire égal saus distinction de sexe pour un travail de valeur égale », car les bas salaires donnés aux ouvrières, le plus souvent disproportionnés à la tâche accomplie, les mettent en état d'infériorité au point de vue du travail et sont néfastes à leur santé ;

5° Que la maternité, qui crée un état physiologique spécial, — symbiose de la mère et de l'enfant — soit prévue dans les lois d'assurance, de telle sorte que la femme enceinte et la mère nourrice disposent effectivement des moyens pratiques de recevoir les soins et de prendre le repos nécessaires à la sauvegarde de leur santé.

Le travail des femmes mariées. — L'A. I. F. M., tout en se solidarisant avec les autres sociétés féminines ponr déclarer que tout être humain, homme ou femme, a droit au travail et qu'il est, par conséquent, injuste de priver de son emploi une femme pour la seule raison qu'elle est mariée, désire souligner en outre que la profession médicale est autre chose qu'un travail accompli pour gagner le pain quotidien.

C'est une profession qui demande de longues années de préparation, qui bien souvent est choisie par vocation, et pratiquée comme un apostolat. Priver une femme médecin de sa fonction parce qu'elle se marie, c'est non seulement lui causer un préjudice matériel, c'est encore l'atteindre dans sa vie intellectuelle et morale.

De plus, au point de vue social, les travailleurs intellectuels, les médecins en particulier, ne peuvent pas être traités comme des éléments interchangeables. Une femme médecin peut avoir, par l'expérience acquise, par ses capacités,

par sa valeur personnelle, une action qui la rende difficilement remplaçable.

Se basant sur ces considérations, l'A. I. F. M. est unanime à affirmer que :

« La nomination ou le renvoi des médecins fonctionnaires doit être basé uniquement sur la qualité de leur travail. Le mariage ne peut être un empêchement à leur emploi. »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA LOI ARMBRUSTER MODIFIÉE EST VOTÉE AU SÉNAT

La semaine dernière le Sénat a voté la loi Armbruster modifiée suivant les vœux des médecins dont M. Mordagne s'est fait l'interprète dans plusieurs articles de ce journal.

D'après l'article I, nul ne pourra exercer la médecine en France s'il n'est citoyen ou sujet français ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France.

Pour l'Egypte, l'Irak, La Palestine, une parité devra être établie entre le nombre des médecins originaires de ces trois puissances venant exercer en France, et celui des médecins français exerçant sur leur territoire.

L'article II dispose que pour la transformation du diplôme d'Université en diplôme d'Etat la dispense de scolarité ne pourra dépasser quatre ans et que dans tous les cas le candidat devra repasser les examens d'anatomie, de physiologie et les trois cliniques.

L'article III stipule que pour les Roumains et les Mauriciens, dix d'entre eux pourront être autorisés annuellement à soutenir leur thèse en vue du diplôme d'Etat, mais après avoir soutenu avec succès les épreuves des derniers examens de clinique.

Enfin tous les étrangers postulant le diplôme d'Etat seront tenus de passer le baccalauréat français et le certificat du P C N.

L'article V exige pour l'exercice de la médecine en France, la qualité de Français ou la naturalisation depuis cinq ans.

Enfin l'article VII, qui impose le baccalauréat latin-grec pour l'inscription à la Faculté de médecine, prévoit cette obligation dans six ans.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 14 décembre. — Jury : MM. Baudouin, président ; Fiessinger, Lemierre, Sergent. — M. Thiébaut. L'exploration fonctionnelle du foie dans les ictères. — M. Attal. Les manifestations cutanées de la méningococcie. — M. Poumeau-Délille. Le remaniement nosologique de la dilatation des bronches par le liprado diagnostic.

Jury : MM. Loeper, président ; Legueu, Strohl, Heitz-Boyer. — M. Hardy. Les indurations plastiques des corps caverneux. Leur traitement. — M. Lewkowicz, L'immuno-transfusion dans la fièvre typhoïde.

(Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Marcel Labbé, président ; Dechambre, Lesbouyries, Maignon, Nicolas. — M. Vendriès. La traite mécanique, au point de vue hygiénique, économique et prophylactique. — M. Chahine. Recherches sur le rôle des graisses dans le métabolisme protéique.

Mardi 15 décembre. — Jury : MM. Villaret, président ; Claude, Lereboullet, Tanon. — M. Comte. Les perversions sexuelles par compensation affective. — M. Goldberg. La fièvre de lait sec. — M. Germain. Etude clinique et bactériologique des pleurésies gonococciques. — M. Gibert. Le sanatorium d'Osséja (Osséja de Cerdagne). Description. Etude sanitaire.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU COUDE CHEZ L'ENFANT

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Surtout observées entre huit et douze ans, elles siègent :

— Avant tout sur la *palette humérale* (point faible) ;
— Beaucoup plus rarement sur l'olécrane ou le col radial.

1° **Fractures de la palette humérale.** — Parmi ces fractures, deux fréquentes :

A. La transversale sus-condylienne, passant par les fossettes.

B. La fracture du condyle externe.

Enfin, déjà plus rare :

C. La fracture de l'épitrochlée.

SYMPTOMES

A. **Fracture transversale sus-condylienne.** — L'enfant est amené à la suite de chute sur le coude ou la paume.

Examen clinique. — A l'inspection :

1° *Attitude* classique : demi-flexion, demi-pronation, moignon de l'épaule abaissé.

2° *Déformations — De face.* — Tuméfaction globuleuse du coude, pouvant en quelques heures gêner l'examen.

— Avant-bras raccourci (au besoin mensuration),
— Pli du coude abaissé,
— Enfin, signe de grosse valeur : l'*ecchymose linéaire* du pli du coude apparaissant au bout de vingt-quatre heures.

De profil. — Elargissement antéro-postérieur, avec dépression au-dessus de l'olécrane.

Mais surtout :

A la palpation, qui sera méthodique et douce, on perçoit :

En avant : une saillie irrégulière, douloureuse, souvent déviée d'un côté et presque sous-cutanée. C'est la *fourche diaphysaire* qui menace la peau au-dessus du pli du coude.

En arrière : on peut percevoir une dépression, mais surtout : recherche des *repères osseux* du coude,

1. Le *plan frontal* épicondyle-épitrochlée-olécrane, *en flexion* est conservé (signe de Nélaton).

2. Accessoirement, l'*horizontale* menée *en extension* par ces saillies est normale également (mais ce signe est plus difficile à rechercher).

En somme, *rapports huméro-olécraniens conservés.*

Mouvements. — Flexion, extension, sont douloureux, mais possibles.

— Prono-supination normale, coude immobilisé.
— Mobilité anormale, crépitation peuvent être accidentellement perçus.

Explorer enfin *le pouls, la sensibilité.*

Radiographie. — Toujours demander les deux côtés en raison de la complexité apparente, et deux épreuves (face et profil).

1° *De face* : trait transversal, concave en haut, à 5-10 millimètres au-dessus du cartilage conjugal.

Déplacement latéral de la fourche.

2° *De profil* : trait oblique en bas, en avant.

Déplacement constant : *Diaphyse devant Epiphyse* (c'est l'élément le plus gênant).

Evolution. — C'est une *fracture grave* : ce qui importe, c'est sauvegarder la fonction. Mais :

1. *La réduction* est difficile car aucune prise sur l'épiphyse.
2. *Des complications* sont à éviter ou à combattre.

Dans les premiers jours :

a. L'*ouverture* primitive ou secondaire (escarre).

b. Les *lésions vasculo-nerveuses*, plus rares.

c. Surtout un *syndrome de Volkmann*.

Plus tard :

a. L'*ostéome du brachial antérieur* (d'où proscrire massage, mobilisation).

b. Les *raideurs articulaires* très fréquentes.

c. Mais surtout les *cals vicieux* :

Ce sont principalement les *cals volumineux* et en premier lieu le *butoir antérieur* qui bloque la flexion, d'autant plus grave que plus bas placé (fractures basses) et aggravé encore par les massages.

Cependant, il *ascensionne* avec l'âge, d'où amélioration lente, à juger sur des *radios successives*.

Formes cliniques. — Citer :

1° Les fractures sans déplacement ou à déplacement inverse (Kocher); la fracture basse (grave); les fractures complexes, sus-intercondyliennes, exceptionnelles.

2° Le décollement épiphysaire pur, rare, jamais après quatre ans.

B. **Fracture du condyle externe**. — **Examen clinique**. — Tous les signes sont en dehors :

A l'inspection : gonflement, ecchymose.

A la palpation : 1° Rechercher le maximum douloureux.

2° Les *repères* sont modifiés : l'*épicondyle est remonté*.

3° Enfin parfois : léger degré de cubitus valgus en extension.

— Mobilité du fragment externe avec crépitation;

4° Les *mouvements* de supination sont très douloureux et on peut porter l'avant-bras fortement en varus.

Radiographie. — *De face :* trait oblique en bas, en dedans; commence en pleine diaphyse; se termine souvent en décollement épiphysaire.

D'où l'aspect : *double trait* clair si peu de déplacement.

— Sinon bloc barré d'un trait clair (cartilage), basculé en dehors et abaissé.

De profil : deux ergots clairs entamant la colonne compacte (le supérieur est le trait).

Evolution. — Favorable. Cependant : possibilité d'*arthrite plastique* (car fracture articulaire); de *proliférations périostiques* (d'où prohiber le massage); facteurs qui diminueront la flexion.

— Enfin tardivement *troubles d'ostéogenèse* (cubitus valgus, pouvant lui-même élonger le *cubital*).

Forme clinique. — Citer le *décollement épiphysaire* pur, rare; avec sa crépitation grasse ; un seul trait clair à la radio.

C. **Fracture de l'épitrochlée**. — Se voit à partir de six ans, pouvant accompagner une luxation du coude (cause d'irréductibilité) ou isolée.

Cliniquement, c'est une *entorse grave*, avec :

— Ecchymose interne,

— Adduction douloureuse,

— Mais surtout *douleur exquise*, et parfois fragment mobile perceptible.

La *radio* montre le fragment abaissé et déplacé en dedans.

Fracture bénigne, mais les mouvements ne reprennent que tard leur amplitude; possibilité de cal englobant le *cubital*.

Enfin parfois fragment interposé dans l'article (à extraire).

D. **Fractures très rares**. — Ce sont les fractures du *condyle interne*, de l'*épicondyle* (diagnostic de radiographie).

1° **Fractures de l'olécrane**. — N'offrent aucun caractère particulier. Rares, ne se voyant pas avant dix ans, elles réalisent trois types :

1° **Fracture de la partie moyenne** à trait transversal, la plus fréquente.

2° **Fracture de la base** à long trait oblique en bas, en arrière.

Toutes deux *fractures articulaires*, avec hémarthrose, et dont le déplacement est fonction de l'état des ligaments latéraux.

L'évolution peut être compliquée :

— D'*ouverture*,

— De lésions du *cubital*,

— Ultérieurement, *arthrite traumatique*, *amyotrophie* du triceps.

3° **Fracture partielle**. — Arrachement extra-articulaire de l'insertion tricipitale.

2° **Fracture du col radial**. — Encore plus rare, se voit entre huit et douze ans.

Cliniquement : douleur exquise, mouvements de pronosupination douloureux.

C'est la *radiographie* qui confirmera le diagnostic.

L'évolution est bénigne : immobiliser vingt jours en demi-flexion et demi-pronation.

DIAGNOSTIC

1. **Il y a une déformation nette**. — Fracture supracondylienne.

La luxation du coude. — Elle ne se voit guère au-dessous de huit-dix ans.

De plus : caractères diffèrent des saillies osseuses anormales.

— Surtout recherche des *repères classiques* qui sont modifiés.

Cependant une *radio de contrôle* est nécessaire, car il peut y avoir des associations (épitrochlée).

2. **Il n'y a pas de déformations évidentes**. — *A*. Tout le coude est tuméfié. Le diagnostic n'est possible que par :

— Recherche des points douloureux,

— Exploration des mouvements,

— Enfin *radiographie*.

B. Peu ou pas de gonflement, mais douleur externe comme dans la *fracture du radius :* penser chez le jeune enfant à la *pronation douloureuse :*

— Se voit avant cinq ans,

— Après une élongation,

— Cède à la supination suivie de flexion avec claquement.

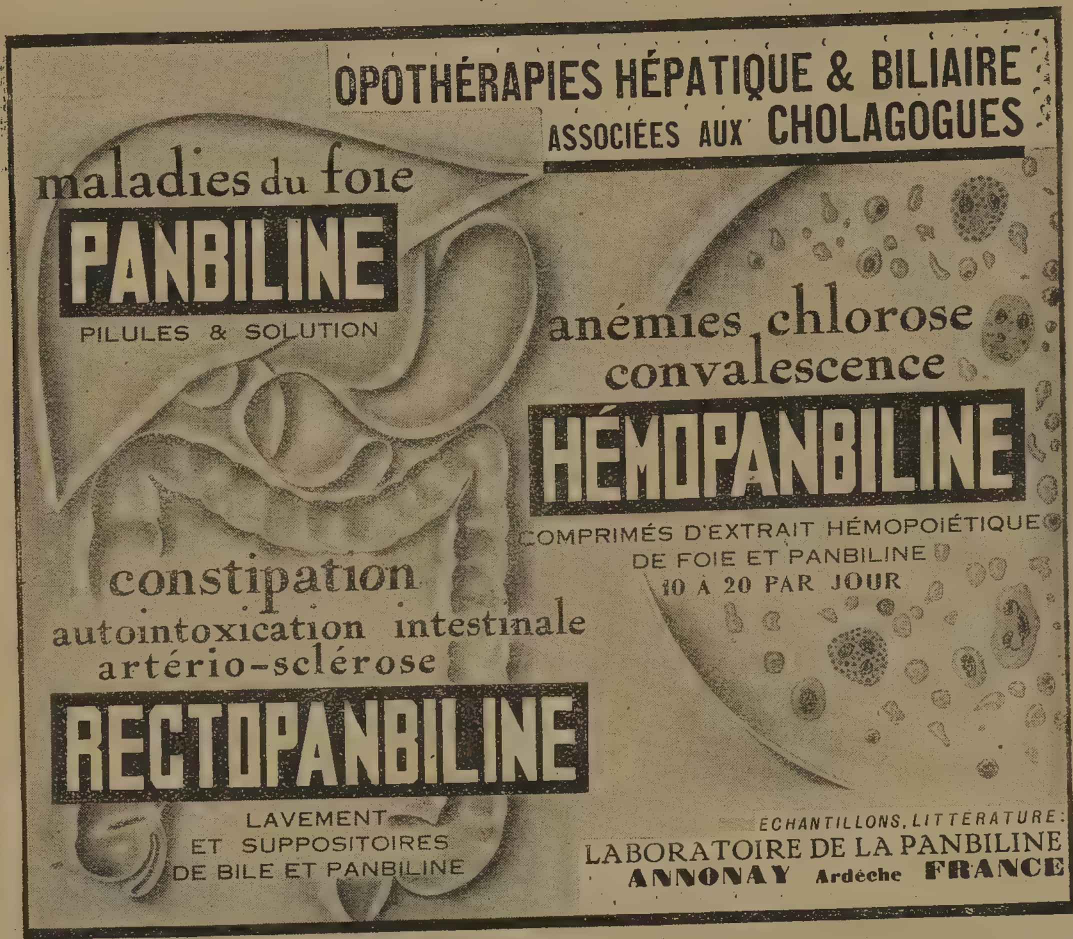
D'ailleurs en cas de doute : radiographie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Traitement médico-chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë et suraiguë. Indications, techniques, résultats, par Pierre Moiroud, chirurgien des hôpitaux de Marseille, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine. Collection médecine et chirurgie pratiques. Un volume de 122 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
maladies du foie
PANBILINE
PILULES & SOLUTION
anémies, chlorose
convalescence
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS D'EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE
DE FOIE ET PANBILINE
10 A 20 PAR JOUR
constipation
autointoxication intestinale
artério-sclérose
RECTOPANBILINE
LAVEMENT
ET SUPPOSITOIRES
DE BILE ET PANBILINE
ECHANTILLONS, LITTERATURE:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY Ardèche FRANCE

N° 101. — SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1931. 104e ANNEE. SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1931. — N° 101.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (Compte rendu, par M. TRUFFERT.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
CHRONIQUE
Le diner du Centre de diagnostic médical, par M. F. L. S.
CORRESPONDANCE
CONGRÈS
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — MÉDAILLE D'OR DE L'INTERNAT. — *Médecine.* — *Jugement des mémoires.* — MM. Augier, 18; Derot, 18; Desoille, 18; Eden, 18; Lereboullet, 19; Lièvre, 19; Poumeau, 18; Soulié, 20; Thiébaut, 18; Weill, 19.

Epreuve écrite anonyme. — Séance du 11 décembre. — Questions données : « Cancer primitif du foie. — Mécanisme régulateur de la tension artérielle. »

MM. Soulié, 29; Lièvre, 26; Lereboullet, 27; Weill, 28.

Consultation écrite anonyme. — MM. Lereboullet, 20; Weill, 20; Lièvre, 20; Soulié, 20.

Classement des candidats :

MM. Soulié, 69 (médaille d'or); Weill, 67 (médaille d'argent); Lereboullet, 66 (accessit); Lièvre, 65.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES, CHARDON-LAGACHE, HENDAYE, CHAMPROSAY. — *Epreuve écrite.* — Séance du 10 décembre. — Questions données : « Configuration extérieure et rapports du péricarde. — Formes cliniques de la tuberculose intestinale (rectum excepté). »

MM. Vautier, 16; Marcy, 22; Opolan, 14; Aschkenasy, 18; Giraud, 25; Leconte (André), 26; Salamon, 18; Borde, 20; Rosenstein, 18; Laroche, 26; Leconte (Maurice), 25; Mlle Danzig, 26.

— Deux consultations, l'une de médecine générale (adultes), l'autre de médecine infantile, ouvriront le 15 janvier 1932, à l'annexe de l'hôpital Bichat (boulevard Ney).

Les médecins de ces deux consultations seront désignés, à la suite d'un concours sur titres, parmi les docteurs en médecine, de nationalité française, ayant accompli quatre années d'exercice en qualité d'internes des hôpitaux.

Les inscriptions, en vue de ce concours, seront reçues à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du 26 décembre 1931 et jusqu'au 5 janvier 1932 inclusivement, entre 14 h. et 17 h.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés pour quatre ans membres du Conseil supérieur et de la Section permanente :

MM. les professeurs Balthazard, doyen de la Faculté de médecine; Roussy; Guérin, doyen de la Faculté de pharmacie.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — *Concours de l'internat en médecine.* — Internes titulaires : MM. Ledieu et Ledourneuf; interne provisoire : M. Liber.

MM. Delezenne et Langrand, ayant obtenu la moyenne nécessaire, sont proposés pour les fonctions d'internes dans les services de la Faculté.

Concours de l'externat. — Sont nommés externes MM. Bens, Delerue, Fournier, Becquet, Delfpoulle, Camus, Hermant et Aujoulat.

— LYON. — *Dispensaire général.* — Après concours, MM. les docteurs Rousset, Savoye, Treppoz et Levrat ont été nommés médecins du dispensaire général.

— Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

1° Internes titulaires : MM. Perrot, Jouve, Dalmais, Burlet, Ollier, Moussier, Mlle Dessaignes, MM. Agnès, Champin, Mlle Bruel, MM. Paulant, Favre.

2° Internes provisoires : MM. Couzian, Boncompain, Mlle Cellière, MM. Jarricot, Montant, Pégon, Paclet, Chaumeau, Joët, Royet, Reffienna.

— MARSEILLE. — Après concours M. le docteur Salomon a été nommé chirurgien des hôpitaux.

— Après concours M. le docteur Antoine Raybaud a été nommé médecin adjoint des hôpitaux de Marseille.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Vacances de Noël et du Jour de l'an.* — La Faculté (Bibliothèque, cours et travaux pratiques et examens) sera fermée du jeudi 24 décembre 1931 au 3 janvier 1932 inclus.

Les bureaux du Secrétariat seront fermés les jeudi 24, vendredi 25, samedi 26, mercredi 30, jeudi 31 décembre 1931 et les vendredi 1er et samedi 2 janvier 1932.

— LILLE. — *Concours de l'adjuvat.* — M. Batteur a été nommé aide d'anatomie.

— MONTPELLIER. — Le conseil de la Faculté a proposé le professeur Etienne pour succéder à la chaire de chirurgie infantile au professeur Massabuau nommé à la chaire de clinique chirurgicale vacante par suite de la retraite de M. le professeur Forgue.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Delépine, professeur au Collège de France, ancien professeur à la Faculté de pharmacie, est nommé professeur honoraire à ladite Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. le docteur Fruchaud, professeur suppléant d'anatomie, a été nommé professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le jeudi 16 juin 1932, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

— REIMS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims s'ouvrira le jeudi 23 juin 1932, devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

OFFICIERS DE RÉSERVE. — Le *Journal officiel* du 15 décembre 1931 publie une instruction pour l'application du décret du 31 octobre 1931 portant attribution d'une indemnité spéciale de première mise d'équipement aux officiers de réserve nommés avant ou après la guerre et convoqués en 1931 (voir *Gaz. des hôp.*, 1931, n° 92, p. 1710).

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — Le dîner de rentrée de l'Association a eu lieu cette semaine sous la présidence de M. le professeur Loeper, en l'honneur de M. François Latour, président du Conseil municipal.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE BELGE. — Le bureau pour 1932 a été constitué comme suit : président : docteur Rodolphe Ley (*Journal de neurologie et de psychiatrie*); vice-président : professeur Isidore Gunzburg (*Annales de médecine physique et de physio-biologie*); secrétaire général : docteur René Beckers (*Bruxelles-Médical*); trésorier : docteur Jacques Rosenthal (*Le Journal dentaire belge*); membres : MM. les professeurs Rufin Schockaert (*Revue médicale de Louvain*), et J. de Smeth (*Journal belge d'urologie*). Le docteur J. Voncken (*Archives médicales belges*), président sortant, a été nommé commissaire des Voyages d'études médicales.

MARINE MILITAIRE. — Les médecins dont les noms suivent ont été nommés, après concours, aux fonctions ci-après :

Médecin des hôpitaux maritimes. — M. Mondon, médecin principal.

Chirurgien des hôpitaux maritimes. — M. Canton, médecin de 1re classe.

Spécialistes des hôpitaux maritimes. — Bactériologie et anatomo-pathologie : M. Quérangal des Essarts, médecin de 1re classe.

(Voir la suite des « Informations », *p. 1905.)*

CHRONIQUE

LE DINER DU CENTRE DE DIAGNOSTIC MÉDICAL

Sous la présidence du professeur Nobécourt remplaçant le professeur Lambret (de Lille), malheureusement empêché, les médecins du Centre de diagnostic médical se sont réunis pour la onzième fois en un dîner confraternel.

Au dessert, le docteur Coliez donna lecture du discours que M. le professeur Lambret n'avait pu venir prononcer lui-même.

M. Lambret, rappelant à ses amis l'histoire de ce Centre fondé en 1920 par un groupe d'anciens internes, montra combien cette initiative fut heureuse et quels services elle a rendus aux praticiens. Mettre à leur disposition des laboratoires, les avis et les conseils de spécialistes éprouvés, n'est-ce pas réaliser au profit des médecins et des malades cette association médico-chirurgicale dont le professeur Lambret, après le professeur Gosset, a fait ressortir tous les bienfaits ? La formule est excellente, ne voyait-on pas, il y a quelques mois, les pouvoirs publics l'envisager à leur tour...

Après la lecture du discours de M. Lambret qui fut vivement applaudi, le docteur Maurice Delort montra, non sans émotion, le chemin parcouru et les progrès réalisés.

Le professeur Nobécourt, enfin, apporta à cet adolescent de belle venue qu'est le Centre de diagnostic médical l'appui de ses sages conseils et de ses vœux ardents.

Une très brillante soirée musicale, où l'on eut la joie d'entendre le chansonnier Dorin et l'agréable surprise de saluer l'illustre comédien M. Le Bargy, termina d'une manière charmante cette réunion confraternelle.

F. L. S.

CORRESPONDANCE

Paris, le 14 décembre 1931.

« Le docteur Pierre Vachet nous prie de dire que sa traduction et adaptation du livre allemand des docteurs Magnus Hirschfeld et Abraham, intitulée *Perversions sexuelles*, a été publiée sans que la moindre épreuve lui ait été soumise et, par conséquent, sans qu'il ait délivré de bon à tirer. Il décline toute responsabilité sur le texte de cette œuvre, ainsi que sur la publicité qui a pu être faite. »

AVIS. — *La* Gazette des hôpitaux *devant être composée dorénavant à la linotype, nous recommandons aux auteurs de bien vouloir nous envoyer des manuscrits très lisibles, ou dactylographiés, et surtout définitifs.*

* *

INFORMATIONS

(SUITE)

Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie : MM. Bondet de la Bernardie, médecin principal ; Tabet, médecin de 1re classe.

Electroradiologie et physiothérapie : MM. Chrétien et Saves, médecins de 1re classe.

Médecine légale et neuro-psychiatrie : M. Darleguy, médecin principal.

Stomatologie : M. Deney, médecin de 1re classe.

— M. le médecin principal Germain est nommé médecin des hôpitaux maritimes à compter du 1er décembre 1931.

LE CINQUANTENAIRE DU BACILLE DE KOCH EN ALLEMAGNE. — On fêtera à Berlin, le 24 mars 1932, la découverte du bacille tuberculeux par Robert Koch. Le ministère fédéral de l'Intérieur et le ministère prussien du département de l'Hygiène ont pris déjà les premières mesures pour la célébration de cet anniversaire. Du 17 au 20 mai 1932, il y aura à Berlin une grande réunion commémorative ; et les jours suivants des journées officielles ou scientifiques auxquelles participeront de nombreux savants allemands ou étrangers.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Dans sa séance du 1er décembre dernier, le professeur Perrin a présenté une note de notre confrère Jacques Métadier dans laquelle il donne la solution de l'équation générale du mouvement brownien dans un champ de forces quelconques.

Ce travail de hautes mathématiques pourra peut-être avoir plus tard des conséquences en biologie cellulaire puisque le mouvement brownien y anime toutes particules.

Voilà un confrère de plus qui a aussi son violon d'Ingres puisque pendant les rares loisirs il délaisse ses préparations de Méta-titane et de Méta-vaccin pour les hautes spéculations de la physique moderne.

L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. — L'Union internationale contre la tuberculose tiendra sa prochaine conférence à La Haye, du 6 au 9 septembre 1932, et elle a mis à l'ordre du jour les trois questions suivantes :

1° Question biologique : *Relation entre l'allergie et l'immunité.*

2° Question clinique : *La chrysothérapie.*

3° Question sociale : *L'assistance post sanatoriale.*

Ces décisions ont été prises à la réunion du Conseil de direction qui s'est tenue récemment à Paris, sous la présidence du professeur Frölich (Norvège).

UNE CROISIÈRE MÉDICALE (20 mars 4 avril 1932). — La *Gazette médicale de France* organise pour les vacances de Pâques une croisière destinée à la visite des Iles hispano-africaines en suivant les côtes d'Espagne et du Maroc.

Les escales prévues sont les suivantes : Vigo, Cadix, Madère, Ténériffe, la Grande Canarie, Las Palmas, Casablanca, Rabat et Salé, Lisbonne et Cintra.

Les prix des cabines sont échelonnés de 2.500 à 7.500 fr. Ces prix ne comprennent ni les pourboires, ni les excursions à terre.

Pour tous renseignements : Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, Paris (Ve). Tél. Odéon 20 C2.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Eugène Révilliod (de Genève), ancien interne des hôpitaux de Paris (1881). Eugène Révilliod était le neveu du professeur Léon Révilliod (de Genève) qui fut lui aussi interne des hôpitaux de Paris en 1861. Eugène Révilliod était un pédiatre renommé. Ce fut lui aussi un ami éprouvé de la France.

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

[*21-24 octobre 1931* (1)].

L'aspiration en oto-rhino-laryngologie. — MM. G. WORMS et RATEAU en étudient les indications et la technique. Ils utilisent soit la pompe à eau, soit la motopompe électrique à laquelle s'adaptent des canules et pipettes de modèles divers, suivant les besoins.

Complément très utile de la paracentèse du tympan, l'aspiration fait sourdre de l'oreille moyenne une quantité surprenante de pus, supprime les douleurs et accélère la guérison.

Elle facilite également la sortie des liquides contenus dans les sinus (antre maxillaire surtout et antre frontal, après évidement ethmoïdal).

L'aspiration des tonsilles permet non seulement de rechercher le « test amygdalien » (Le Mée), utile au diagnostic de l'amygdale coupable, mais de vider les cryptes de leur caséum plus ou moins septique.

Elle mérite, enfin, de prendre une place importante dans le traitement des abcès cérébraux; elle permet la suppression rapide des drains et favorise l'expansion du cerveau au contact avec la paroi cranienne.

De l'emploi du muscle d'oiseau desséché et pulvérisé comme agent d'hémostase. — M. VAN NIEUWENHUYSE (Roubaix). Le muscle d'oiseau est employé en neuro-chirurgie pour l'hémostase dans les cavités craniennes.

Il possède des propriétés coagulantes qui ont été utilisées déjà en cas d'hémophilie.

Afin de permettre une application plus étendue en oto-rhino-laryngologie de cet agent d'hémostase, l'auteur a fait usage de muscle d'oiseau desséché dans le vide et pulvérisé.

Il relate quelques indications de cette préparation et les résultats obtenus soit au cours des interventions chirurgicales de la spécialité, soit comme agent de coagulation dans les processus hémorragiques.

La cellulite en oto-rhino-laryngologie. — M. H. CABOCHE (Paris). Peu connue des oto-rhino-laryngologistes, la cellulite est pourtant assez fréquente à la région cervico-faciale et provoque, dans le territoire oto-rhino-laryngologique, des troubles qui méritent d'être étudiés.

Elle se manifeste avant tout par des douleurs et aussi par des réflexes neuro-végétatifs à distance.

Diffuse, la douleur se présente sous forme de céphalées ou d'algies cranio-faciales parfois extrêmement violentes avec dépression physique et obnubilation cérébrale. Plus localisée, elle simule une sinusite ou une otite.

Les réflexes neuro-végétatifs se présentent sous forme de troubles vaso-moteurs (rougeurs de la face, du cou, du thorax); de bourdonnements d'oreilles apparaissant avec la crise et disparaissant avec elle ou par le traitement; de modifications de l'acuité auditive; de vertiges, agoraphobie; troubles de l'orientation.

A la région cervicale, comme ailleurs, la cellulite doit être recherchée. Le plissement de la peau entre le pouce et l'index, la palpation permettent de reconnaître un épaississement douloureux, une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel avec, par places, de petits grains également douloureux.

La cellulite cervicale n'est pas une réaction inflammatoire. La pression ne provoque jamais de godet et l'évolution se fait sans température.

Consécutive à des infections légères des cavités naso-pharyngées, sinusales, etc., elle se manifeste de préférence chez des sujets auto-intoxiqués, notamment par troubles thyroïdiens.

Il faut tenir compte de ce fait dans le traitement (souvent très effectif) qui consistera essentiellement en massages très légers combinés avec des applications locales de haute fréquence.

Quelques applications de la diathermocoagulation dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie. — M. J. HELSMOORTEL junior (Anvers) rapporte les observations de quelques malades qu'il a soignés par la diathermocoagulation. Les résultats obtenus sont encourageants et doivent inciter à recourir fréquemment à ce mode de traitement.

Il a traité ainsi des crasses séniles de la face, un molluscum pendulum ulcéré de la face, un anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, des petits nævus de la face, un cancer du bord de la langue, une grenouillette congénitale bilatérale, un kyste de la base de la langue, des papillomes du septum nasal.

Neuf cas de suppurations pulmonaires traités par aspirations bronchoscopiques. — MM. COFFIN et TRUFFERT rapportent 7 cas d'abcès du poumon avec 6 guérisons cliniques et 2 cas de suppurations pulmonaires avec 1 guérison.

Leurs conclusions sont les suivantes :

1° La technique bronchoscopique se présente avec une grande facilité d'exécution;

2° L'utilisation pour la rétraction de la muqueuse bronchique d'une huile cocaïnée s'est révélée exempte de toxicité et semble assurer une durée plus prolongée du drainage de la cavité.

C'est à ce fait particulier autant qu'à l'aspiration que les auteurs attribuent les résultats favorables du traitement bronchoscopique.

Le cinéma en dessins animés dans l'enseignement de la bronchoscopie et de la bronchoscothérapie. — M. A. SOULAS. Le cinéma en dessins animés est un moyen de démonstration dont ont bénéficié la chirurgie générale (Pauchet), ainsi que la gastro-entérologie (Bensaude, Cambiès).

Nous avons montré l'année dernière à cette même Société l'intérêt que le cinéma en dessins animés pouvait avoir pour la démonstration des manœuvres bronchoscopiques. Notre travail actuel n'est que le complément de celui de l'année dernière. Bien que, dans nos dessins animés, le visage et les mains de l'opérateur n'apparaissent guère, bien qu'il ne puisse être question que de schématisation, la succession de dessins exacts donne bien plus de précision que ne le ferait un long article. En endoscopie il y a un autre moyen de démonstration, autre qu'une succession de dessins, étant donnée la difficulté, pour celui qui regarde opérer, de saisir les différentes manœuvres endobronchiques.

Cette méthode de démonstration permet d'autre part de schématiser l'ensemble des données endobronchiques et des interprétations pulmonaires.

Aussi associerons-nous les images radiographiques pulmonaires et les aspects endobronchiques.

I. La position du malade, des assistants dont l'importance n'échappe à personne, les règles de technique, les divers temps de la trachéo-bronchoscopie, les manœuvres endobronchiques, quelques problèmes d'extraction de corps étrangers (une pièce de monnaie, des épingles, un clou, une perle, un haricot), sont, à nos yeux, dignes de retenir l'attention des spécialistes.

II. L'obstruction bronchique. Sujet nouveau, du moins dans sa conception actuelle, mérite un développement spécial. Son mécanisme est identique, quelles que soient les causes. Il y a obstruction bronchique partielle, obstruction complète à un seul temps respiratoire (à l'inspiration : atélectasie pulmonaire; à l'expiration : emphysème), obstruction complète aux deux temps (atélectasie).

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Les causes en sont variables, depuis le haricot qui se gonfle, la tumeur bénigne ou maligne, jusqu'aux membranes diphtériques ou au « bouchon muqueux » de l'atélectasie post-opératoire.

III. Si les règles de technique et les manœuvres endoscopiques avaient besoin d'être schématisées pour être mieux comprises, que dire de la conception que se faisaient les médecins et bien des spécialistes du traitement par voie endobronchique des suppurations pulmonaires? Une des idées les plus courantes était que le bronchoscopiste allait tout simplement nettoyer, vider, « curetter » une poche d'abcès tout comme on curette un sinus maxillaire! Et cette opinion est encore celle, non seulement des malades, mais aussi de bien des médecins.

Nous avons voulu montrer quelles étaient les possibilités de la bronchoscothérapie, mais aussi quelles en étaient les limites.

Le prélèvement des sécrétions, le nettoyage bronchique, le repérage de la bronche de drainage, le cathétérisme des bronches secondaires, l'aspiration d'une suppuration, le schématique vidage d'un abcès collecté, le difficile drainage d'un abcès diffus, l'abrasion de granulations, l'injection, l'instillation bronchique, le lipiodolage bronchoscopique, le remplissage des bronches dilatées comme il apparaît sous écran radiographique, sont des manœuvres parfaitement réalisables et qui suffisent à mettre en honneur la méthode bronchoscopique, sans vouloir exiger d'elle davantage.

Si nous avons détruit certaines erreurs que l'obscurité et la difficulté d'accès des conduits bronchiques expliquent sans doute, si nous avons éclairé et rendu plus faciles certains problèmes de technique, si nous avons montré les limites à ne pas dépasser sous peine de nuire au malade, nous croirons que ce travail de schématisation n'aura pas été inutile.

Nos derniers cas de corps étrangers des bronches chez l'enfant. — MM. Escat et Laval (Toulouse). A l'occasion d'une série à évolution particulièrement sévère, les auteurs soulignent la fréquence et la haute gravité de ce redoutable accident chez de jeunes enfants; ils insistent sur la difficulté du diagnostic positif et de la localisation. Le syndrome radiologique de Texier et Levesque arrive le plus souvent à lever le doute. La bronchoscopie inférieure leur paraît être la technique à préconiser dans les milieux laryngologiques courants pour l'extraction des corps étrangers bronchiques de l'enfant au-dessous de six ans.

La bronchoscopie (Etat actuel de la question). — MM. A. Bloch et A. Soulas. La bronchoscopie est un moyen d'investigation trachéobronchique de pratique courante.

La bronchoscothérapie (Soulas) est le traitement des maladies pulmonaires et broncho-pleurales (par le moyen de la bronchoscopie).

Toute bronchoscopie doit être précédée d'un examen médical qui permet d'établir des contre-indications provisoires ou définitives : mauvais état général, mauvais état cardio-vasculaire, manifestations inflammatoires pulmonaires aiguës.

L'anesthésie locale cocaïnique n'est utile qu'au-dessus de six ans.

Les auteurs étudient la valeur de la bronchoscopie au point de vue diagnostique : dans les cas de présomption de corps étrangers, de sténoses trachéale ou bronchique, dans toute hémoptysie qui ne fait pas sa preuve, dans certains cas de suppuration trachéo-bronchique; dans toute dyspnée ou toux d'origine trachéale ou bronchique, dans l'apparition d'une ombre radiographique parahilaire.

Elle est également de mise pour le prélèvement endobronchique des sécrétions ou le lipiodolage d'un secteur bronchopulmonaire déterminé.

Pour la biopsie d'une néoplasie bénigne ou maligne.

Bloch et Soulas, du point de vue diagnostic, étudient la bronchoscopie dans le *syndrome trachéal* : par les corps étrangers, par obstruction (amas de concrétions ozéneuses, sclérome, diphtérie trachéo-bronchique).

Les tumeurs de la trachée sont le plus souvent bénignes (papillomes, fibromes, goitres intratrachéaux, lipomes, adénomes, trachéocèles); pour les tumeurs malignes, la biopsie en précise la nature.

La syphilis de la trachée se présente non seulement à la période tertiaire, mais encore à la période secondaire.

De même, la tuberculose évoluée peut donner lieu à des ulcérations trachéales.

La bronchoscopie a permis de localiser, le plus souvent dans la région sous-glottique, des fissures, des érosions ou des ulcérations, point de départ d'hémoptysies qui n'avaient pas fait leurs preuves.

Des trachéites s'accompagnant de toux quinteuses ou asthmatiformes sont caractérisées localement par un aspect violacé et boursouflé de la muqueuse avec sécrétion catarrhale très adhérente.

La bronchoscopie permet également de reconnaître les compressions trachéales.

Dans le *syndrome broncho-pulmonaire*, les corps étrangers sont quelquefois très difficiles à reconnaître et l'obstruction bronchique peut être due à un corps non opaque.

Parmi les autres causes endogènes, les tumeurs bénignes ou malignes, la syphilis des bronches ou la tuberculose, des fausses membranes diphtériques, des sécrétions ou des concrétions peuvent obstruer l'arbre bronchique.

Tantôt celle-ci est relative et partielle, tantôt elle est totale.

Enfin elle peut jouer le rôle de soupape à sens unique déterminant de l'atélectasie si elle empêche l'arrivée de l'air; de l'emphysème si elle en empêche la sortie.

Dans les suppurations broncho-pulmonaires, la bronchoscopie les localise, permet de lipiodoler un secteur à explorer, d'étudier biologiquement la nature des sécrétions.

Au point de vue thérapeutique, le rôle de la bronchoscopie est à l'heure actuelle très nettement déterminé : elle permet d'enlever les corps étrangers, d'attaquer les tumeurs, de cautériser les ulcérations, de panser des muqueuses enflammées. Ces mêmes avantages se retrouvent pour le traitement des affections pulmonaires, et les auteurs insistent, en particulier, sur le traitement des abcès.

Soulas conseille d'instituer le traitement endoscopique dès la troisième semaine d'un abcès pulmonaire qui ne marque pas une tendance à la guérison. Dans un premier temps, « temps d'attaque », le malade est soumis à des aspirations bronchoscopiques : sept à huit séances en dix à douze semaines.

A partir de ce moment, il faut attendre, car il ne peut y avoir collaboration médico-chirurgicale.

Le malade doit, d'ailleurs, être soumis à une observation constante clinique et radiologique pour éviter les récidives.

Le pronostic est influencé par divers éléments : l'ancienneté de la lésion aggrave le pronostic; la multiplicité des abcès est une cause d'échec; le siège juxta-pariétal appelle plutôt l'acte chirurgical; la présence de dilatations bronchiques prolonge la durée du traitement.

Dans les dilatations des bronches, le drainage et l'aspiration peuvent amener quelques guérisons; en tout cas, ils sont le facteur de beaucoup d'améliorations,

La lithiase bronchique, les bronchites chroniques, l'asthme bronchique bénéficient du traitement bronchoscopique qui détermine des sédations remarquables.

Enfin, dans la chirurgie thoracique, la bronchoscopie est un adjuvant du traitement chirurgical. Introduit dans la trachée, le bronchoscope permet d'effectuer une trachéotomie lente.

Après pneumotomie, l'aspiration des sécrétions locales, l'injection *in situ* de liquide modificateur ou antiseptique ren-

dent des services considérables pour l'évolution favorable de cette intervention.

Le rôle de la bronchoscothérapie dans le traitement des suppurations pulmonaires. — M. L. Kindberg, depuis dix années, a observé plus de 150 cas d'abcès du poumon : les méthodes bronchoscothérapiques doivent, de façon générale, être toujours employées.

1° Au début, ou au cours d'un premier épisode, elles augmenteront nettement le pourcentage des guérisons et ces guérisons seront à la fois plus complètes et plus rapidement obtenues.

Dans les cas rebelles, elles constitueront la préparation la meilleure et la plus sûre aux interventions chirurgicales.

2° Du deuxième au dixième mois, période opératoire, il conviendra, sauf indications particulières, d'y avoir tout d'abord recours. On pourra encore, sans autre thérapeutique, obtenir quelques guérisons complètes. Il ne faut, en tout cas, pas s'obstiner et recourir à la chirurgie si des signes objectifs de guérison ne s'affirment pas. La bronchoscothérapie peut, en outre, être un auxiliaire précieux dans différentes techniques opératoires.

3° Plus tard, l'abcès étant devenu chronique, elle sera notre seule ressource : mais elle ne peut être que palliative. Il est déjà considérable, au prix d'interventions minimes de temps en temps renouvelées, de prolonger la vie du malade et surtout de la rendre pratiquement supportable.

Dans l'ensemble, il faut surtout retenir : 1° qu'il ne faut jamais tarder d'avoir recours aux méthodes bronchoscopiques; 2° qu'il ne faut pas s'y obstiner outre mesure : les résultats escomptés devront être obtenus rapidement.

Discussion du rapport (R. Monod). — Il souligne l'importance jouée par la bronchoscopie dans le traitement des suppurations pulmonaires. Efficace et sans danger, elle apporte à la chirurgie un appoint considérable, soit qu'elle se substitue, soit qu'elle s'associe à elle.

1° Dans le cas d'abcès reconnus inopérables du fait de l'extension ou de la bilatéralité des lésions, du fait de la précarité de l'état général, la bronchoscopie doit se substituer à la chirurgie, quitte à lui céder à son tour le pas en cas d'amélioration.

La bronchoscopie a peu d'action sur les lésions putrides sans foyer limité (abcès anciens avec lésions de sclérose surajoutées). Ces cas relèvent de la pneumotomie progressive. Dans les formes collectées, l'abcès superficiel se prête également mieux au chirurgien; par contre, l'abcès profond central parahilaire est particulièrement favorable à l'aspiration de la bronchoscopie, ce qui est fort heureux, l'abord chirurgical de ces abcès étant toujours périlleux.

Souvent, la bronchoscopie s'associera à la technique chirurgicale.

Dans un premier groupe de cas, la bronchoscopie sera une excellente préparation à l'intervention. L'auteur tient à souligner l'action localisatrice de la bronchoscopie sur les abcès aigus encore mal limités.

2° Au moment de l'intervention, la bronchoscopie est très utile pour assécher la cavité immédiatement avant l'anesthésie et diminuer ainsi pendant l'acte opératoire les efforts de toux si gênants et les risques si grands de dissémination.

L'obligation où l'on est de soumettre ces malades, pour les manœuvres intrathoraciques, à l'anesthésie générale, rend son rôle particulièrement utile.

Enfin, après intervention, la bronchoscopie a encore son rôle à remplir pour arriver à tarir l'hypersécrétion due aux bronchiectasies si fréquentes comme lésions surajoutées dans les abcès pulmonaires.

La membrane de Corti ou tectoria. Sa structure et ses rapports avec la papille spirale. — M. Bonain (Brest). Chez l'homme, son altération cadavérique et sa détérioration par la préparation des coupes rendent son examen difficile.

Chez les animaux, on la trouve toujours adhérente à la papille spirale et creusée de cavités recevant les cils des cellules sensorielles.

Les divers organes labyrinthiques se réduisent sommairement à des ensembles de cellules ciliées, surmontées d'un élément d'origine épithéliale (cupule, membrane otolithique, tectoria), actionné par des excitateurs et des procédés différents et impressionnant par l'intermédiaire des cils les cellules sensorielles.

L'ostéite pétreuse profonde. — M. J. Ramadier. Par ostéite pétreuse profonde, l'auteur entend « l'inflammation post-otitique du tissu osseux pneumatique qui existe chez certains sujets, situé dans le rocher, au delà de la paroi profonde de la caisse et de l'antre ». On peut en distinguer trois foyers : de la pointe, postérieur, inférieur. Trois observations montrent les trois modes évolutifs principaux de l'affection : guérison simple, guérison par un abcès latéro-pharyngien, mort par complication endocranienne. Le « syndrome de l'ostéite pétreuse profonde » peut se résumer comme il suit : douleurs persistantes et de types particuliers : suppuration persistante, parfois interrompue à une ou plusieurs reprises; échec de la mastoïdectomie et, fréquemment, absence de lésions mastoïdiennes ; découverte d'une fistule pétreuse dans l'un des deux compartiments mastoïdien ou tympanique. La paralysie du VI n'a qu'une valeur secondaire. La radiographie est parfois décisive. L'évolution est généralement traînante, apyrétique. Les indications opératoires doivent être posées par étapes : mastoïdectomie, évidement pétro-mastoïdien ; curettage intrapétreux; abord et drainage des lésions péripétreuses (extra-durales). Description détaillée de cette dernière intervention.

Considérations sur le traitement des phlébites et thrombo-phlébites sinuso-jugulaires. — M. le professeur Georges Portmann (Bordeaux) montre pourquoi, à son avis, le traitetement des thrombo-phlébites du tronc sinuso-jugulaire compliquant une mastoïdite doit rester entièrement chirurgical. Il ne s'élève pas certes contre la thérapeutique médicale qui ne doit pas être négligée, mais doit être considérée comme un adjuvant à la thérapeutique chirurgicale et en aucun cas ne doit retarder l'opération, si celle-ci est indiquée.

Le professeur Portmann passe en revue les différents signes généraux ou locaux, avant l'intervention sur la mastoïde, pendant l'intervention ou après l'intervention, qui commandent une thérapeutique chirurgicale. Ce sont les signes généraux qui indiquent que l'intervention est nécessaire et ce sont les signes locaux qui le guident au cours de l'opération. Les lésions locales doivent être respectées si elles ne provoquent aucune réaction générale. Le plus souvent, la suppression des lésions osseuses mastoïdiennes suffit dans ce cas à entraîner la guérison. Le thrombus organisé, qui n'est pas le point de départ d'accidents septicémiques ou pyohémiques, est une défense naturelle de l'organisme qu'il convient de sauvegarder.

Par contre, si des complications d'origine veineuse sont flagrantes, le traitement actif s'impose, *même si la paroi du sinus ne paraît pas altérée* et si la circulation n'est pas interrompue.

Ce traitement comporte :

1° La ligature systématique de la veine jugulaire interne;

2° L'ouverture et le tamponnement du sinus latéral ou du golfe, qu'on peut être entraîné à compléter par la résection de la veine jugulaire.

Hémorragies secondaires du sinus latéral. — M. Bertoin (Lyon). Les hémorragies secondaires du sinus latéral se produisent quelques jours après une intervention portant sur la mastoïde et au cours de laquelle le sinus a été découvert et

reconnu sain. Elles sont dues, semble-t-il, à une nécrose progressive de la paroi veineuse compliquant une simple dénudation du vaisseau; aussi ont-elles tendance à récidiver malgré un tamponnement bien placé; accessoirement, il faut, sans doute, faire intervenir la notion de virulence particulière du microbe pathogène.

Au point de vue thérapeutique, il faut :

1° Placer un tamponnement d'urgence en attendant l'intervention qui devra être pratiquée sans délai;

2° Dénuder le sinus en zone saine en amont et en aval du siège de l'hémorragie;

3° En ces deux points, écraser sa lumière en introduisant une mèche entre le vaisseau et l'os.

L'hémostase ainsi obtenue est seule définitive.

Septico-pyohémie auriculaire sans thrombose du sinus latéral, sans signes locaux caractéristiques, sans réaction apophysaire. Mastoïdectonomie. Guérison. — M. Ihya Salih (Stamboul). Etant donnés la fréquence et le rôle important du streptocoque hémolytique dans les affections du rhino-pharynx, la désinfection locale du cavum s'impose avant toute intervention,

Dans les septicémies auriculaires sans signes locaux caractéristiques, sans thrombose du sinus latéral et sans réaction apophysaire, le regard doit être toujours dirigé vers l'oreille, et devant le moindre symptôme clinique, il faut intervenir précocement.

L'opération de choix dans la mastoïdite aiguë. — M. Lempert (New-York) insiste sur les avantages de sa technique de trépanation mastoïdienne par le conduit auditif dont une large incision triangulaire agrandit l'orifice; cette voie permet une exploration complète de la mastoïde.

Elle assure une permanence du drainage et évite les récidives.

De plus, elle évite les cicatrices rétro auriculaires et n'entraîne aucun trouble de l'esthétique.

Deux cas d'abcès du cervelet guéris. Considérations cliniques. — M. Daure rapporte l'observation de deux malades chez lesquels un abcès du cervelet drainé a guéri.

Dans un cas, le diagnostic avait été fait avant l'intervention.

Dans l'autre, l'abcès fut trouvé au cours de l'opération.

Colibacillose intestinale et troubles congestifs auriculaires. — M. Maurice Jacod (Lyon). Certains malades ont des bourdonnements ou des vertiges persistants avec sensation de congestion céphalique que n'expliquent pas les minimes lésions otitiques qu'ils présentent. Le traitement local reste d'ailleurs sans effet. Ils souffrent en même temps de troubles intestinaux, parfois même d'un syndrome entéro-rénal, et les cultures intestinales décèlent une colibacillose pathologique. Le traitement des lésions urinaires, l'ingestion de vaccins anticolibacillaires font disparaître la colibacillose ainsi que les bourdonnements et les vertiges. La colibacillose intestinale paraît donc être la cause de troubles auriculaires d'ordre congestif.

Traitement des atticites chroniques par l'aérothermo-cutro-insufflation. — M. Y. de Kérangal (Bourges). Après un court aperçu d'anatomie topographique de l'attique, faisant ressortir les dangers des atticites chroniques. Kérangal expose le traitement qu'il applique avec un succès définitif et rapide depuis douze ans. Il a traité ainsi 42 cas, dont la plupart ne semblaient plus justiciables que d'une intervention chirurgicale. Le traitement consiste, après nettoyage à sec de la cavité, à insuffler à son intérieur, pendant une minute à une minute et demie, de l'air chauffé véhiculant des émanations de cuivre, cela au moyen d'un petit appareil qu'il a présenté et qui, grâce à un dispositif spécial, permet, au besoin, des applications thermo-métallo-thérapiques autres que celles du cuivre, telles que celles du zinc, de l'argent, de l'or, etc., avec la possibilité de doser les mélanges métalliques.

La syphilis de l'oreille moyenne. — M. R. Mayoux. La syphilis de l'oreille moyenne est peu étudiée, et la plupart des auteurs s'accordent pour en contester l'existence,

Cependant, l'observation des hérédo-syphilitiques nous a convaincu de la fréquence de l'atteinte de l'oreille moyenne dans la syphilis. Les otites moyennes suppurées, les scléroses de la caisse s'observent très souvent chez ces malades. Leur fréquence, et surtout, nous insistons sur ce fait, les circonstances dans lesquelles elles apparaissent, ne nous permettent pas de les considérer comme banales, et nous obligent à y voir l'action directe du tréponème.

Ayant établi ainsi la réalité de l'otite moyenne syphilitique, nous nous sommes efforcé de la retrouver dans la syphilis acquise. Et il nous a semblé que l'on doit rattacher à la syphilis d'assez nombreuses otorrhées chroniques, des scléroses de la caisse, et même certaines surdités de la transmission sans lésions tympaniques qui ressemblent grossièrement à l'otospongiose.

Il faut ajouter que la plupart de ces manifestations, défigurées par l'infection secondaire, ne sont guère différentes des otites banales avec lesquelles on les confond habituellement.

Kyste dentigère du maxillaire supérieur. — M. Péri. (Alger). L'intervention chirurgicale, semblable au Caldwell-Luc, permit de retirer la membrane kystique qui avait envahi le sinus maxillaire. La dent incluse dans la région voisine de l'angle antérieur du maxillaire était couchée horizontalement. Sa couronne était dirigée vers le sinus et faisait saillie dans la poche du kyste, comme c'est habituellement le cas. Cette dent hétérotopique, de 12 millimètres de longueur, ressemblait à une prémolaire d'adulte.

Tumeur fibromateuse télangiectasique du pharynx chez une femme. — M. Goubert (Alès). Relation d'une observation intéressante au point de vue clinique opératoire et anatomo-pathologique. Tous les examens ont démontré qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne de l'oro-pharynx, constatée chez une femme et analogue en tous points, sauf par le lieu d'insertion, aux fibromes saignants de la puberté masculine (fibromes naso-pharyngiens).

Epulis fibreuse diffuse des maxillaires supérieur et inférieur. — MM. F. Bonnet-Roy et Grippon de Lammotte (Paris). Cette tumeur, vérifiée histologiquement, développée sur chacun des deux maxillaires, du côté vestibulaire et du côté interne, en enfouissant les dents, se présentait comme une masse énorme, lisse, irrégulière et rosée qui faisait saillie entre les lèvres entr'ouvertes du sujet, âgé de douze ans. L'exérèse fut pratiquée en quatre séances opératoires successives, à la gouge et au maillet, par une véritable décortication de l'os sain.

Diagnostic des tumeurs des glandes salivaires par la radiographie. — M. Albert Barraud, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à l'Université de Lausanne. La méthode d'exploration des canaux et des glandes salivaires par injections de néoïodipine que M. Barraud a démontrée en juillet dernier à la réunion du Collegium, à Bordeaux, permet actuellement à tout médecin de voir sur une radiographie ces canaux et d'en suivre les ramifications jusqu'aux acini.

Cette nouvelle méthode nous permet, quand nous sommes en présence d'une tumeur d'une glande salivaire, de juger *de visu* du degré de pénétration de la tumeur dans la glande elle-même et de faire un diagnostic exact et précoce.

M. Barraud a eu à examiner 3 cas suspects de tumeur, 2 de la sous-maxillaire et 1 de la parotide. Grâce à sa méthode, il a pu dire deux fois au chirurgien qui avait posé le diagnostic de tumeur qu'il n'y en avait pas et lui affirmer dans le troisième cas qu'il y avait une tumeur alors qu'il avait posé le diagnostic d'adénite.

Les abcès de la loge amygdalienne. — M. G. CANUYT. L'abcès péri-amygdalien dit « antéro supérieur » siège dans le bucco-pharynx, au niveau de l'espace celluleux décollable situé entre la face externe de l'amygdale et la paroi latérale du pharynx.

L'auteur fournit les preuves de l'exactitude de ce siège anatomique en donnant les résultats des expériences pratiquées depuis deux années sur le cadavre et sur le vivant. Il propose donc de donner à cette cellulite le nom d'*abcès de la loge amygdalienne*.

Il attire l'attention sur l'importance des adhérences et par conséquent du passé amygdalien du malade, sur la valeur de la ponction exploratrice systématique et sur l'intérêt de l'amygdalectomie totale à chaud chez les sujets porteurs d'abcès de la loge amygdalienne. Cette opération a été pratiquée 51 fois sans accident. Si l'on préfère ne pas pratiquer l'amygdalectomie totale à chaud, M. Canuyt propose, en se basant sur les résultats de cette étude expérimentale, comme traitement chirurgical de ces collections, *l'ouverture large et au point déclive* sous anesthésie locale et régionale.

L'amygdalectomie totale paraît être le traitement prophylactique le plus logique des *abcès de la loge amygdalienne*.

Le compresseur de Bosviel dans le traitement des hémorragies consécutives à l'amygdalectomie. — M. le docteur DURIF (de Clermont-Ferrand). Cet instrument, délaissé par les spécialistes, mérite d'être rappelé à leur attention, car il peut leur rendre de grands services.

Son application est facile, même chez les enfants nerveux et indociles. Ne pas laisser en place plus de quatre heures et réduire progressivement la compression qui, au début, doit être assez énergique. On évite ainsi l'œdème du larynx qui, s'il se produisait, serait combattu par l'application de sangsues dans la région sous-angulo-maxillaire.

Les causes de réussite ou d'échec de la radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — M. le docteur Jean GUISEZ. Ainsi que nous l'avons exposé dans de nombreuses communications antérieures, la radiumthérapie a certainement très amélioré le pronostic du cancer de l'œsophage, donnant au malade, pendant un temps très long, l'illusion de la guérison, car l'alimentation redevient normale, avec souvent un appétit très vif.

Mais avant d'entreprendre pareil traitement il faut, sous peine d'échec, en connaître les règles que l'expérience que nous avons de cette méthode nous permet de formuler aujourd'hui de façon assez précise. Cette expérience est déjà longue, puisqu'elle remonte à une vingtaine d'années et que l'ensemble de cas traités dépasse 600 à l'heure actuelle.

Le diagnostic doit être posé sous œsophagoscopie, l'aspect endoscopique ne trompe pour ainsi dire jamais un œil exercé. La biopsie n'a de valeur que si elle est nettement positive.

Il faut avoir fixé le siège du cancer, repéré exactement depuis les arcades dentaires et le degré de perméabilité de la sténose, car ce traitement ne peut être entrepris que si elle peut être franchie par la longue sonde porte-radium. Il faut aussi avoir établi la longueur du canal œsophagien qui est pris par le mal, ce qui est facile avec un petit œsophagoscope après les premières applications, lorsque l'on a obtenu un certain degré de dilatation.

Il ne sera entrepris que si l'on pense que les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'œsophage; aussi faut-il s'en abstenir chaque fois qu'il y a des signes de propagation. En particulier, les résultats sont meilleurs dans le cancer du tiers moyen qui semble se propager moins vite aux organes voisins. Enfin, il faut que l'état général permette semblable traitement qui ne doit pas être interrompu. Il faut employer une sonde porte-radium qui reste exactement en place, c'est-à-dire une longue sonde qui dépasse la tumeur par son extrémité et contienne le radium qui reste ainsi le temps nécessaire en bonne place. Les appareils courts, susceptibles de se déplacer, doivent être proscrits. Le radium sera fortement engainé dans un tube en platine et inclus dans une sonde en gomme métallique.

Toutes les premières applications seront faites sous endoscopie, et comme celles-ci sont pour ainsi dire journalières, il faut, pour entreprendre semblable traitement, savoir manier le tube endoscopique pour ne pas traumatiser le malade ; il ne doit être entrepris que par ceux qui sont rompus à son usage. Sinon, l'on risque de ne faire que de l'à-peu-près, et d'aggraver le cas plutôt que de l'améliorer.

Les échecs sont dus en grande partie à des fautes de technique, à ce que l'on n'a pas posé exactement les indications et les contre-indications avant de l'entreprendre.

L'innervation vaso-motrice du larynx (deuxième note). M. J. TERRACOL. Exposé des notions anatomiques et des recherches anatomo-pathologiques pour rechercher la répartition des éléments sympathiques dans le nerf laryngé supérieur et dans le nerf récurrent.

La physiologie chez l'animal et la recherche anatomique chez l'homme semblent indiquer la prédominance des éléments sympathiques au niveau du nerf laryngé supérieur.

La recherche microscopique, par contre, paraît affirmer l'égale répartition des éléments sympathiques au niveau du nerf laryngé supérieur et au niveau du récurrent.

Sur le traitement du tertiarisme laryngé. — M. le docteur GAULT (de Dijon). Le docteur Gault estime qu'en cas de tertiarisme laryngé, l'iodure de potassium, trop peu employé aujourd'hui, doit être utilisé et surtout à doses suffisantes, c'est-à-dire au moins 3 ou 4 grammes et plus. Si à ce jour l'iodure est trop négligé, c'est bien souvent par crainte de l'œdème laryngé. Mais dans les cas graves, les seuls que nous envisagions ici, cette question est secondaire, et l'on doit être prêt à y remédier par une trachéotomie préalable ou d'opportunité, opération simple sous cocaïne.

Il est en effet des cas de tertiarisme laryngé à marche très rapide, des cas arséno-mercuro-résistants, des cas négligés. C'est dans ceux-là qu'il importe de pouvoir utiliser toute la gamme thérapeutique dont nous disposons pour éviter des lésions irrémédiables : d'infiltration, d'arthrite crico-aryténoïdienne, de périchondrite, de sténose, comme le docteur Gault en rapporte un cas.

Un cas de maladie de Grisel. — J. BARATOUX. Il s'agit d'une malade d'une quarantaine d'années qui, deux jours après l'ouverture d'un abcès péri-amygdalien gauche, fut prise de douleurs à la nuque avec trismus, torticolis gauche abaissant la tête et portant le menton vers la droite. Trois jours après, grande faiblesse, menace de syncope, troubles graves de la circulation et de la respiration.

Ces symptômes semblent avoir été provoqués par une luxation de l'atlas et rappellent ceux décrits par le docteur Apert et L. Ramond, mais ici la maladie se termina par une guérison complète avec le concours du docteur Kresser.

Appareil moulé endo-buccal porte-radium pour les tumeurs du larynx. — VERCING LAPIERRE et Henry PROBY. Cette communication est présentée par M. Proby, qui a expérimenté personnellement des appareils endo-buccaux de longueur progressivement croissante, jusqu'au seuil de tolé-

rance. L'appareil présenté a été moulé en cire par Vercing Lapierre et transformé ensuite en caoutchouc vulcanisé.

Entre les mains de ce dernier, ces appareils avaient déjà donné d'excellents résultats, au Centre anticancéreux de Lyon, dirigé par le professeur Bérard, pour les cancers de la face et du pharynx.

Les appareils moulés porte-radium n'avaient pas été encore employés pour le larynx. Il semble en effet que, pour cet organe, on se soit basé jusqu'à présent sur des idées préconçues. Si l'on considère les principaux écueils qui paraissent contre-indiquer leur application, ils ne résistent pas à la critique.

Tout d'abord : 1° *la mobilité de l'organe*. Les appareils fixes à point d'appui dentaire, appareils moulés, parent à cet inconvénient. Il faut donc rejeter les appareils mobiles, ou les tubes, qui ne peuvent rester en un point fixe.

2° La *profondeur du larynx*. H. Proby démontre par des radiographies que le premier appareil construit pour une tumeur de la base de la langue arrivait jusqu'à la deuxième vertèbre, que le second et le troisième appareil aboutissent à la quatrième vertèbre, puis à l'extrémité supérieure de la sixième vertèbre cervicale. Or, anatomiquement, l'extrémité supérieure du larynx correspond au disque intervétébral séparant la cinquième de la sixième cervicale, c'est-à-dire à 13cm82 ou 14cm82 des arcades dentaires, la bouche de l'œsophage étant à 15 ou 16 centimètres des arcades dentaires, suivant que l'on admet les mensurations françaises ou américaines.

3° La *fonction respiratoire du larynx*. L'auteur de la communication montre, en introduisant l'appareil, et en le laissant en place, qu'il est fixe, bien toléré à condition de respirer superficiellement, de ne pas faire de mouvements intempestifs du cou, et d'éviter la déglutition, en aspirant la salive avec une trompe à eau, ou une pompe à salive. Ce dispositif est facile à établir partout; s'il est impossible, le malade peut enlever et remettre à la rigueur l'appareil, en espaçant les déglutitions.

Les *indications* de la radiumthérapie, à l'aide de ces appareils qui peuvent rester en contact de la lésion, découlent à la fois des formes cliniques du cancer et des inconvénients des autres thérapeutiques.

On les emploiera dans les cancers étendus, où l'ablation chirurgicale est impossible, et chaque fois que l'on peut craindre une radiothermie ou une radio-nécrose des cartilages provoquée, soit par le radium, soit par les rayons pénétrants obligés de vaincre la résistance des parties molles et de la carapace laryngée.

La sangsue, parasite humain. — M. VILLARDOSA. La sangsue est disséminée presque partout, surtout dans les eaux troubles et limoneuses; jamais elle n'existe dans les eaux sablonneuses. Il faut y penser en présence de troubles inexpliqués chez des malades (surtout alpiniste, chasseur); y pensant, le spécialiste découvre facilement la sangsue et l'enlève. Le traitement prophylactique est de tamiser toujours l'eau au travers d'un linge avant de la boire.

Du rôle de l'hypertrophie de l'amygdale linguale dans la genèse de certains troubles vocaux chez les chanteurs. — M. le docteur Come FERRAN (Lyon) indique le rôle considérable joué par l'hypertrophie de l'amygdale linguale dans les troubles vocaux qu'accusent certains chanteurs dont cela peut entraver la carrière théâtrale. La masse glandulaire par sa présence dans la fossette glosso-épiglottique, en gênant la luxation en arrière de l'épiglotte, entrave le mécanisme de tension des cordes et l'émission des notes hautes.

Ces troubles, qui peuvent apparaître à tout âge, ne sont point toujours en rapport avec le volume de la glande. Ils sont particulièrement graves chez les chanteurs vers la cinquantaine, leur faisant croire à un sénilisme précoce de leur larynx alors qu'il suffit de faire disparaître la lésion glandulaire pour voir revenir leur intégrité vocale.

La question vocale. — MM. MOURE et JUNCA. Fréquent et néfaste aux professionnels de la voie, le malmenage — bien défini par MM. Moure et Bouyer dans un rapport présenté, en 1907, à la Société française de laryngologie — l'est aussi dans la vie journalière, où il détermine de véritables *cacophonies*, souvent familiales, qui apparaissent dès la première enfance, et sont la cause déterminante de nombreuses laryngites professionnelles.

Contre ce mal, d'autant plus redoutable qu'il est le plus habituellement méconnu, il n'est qu'un remède : la vulgarisation des principes de prophylaxie et d'hygiène vocales.

C'est celui que proposent les présentateurs, en suggérant, pour y aboutir, l'organisation de la *culture vocale physiologique* dans les écoles normales, au profit des futurs maîtres de l'enfance.

Cette réforme aurait le double avantage de prémunir contre les risques d'impotence fonctionnelle une catégorie importante de professionnels de la voix, et de les instruire de notions auxquelles serait assurée de la sorte une large diffusion.

La question de la dent de six ans en rhinologie et en chirurgie maxillo-faciale. — M. P. JACQUES (Nancy). A côté de la question des amygdales, la chirurgie maxillo-faciale connaît la question de la dent de six ans : organe directeur de la seconde dentition, sacré pour les uns, foyer d'infection précoce, condamné par les autres, les odontologistes sont actuellement divisés à son sujet.

Les risques de contamination de l'antre maxillaire à la mâchoire du haut et à la mandibule de propagation ostéomyélitique de l'infection pulpo-radiculaire, à laquelle montre une si singulière prédisposition la dent de six ans, sans compter la gêne apportée par sa présence à l'éruption correcte de la dent de sagesse, sont pour nous des raisons toutes spéciales d'approuver son avulsion pratiquée à un âge où l'incomplet développement des maxillaires permettra aux dents voisines de bénéficier de l'espace devenu libre sur l'arcade alvéolaire pour une répartition avantageuse. Toutefois, la condition d'un bon articulé exige la suppression simultanée des molaires antagonistes aux deux maxillaires.

La méthode de déplacement dans le diagnostic et le traitement des sinusites. — MM. J.-M. LE MÉE et M. BOUCHET. La méthode de déplacement consiste à substituer à l'air normalement contenu dans les sinus un liquide qui peut être soit un liquide médicamenteux lorsqu'on utilise la méthode dans un but thérapeutique, soit un liquide radiopaque lorsqu'on utilise la méthode dans un but diagnostique.

Après avoir exposé le principe de cette méthode actuellement utilisée par de nombreux auteurs américains, les auteurs précisent la technique d'injection des divers sinus, et les trois positions radiographiques dans lesquelles doivent être pris les clichés de contrôle.

Ils ont renoncé à la position couchée et au rayon vertical, et utilisent la position assise et le rayon horizontal.

Le film, la tête du patient et l'ampoule sont rigoureusement solidaires. Ceci permet des radiographies exactement comparables les unes aux autres, et fournit un enseignement véritablement nouveau : le temps d'évacuation du sinus. Ce temps est normalement de soixante-douze heures.

De nombreuses déductions peuvent être tirées de ses variations.

On facilite l'étude du temps d'évacuation en mélangeant au lipiodol injecté une huile chlorophyllée qui fait que le malade mouche vert pendant toute la durée de la présence de l'huile dans les sinus : c'est le signe du mouchoir.

Des études physiologiques et pathologiques ont été entreprises pour accélérer ou retarder ce temps d'évacuation. Il est retardé par la pilocarpine, accéléré par l'éphédrine.

Abordant le côté thérapeutique de la méthode, les auteurs discutent les indications respectives du sérum physiologique, des antiseptiques et des anesthésiants.

Ils concluent :

1° Méthode ni douloureuse, ni offensante. Le seul instrument introduit dans le nez étant le liquide qui pénètre dans le sinus par son propre poids.

2° Elle simplifie le lipiodo-diagnostic des cavités périnasales et surtout l'amplifie par l'étude du temps d'évacuation rendue plus facile par le signe du mouchoir.

Projections de clichés montrant la technique et les résultats de la méthode.

Le lipiodiagnostic des sinusites maxillaires polypeuses. — M. Louis Leroux. Affection anciennement décrite mais trop souvent négligée, l'antrite œdémateuse coexiste constamment avec la banale polypose nasale qui la masque et occupe le premier plan clinique alors qu'elle n'est peut-être que secondaire. Eclairage, radio, ponction ne peuvent déceler l'antrite non suppurée; seule l'injection d'huile iodée opaque donne une image radiographique nette de sinus plus ou moins comblé et annonce la présence de polypes que l'on trouve à l'intervention.

Cette technique, très facile par ponction méatique, permet de reconnaître les cas d'antrite œdémateuse latente, probablement fréquents, et qui sont peut-être le premier stade de la polypose. Elle commande une intervention large sur les sinus malades, traitement rationnel actuel de la polypose nasale.

Quelques cas de cornets bulleux avec complications optiques et nerveuses. — M. A. Sargnon. Dans cette communication, l'auteur rapporte 5 cas de cornets bulleux avec complications. Dans 3 cas, il s'agissait de complications optiques : névrite optique avec papillite grave pour deux d'entre eux, mais unilatérale. Dans le troisième, très intéressant et très grave, il s'agissait d'œdème papillaire à gauche avec pus dans la bulle osseuse postérieure du cornet moyen gauche. L'opération de la partie postérieure du cornet a amené la guérison optique; six mois après, névrite rétrobulbaire aiguë à droite, ablation d'emblée du cornet moyen droit qui était bulleux, mais seulement aérien. Guérison rapide des troubles optiques à droite. Plusieurs de ces malades ont été vus avec le docteur Grandclément, oculiste, et l'un d'entre eux avec le docteur Parthiot.

Dans les deux autres cas, il s'agissait de complications nerveuses : dans une observation par exemple, ce sont des céphalées, des lourdeurs et des éblouissements chez un astigmate bilatéral, porteur d'un gros cornet moyen bulleux; dans l'autre, extrêmement rare, peut-être unique, c'est une sudation faciale unilatérale, rebelle, consécutive à une gêne nasale par gros cornet inférieur, crête de cloison et surtout gros cornet moyen bulleux, contenant un liquide analogue à du mucocèle. Dans ce dernier cas, l'opération nasale amena la guérison instantanée, comme si on avait fait une section nerveuse.

Dans nos cas de cornets bulleux, nous avons trouvé le plus souvent des cornets aériens, parfois des polypes, un liquide kystique et même un abcès enkysté. De pareils cas

sont rares, même au point de vue anatomique. Sieur et Jacob en signalent cependant 5 p. 100 dans leurs observations anatomiques, mais en clinique il semble que ce soit beaucoup plus rare.

Ces malformations du cornet moyen peuvent amener des complications, nerveuses et surtout optiques, qui parfois peuvent être graves.

Le diagnostic du cornet bulleux est difficile. Il peut être soupçonné, mais en pratique il est surtout réalisé par l'acte opératoire de la résection plus ou moins partielle du cornet moyen.

Dans les cas de cornets bulleux avec complications, on peut essayer le traitement médical local nasal à l'éphédrine ou à l'adrénaline, mais sans insister. Si la lésion optique est grave, il faut agir très vite chirurgicalement par l'ablation partielle du cornet moyen, opération sans aucune gravité et qui, en pareils cas, donne des résultats constants, souvent très rapides et inespérés.

Tuberculose de l'ethmoïde à forme tumorale. — M. REBATTU (Lyon). La tuberculose des sinus de la face est une véritable rareté clinique. Elle est presque toujours secondaire à des lésions osseuses de voisinage (nasales, maxillaires, alvéolo-dentaires) et c'est presque toujours le sinus maxillaire qui est en jeu; le frontal, l'ethmoïde et le sphénoïde sont beaucoup plus rarement atteints.

A côté de la forme *empyème* et de la forme *ostéitc*, se place la forme tumeur, beaucoup plus exceptionnelle. Elle est souvent primitive; le diagnostic n'est fait le plus souvent que par les examens de laboratoire. Enfin, s'il y a rarement récidive ou extension au voisinage, la mort survient souvent par généralisation de la tuberculose.

Ce sont les traits essentiels qui se dégagent des observations que nous avons pu recueillir et de notre observation personnelle, dans laquelle le diagnostic clinique de cylindrome de l'ethmoïde avait été porté. Seul l'examen histologique montra qu'il s'agissait en réalité d'un tuberculome de l'ethmoïde, ce qui fut confirmé par l'évolution.

Toux spasmodique incoercible, chez un aortique, par compression récurrentielle arrêtée net après un badigeonnage au liquide de Bonain de l'extrémité postérieure du cornet moyen nasal. — M. KOWLER (Menton) obtint un résultat surprenant, dans une compression récurrentielle, chez un aortique. Le malade, âgé de soixante-douze ans, dont les crises spasmodiques de toux étaient devenues incoercibles après une grippe, n'éprouva aucun soulagement par l'emploi de codéine, belladone, sédobrol, aconit, drosera, pantopon, spasmolysine, luminal, prescrits par le médecin traitant. Les inhalations calmantes, pareillement, furent sans effet. Ce n'est qu'un simple attouchement fait par l'auteur avec le liquide de Bonain qui eut prise sur ce symptôme désespérant et l'arrêta net, en frictionnant légèrement la muqueuse du tiers postérieur du cornet moyen nasal.

TRUFFERT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1931)

Notice nécrologique. — M. H. VINCENT consacre une notice à Sir David Bruce, correspondant de l'Académie et membre du Lister Institute.

Il rappelle les travaux de Sir David Bruce qui, à Malte, étudia la fièvre ondulante, puis découvrit son agent pathogène, le *micrococcus melitensis*. C'est encore à Sir David Bruce que l'on doit de beaux travaux sur les trypanosomiases et sur la maladie du sommeil.

Contractions rythmiques dans les cellules pigmentaires sous l'action de divers poisons. — Mlle Catherine VEIL et MM. COMANDON et DE FONBRUNE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1931)

Notice. — M. Paul RAVAUT lit une notice nécrologique sur M. de Brun, ancien professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, associé national depuis 1911, récemment décédé.

Rapport. — M. POUCHET lit un rapport sur les demandes en autorisation d'eaux minérales.

Mission au Canada. — M. Emile SERGENT, après un compte rendu rapide de la troisième mission d'enseignement clinique qu'il vient de remplir au Canada, devant les Universités de Québec et de Montréal, insiste sur les impressions générales qu'il rapporte. Il souligne particulièrement l'intérêt capital qu'il y a à entretenir les liens qui unissent les Facultés de médecine canadiennes-françaises à la France, en attirant les jeunes médecins canadiens vers l'internat de nos hôpitaux. Il s'attache à montrer l'opportunité de favoriser l'entente entre les Facultés canadiennes, françaises et anglaises, de façon à constituer un bloc solide anglo-français, capable de maintenir les principes de formation de ces deux vieilles races.

Il termine en s'associant aux avertissements lancés par ses collègues J.-L. Faure et Rathery et en renouvelant l'appel qu'il formule au retour de toutes ses missions à l'étranger : si nos Pouvoirs publics restent sourds à ces avertissements, notre outillage scientifique ne pourra plus supporter la comparaison avec les magnifiques installations qui progressent chaque année dans les autres pays, et le recrutement de nos élites intellectuelles deviendra impossible.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Sergent pour le dévouement avec lequel il a accepté trois missions consécutives au Canada. Il le félicite pour la manière brillante avec laquelle il a servi la science et la France dans ce pays où nous ne comptons que des amis fidèles.

Artériographie. — M. PEDRO BELOU. C'est une véritable révision de l'anatomie du système artériel de l'homme que M. Pedro Belou, l'éminent professeur de Buenos-Aires, a réalisée grâce à son procédé d'injection des artères.

M. Belou a utilisé la technique de la diaphanisation des corps anatomiques par la méthode de Spalteholz afin d'obtenir des segments anatomiques transparents, après avoir, au préalable, injecté les artères de tout le corps.

Sans entrer dans des détails trop minutieux, l'auteur rappelle que ce procédé permet actuellement de mettre dans un

état translucide et transparent les pièces anatomiques préalablement injectées dans leur appareil artériel avec de la gélatine au vermillon.

Le procédé se base sur l'application des lois de réfraction et sur le phénomène physique qu'un tissu opaque quelconque peut devenir transparent, lorsqu'il est entouré et imbibé d'un produit dont le coefficient de réfraction est égal au coefficient moyen du tissu.

« Les résultats obtenus sont si satisfaisants que dès ce moment, ajoute M. le professeur Belou, nous pouvons affirmer qu'au moyen du nouveau procédé nous arriverons à fixer, en forme définitive et irréfutable, non seulement les grandes trajectoires vasculaires, avec les diverses dispositions de leurs branches collatérales et terminales, mais les trajets intraparenchymateux, la présentation réelle de la distribution des artères centrales du névraxe, de l'œil, de l'ouïe, des fosses nasales et annexes, du cœur, du poumon, du foie, de la rate, du pancréas, du rein, de la capsule surrénale, du thymus, du corps thyroïde, de l'intestin, du testicule, de l'utérus et annexes, etc., en un mot, de tous les organes, comprenant l'irrigation artérielle des os, et si cette contribution n'ajoute pas des nouveautés à ce qui a déjà été enregistré par l'abondante bibliographie anatomique existant jusqu'à présent, elle aura pour le moment la vertu de confirmer les renseignements déjà recueillis, en les fixant d'une façon indiscutable. »

M. Belou, à qui l'Académie décernait récemment le prix Testud, avait fait installer d'une façon très remarquable dans la salle des Pas Perdus, une admirable collection de radiographies qui illustraient merveilleusement son exposé.

Dédoublement de la personnalité. — M. Marinesco communique un cas remarquable de dédoublement de la personnalité.

Les pyréthrines. — MM. Anglade, Gaudin et Mlle Arcony apportent quelques résultats chimiques de l'utilisation des pyréthrines dans le parasitisme intestinal et ses troubles secondaires.

CONGRÈS

PREMIÈRE CONFÉRENCE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE PATHOLOGIE GÉOGRAPHIQUE. — Au début du mois d'octobre dernier, s'est tenue à Genève la première conférence internationale de pathologie géographique. A cette conférence assistaient un grand nombre de médecins, cliniciens et pathologistes, venus des différents pays d'Europe, d'Amérique, d'Asie et d'Afrique.

La question étudiée à cette première réunion était celle de la *cirrhose hépatique*, dont les causes et les manifestations cliniques et anatomiques, variables suivant les différents pays, ont été l'objet de nombreuses et d'intéressantes discussions.

De cet échange de vues, il est apparu que la proportion des cirrhoses était particulièrement forte dans certains pays, et que, parmi les facteurs étiologiques de la cirrhose, les boissons alcooliques, et surtout les apéritifs, semblaient jouer un rôle de premier plan. Quant au rôle de certains métaux, comme le cuivre, de certains poisons inhalés dans des établissements industriels ou encore de certains parasites végétaux ou animaux, il est apparu que ces facteurs étaient encore discutables.

Il fut aussi entendu, à Genève, que sous l'expression de « cirrhose de Laennec » on devait comprendre désormais, non seulement la « cirrhose à petit foie granuleux » avec ascite, grosse rate et circulation collatérale, mais aussi la « cirrhose à gros foie » qu'en France, nous appelons « cirrhose de Hanot et Gilbert », terme qui peut entraîner à des confusions avec la cirrhose de Hanot.

Dans le cadre ainsi élargi de la « cirrhose de Laennec », il faut donc placer deux variétés anatomo-cliniques : la « forme atrophique » et la « forme hypertrophique » qui, souvent, se distinguent l'une de l'autre par des caractères cliniques et pronostiques, mais dont le substratum histologique est le même. Entre elles existent de nombreuses formes intermédiaires.

La première conférence de la Société internationale de pathologie géographique a été un réel succès tant par le nombre et la qualité des membres qui y participèrent, que par la valeur des rapports qui y ont été exposés.

Il a été entendu qu'une réunion analogue se réunirait, dans trois ans, dans un pays qui reste à désigner. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 15 décembre. — Jury : MM. Cunéo, président; Lemaître, Lenormant, Chevassu. — M. Sicard. La neurotomie rétrogassérienne partielle dans le traitement de la névralgie faciale. — M. Mirebeau. Considérations sur la pathologie du ménisque externe articulaire du genou. — M. Grumbach. Les pneumatocèles intracraniennes.

Jeudi 17 décembre. — Jury : MM. Léon Bernard, président; Bezançon, Guillain, Roussy. — MM. Biderman. La tuberculose d'emblée pleuro-pulmonaire. — M. Dyment. Les pleurésies cancéreuses à essinophiles. — M. Kestenberg. Réflexion chimique et thérapeutique à néphrites hypertensives compliquées d'énormes hydrothorax. — M. Mathiéri. Evolution spontanée des cavernes pulmonaires tuberculeuses. — M. Lièvre. L'ostéose parathyroïdienne et les ostéopathies chroniques. — M. Léonard. Etude de la polyarthrite aiguë tuberculeuse. — M. Peyne. Les bandes parasternales droites en radiologie infantile. — M. Abrand. Etudes sur les anémies graves provoquées par les rayons X.

Jury : MM. Carnot, président; Gougerot, Rathery, Aubertin. — M. Géninet. Etude des substances cholistiques de la série grasse. — Mlle Rassen. Le bain de lumière chez les rhumatisants chroniques. — M. Rozencwajg. Etude du traitement antisyphilitique des anévrismes de l'aorte. — M. Boissin. Etude sur 580 cas de chancres mous. — M. Wolff. La pommade réductrice composée de Brocq dans le traitement du psoriasis. — M. Pagès. L'eczéma solaire. — M. Theurkauff. L'auto-ourothérapie.

(Thèse vétérinaire,) — Jury : MM. Tanon, président; Dechambre, Lesbouyries. — M. Charitat. Production ovine et dépécoration en Sologne.

Mercredi 6 janvier. — Jury : MM. Clerc, président; Couvelaire, Ombrédanne, Cathala. — M. de la Rocha. Le rôle de l'augmentation anormale de la pression moyenne dynamique dans la genèse de l'hypertrophie cardiaque. — Mlle Le Goff. Contribution à l'étude de la mortalité des nouveau-nés dans les dix premiers jours de la vie. — M. Louis Désormeaux. Des luxations acroméo-claviculaires. Contribution à l'étude de leur traitement.

Jeudi 7 janvier. — Jury : MM. Terrien, président; Pierre Duval, Lemaître, Lenormant. — M. Elias Semah Shalom. L'éther-benzyl cinnamique (solution Jacobson) dans le traitement du trachome. — M. Hadji Mandi. Les travaux récents sur les résections précoces sous-périostées au cours des ostéomyélites aiguës de l'enfance et de l'adolescence.

(Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Rathery, président; Tanon, Lesbouyries, Panisset, Nicolas. — M. Bonnet. Virulence du sang dans la fièvre aphteuse. — M. Carpentier. Les services vétérinaires en Perse.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Encéphalites infantiles (avec 1 fig.), par M. L. BABONNEIX.
LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de pédiatrie.
CHRONIQUE
Le cinquantième anniversaire de la création des syndicats médicaux français. L'inauguration officielle de l'Hôtel Chambon, par M. F. L. S.
FACULTÉS DE MÉDECINE D'ALGER ET DE LILLE
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1930-1931.
NOTES POUR L'INTERNAT
Aortites syphilitiques. Signes et diagnostic.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS DES ACCOUCHEURS, CHEFS DE SERVICE. — A l'hôpital Boucicaut (docteur Le Lorier), M. le docteur Ecalle, de l'hôpital Tenon; à l'hôpital Tenon (docteur Ecalle), M. le docteur Guéniot, titularisé.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Le 10 mars 1932 s'ouvrira à l'hospice général un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux. S'inscrire à la direction des hospices, à l'hospice général à Rouen, avant le 15 février 1932.

ASILES DE LA SEINE. — *Concours de l'Internat en médecine.* — Un concours s'ouvre annuellement au mois de mars pour 7 à 10 places d'internes dans les Asiles de la Seine : Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Maison-Blanche, Perray-Vaucluse, Moisselles, l'hôpital Henri-Rousselle (centre de prophylaxie mentale) et l'Infirmerie spéciale du Dépôt recrutent aussi leurs internes dans ce cadre.

Avantages : traitement, indemnités diverses, logement, nourriture. Débouchés : cadre des médecins aliénistes de l'Etat, clinicat des maladies mentales, postes d'assistants à l'hôpital Henri-Rousselle, etc.

Les épreuves se composent d'une composition écrite d'anatomie et de physiologie du système nerveux (sur 20), et d'une triple épreuve de pathologie : copies de pathologie, interne et externe, question orale d'urgence (coefficient total 50).

MM. Masquin, chef de clinique psychiatrique, et d'Heucqueville, interne à l'hôpital Henri-Rousselle, dirigent respectivement, depuis le 1er novembre, des Conférences préparatoires à ces deux épreuves. S'adresser : 1, rue Cabanis (14e).

DIPLÔMES DE DOCTEUR EN MÉDECINE DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1930-1931. — D'après la *Vie médicale*, le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1930-1931 est de 1.252. Ils se décomposent comme suit :

Facultés	Diplômes d'Etat	Diplômes d'Université (mention médecine)	Total
Alger	37 (*a*)	»	37
Beyrouth	37 (*b*)	»	37
Bordeaux	118	2	120
Lille	55	»	55
Lyon	179 (*c*)	18	197
Marseille	27	»	27
Montpellier	55	14	69
Nancy	50	3	53
Paris	481 (*d*)	87	568
Strasbourg	24	3	27 (*e*)
Toulouse	57	5	62
	1.120	132	1.252

(*a*) Dont 2 avec dispense de la thèse : Mme Harkavy et M. Teherepoff, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*b*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(*c*) Dont 2 avec dispense de la thèse : M. Charchansky et Mlle Chiarli, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*d*) Dont 10 avec dispense de la thèse : MM. Achpise, Avrach, Balthazar, Broun, Edelmann, Jacobson, Mme Korgeniewsky, MM. Rapoport, Rosenfeld et Yoël, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(e) Régime français. N'est pas compris dans le tableau ci-dessus, 1 diplôme de docteur (régime allemand), 1 candidat a été reçu à l'examen d'Etat (*Staatsexamen*) (régime allemand).

Total des Thèses : 1.201 (Etat : 1.069 : Université : 132), plus 1 thèse (régime local) de Strasbourg.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Sauvage, médecin capitaine honoraire.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Baudot, médecin lieutenant.

MARINE MILITAIRE — CONCOURS POUR LE TITRE DE PROFESSEUR AGRÉGÉ DES ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALES. — Un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale pour la catégorie de chimie et de sciences physiques et naturelles aura lieu à Toulon, au début du mois d'octobre 1932, à une date qui sera fixée ultérieurement.

CONTRE LA DIPHTÉRIE. — Le *Journal officiel* du 20 décembre 1931, publie la loi rendant obligatoire, dans les armées de terre et de mer, la vaccination antidiphtérique dans certaines circonstances épidémiologiques,

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS STOMATOLOGISTES FRANÇAIS. — Bureau pour 1932 : président, M. le docteur Béliard ; vice-présidents : MM. les docteurs Herpin, Regis, Largnier (Saint-Omer), Gauthier (Nice) ; secrétaire général, M. le docteur Schmitt ; trésorier, M. le docteur Martin.

GROUPEMENT DES SYNDICATS GÉNÉRAUX DE MÉDECINS SPÉCIALISÉS. — Bureau pour 1932 :

Président, MM. Caillaud ; vice-présidents, Marquis, Dubar ; secrétaire général, Herpin ; secrétaire général adjoint, Moutard ; trésorier, Fernet.

(Voir la suite des « Informations », *p. 1925.)*

CHRONIQUE

LE CINQUANTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA CRÉATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS L'INAUGURATION OFFICIELLE DE L'HÔTEL CHAMBON

Samedi dernier a eu lieu à Paris l'inauguration officielle de l'Hôtel Chambon, en même temps que la célébration du cinquantième anniversaire de la création des Syndicats médicaux.

M. le Président de la République avait bien voulu accepter la présidence de cette cérémonie qui s'est déroulée devant une très nombreuse assistance.

Aux côtés de M. Paul Doumer avaient pris place M. Blaisot, ministre de la Santé publique, M. Landry, ministre du Travail, un représentant de M. Cathala, sous-secrétaire d'Etat, M. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de médecine, le professeur Vanverts (de Lille), M. Dibos, président de la Confédération des Syndicats médicaux, M. Jayle, M. le professeur de Lapersonne, président de l'Académie de médecine, le professeur Louis Martin, MM. les sénateurs Chauveau et Armbruster.

Au premier rang de l'assistance, M. le général Braconnier, chef de la maison militaire du Président de la République, M. le médecin général inspecteur Boyer, MM. les professeurs Hartmann, Jean-Louis Faure et Roger, M. Serge Gas, directeur de l'Hygiène au ministère de la Santé publique, M. Bellencontre, président de l'A. G., MM. Chapon et Darras, MM. Cibrie, Buizard, Julien Noir, Duchesne, Fontoynont (de Tananarive), Dartigues, Molinéry, Talamon (de la maison Masson), M. Jean Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, M. Maurice Bernard, président de la Chambre syndicale des Eaux minérales, et de très nombreux confrères venus de tous les points de la France et représentant les 19.000 membres des Syndicats médicaux de France.

M. le doyen BALTHAZARD prend le premier la parole. En un excellent discours, après avoir salué le président de la République, il trace à larges traits l'histoire du syndicalisme médical. Avec autorité, il montre la bienfaisante influence des syndicats médicaux, au point de vue professionnel, au point de vue des malades et au point de vue social, notamment par leur généreuse participation aux Assurances sociales. M. Balthazard remercie M. Armbruster d'avoir fait voter au Sénat une loi qui aura une grande influence sur l'avenir de notre profession ; il félicite notre collègue Jayle d'avoir, par sa ténacité, permis d'inaugurer la maison du médecin et, en terminant, il demande aux Pouvoirs publics de remettre en question l'Ordre des médecins.

M. JAYLE, en une très spirituelle allocution, fortement applaudie, fait l'historique de la création de l'hôtel Chambon, maison des Syndicats médicaux, qui est rapidement devenu le « ministère privé de la médecine ».

Déjà les syndicats médicaux, l'A. G., la Société de secours aux veuves et aux orphelins, l'UMFIA, les Sociétés savantes en ont fait leur demeure.

Et ce que n'ajoute pas Jayle, gynécologue devenu architecte et financier, c'est que ce merveilleux succès est dû à la foi et au dévouement qu'il a apportés dans son rôle de réalisateur et d'animateur.

M. DIBOS, président de la Confédération des Syndicats médicaux, remercie à son tour le président de la République d'avoir donné, par sa présence, la consécration officielle à la confédération.

Il rappelle qu'il y a cinquante ans, 38 médecins réunis à Montaigu, dans la Vendée, fondaient le premier syndicat médical. Quelques mois après, il y avait 11 syndicats.

Et M. Dibos retrace l'histoire des syndicats, leurs luttes, leurs travaux et leurs espoirs.

En terminant, il déclare que le passé du syndicalisme est le garant de son avenir. Comme toujours, les syndicats médicaux défendront les causes justes et n'auront en vue que l'intérêt de tous.

La séance levée, M. le président de la République visita l'hôtel Chambon.

F. L. S.

— Le soir a eu lieu, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique, le banquet de la Confédération. On y remarquait MM. le docteur Balthazard, le médecin général Boyer, MM. les sénateurs Armbruster, Chauveau, Daraignez et Dentu, M. Grinda, député, MM. Valentino, Odile et Serge Gas et Léon Dequidt.

Des discours furent prononcés par MM. Dibos et Blaisot.

AVIS. — *La* Gazette des hôpitaux *devant être composée dorénavant à la linotype, nous recommandons aux auteurs de bien vouloir nous envoyer des manuscrits très lisibles, ou dactylographiés, et surtout définitifs.*

* *

INFORMATIONS

(SUITE)

CAISSE DE SECOURS IMMÉDIAT AU DÉCÈS AUX VEUVES ET ORPHELINS DU CORPS MÉDICAL MOMENTANÉMENT GÊNÉS. — FONDATION DE M. LE DOCTEUR DEBAT. — I. Une caisse de secours immédiat au décès est créée au siège de l'Association générale des médecins de France en faveur des femmes et enfants de médecins momentanément dans la gêne.

II. Cette création est due à la générosité de M. le docteur Debat qui, pendant une période de dix années, versera chaque année une somme de 100.000 fr. pour son fonctionnement.

III. Elle a pour but, au lendemain du décès d'un confrère, de mettre à la disposition de sa veuve ou de ses enfants une somme de 3.000 à 5.000 fr. (maximum) pour lui permettre de faire face aux frais qu'entraîne la mort du chef de famille. Le secours accordé ne pourra être renouvelé.

IV. La caisse est gérée par le trésorier de l'Association générale des médecins de France, sous le contrôle d'une Commission composée de Mme et M. le docteur Debat, présidents d'honneur, et de cinq membres : MM. les président, secrétaire général et trésorier de l'Association générale des médecins de France, et trois délégués de la Société de femmes et enfants de médecins.

V. Pour obtenir ce secours, la veuve du confrère ou les enfants (le tuteur s'ils sont mineurs) devront adresser une demande motivée au président de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

Cette demande pourra également être adressée à l'Association générale par un président de Société ou un confrère au courant d'une situation malheureuse.

VI. Dès la réception de la demande, un questionnaire sera adressé à l'intéressé dans le plus bref délai possible.

VII. Le questionnaire dûment rempli sera soumis dès sa réception à la Commission d'attribution qui statuera et fixera le montant du secours à attribuer en tenant compte de la situation de la postulante.

VIII. Avant la réunion de la Commission une enquête discrète sera faite.

IX. Toute femme ou enfant de médecin civil de nationalité française pourra adresser une demande au siège de l'Association.

X. Dès que la Commission aura statué, la somme votée sera versée entre les mains de l'intéressé le plus rapidement possible.

XI. Le secours ne pourra être accordé que dans les trois mois qui suivront le décès du confrère.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gustave Le Bon, directeur de la bibliothèque de philosophie scientifique, grand officier de la Légion d'honneur, décédé dans sa 92e année. Philosophe, sociologue, ethnographe, historien, voyageur, Gustave Le Bon laisse une œuvre considérable dans laquelle les travaux expérimentaux et les œuvres médicales tiennent une place importante ; — Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs J. Gesua (de Paris), Alphonse Deletpez, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, décédé à Bruxelles ; Frédéric Durin (de Villefranche-d'Allier) ; Deseille (de Boulogne-sur-Mer), Gantois (de Watten), Devroye (de Saint-Gilles-Bruxelles), H. Carret (de Lyon), Gabriel Félissent (de Quincié), Louis Delmas, (de Rieux-Minervois, Aude), E. Henkaerts (d'Ans, Belgique).

ENCÉPHALITES INFANTILES

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

Le nombre des encéphalites semble se multiplier. Au cours de ces deux dernières années, nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs centaines de cas à notre consultation de neurologie infantile de l'hôpital Saint-Louis. Quelques-uns d'entre eux nous ont paru dignes d'être relatés brièvement.

*
* *

A. ENCÉPHALITES, ENCÉPHALO-MYÉLITES AIGUES

1. Chez l'enfant, comme chez l'adulte, l'**encéphalite léthargique** peut se compliquer d'hémiplégie, comme dans le cas suivant :

L... (André), quatorze ans, entre salle Josias pour malaise général, accompagné de fièvre et de troubles nerveux, dont les principaux sont la somnolence, les vomissements et une paresthésie localisée à la moitié gauche de la face. A l'examen, somnolence invincible, abolition des réflexes tendineux et abdominaux, exagération du réflexe médio-pubien. Le diagnostic d'encéphalite léthargique est donc porté. Au cours de la maladie, apparition d'une hémiplégie droite, sans aphasie, avec réactions du liquide céphalo-rachidien : glycorrachie (0,97), hyperalbuminose (0,50), laquelle finit, après nous avoir grandement préoccupé, par disparaître.

2. **Encéphalite vaccinale**.

Elle est, comme on le sait, de plus en plus fréquente, et nous avons eu l'occasion, dans notre clientèle privée, d'en observer quelques cas incontestables. En est-il de même pour la jeune M...(Simone), douze ans, sans le moindre antécédent morbide, sans aucun stigmate d'hérédo-syphilis, et qui vint nous consulter à l'hôpital pour des crises d'épilepsie, dont la première est apparue trois jours après la vaccination ? La question mérite, en tout cas, d'être posée.

3. **Encéphalo-myélite varicellique**.

Nous avions jadis, avec MM. Adeline et Colombe, publié l'observation (1) d'une petite fille qui, au cours de la varicelle, fut prise brusquement de convulsions généralisées, avec ascension thermique à 40°, puis état comateux ayant duré quelques jours et ayant laissé à sa suite des mouvements choréiques violents, de gros troubles du caractère et une régression marquée de l'intelligence. Cette enfant, nous l'avons revue cette année à notre consultation de Saint-Louis : elle est idiote et épileptique.

Voici deux autres cas.

M... (Pierre), sept ans, nous est envoyé par le docteur Chaillous, le 16 juin 1931, pour ophtalmoplégie interne de l'œil gauche, survenue à la suite d'une varicelle, d'ailleurs bénigne. Aucun signe d'hérédo-syphilis, ni de tumeur cérébrale. Naturellement, on s'est assuré qu'il ne s'agissait pas d'une intoxication médicamenteuse. L'enfant a été suivi un certain temps. Aux derniers examens, apparition d'une chorée légère. Ainsi, selon toute vraisemblance, encéphalite varicellique ayant traduit son existence par : 1° une *mydriase gauche* (fig. 1) ; 2° une *chorée légère*.

L... (Christian), huit ans et demi, nous est présenté par le docteur Gilbert Robin ponr *paralysie du sciatique poplité externe gauche*, avec atrophie, chute du pied, steppage. La cause probable ? Une varicelle, terminée il y a seulement quelques jours.



Fig. 1.

4. **Encéphalo-myélite postrubéolique**.

Un petit garçon de cinq ans et demi entre, le 28 mai 1931, pour rougeole d'apparence si classique, que nous demandons au spécialiste de venir en faire une photographie en couleurs.

Le 3 juin, céphalée, vomissements, somnolence : l'enfant ne peut ni s'asseoir seul, ni rester assis. Il existe, chez lui, une réaction méningée légère, caractérisée surtout par une raideur modérée de la nuque.

Le 4, paralysie flasque respectant les membres supérieurs, mais intéressant les membres inférieurs, les sphincters, les muscles du tronc et de la nuque. Les réflexes rotuliens et achilléens, crémastériens et abdominaux sont abolis, bien que le signe de Babinski soit manifeste, surtout à droite. A ces troubles moteurs s'adjoint une anesthésie complète à la piqûre, occupant les jambes et l'abdomen.

A la ponction lombaire, liquide clair : 2,7 éléments à la cellule de Nageotte ; 0,20 d'albumine.

(1) L. Babonneix. Encéphalo-myélite varicellique. *Rivista di clin.*, Firenze, 1929, VII.

Les cultures du mucus pharyngé ayant montré l'existence de quelques bacilles diphtériques longs, on essaye, à tout hasard, la sérothérapie. Les jours suivants, amélioration progressive, et, quand l'enfant quitte l'hôpital, il ne lui reste plus : 1° qu'une légère difficulté de la marche ; 2° une abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs ; 3° un signe de Babinski à droite.

A quoi attribuer cet ensemble symptomatique ? A la diphtérie ? Mais il n'y a eu ni paralysie du voile, ni de l'accommodation ; inversement, on constate, fait rare dans cette maladie : 1° des troubles sphinctériens; 2° des modifications légères des réactions électriques. A une paralysie infantile ? Il est exceptionnel que, dans celle-ci, on observe un signe de Babinski. D'ailleurs, les altérations du liquide céphalo-rachidien ne sont pas celles de la paralysie infantile. Nous voilà, par exclusion, amenés au diagnostic de myélite aiguë disséminée postrubéolique, comme dans le cas récent de MM. Léchelle et Ivan Bertrand. Dans le nôtre, les lésions intéressaient sans doute le faisceau pyramidal, les cordons postérieurs et les cornes antérieures, expliquant ainsi les symptômes principaux : paralysies, troubles sensitifs, signe de Babinski.

5. Encéphalites aiguës d'origine indéterminée.

D... (André), deux ans et demi, nous est adressé par M. Laederich pour un ensemble de troubles nerveux : démarche cérébello-spasmodique, agitation choréiforme, parésie faciale droite, nystagmus transversal et psychiques : diminution de l'intelligence, troubles du caractère, qui est devenu méchant, survenus chez un enfant jusqu'alors normal, à la suite d'une période aiguë, caractérisée par un tremblement généralisé, de la nervosité et quelques réactions méningées dont la photophobie. Le liquide céphalo-rachidien est normal, la réaction de Wassermann négative pour le sang.

S'agit-il, ici, d'ataxie aiguë, comme sembleraient le démontrer certains symptômes : tremblement, nystagmus, démarche à type cérébello-spasmodique, d'encéphalite aiguë, de sclérose en plaques aiguë ? Question pour le moment insoluble.

Un petit garçon de quatre ans, sans antécédents, est pris, en janvier 1929, de broncho-pneumonie au cours de laquelle surviennent des mouvements involontaires, de type athétoso-choréique, localisés au membre supérieur gauche et se produisant soit au moment où l'enfant s'endort, soit quand il se réveille. Disparition de ces mouvements jusqu'en avril 1929. Alors ils réapparaissent, plus forts, et s'accompagnent d'agitation. Lorsque nous sommes consulté, nous ne constatons aucun phénomène de la série neurologique, et notre embarras est d'autant plus grand que nous n'avons pu observer nous-même ces mouvements. Mais, tenant compte de certaines indications fournies par la famille : insomnies prolongées, existenee de rire spasmodique, fixité du regard ou même, peut-être, tendance au plafonnement, nous nous demandons, avec les réserves d'usage, s'il ne s'agirait pas d'une encéphalite aiguë à localisation « striée ».

Un petit garçon entre dans notre service pour céphalées et vomissements, survenus sans cause. Pensant à une tumeur cérébrale, nous l'envoyons à M. Dupuy-Dutemps qui, au cours de plusieurs examens, constate l'existence d'une ophtalmoplégie externe progressive de l'œil gauche. Le diagnostic de méningiome probable de la petite aile du sphénoïde est donc porté, et le malade expédié à M. Clovis Vincent, qui veut bien partager notre opinion et se propose d'intervenir. En attendant, il fait un vague traitement mercuriel. A sa surprise, disparition rapide, et bientôt totale, de l'opthalmoplégie, et guérison qui se maintient depuis six mois. *Tumeur supposée* (Cushing), dont les symptômes étaient sans doute en rapport avec une encéphalite aiguë localisée à la région rétro-orbitaire gauche.

6. Paralysies faciales.

Nous avons vu plusieurs cas de paralysies faciales périphériques, indépendantes, en apparence, de toute hérédo-syphilis, de toute otite, de toute tumeur cérébrale, et que nous avons cru pouvoir, par élimination, attribuer à la paralysie infantile ou à l'encéphalite léthargique. Pour sortir d'embarras, nous avons prié M. Levaditi de nous dire si le sérum de ces malades neutralisait le virus de la poliomyélite antérieure aiguë. Les expériences sont en cours, mais M. Levaditi nous a fait remarquer que les résultats n'auraient de valeur que s'ils étaient négatifs, le sérum de la plupart des sujets « sains » étant doué de ce pouvoir neutralisateur, tant sont fréquentes les formes frustes.

7. Paralysies oculaires.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de paralysies oculaires, envoyés pour la plupart par le docteur Chaillous, portant, soit sur la IIIe, soit les IVe et Ve paires, et au sujet desquelles nous pourrions faire les mêmes observations que pour les paralysies faciales. La plus intéressante concernait un *syndrome de Parinaud temporaire*. Un enfant de onze ans nous est adressé, le 19 octobre 1931, par le docteur Chaillous, avec la note suivante : « Paralysie bilatérale des mouvements de verticalité apparue brusquement il y a quelques jours. Aucun autre symptôme d'ordre ophtalmologique et, en particulier, aucun trouble de la fonction de la convergence. La paralysie intéresse également les mouvements d'élévation et d'abaissement. »

Lorsque nous procédons à l'examen, nous faisons aussitôt deux constatations : l'une d'ordre négatif : il n'existe aucun trouble dans l'état général, aucun symptôme appartenant à la série neurologique; l'autre intéressant les yeux : le syndrome de Parinaud n'est plus net. Nous sollicitons l'avis de M. Dupuy-Dutemps, qui se trouve en présence d'un ensemble symptomatique très complexe, dont les principaux éléments sont : 1° une diplopie verticale ; 2° une diplopie horizontale homonyme. Les symptômes s'étaient donc modifiés en deux à trois jours. Ils devaient se modifier encore puisque, une semaine après, la maman venait nous demander si c'était bien la peine de continuer le traitement, étant donné qu'il ne persistait plus aucun phénomène morbide. Nous avons, à tout hasard, fait faire des injections intraveineuses de salicylate de soude ? La guérison est-elle le fait d'une coïncidence toujours possible ou légitime-t-elle le diagnostic d'une encéphalite aiguë ?

B. ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES

1. Dystonies d'attitude.

Elles sont aujourd'hui bien connues, grâce aux travaux du professeur Froment (de Lyon) et de M. A. Thévenard (de Paris). Nous en avions, ici même, publié un cas. Dans un autre, observé avec M. A. Miget, et concernant une fillette de huit ans. amenée à l'Hôpital le 21 janvier 1931, on aurait pu, au prime abord, penser à une hémiplégie infantile. Ce diagnostic ne pouvait être conservé, étant donné l'absence de tout trouble paralytique. En réalité, il s'agissait de dystonie, avec attitude de torsion plus marquée dans la station verticale, comme dans le cas récent de MM. Guillain et Thévenard, où existait, en plus, un syndrome pyramidal des plus nets.

2. Hématémèses répétées chez un jeune sujet atteint d'athétose double.

Il s'agit d'un garçon de quatorze ans, que nous connaissons depuis longtemps et que, jadis, nous avons présenté, avec M. Lance, à la Société de neurologie. Ses parents nous content que, depuis six ans, il est sujet à des hématémèses, qu'accompagnent quelques troubles dyspeptiques, et qui ont été constatées, à diverses reprises, par le médecin traitant. La cause de ces accidents? Très difficile à mettre en évidence, malgré des examens multipliés et, d'ailleurs, négatifs. Une tumeur cérébrale, comme dans le cas récent de MM. J. Hallé et J. Lereboullet? Ou, plutôt, une maladie de Wilson, malgré l'absence de tout signe hépatique ? Syphilis des artères gastriques ? La question reste en suspens.

3. Association d'encéphalopathie infantile et de tétanie.

Elle est, avec raison, considérée comme exceptionnelle. Nous en avons observé un cas avec Mlle Fr.-B. Lévy. Il s'agissait d'une petite fille de dix-sept mois, X... (Marcelle), née à la suite d'un accouchement laborieux, terminé par version. Au bout de quarante-huit heures, convulsions généralisées. A l'heure actuelle, spasme de la glotte évident — nous avons assisté à une crise — et encéphalopathie, caractérisée par de la raideur quadriplégique et une arriération intellectuelle manifeste. Lorsque nous avons présenté cette enfant à la Société de pédiatrie, quelques collègues avaient semblé mettre en doute le diagnostic de tétanie. La disparition complète du laryngospasme, dès la première séance de rayons ultraviolets, vient pourtant la confirmer. Sommes-nous habitués à voir des convulsions d'une autre origine céder aussi rapidement à l'actinothérapie ?

4. Sclérose centro-lobaire.

Voici un petit garçon de cinq ans qui nous est amené, par M. Gilbert Robin, pour paraplégie spasmodique progressive, survenue sans cause, il y a un an. Depuis ce moment, rétrocession des facultés intellectuelles. A l'examen, hyperréflexie tendineuse généralisée, dysphagie, mouvements athétosiques, strabisme externe. Bien qu'on n'ait rien trouvé aux yeux, on peut se demander, en présence de ces accidents qui ne relèvent ni de l'hérédo-syphilis, ni d'un mal de Pott, si nous n'aurions pas affaire à une sclérose centro-lobaire.

5. Spasme de torsion.

Nous en avons vu deux cas.

Dans l'un, concernant un jeune garçon de douze ans, envoyé à nous par le docteur Roederer pour mouvements involontaires prédominant sur le côté gauche : à l'examen, facies inintelligent, hydrocéphalie légère, salivation abondante, mouvements très analogues à ceux du spasme de torsion, mais, contrairement à eux, ne disparaissant pas complètement dans le décubitus horizontal, grosse hypotonie, parole explosive. La marche est impossible. De temps à autre, à l'occasion d'une émotion, d'une secousse, mouvements convulsifs violents, de caractère un peu théâtral. Nons ne détaillons pas davantage cette observation, nons réservant de la publier *in extenso* avec M. A. Miget.

Dans l'autre, ayant trait à un enfant de même âge que nous avait envoyé M. Lance, le fait le plus curieux consistait dans l'association, à un spasme de torsion beaucoup plus typique, d'une leucoplasie commissurale discrète, mais indiscutable, imposant le diagnostic d'hérédo-syphilis.

6. Encéphalopathies infantiles et hérédo-syphilis.

Dans beauconp de ces cas, la constatation soit de stigmates caractéristiques : exostoses, kératite interstitielle, dents d'Hutchinson, soit de réactions sérologiques positives, permet de rattacher à la spécificité héréditaire les accidents observés.

*
* *

Quelles conclusions tirer de l'étude à laquelle nous venons de nous livrer ?

Conclusions étiologiques. — Les encéphalites aiguës relèvent de causes diverses, au premier rang desquelles il faut placer les infections à virus neurotropes : paralysie infantile, encéphalite dite léthargique, varicelle et vaccine. Quant aux encéphalites chroniques, elles relèvent, le plus souvent, de l'hérédo-syphilis.

Conclusions cliniques. — Aiguës ou chroniques, elles peuvent affecter les types les plus divers, et se caractérisent, tantôt par des syndromes moteurs : convulsions, épilepsie, états spasmo-paralytiques, etc., ou psychiques, que ceux-ci portent sur l'intelligence ou sur le caractère.

Conclusions thérapeutiques. — Lorsque l'hérédo-syphilis est en cause, on instituera, le plus tôt possible, un traitement spécifique et on veillera à ce qu'il soit aussi énergique que possible. Dans les autres cas, on obtiendra parfois d'excellents résultats du salicylate de soude en injections intraveineuses.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME

La troisième Réunion scientifique annuelle de la Ligue française contre le rhumatisme a eu lieu le 10 octobre 1931, sous la présidence de M. le professeur F. Bezançon, président de la Ligue.

Une réunion clinique avec présentation de malades avait eu lieu le matin, dans le service de M. O. Crouzon, à la Salpêtrière.

Des rapports ont été présentés sur les arthrites traumatiques ; l'un par M. M.-P. Weil (Etude médicale des arthrites microtraumatiques), l'autre par M. P. Moulonguet (Etude chirurgicale sur les arthrites traumatiques).

Les arthrites microtraumatiques.

Rapport de M. M.-P. Weil.

M. Mathieu-Pierre Weil montre que, parmi les diverses manifestations dont les articulations sont le siège, il est une variété mal individualisée et capitale à connaître : celle où l'arthrite relève d'un microtraumatisme répété.

Les arthrites microtraumatiques sont d'une fréquence extrême. On peut les classer en arthrites statiques, de posture, et professionnelles.

Ces arthrites statiques sont liées à un trouble d'équilibre corporel. Elles sont l'apanage des membres inférieurs et de la colonne vertébrale. Elles relèvent fréquemment de troubles minimes de la statique : affaissement souvent même incomplet de la voûte plantaire, chaussures inégalement usées, port successif de chaussures diversement équilibrées, etc.

L'arthrite se manifeste le plus souvent à distance, parfois même du côté opposé. Les arthrites statiques ne s'observent pas seulement chez l'homme, mais aussi chez le cheval et le chien.

Les arthrites de posture sont particulièrement fréquentes au niveau de la colonne vertébrale : un grand nombre de scolioses ou de spondylites ont le microtraumatisme pour cause. Les arthrites professionnelles frappent les membres supérieurs au même titre que les membres inférieurs. Mathieu-Pierre décrit une arthrite de l'épaule chez le peintre, du coude chez le clicheur d'imprimerie, du poignet chez le harpiste ou le violoncelliste, des doigts chez le pianiste, du cinquième doigt gauche chez le violoniste, de la métacarpo-phalangienne du pouce chez le pharmacien, de la colonne vertébrale chez les employés de bureau, etc.

De ces trois variétés, M. Mathieu-Pierre Weil rapproche :

1° *Les arthrites des obèses* qui, si elles peuvent relever de la petite goutte, sont directement en rapport, dans d'autres cas, avec le microtraumatisme articulaire. Elles ont, pour prédilection, les hanches, genoux et sacro-iliaques.

2° Les *arthrites hémophiliques* : l'hémophilie pouvant, véritable traumatisme intra-articulaires, déterminer les lésions articulaires qui, comme le montre l'auteur à l'occasion d'un cas personnel, peuvent atteindre une importance tout à fait remarquable.

Du point de vue de la *physio-pathologie*, M. Mathieu-Pierre Weil pense que les arthrites microtraumatiques relèvent de l'usure cartilagineuse. Abordant l'étude *clinique* de ces arthrites, il montre les aspects variés sous lesquels elles peuvent se présenter. Il décrit tout particulièrement l'arthrite de la Ve vertèbre lombaire et celle de l'articulation sacro-iliaque, fréquentes chez la femme obèse ayant franchi la cinquantaine et ayant eu plusieurs enfants.

Du point de vue *thérapeutique*, M. Mathieu-Pierre Weil montre toute la part qui revient, dans ces arthrites, à l'orthopédie et à une chirurgie sagement conduites.

Les arthrites traumatiques.

Rapport chirurgical par M. P. Moulonguet.

La notion d'arthrite traumatique n'est pas nouvelle pour les chirurgiens.

Clinique. — Ils connaissent depuis longtemps ces phénomènes douloureux avec impotence fonctionnelle qui succèdent aux traumatismes, même légers en apparence, de certaines articulations ; ils savent que ces phénomènes sont, comme toutes les manifestations rhumatismales, variables suivant les jours et suivant la température, qu'ils sont facilement diffus, rendant tout un membre douloureux pour une atteinte traumatique limitée à l'épaule ou au genou et, depuis toujours sans doute, les chirurgiens traitent ces complications de traumatismes par la chaleur, le repos, les antiphlogistiques,

Ce sont là des phénomènes mineurs. Des lésions plus graves ont été rapportées aux conséquences d'un traumatisme articulaire. Aux grandes discussions sur l'arthrite sèche à la Société anatomique en 1851, Verneuil présentait un coude atteint d'arthrite déformante après une fracture. Magendie, Vidal de Cassis rapportaient à un traumatisme les corps étrangers ou souris articulaires. Poncet, Delbet montraient que le traumatisme, pour détacher un éclat épiphysaire dans l'articulation, n'avait pas besoin d'être violent, mais oblique et joint à l'action néfaste de certaines contractions musculaires. Plus récemment, Aleman publiait sous le nom de chondro-malacie traumatique de la rotule, la description de lésions rencontrées dans les hémarthroses.

A côté des arthrites succédant à un traumatisme articulaire violent, il faut considérer les arthrites qui sont causées par des traumatismes minimes répétés, tels que les traumatismes professionnels. A. Lane a décrit le tennis-elbow et le golf-elbow. J'ai montré, avec Nahan, l'existence de grosses lésions déformantes des coudes chez les ouvriers manœuvrant des perforatrices pneumatiques.

Au voisinage d'un os fracturé et consolidé vicieusement, les articulations, surtout aux membres inférieurs, subissent un effet d'usure dû à ce qu'elles travaillent en porte-à-faux. J'en ai montré un exemple sur la tibio-tarsienne après une fracture du tiers inférieur de jambe mal remise.

Enfin, une articulation congénitalement ou pathologiquement mal conformée subira presque fatalement, par un processus mécanique d'usure, des déformations du type de l'arthrite chronique. L'exemple le plus net est au niveau de la hanche, en cas de luxation congénitale ou de coxa vara.

A ces deux derniers groupes s'applique le terme d'*adaptative arthritis* d'A. Lane ; ce sont les arthrites par usure de Cruveilhier. On peut faire comprendre aisément le développement des arthrites d'usure en comparant les articulations à un engrenage où toute déformation des axes, toute altération d'une pièce entraînent fatalement l'usure et la destruction progressive de tout l'appareil.

Dans ce rapport, est laissée volontairement de côté la question des rapports entre les traumatismes et les arthropathies nerveuses (tabétiques et syringomyéliques). Il y a cependant dans ce groupe de faits des applications très intéressantes de la théorie traumatique des arthrites.

Anatomie pathologique. — Toutes les arthrites chroniques, quelle qu'en soit l'étiologie, aboutissent à des lésions identiques, constructives par place, destructives ailleurs. Ce n'est donc pas à un stade trop avancé qu'il faut les étudier.

Au début, par des interventions chirurgicales précoces (Leriche, Aleman), on peut, au contraire, trouver le point de départ des lésions et parfois reconnaître qu'il s'agit d'une fracture parcellaire ou d'un vice mécanique de l'articulation.

L'histologie apporte deux renseignements généraux :

1° Le type cytologique de la réaction synoviale ; il est bien différent dans les arthrites infectieuses (infiltrations leucocy-

taires) et dans les arthrites traumatiques où il existe une hyperplasie des franges, une multiplication d'endothélium, un œdème congestif des couches sous-endothéliales.

2° La pulvérisation articulaire; on peut faire la preuve de la destruction des extrémités osseuses quand on trouve, englobés dans la synoviale, des microséquestres. Aux dépens de cette poussière osseuse, on voit s'édifier des nodules cartilagineux, des placards calcifiés et ossifiés : c'est l'histogenèse des ostéochondrophytes de l'arthrite sèche.

Il est à penser que l'usage de la *biopsie* apporterait une grande clarté dans la classification et le traitement des arthrites chroniques déformantes. Elle permettrait en tout cas de distinguer presque sûrement les arthrites infectieuses des arthrites traumatiques.

Expérimentation. — L'existence des arthrites traumatiques est encore prouvée par l'expérimentation.

Les recherches classiques de Boulet et Vaillard, Cornil et Coudray ont déterminé l'évolution histologique des corps étrangers articulaires traumatiques. Elles ont été confirmées bien des fois. Wollemberg, Axhausen, par des mécanismes divers ont reproduit les altérations de l'arthrite sèche, notamment la nécrose sous-chondrale.

J'ai pu reproduire, avec Mihaelesco, des lésions d'arthrite déformante avec corps étrangers articulaires, en insérant par arthrotomie chez le lapin, de la poussière d'os dans le genou. Nous avons suivi sur les coupes, l'élaboration des ostéophytes et des corps étrangers aux dépens du matériel osseux mort et pulvérulent injecté.

Traitement. — La notion d'arthrite traumatique peut être féconde en résultats thérapeutiques.

De même qu'on peut prévenir l'usure d'un engrenage, de même qu'on peut au début de cette usure, dans certains cas, le retailler, de même le chirurgien peut s'attaquer au problème de l'arthrite traumatique puisque c'est un problème mécanique.

La *prévention* consiste :

1° A éviter les consolidations vicieuses de fractures et à corriger chirurgicalement les fractures vicieusement consolidées ;

2° A traiter les luxations congénitales et les déformations acquises, soit par les moyens orthopédiques, soit par des interventions sanglantes du type des ostéotomies, butées, etc. ;

3° A intervenir précocement dans les traumatismes articulaires, notamment les hémarthroses pour faire la toilette et la réparation aussi exactes que possible des lésions ;

4° Enfin, à traiter avec beaucoup de douceur tous les traumatismes portant sur les articulations, à éviter les massages brutaux, les réductions en force et généralement tout ce qui peut léser ces appareils délicats.

Le *traitement chirurgical curateur* doit s'attaquer, non seulement à la cause initiale des désordres articulaires, mais encore aux lésions d'arthrite déjà réalisées et qui, selon un cercle vicieux, entraînent le développement d'autres lésions.

Le problème technique est simple à résoudre lorsqu'il s'agit seulement d'enlever un corps étranger ostéo-cartilagineux, et il est démontré que cette opération facile arrête d'ordinaire l'évolution de l'arthrite déformante.

Lorsqu'il existe des lésions des extrémités osseuses, il ne faut pas hésiter à pratiquer une *arthroplastie moulante*. L'opération est souvent aisée au genou où sa technique est bien réglée. Elle est plus délicate à la hanche (Murphy, Withman, résection arthroplastique de Mathieu). Au cou-de-pied, j'ai obtenu des résultats heureux par des astragalectomies atypiques.

Cette chirurgie nouvelle des arthrites traumatiques bénéficie d'un élément très favorable, c'est l'absence d'infection résiduelle au niveau des lésions, infection résiduelle qui est la grande cause d'échec dans les arthroplasties faites sur les arthrites post-infectieuses. De fait, on peut obtenir en s'attaquant à des cas bien choisis où l'arthrite ne frappe qu'une ou deux articulations, de très beaux résultats fonctionnels comme dans le cas que j'ai présenté récemment avec Gernez.

Il est probable que la chirurgie a, dans le domaine des arthrites chroniques, un rôle important à jouer.

— A propos de la Cure thermale des séquelles articulaires des traumatismes et du Centre d'hydro-climatologie des hôpitaux de Paris. — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et Henri Desoilles exposent l'intérêt du traitement hydrominéral des arthrites traumatiques, tel qu'il peut être réalisé chez des malades des Services hospitaliers parisiens, par l'intermédiaire du Centre de triage d'hydro-climatologie des hôpitaux de Paris (Hôpital Necker).

Ce Centre qui fonctionne depuis bientôt trois ans assure l'envoi des malades indigents dans les hôpitaux thermaux ; avant son départ, chaque malade est l'objet d'un examen complet, dans l'une des consultations spécialisées fonctionnant au Centre de triage chaque jour de la semaine, puis passe devant une Commission de répartition qui le dirige vers la station appropriée à son état.

C'est dans ces conditions qu'une malade, présentée par les auteurs, a pu suivre à Dax trois cures successives pour une ankylose post-traumatique du genou et de la tibio-tarsienne, ankylose datant de deux ans et qui n'avait pas été améliorée par divers traitements. Les résultats obtenus par la cure thermale ont été très satisfaisants.

Remarques médico-légales sur les arthrites traumatiques.

Rapport de M. Duvoir.

Les arthrites par micro-traumatismes sont des *maladies du travail* non indemnisables, que l'on n'observe pas en expertise. Mais ce qui semble aussi exister chez les travailleurs manuels, c'est une prédominance à la main active des lésions de rhumatisme déformant banal. Ce qui s'observe en *accident du travail*, c'est-à-dire après un traumatisme unique plus ou moins violent, ce sont des arthrites sèches ou des péri-arthrites. La péri-arthrite est surtout fréquente à l'épaule. L'arthrite traumatique se voit surtout au genou où elle a succédé à une contusion, avec intermédiairement ou non, une hémarthrose ou hydrarthrose.

La prédisposition joue certainement un rôle considérable dans un grand nombre de cas, comme le prouve la fréquence avec laquelle on observe, à l'autre genou, des signes d'arthrite sèche plus légers. L'âge est aussi un facteur important. Chez les sujets jeunes, l'arthrite sèche traumatique peut s'atténuer et même disparaître. Chez les sujets plus âgés, elle persiste ou s'aggrave. On peut, dans des cas rares, la voir prendre une évolution progressivement ankylosante. Une forme très spéciale de ces lésions articulaires ou péri-articulaires est la maladie de Pellegrini-Stieda-Köhler, toujours traumatique. Elle se constitue lentement, de quinze jours à plusieurs semaines après l'accident. Son aspect radiographique est absolument caractéristique. Elle s'accompagne souvent d'arthrite sèche.

— Le prochain Congrès international de la Ligue contre le rhumatisme se tiendra à *Rome, du 19 au 24 mai 1932*. Les séances du Congrès des derniers jours auront lieu dans quelques stations thermales italiennes.

Les matières suivantes sont mises à l'ordre du jour :

1. Médico-scientifique : a. *Les symptômes initiaux du rhumatisme chronique* ; b. *Rhumatisme et tuberculose*.
2. Médico-social : *Rhumatisme et profession*.
3. Discours libres.

Pour les demandes d'adhésion et tous renseignements s'y rapportant, on est prié de s'adresser au secrétaire général : docteur J. van Breemen, Keizersgracht 489, à Amsterdam.

Pour l'Italie, au secrétaire du Comité italien : professeur A. Lunedei, via Venezia 8, à Florence.

La prochaine réunion clinique aura lieu à l'hôpital Saint-Antoine en *avril 1932*.

La prochaine réunion générale de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu également en *avril 1932*.

Une note ultérieure précisera les questions mises à l'ordre du jour.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat : 51, rue Bonaparte, à Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1931)

Remarques concernant 19 cas d'érythrodermie desquamative du nourrisson. — M. Georges SCHREIBER, en présence des divergences d'opinion manifestées au sujet de cette maladie, a revu 19 de ses observations personnelles. La guérison des lésions cutanées en quelques semaines est la règle, mais l'état général de la majorité de ces enfants est défectueux : 12 d'entre eux étaient hypotrophiques et présentaient des troubles digestifs. Trois autres ont eu six à dix-huit mois après leur érythrodermie des poussées d'eczéma séborrhéique.

Sur un cas de maladie de Ritter. — MM. P. LEREBOULLET et J. BRIZARD rapportent un cas de dermatite exfoliatrice du nouveau-né qu'ils ont observé, il y a deux ans et demi, et qui reproduit la description donnée jadis par Ritter : apparition chez un enfant de dix jours d'un érythème scarlatiniforme desquamatif avec lésions impétigineuses suintantes et sanguinolentes de la face, compliqué d'ulcérations pemphigoïdes, suivi d'exfoliation épidermique laissant un derme rouge suintant et accompagné enfin sur les parties restées saines d'épidermolyse. Guérison rapide par assèchement des lésions et reconstitution d'un épiderme sain.

Les auteurs insistent sur les différences entre cette affection d'une part, l'érythrodermie à type Leiner-Moussous et le pemphigus épidémique d'autre part.

Ulcère du pylore chez un nourrisson de huit mois. — MM. G. BLECHMANN, R. A. GUTTMANN et NEMOURS-AUGUSTE présentent l'observation d'un nourrisson qui eut entre huit et dix-huit mois des hématémèses et du melæna à plusieurs reprises. Il fut amélioré sous l'action du bismuth, et paraît guéri depuis un an et demi. Des radiographies en série, faites à l'âge de treize mois, montrent sur 4 clichés une tache arrondie de la grosseur d'un grain de mil, située près du pylore et semblable aux niches de la région pylorique que l'on voit chez l'adulte. Ces images correspondent à l'ulcère.

Pléonostéose chez un enfant de dix ans. — MM. HALLÉ et APERT présentent un garçon qui a déjà, à un haut degré, les lésions d'élargissement et d'épaississement des diaphyses des os longs ainsi que des clavicules et des côtes qui caractérisent la maladie décrite par Léri sous le nom de Pléonostéose familiale. La mère, la grand'mère et un oncle sont atteints de même.

Maladie familiale nouvelle. — M. APERT relate l'histoire d'une famille dans laquelle deux frères, un cousin germain de ceux-ci et un neveu de ce dernier ont, dès le jeune âge, évolué vers des lésions osseuses rappelant celles de la pléonostéose, en même temps que l'intelligence s'altérait, l'ouïe s'affaiblissait et que finalement l'état général s'altérait. La mort finit par survenir par cachexie. Les filles étaient indemnes, mais transmettaient la maladie.

Neurofibromatose avec tumeur principale à localisation insolite. — M. APERT présente un enfant portant une tumeur de type névrome plexiforme occupant la région pariétale, le périnée et la racine de la verge. Ultérieurement sont apparus des taches pigmentaires, puis de nombreux neurofibromes montrant qu'il s'agit de neurofibromatose de Recklinghausen.

Ectopie cardiaque avec atrésie tricuspide. — M. PAPILLON apporte les pièces anatomiques d'un malade dont l'observation clinique a été rapportée en mai dernier par M. Babonneix. La tumeur abdominale pulsatile correspond au ventricule gauche hypertrophié qui s'est creusé une loge dans le foie; le centre phrénique fait défaut; l'image thoracique prise pour le cœur n'est que l'oreillette droite très dilatée.

Hernie diaphragmatique droite congénitale chez un nourrisson. — MM. R. DEBRÉ, SEMELAIGNE et UHRI présentent un nourrisson de quatre mois atteint de hernie diaphragmatique congénitale droite révélée par une dyspnée avec tirage et des crises de suffocation. Le diagnostic fut établi par l'examen clinique qui montra dans l'hémithorax droit des zones de submatité et de tympanisme variant à chaque examen et un déplacement anormal du foie vers la gauche. Il fut confirmé par un examen radiologique qui montra, au même endroit, un mélange d'ombres et de clartés rappelant l'image des anses intestinales; un lavement baryté permit de préciser la portion d'intestin engagée. Tout traitement chirurgical est à l'heure actuelle impossible.

Biopsie d'un nodule de Meynet. — MM. R. DEBRÉ et UHRI ayant prélevé, par biopsie, un des nodules de Meynet d'une petite malade atteinte de rhumatisme fibreux chronique y ont constaté l'existence d'une formation histologique analogue au nodule d'Aschoff; les ensemencements et cultures sont demeurés négatifs. Ils discutent les rapports existants entre maladie de Bouillaud, chorée rhumatismale, maladie de Chauffard-Still et endocardite maligne lente.

Tuberculose hypertrophique du gros intestin. (*Présentation de radios.*) — MM. Maurice LÉVY et MIGET.

Un cas de dysostose cléido-cranienne. — MM. SORREL, OBERTHÜR et CHAUVEAU présentent un nourrisson de treize mois atteint de dysostose cléido-cranienne typique.

Deux cas de rupture traumatique de la rate chez l'enfant. — MM. SORREL, OBERTHÜR et CHAUVEAU ont observé deux cas de rupture traumatique de la rate survenus après traumatisme très minime. Un des enfants succomba, mais le second, opéré précocement, grâce à l'apparition d'une contracture de l'hypocondre gauche, guérit parfaitement.

Myxœdème congénital. — MM. B. WEILL-HALLÉ et N. K. KOANG attirent une fois de plus l'attention sur les heureux résultats du traitement thyroïdien dans le myxœdème congénital chez les enfants soumis tardivement au traitement. En huit mois, un de leurs petits malades a rattrapé presque complètement son retard de développement.

Leucoplasie commissurale associée à un spasme de torsion. — MM. BABONNEIX et MIGET présentent un jeune garçon de onze ans, chez lequel s'associent un spasme de torsion,

survenu à la suite de la coqueluche, et une légère leucoplasie commissurale.

Ostéopériostite syphilitique. — MM. A. Mouchet, Babonneix et Miget présentent un garçon de onze ans, hérédo-spécifique chez qui est apparue progressivement depuis un an une tuméfaction dure de l'extrémité inférieure du fémur droit. La première idée est celle d'ostéopériostite, mais la radio montre dans cette masse des cavités analogues à celles que l'on observe dans la maladie osseuse de Recklinghausen. Il ne saurait être question de sarcome. Le diagnostic causal reste donc incertain.

Guérison d'un cas de syndrome de Parinaud. — MM. Babonneix et Miget présentent un enfant de onze ans, ayant eu un syndrome de Parinaud qui a guéri par des injections intra-veineuses de salicylate de soude.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1930-1931 (1)

Doctorat d'État. — Assan. — Les métastases ganglionnaires des cancers latents.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, Montpellier, n° 77, p. 1450; Strasbourg, n° 78, p. 1463; Toulouse, n° 82, p. 1532; Nancy, n° 87, p. 1635; Bordeaux, n° 94, p. 1765; Marseille, n° 100, p. 1892.

Bacri. — Contribution à l'étude de la délivrance par injection funiculaire.

Becmeut. — Diabète insipide syphilitique.

Bertrand. — Kala-azar méditerranéen chez l'adulte. Rapports du kala-azar méditerranéen et asiatique.

Bonomo. — Les maux de Pott cervico-dorsaux et dorsaux avec abcès médiastinal.

Bousser (Mlle). — Les maladies métaplasiques. Evolution du squelette de la hanche à la période de croissance. Considérations cliniques et pathogéniques.

Cattoir. — Rhumatisme vertébral chronique et viscéralgies.

Chatenier. — Organisation de l'Assistance médicale et de l'Hygiène publique en Tunisie.

Clausse (Mlle). — Apports de la radiologie dans le diagnostic de quelques gestations anormales.

Chiapponi. — Contribution à la physiologie ovarienne. Recherches cliniques sur la folliculine.

Delvoye. — L'agranulocytose.

Ezes. — Sur les douleurs périphériques élevées dans certaines affections annexielles.

Favre. — La laminectomie dans l'énurésie.

Gaillarde. — De l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite et après l'appendicectomie.

Geslin. — De la position de Depage (ventrale infléchie en V, sacrum en l'air) pour la cure radicale des fistules vésico-vaginales par voie vaginale.

Grillot. — Les embolies cérébrales au cours des endocardites infectieuses à pneumocoques.

GUEDJ (Armand-Edmond). — Formes cliniques des abcès encéphaliques d'origine otitique.

GUEDJ (Gaston-Moïse). — Contribution à l'étude clinique et au traitement de l'épithélioma naso-orbitaire.

IMBERT, — L'équilibre protéique du sérum sanguin dans la syphilis acquise.

JOURDAN. — Sur le trajet des fibres vaso-motrices (rénales et adrénalino-sécrétoires) dans la moelle.

JUDE (Mme), née Guidat. — Des complications osseuses de la fièvre typhoïde.

LAVERNHE. — La marche sans appareil dans la paralysie infantile.

LEFRANC. — Recherches sur le rayonnement ultraviolet en vue de ses applications en biologie.

MEDINGER. — Du traitement de l'ophtalmie purulente gonococcique par l'emploi du sérum de Blaizot.

MORARD. — Les kystes hydatiques de l'orbite.

MUNERA. — Contribution à l'étude des purpuras hémorragiques chroniques (type hémogénie).

PADOVANI. — La thérapeutique de la coxalgie de l'adolescent et de l'adulte par l'arthrodèse extra-articulaire.

PENY. — De la dégastroentérostomie.

SCALIERI. — Contribution à l'étude des thrombo-phlébites des sinus dure-mériens d'origine otitique

SID KARA. — Contribution à l'étude de l'invagination du grêle par tumeurs bénignes chez l'adulte.

SIRJEAN. — Contribution à l'étude de la réaction de Vernes à la résorcine. Ses rapports avec la puerpéralité.

SITBON. — Contribution à l'étude des abcès méningés d'origine otitique.

SURMELY. — Les abcès extra-duraux d'origine otitique. Revue générale.

SY. — Contribution à l'étude des péritonites puerpérales diffusées post-partum.

TCHERNY. — Contribution à l'étude de la répartition géographique et ethnique du cancer en Afrique du Nord et spécialement en Algérie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1930-1931 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 26. ACKEIN. — Poliomyélite et sérum de Pettit.

55. BACHY. — Contribution à l'étude des hématomes spontanés du muscle grand droit de l'abdomen.

12. BARBÉ. — Les lésions occultes du testicule dans la neuro-syphilis quaternaire.

41. BONDOIS. — Contribution à l'étude du dépistage de la syphilis héréditaire dans les consultations prénatales.

53. BOURY. — Les kystes dermoïdes du médiastin.

2. CAILLET. — Contribution à l'étude des tumeurs des os longs des membres dites « tumeurs à myéloplaxes ».

6. CALLENS. — Contribution à l'étude du traitement de la coqueluche par les rayons ultraviolets.

24. CHALERIE. — Sur quelques cas de péritonite tuberculeuse chez l'enfant (péritonites tuberculeuses latentes, péritonites tuberculeuses éphémères).

14. CHAUVAUX. — La thrombose cardiaque chez le nourrisson en dehors de la diphtérie.

30. CHAVY. — L'étude bactériologique des biles humaines prélevées par tubage duodénal; conditions de prélèvement et d'examen.

11. CHÉRIGIÉ. — De la radiothérapie de la région surrénale.

39. CHRISTIN. — Le système porte veineux de l'ébauche urinaire (embryons humains des premières semaines). Travail du Laboratoire d'histologie et d'embryologie.

(1) Voir la note page précédente.

23. CORDONNIER. — Contribution à l'étude de l'anthracose pulmonaire.

46. DECOULX. — Les phlegmons du plancher buccal, interprétation anatomique,

48. DELABY (Mlle). — Les pancréas accessoires.

3. DELATTRE. — Réaction de Shick et porteurs de germes chez le vieillard, les réactions protéiniques. (Travail de l'Institut Pasteur et de l'Hospice général.)

1. DELELIS. — Contribution à l'étude des traumatismes obstétricaux de l'épaule.

9. DELENEUVILLE. — Contribution à l'étude du traitement de la dysménorrhée et des algies pelviennes par la résection du plexus hypogastrique supérieur.

54. DEROO. — Contribution à l'étude des épanchements pleuraux au cours des leucémies.

31. DESCARPENTRIES. — Contribution à l'étude des agranulocytoses postarsénicales.

8. DESSANE. — De l'emploi d'une bonnette radioscopique pour l'extraction des corps étrangers.

32. DRUELLE. — Négativation des réactions de Wassermann irréductibles par le vaccin anticharbonneux associé au stovarsol.

37. DUBOIS. — Fibromes et fibrosarcomes de la paroi abdominale. Revue générale.

43. DUCROCQ. — Contribution à l'étude de l'ulcère peptique.

40. DUMONT (Mlle). — L'achylie. Etude clinique de 150 observations. (Travail de la clinique des maladies de l'appareil digestif et du laboratoire de pathologie interne et expérimentale.)

22. DUPIRE. — L'adénopathie trachéo-bronchique. Les aspects radiologiques des régions hilaire et médiastinale chez l'enfant.

4. FREMAUX. — Les réactions méningées lymphocytaires non tuberculeuses.

27. GREF. — Les syndromes de Banti, à propos d'un cas personnel.

28. HALLÉ. — Importance de la topographie des artères cérébrales pour le diagnostic des ramollissements et des hémorragies.

19. HOURIEZ. — Le décollement pleuro-pariétal avec compression du poumon.

44. LAFAY. — L'alcoolisme chez les anciens, son origine, son évolution sociale.

45. LAMELIN (Albert). — Les enfoncements de la cavité cotyloïde dans les accidents du travail.

13. LAMELIN (Pierre). — Des variations des échanges respiratoires au cours de certains états musculaires anormaux. Etude expérimentale et clinique.

52. LEBLOND. — Une vieille station thermale normande : Forges-les-Eaux.

7. LECONTE, — La kératite ulcéreuse de l'adolescent et de l'adulte d'origine hérédo-syphilitique.

20. LEJEUNE. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale après l'appendicectomie.

10. LUTIGNEAUX (Mme), née Schultz. — Le sanatorium national Vancauwenberghe, Zuydcoote (Nord). Statistique chirurgicale (professeur Le Fort).

16. MASBOU. — Les érythèmes noueux.

18. MASQUELIER. — Vieux tousseurs et infection tuberculeuse. (Travail de l'Hospice général et de l'Institut Pasteur.)

38. MILLET. — La cytologie du liquide céphalo-rachidien chez les paralytiques généraux.

34. MONTAIGNE. — La fièvre typhoïde larvée chez l'enfant. (A propos de quelques observations personnelles.)

42. MORESTIN. — De quelques points de technique dans la cure radiale des éventrations de la femme.

50. NABETH. — Etude sur la conduite à tenir en présence d'une rupture traumatique simple de l'urètre périnéo-bulbaire.

33. PIETTE. — L'acide fumaroprotocétrasique. (Ses propriétés antinauséeuses.)

15. PLAQUET. — Quelques contre-indications à la vaccination par l'anatoxine de Ramon dans la diphtérie.

21. POMMEL. — Contribution à l'étude des chordomes sacro-coccygiens.

36. PRÉVOST. — Contribution à l'étude des pyosalpinx ouverts en péritoine libre.

5. QUEMÉRÉ. — Des modifications de la calcémie observée chez l'homme après la radiothérapie.

25. ROUSSELLE. — Liquide de perfusion hépatique.

47. SALES (Mlle). — Radio-diagnostic des pneumopathies aiguës de l'enfance.

49. STROOPER (de). — Les modifications radiologiques du diaphragme au cours de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. (Leur valeur.)

51. SUEUR. — L'arthrodèse extra-articulaire combinée à l'ostéotomie dans le traitement de certaines séquelles de la coxalgie.

17. TORK. — Contribution à l'étude des paraplégies en flexion d'origine spinale, à propos de la forme pseudo-tumorale des myélites.

35. VANLERBERGHE. — Contribution à l'étude de l'emploi de l'appui cranio-facial du docteur Darcissac dans les greffes à l'italienne et les fractures du maxillaire.

29. WATTEZ. — Les lésions occultes du testicule dans les tuberculoses extra-génitales.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

AORTITES SYPHILITIQUES

SIGNES ET DIAGNOSTIC

C'est une des localisations les plus fréquentes de la syphilis acquise, accident tertiaire survenant cinq à dix ans après le chancre, rarement plus précoce, au cours de la période secondaire chez un malade insuffisamment ou non traité.

L'hérédo-syphilis, très rare, explique l'aortite de l'enfant et de l'adolescent.

Cliniquement. — L'aortite syphilitique ne présente pas de caractère très particulier, et c'est par des symptômes indépendants de l'aorte, que l'on fera le diagnostic de sa nature.

Son existence a cependant une grosse valeur séméiologique puisqu'elle peut révéler la syphilis et permettre un traitement utile.

Anatomiquement, il y a infiltration prédominante sur la tunique moyenne, centre de résistance de l'artère. Les lésions n'ont rien de caractéristique, et c'est dans des cas très rares que l'on a constaté la présence de tréponèmes, permettant d'affirmer la nature même de la lésion.

Symptômes. — Nous décrirons successivement l'aortite de la crosse, de la descendante, et de l'aorte abdominale :

I. Aortite de la crosse de l'aorte.

A. **L'aortite relativement récente (cinq à dix ans après le chancre).** — Elle peut être découverte fortuitement chez un syphilitique que l'on examine à fond, ou au cours d'un examen pour un tout autre symptôme, mais souvent des signes fonctionnels attirent l'attention vers l'aorte ; ce sont :

1° *La douleur*, très importante, de type angineux, angine d'effort avec ses éléments bien connus de douleur constrictive liée à une angoisse mortelle. La crise peut être typique ou fruste, mais sa ténacité d'apparition à l'occasion d'effort est caractéristique.

La dyspnée d'effort et la dyspnée diurne ou nocturne présagent déjà de la fatigue du cœur.

2° *Les troubles circulatoires* : étourdissements, vertiges, phénomènes d'éclipse cérébrale traduisent un angiospasme, peuvent également être les symptômes révélateurs.

EXAMEN DU CŒUR. — L'auscultation permet d'entendre soit un souffle systolique, qui n'a de valeur que s'il est rude, râpeux, propagé vers la clavicule droite, fixe lors de divers examens, soit un double souffle systolodiastolique, le souffle diastolique étant plus discret, nécessitant parfois une recherche attentive, mais restant beaucoup plus caractéristique de lésions aortiques que le souffle systolique. La présence d'un souffle diastolique traduit l'aortite sigmoïdienne, celle d'un souffle systolique l'aortite sus-sigmoïdienne, le double souffle systolique étant audible, parfois sur une large surface et bien caractéristique.

Il s'accompagne souvent d'élargissement de la matité aortique, et de surélévation de la crosse de l'aorte et des sous-clavières.

Au cœur, l'on recherchera l'abaissement et le déplacement en dehors de la pointe, traduisant l'hypertrophie du ventricule gauche.

Il n'est pas rare d'entendre, chez un sujet ayant dépassé la cinquantaine, des extrasystoles qui peuvent éclater en crises paroxystiques très pénibles pour le malade.

La tension artérielle peut être normale, mais lorsqu'il y a souffle diastolique, il est habituel de constater l'abaissement de la minima et l'apparition des signes satellites : danse des artères, pouls bondissant, double souffle crural de Durosier, au point que dans ces formes d'aortite sigmoïdienne, on a parlé du tableau clinique d'une véritable maladie de Corrigan syphilitique.

En résumé, chez un homme jeune qui se plaint de précordialgies constrictives, de douleurs du type angineux, l'existence d'un double souffle aortique accompagné ou non de signes périphériques doit faire rechercher la syphilis.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE permet d'étudier le cœur et l'aorte dans toutes les positions. On recherchera spécialement :

a. *L'augmentation de volume du ventricule gauche*, avec élévation du point G et non effacement de la pointe en oblique antérieur gauche ;

b. *L'élargissement et le déroulement de l'aorte*, dont on précisera les contours pour s'assurer qu'il n'y a pas d'anévrisme ;

c. *La médiastinite syphilitique*, qui peut masquer de ses ombres floues les contours du vaisseau et obscurcir de ses nuages le médiastin ; toutes ses images seront fixées par des orthodiagrammes.

Le bilan des symptômes de la syphilis doit être fait soigneusement, date du chancre, traitement suivi, état actuel (signe d'Argyll, syndrome de Babinski, Vaquez, leucoplasie, cicatrice cutanée, etc.). Il faut aussi faire le bilan des lésions rénales, chercher l'albuminurie, et la *néphrite syphilitique*, faire un dosage d'urée sanguine, et compléter le tout par les réactions de Wassermann dans le sang.

Evolution. — Elle est essentiellement variable.

Le traitement antisyphilitique peut améliorer la périaortite, atténuer les troubles douloureux et les crises d'angor, mais il n'agit guère que sur l'élément médiastinal et sur l'élément douloureux.

Des complications diverses peuvent survenir ; ce sont :

1. *L'anévrisme aortique* auquel il faut toujours penser, et que l'on recherchera par comparaison des pouls, la radioscopie dans toutes les positions, les signes de compression médiastinale ;

2. *L'angine de poitrine* qui peut entraîner la mort subite ;

3. *L'insuffisance cardiaque* dont les signes précurseurs sont : les extrasystoles, la tachycardie, le bruit de galop, l'augmentation de volume du ventricule gauche, tous signes de mauvais augure pour l'avenir cardiaque. Des accidents aigus peuvent se greffer : insuffisance ventriculaire gauche, asthme cardiaque, œdème aigu du poumon, et la maladie évoluer, avec ou sans eux, vers la dilatation totale du cœur, et l'asystolie cardiorénale.

En résumé, cette aortite des sujets jeunes est surtout douloureuse, et son plus grand danger est peut-être l'angine de poitrine.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. D'IMP. GÉN. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 103. — SAMEDI 26 DÉCEMBRE 1931. 104e ANNÉE. SAMEDI 26 DÉCEMBRE 1931. — N° 103.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL.: Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — 75 fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Parathyroïdes et rhumatisme chronique déformant, par M. René Simon.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Académie de médecine.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1930-1931.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine.
NOTES DE PRATIQUE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — *Le budget de l'Assistance publique à Paris.* — M. de Fontenay, rapporteur du budget de l'Assistance publique, vient de montrer que malgré leur budget de 650 millions, dont 318 sont fournis par la Ville de Paris, les hôpitaux parisiens ne disposent pas d'un assez grand nombre de lits. En janvier dernier il y avait encore en médecine 1859 brancards, en chirurgie 1253.

En réalisant par tranches successives, de 1932 à 1941, un emprunt de 480 millions, on pourrait doter l'opération de transfert à Clichy, du vieux Beaujon, 145 millions seraient réservés aux deux hôpitaux à construire à Garches et à Rosny, 65 millions permettraient de résoudre la question de l'hospitalisation des vieillards à petites ressources. Enfin les maternités, les laboratoires, les divers services, recevraient les améliorations nécessaires. Les 7.000 nouveaux lits prévus permettront, on l'espère, de faire disparaître les brancards qui déshonorent les salles des hôpitaux parisiens.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — *Prix 1931.* — *Prix de fin de première année.* — Mention très honorable : M. Chevillot (de Pont-à-Mousson). Mention honorable : M. Penin (de Nancy).

Deuxième année. — Prix : M. Blum (de Thann).

Troisième année. — Prix : M. Weisz (de Koszyce-Wielkie).

Cinquième année. — Prix : M. Boron (de Beaucourt).

PRIX DE FONDATION. — *Prix Bénit* (dit de l'Internat). — M. André (de Nancy).

Prix Pierre Schmitt (décerné à l'interne reçu le premier au concours). — M. Grumillier (de Mourmelon-le-Grand).

Prix Grandeury-Fricot. — M. Hambert (de Champagney).

Prix Vautrin. — MM. Bodart (d'Onville), Louyot (de Nancy).

Prix Heydenreich-Parisot. — M. Cuénot (de Nancy).

Prix Rohmer. — M. Barberousse (de Bleneau).

Prix de fin d'études dentaires. — MM. Vouriot (de Thonnance-les-Joinville), Laprevote (de La-Neuveville-les-Raon).

PRIX DE THÈSE. (Subventions du département de Meurthe-et-Moselle et de la Ville de Nancy). — *Premier prix, ex æquo.* — MM. Mosinger (de Clervaux), Bleicher (d'Aix-les-Bains).

Fondation Schemel. — *Deuxième prix, ex æquo.* — M. Weiss (de Nancy), Mlle Hennequin (de Colombotte).

Mention très honorable. — M. Nilus (de Nancy), Mlle Demange (de Nancy), MM. Segall (de Craiova), Grimaud (de Vesoul).

Mention honorable. — MM. Thomas (d'Avon), Simonin (de Longuyon), Polu (de Vigy), Moustafoff (de Kirdjali).

GUERRE. — M. le médecin colonel Spick est promu au grade de médecin général et nommé directeur du service de santé des troupes du Maroc ; M. le médecin général Spire, adjoint à l'inspecteur permanent des Ecoles du service de santé militaire, est nommé directeur du service de santé de la 20e région, à Nancy.

(Troupes coloniales.) M. le médecin général Guillon, en congé, est nommé adjoint à l'inspecteur général du service de santé des colonies.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A.-L. Delespierre (de Wambrechies, Nord), Léon Diffre (de Montpellier), Rousseaux (de Coulibeuf, Calvados), Georges Durieux (de Ribérac), Labbé (de Saint-Servan).

(Voir la suite des « Informations », p. 1945.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

L'assemblée générale du deuxième semestre a eu lieu le dimanche 6 décembre, dans la grande salle de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, siège de la Confédération des syndicats médicaux français.

Elle était présidée par le docteur L. Boyer, président du Syndicat, qui, dans une allocution fort applaudie, a fait ressortir que les soins donnés dans les établissements de médecine sociale ne valaient pas les soins individuels du médecin de famille; bien des malades hospitalisés, la moitié peut-être, pourraient être avantageusement soignés à domicile.

Après les rapports annuels du secrétaire général et du directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal, le premier montrant l'importance du travail effectué par les commissions syndicales, le second affirmant son énergique volonté de poursuivre tous ceux qui font de la médecine sans diplôme et qui, par suite, sont dangereux pour les malades, l'assemblée générale a eu à se prononcer sur les diverses questions d'actualité touchant tant à la défense professionnelle qu'à l'exercice de la médecine.

C'est, d'abord, la stomatologie, branche de l'art médical, dont on réclame l'enseignement spécial dans les facultés de médecine, avec obligation d'études et obtention du diplôme de docteur en médecine.

Puis, c'est une protestation contre les projets fiscaux concernant la patente médicale, pour laquelle on veut établir un droit fixe de base trop élevée (4.000 francs pour Paris); ensuite, c'est l'affirmation de voir votée la loi Armbruster restreignant l'accession des étrangers au diplôme d'Etat donnant le droit d'exercer la médecine en France.

Une longue discussion a lieu ensuite, à propos du projet de création de centres de diagnostic réservés aux assurés sociaux.

Le S. M. S. demande : que le médecin praticien conserve le libre choix du spécialiste auquel il fait appel pour l'aider dans son diagnostic, que les caisses, si elles créent ces centres, y respectent pleinement les principes de la charte médicale adoptée par la Confédération et enfin que les assurés sociaux puissent continuer à être envoyés aux laboratoires privés patentés existant dans les grands centres et notamment à Paris.

L'Assemblée générale adopte ensuite les dispositions statutaires qui permettront aux spécialistes d'être représentés à la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, puis nomme 20 membres de son Conseil d'administration pour 1932; parmi les nouveaux élus, figurent les docteurs Deniker et Brodin, du corps médical hospitalier, ce qui réalise le désir maintes fois exprimé, d'union de tout le corps médical du département de la Seine.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A CÉDER DE SUITE pour cause de maladie. Bonne clientèle médicale à Paris. Prix avantageux. Actuellement appartement libre, sauf location. — S'adresser, de midi à 14 h., à Mme Corroyer, 7, rue de la Manutention, Paris (XVIe).

NOTES DE PRATIQUE

TRAITEMENT DES OXYURASES

Dans un récent article publié dans la *Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate* (fév. 1930), MM. Villaret et Cachera remarquent que le résultat des divers traitements de l'oxyurase est ordinairement incomplet et transitoire. Souvent, en effet, quelques parasites persistent dans les parties hautes de l'intestin, et à toute nouvelle ponte de ceux-ci les symptômes réapparaissent. Il est donc nécessaire, pour obtenir un résultat définitif, de répéter le traitement à intervalles rapprochés. Mais cette méthode n'était pas sans danger avec les anthelminthiques anciens. Absorbés à doses trop fréquentes ces produits avaient toujours une action fâcheuse sur le foie et le tube digestif. Aussi, bien des praticiens hésitaient-ils à prescrire de trop nombreuses cures.

Les récents travaux du docteur J. Chevalier (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1927; *C. R. de l'Acad. de méd.*, 1928), en dotant la thérapeutique d'un nouveau vermicide : les pyréthrines, ont mis à la disposition du médecin un produit anthelminthique d'une efficacité remarquable, en même temps que d'une parfaite innocuité pour le malade. Ne pas craindre donc de prescrire dans les cas d'oxyurases des cures répétées de Chrysémine, pyréthrine hémisynthétique, rigoureusement dosée (méthode physiologique) et d'action toujours fidèle.

Dans les cas d'oxyurases très anciennes et de ce fait particulièrement difficiles à traiter, on obtient plus rapidement un résultat absolu en faisant alterner avec la cure de Chrysémine une cure de cachets pluriglandulaires qui modifie favorablement la sécrétion intestinale et, en rétablissant la réaction normale du milieu, facilite les réactions d'auto-défense de la muqueuse et aide ainsi grandement l'action du vermicide.

Formule des cachets donnée par Villaret et Cachera :

Extrait gastrique	0,15
— entéro-pancréatique	0,15
— hépatique	0,10
— de bile	0,05

Un cachet trois fois par jour après les trois principaux repas.

L'expérience a prouvé que cette double thérapeutique possède une action immédiate et à distance.

**



INFORMATIONS

(SUITE)

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE TECHNIQUE SANITAIRE ET D'HYGIÈNE URBAINE. — Nous rappelons que le IIIe Congrès International de technique sanitaire et d'hygiène urbaine aura lieu à Lyon, les 6, 7, 8 et 9 mars 1932. Le Comité d'organisation a reçu déjà de nombreuses adhésions de tous les pays d'Europe, d'Amérique et des Colonies.

Les questions qui seront à l'étude sont les suivantes :

PREMIÈRE SECTION. — *Hygiène des transports.* — Grandes Compagnies de chemins de fer. Compagnies de transports en commun. Automobiles. Hygiène des garages.

DEUXIÈME SECTION. — *Hygiène de l'habitation.* — a. Individuelle; b. collective. Matériaux de construction. Canalisations sanitaires. Nettoyage et entretien hygiénique des bâtiments. Thermalité : chauffage, réfrigération. Aération, ventilation. Eclairage : diurne et artificiel. Maisons ouvrières. Habitations économiques.

Hygiène des casernements. — Ecoles. Bains et piscines. Salles de réunions et théâtres. Abattoirs. Législation sanitaire de l'habitation. L'art dans la technique sanitaire des bâtiments.

TROISIÈME SECTION. — *Hôpitaux.* — Construction. Plans. Aménagement.

Œuvres sociales. — Postes de secours. Crèches et pouponnières. Aide aux mères. Dispensaires.

QUATRIÈME SECTION. — *Questions relatives à l'atmosphère.* — Brouillards, fumées, poussières.

CINQUIÈME SECTION. — *Désinfection.* — Principes, procédés et appareils pour services publics et usages privés. *Désinsectisation. Dératisation.* — Immondices et ordures ménagères. Règles et dispositifs de prophylaxie générale des maladies infectieuses. Prophylaxie spéciale appliquée à la tuberculose.

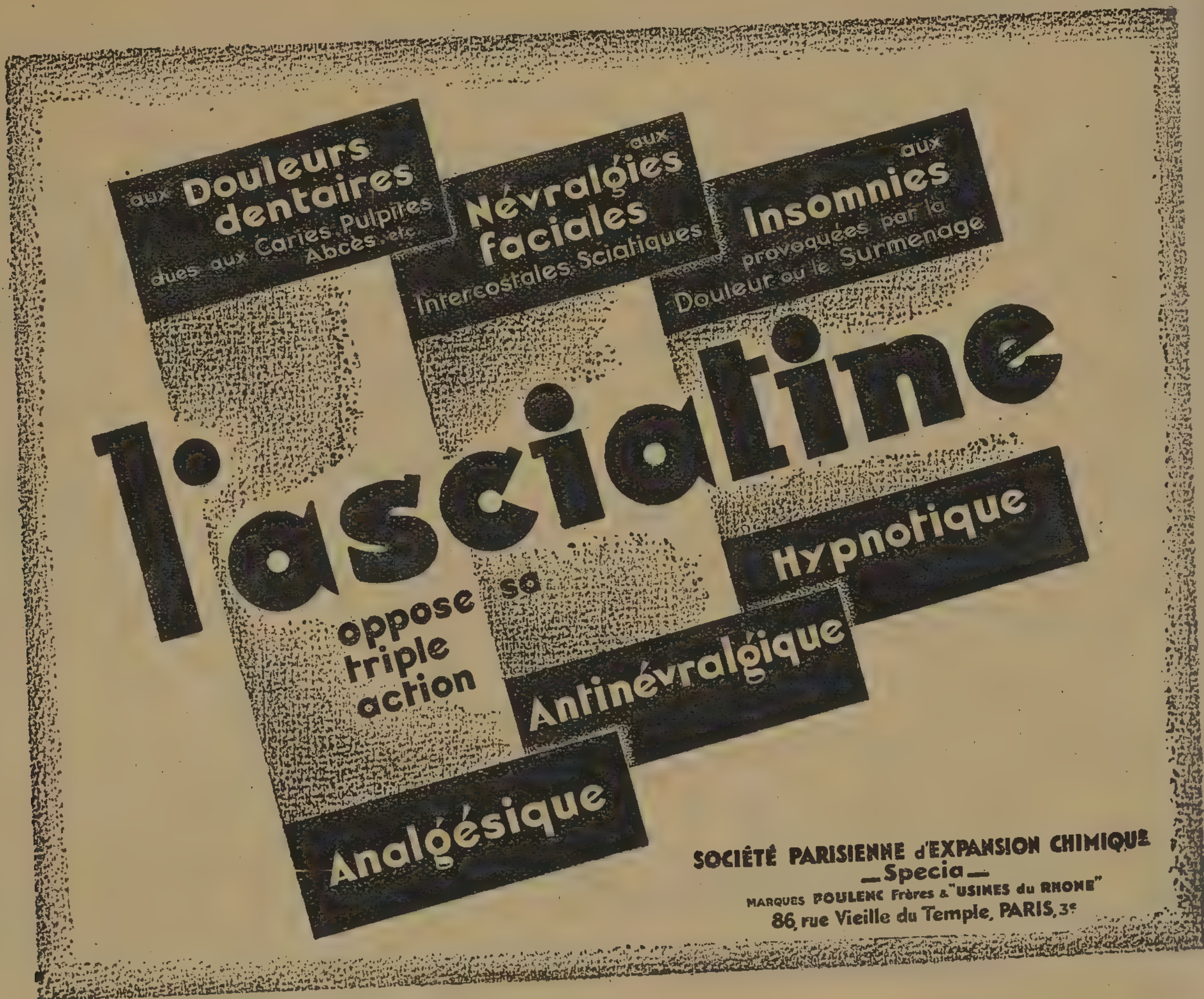
SIXIÈME SECTION. — *Hygiène industrielle et prévention des accidents.* — Principes généraux et dispositifs d'assainissement industriel. Protection collective et individuelle. Aspects spéciaux de la technique sanitaire dans les usines et les ateliers. Thermalité, ventilation, éclairage et entretien. Exemple d'application aux diverses industries, en particulier : dissipation des buées et captation des poussières industrielles. Législation de l'assainissement industriel et de l'hygiène des travailleurs.

Pendant le Congrès aura lieu la réunion provinciale annuelle du Syndicat des médecins hygiénistes de France. D'autre part, nous signalons qu'une Journée de l'ingénieur et de l'architecte sera organisée, pendant laquelle les adhérents pourront visiter les grands travaux récemment exécutés à Lyon.

Les chemins de fer français et divers réseaux étrangers ont accordé 50 p. 100 de réduction sur le prix des voyages, et des facilités ont été consenties dans la plupart des pays en faveur des membres du Congrès.

Pour illustrer le Congrès une Exposition internationale de technique sanitaire et d'hygiène urbaine, se tiendra dans le cadre et pendant la Foire Internationale de Lyon, du 7 au 20 mars 1932.

Tous renseignements seront donnés sur demande adressée au Commissaire général : M. le docteur Garin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, conseiller municipal, rue Ménestrier (Lyon).


aux Douleurs dentaires
dues aux Caries, Pulpites, Abcès, etc.
aux Névralgies faciales
Intercostales, Sciatiques
aux Insomnies
provoquées par la Douleur ou le Surmenage
Fasciatine
oppose sa triple action
Hypnotique
Antinévralgique
Analgésique
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3ᵉ

REVUE GÉNÉRALE

PARATHYROIDES
ET
RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT

Par M. René SIMON,
Professeur agrégé de chirurgie
A la Faculté de médecine de Strasbourg.

L'action de la parathyroïdectomie sur le rhumatisme déformant est à présent bien connue, tant par les publications d'Oppel que par celles de Leriche.

Cependant de nombreuses obscurités subsistent encore sur les indications de cette opération, sur son mode d'action, et surtout sur la maladie à laquelle elle porte remède.

Depuis plus de deux ans, je me suis efforcé d'éclairer ce problème, et déjà j'ai pu, en partie avec la collaboration de Joseph Weill, mettre en évidence quelques faits nouveaux.

Sans vouloir entrer dans de grands détails sur ces faits qui seront publiés par ailleurs, je voudrais simplement les signaler ici et les placer dans le cadre de ce qui est déjà connu. C'est le but de cette étude.

I. Quelles sont les bases physiologiques d'un traitement parathyroïdien du rhumatisme chronique déformant? — On savait depuis longtemps que les accidents de tétanie parathyréoprive pouvaient être enrayés par l'administration de sels de chaux, mais c'est seulement depuis quelques années que l'on a compris l'importance primordiale des parathyroïdes dans le métabolisme du calcium et que l'on a pu isoler les syndromes cliniques et humoraux de l'hyper- et de l'hypoparathyroïdie.

a. L'hypoparathyroïdie. — Quand on enlève à un chien les quatre parathyroïdes, il ne tarde pas à succomber en présentant les symptômes classiques de la tétanie : hyperexcitabilité neuro-musculaire permanente avec épisodes de crises convulsives douloureuses.

La conservation d'une seule des glandules suffit généralement pour éviter les accidents; parfois néanmoins ils se manifestent quelque peu mais rétrocèdent rapidement pour ne plus reparaître: la guérison est complète. Des rechutes toutefois peuvent se produire dans certaines circonstances, en particulier pendant la gestation.

Si l'on étudie les modifications concomitantes de la composition chimique du sang, on constate régulièrement au cours de la tétanie une hypocalcémie et une hyperphosphatémie qui s'aggravent jusqu'au moment de la mort et qui, au contraire, quand l'animal doit guérir, diminuent d'importance au fur et à mesure de l'amélioration des symptômes cliniques.

Il existe une corrélation absolue entre l'hypocalcémie et les accidents de la tétanie parathyréoprive expérimentale.

Il en est exactement de même dans la tétanie parathyréoprive humaine et l'on a pu déterminer que le seuil des accidents correspondait à une calcémie de 7 milligrammes pour 100.

Or ces accidents parathyréoprives peuvent être conjurés non seulement par des greffes parathyroïdiennes qui ont le plus souvent une action nette quoique temporaire, mais encore par l'administration d'extraits parathyroïdiens et surtout de fixateurs du calcium (ergostérols irradiés) qui sont seuls efficaces dans les cas graves. A l'amélioration clinique correspond une élévation du taux de la calcémie.

Ainsi l'expérimentation et la clinique concordent entièrement pour nous montrer que les accidents de la tétanie et la perturbation du métabolisme calcique traduisent l'insuffisance parathyroïdienne.

Il existe donc un syndrome clinique et humoral de l'hypoparathyroïdie qui se caractérise par de l'hypocalcémie, de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire et de la tendance aux spasmes et aux contractures. L'apparition d'une cataracte précoce, la diminution de la coagulabilité sanguine font également partie de ce syndrome.

b. L'hyperparathyroïdie. — A côté de ce syndrome d'hypoparathyroïdie, on a pu isoler un syndrome d'hyperparathyroïdie.

Déjà avant la guerre, Askanazy puis Erdheim avaient constaté la présence d'un adénome parathyroïdien à l'autopsie de sujets atteints de maladie de Recklinghausen. De multiples observations concordantes (Hoffheinz) permirent d'établir une relation entre l'adénome et la maladie. De quel ordre était cette relation? L'adénome était-il la cause ou la conséquence de l'affection osseuse? On ne pouvait répondre à cette question, on estimait cependant que l'adénome était secondaire et témoignait d'un besoin supplémentaire de suc glandulaire.

C'est à Mandl (de Vienne) que revient le mérite d'avoir montré qu'il en était tout autrement. Chez un homme de trente-huit ans atteint d'ostéite fibreuse kystique généralisée, à qui, sous l'influence des idées en cours, il avait tout d'abord transplanté sans succès quatre parathyroïdes humaines, il extirpa l'adénome parathyroïdien qu'il avait jusqu'alors considéré comme une réaction vicariante. Le malade guérit (1925).

C'était une indication très nette que la maladie osseuse pouvait résulter d'une hyperactivité parathyroïdienne.

Depuis lors, plus de dix observations analogues ont été rapportées; une fois même, dans un cas où les symptômes cliniques étaient au complet mais où l'on n'avait pas trouvé de tumeur, on pratiqua l'ablation de deux glandules d'apparence et de structure normales et la guérison fut obtenue (Du Bois).

Or, dans tous ces cas, on avait constaté une élévation considérable de la calcémie : elle était de $12^{mg}5$ p. 100 dans un deuxième cas de Mandl, de $13^{mg}1$ dans le cas de Gold, de 16 milligrammes dans celui de Barr, de $13^{mg}1$ à $15^{mg}3$ dans celui de Richardson et Dubois, de $21^{mg}6$ dans celui de Snapper et Lanz, de $14^{mg}7$ dans celui de Snapper et Boevé, de 23 milligrammes dans celui de Chifoliau et Léri, de $15^{mg}9$ dans celui de Gordon-Taylor. Dès le

lendemain de l'opération, la calcémie était tombée, parfois même au-dessous de la normale, et on avait dû plusieurs fois donner du calcium, de l'ergostérol ou de la parathormone de Collip pour conjurer des accidents de tétanie.

Il semblait donc établi que l'hypercalcémie signait l'hyperactivité parathyroïdienne.

Les modifications du tonus musculaire et de la teneur en phosphore du sang et des urines accompagnent constamment les autres signes de la maladie de Recklinghausen et l'on peut décrire un syndrome d'hyperparathyroïdie caractérisé par de l'hypotonie musculaire, de la décalcification et du ramollissement osseux, de l'hypophosphatémie et de l'hypercalcémie.

Ce syndrome a été d'ailleurs reproduit expérimentalement par Jaffé, en injectant à des cobayes et des chiens des doses répétées d'hormone parathyroïdienne. Collip qui, le premier, a isolé cette hormone n'avait pu réussir; il n'avait obtenu qu'une fragilité osseuse anormale.

*
* *

Ces données ont incité quelques médecins et chirurgiens à rechercher les relations qui pouvaient exister entre un dysfonctionnement des parathyroïdes et certaines maladies dans lesquelles on était en droit de soupçonner à priori un trouble du métabolisme calcique.

Barrenscheen et Gold, puis Snapper ont étudié à ce point de vue la maladie de Paget et Oppel le rhumatisme chronique déformant.

Dans quatre cas de Paget, Barrenscheen et Gold (d'après Snapper) ont trouvé deux fois une augmentation et deux fois une diminution de la chaux sanguine. Dans huit cas, dont six généralisés, Snapper a trouvé une calcémie absolument normale. A deux de ses malades, quoiqu'il n'ait constaté chez eux aucun signe d'hyperparathyroïdie, il fit faire une parathyroïdectomie: cette opération n'influença en rien le cours de la maladie.

La maladie de Paget ne semble donc pas être d'origine parathyroïdienne.

Dans le rhumatisme déformant, il en serait, pour Oppel tout autrement. La diminution de l'excitabilité musculaire que l'on remarquerait si souvent dans cette affection et surtout l'élévation du taux de la calcémie que de nombreuses recherches lui permirent de constater, le conduisirent à émettre l'hypothèse que la maladie était due à une hyperparathyroïdie. Il y avait donc lieu de la traiter par la parathyroïdectomie.

L'effet nettement favorable de cette intervention, auquel correspondait une baisse de la calcémie, lui parut confirmer son hypothèse.

Si l'on ne peut discuter le fait brutal de l'amélioration des malades à la suite des interventions d'Oppel encore qu'elle n'ait été parfois que transitoire et qu'elle n'ait pas été constante, on peut se demander si c'est bien à l'ablation des parathyroïdes qu'elle est due, car, étant donnée la difficulté de cette opération, Oppel, pour enlever plus sûrement les glandules, fait une thyroïdectomie extracapsulaire.

Or, sur 33 de ses pièces, son collaborateur Ssamarin ne trouva que 23 fois du tissu parathyroïdien...

Herzen (d'après Ssamarin) explique l'action favorable obtenue en l'absence de parathyroïdectomie par le fait que l'opération d'Oppel comporte obligatoirement la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure d'où nait celle des parathyroïdes. L'anémie produite par cette ligature aurait pour conséquence une diminution de fonctionnement des parathyroïdes. Leriche a signalé que cette simple opération peut avoir les mêmes effets sur la calcémie et sur les troubles morbides que la parathyroïdectomie.

Il y a lieu d'autre part de faire de sérieuses réserves sur la quasi-constance de l'hypercalcémie qui caractériserait le rhumatisme chronique déformant.

Chez quarante-deux malades d'Oppel examinés à ce point de vue, Belgorodski n'a trouvé que 28 hypercalcémies.

A la clinique de Leriche, Jung sur vingt malades, n'a trouvé que trois fois une calcémie de 11 milligrammes ou davantage (méthode de Hirth).

Sur sept malades chez qui j'ai fait doser le taux du calcium sérique, une seule fois il atteignait 11 milligrammes, trois fois il était diminué: 8 mgr. 5, 8 mgr. 7, 8 mgr. 8 ; les autres fois il était normal (1).

Il faut remarquer enfin que les chiffres maxima de la calcémie dans le rhumatisme chronique déformant sont très voisins de la limite supérieure de la normale : ils n'ont rien de comparable avec ceux que l'on constate dans la maladie de Recklinghausen. Si donc on admet un rapport entre le chiffre de la calcémie et la fonction parathyroïdienne, on doit reconnaître que dans le rhumatisme chronique déformant, cette fonction, quand elle est augmentée, ne l'est que fort peu. Et l'on doit ajouter aussitôt que, dans cette maladie, les modifications du taux du calcium sanguin sont beaucoup plus souvent en faveur d'une hypofonction parathyroïdienne.

En dehors des signes donnés par l'étude de la calcémie, les symptômes cliniques ne donnent que des indications incertaines sur une hyper- ou sur une hypoparathyroïdie éventuelle.

En effet l'hypotonie musculaire, qui selon Oppel serait une caractéristique de l'hypercalcémie, se retrouve chez des malades à calcémie au-dessous de la normale, et inversement l'hyperexcitabilité neuromusculaire ainsi que les contractures qui seraient concomitantes de l'hypocalcémie s'observent parfois quand la calcémie est normale.

Les signes cliniques de l'hypo- et de l'hyperparathyroïdie ne se retrouvent donc pas nettement, ni constamment, dans le rhumatisme chronique déformant, et il semble vraiment osé de vouloir réduire celui-ci à un trouble fonctionnel des parathyroïdes.

---

(1) Ces analyses ont été faites dans le laboratoire de la Clinique médicale B (professeur Ambard) suivant la méthode de Hirth. Je rappelle qu'avec cette méthode le taux de la calcémie est habituellement de 9mg8 à 10mg pour 100. A la Clinique médicale B, où Hirth a mis au point sa méthode, on considère comme normales les calcémies de 9mg5 à 11mg pour 100.

Cela ne veut pas dire qu'une thérapeutique parathyroïdienne ne soit pas à retenir, car l'existence constatée de troubles du métabolisme du calcium au moins dans certains cas de rhumatisme chronique déformant autorise à recourir à tous les moyens susceptibles de le régulariser.

II. **Les résultats de la parathyroïdectomie dans le rhumatisme chronique déformant avec calcémie augmentée ou à la limite supérieure de la normale.** — Il est très difficile d'apprécier exactement les résultats d'Oppel, les publications en allemand ou en anglais qui nous les ont fait connaître manquent des précisions nécessaires. On peut seulement retenir que dans la grande majorité des cas, 33 fois sur 49, une amélioration importante aurait succédé à l'opération.

Les documents les plus sûrs que nous possédions sont donc les deux observations de Leriche et celle que j'ai publiée cette année même avec Jung.

Je me bornerai, à titre d'exemple, à résumer celle-ci.

Il s'agissait d'une femme de trente-sept ans, malade depuis l'âge de dix-neuf ans. Elle avait commencé alors à éprouver quelques douleurs et un enraidissement progressif des doigts, des poignets, des coudes, des cous-de-pied et des genoux.

Elle avait suivi de nombreux traitements, la maladie n'en avait pas moins continué son évolution inexorable et quelques douleurs commençaient au niveau d'une épaule et de la colonne cervicale quand je la vis pour la première fois en juillet 1930.

A ce moment, elle déclarait ne souffrir que très peu spontanément et seulement par intermittence, surtout au moment de ses règles; par contre, le moindre essai de mobilisation des articulations malades était extrêmement douloureux, surtout au niveau du cou-de-pied gauche et du genou droit qui étaient rouges et tuméfiés.

Le coude gauche était complètement ankylosé à angle obtus, le coude droit était fléchi en permanence mais quelques mouvements y étaient encore possibles. Il en était de même au niveau des cous-de-pied. Les genoux et les poignets étaient presque entièrement ankylosés en extension. Les trois derniers doigts des deux mains étaient immobilisés et déformés, les orteils également. La colonne vertébrale, les hanches et les épaules étaient parfaitement mobiles.

La démarche était lente, pénible en raison de la raideur douloureuse des genoux et des cous-de-pied.

La malade, par ailleurs, ne se plaignait de rien. Son état général était florissant, son teint coloré. On notait cependant une asthénie très marquée,

Les radiographies du squelette montrèrent une ostéoporose surtout prononcée autour des articulations des doigts et au niveau du poignet; les interlignes des articulations malades étaient diminués, parfois même entièrement effacés.

La calcémie mesurée par Jung suivant la méthode de Hirth, était de 110 milligrammes par litre de sérum.

Le 7 octobre 1930, je fis, sous anesthésie locale, l'ablation de la parathyroïde inférieure droite.

Dès le lendemain, la tuméfaction et la rougeur du cou-de-pied gauche et du genou droit ont disparu. Les réflexes tendineux qui étaient faibles auparavant sont très vifs.

Deux jours plus tard, la malade se lève, elle est surprise de se sentir moins raide qu'avant l'opération.

Les mouvements s'exécutent plus aisément et sans aucune douleur. Certains même ont gagné en amplitude, en particulier ceux du genou droit. La calcémie est tombée à 0g060 (Jung).

L'amélioration s'est accentuée pendant les semaines suivantes. J'ai revu ma malade au mois de mai, elle était transformée physiquement et moralement. Gaie, en train, heureuse de ne plus souffrir, elle avait engraissé de plusieurs kilos et marchait assez aisément en pliant les genoux. Les déformations des doigts n'avaient pas changé, les mouvements des poignets, des coudes, des genoux et des cous-de-pied étaient encore limités, mais moins qu'auparavant.

Aux dernières nouvelles, il y aurait eu, depuis la mi-août, retour de quelques douleurs au niveau du cou-de-pied gauche et du genou droit.

L'action de la parathyroïdectomie a été, on le voit, rapide et très nette. Elle s'est manifestée :

1° Sur les phénomènes inflammatoires articulaires : disparition presque immédiate de la tuméfaction et de la rougeur du cou-de-pied gauche et du genou droit.

2° Sur les douleurs : la mobilisation des articulations atteintes n'était plus douloureuse.

3° Sur les raideurs : amplitude plus grande de certains mouvements.

4° Sur l'état général : bien-être physique et moral.

5° Sur le taux de la calcémie qui a diminué.

Dans la plupart des cas rapportés par Ssamarin et dans ceux de Leriche, l'effet de la parathyroïdectomie a été analogue.

Une question importante se pose aussitôt.

Quelle est la durée de cette amélioration ? Il faut avouer qu'elle est assez variable : on a signalé des rechutes rapides, le premier opéré de Leriche a recommencé à souffrir après quelques semaines, ma malade a de nouveau quelques douleurs dix mois après l'opération, le deuxième opéré de Leriche ne souffrait plus quatre mois après la ligature de l'artère thyroïdienne, mais l'amélioration a-t-elle persisté depuis?

Quoi qu'il en soit, pour tous ceux qui connaissent la gravité du rhumatisme chronique déformant et sa résistance aux diverses thérapeutiques, les résultats de la parathyroïdectomie paraîtront néanmoins d'un grand intérêt.

III. **Le traitement parathyroïdien du rhumatisme chronique déformant avec calcémie normale ou abaissée.** — Weissenbach, Françon, Perlès et Seidmann ont traité un certain nombre de cas de rhumatisme chronique déformant progressif

par des injections d'extraits parathyroïdiens. Ils ont obtenu des améliorations importantes : sédation nette des douleurs, souplesse plus grande des articulations, diminution et parfois même disparition des tuméfactions péri-articulaires et péritendineuses.

Ils n'ont pas précisé quels étaient chez leurs malades les différents taux de la calcémie avant, pendant et après le traitement. Ils ont simplement noté que la mesure du calcium sanguin leur avait donné des chiffres contradictoires ne permettant jusqu'à présent aucune conclusion.

Ce que nous savons de l'état habituel de la calcémie dans le rhumatisme chronique déformant nous permet de supposer que les cas de Weissenbach ne faisaient pas exception à la règle et qu'ils avaient presque tous, sinon tous, une calcémie normale ou abaissée. Nous sommes donc en droit, tout au moins provisoirement, d'opposer le traitement médical par les extraits parathyroïdiens au traitement chirurgical par la parathyroïdectomie.

Il me semble néanmoins que la chirurgie ne doit pas s'intéresser seulement au rhumatisme avec calcémie augmentée.

En effet, trois fois je suis intervenu chez des malades dont la calcémie n'était pas au-dessus de la normale. Dans un cas, elle était de 8mg5 pour 100, dans un autre de 8mg8, dans le troisième de 9mg8.

Dans les deux premiers, mon intervention, faite sous anesthésie locale, s'est bornée à l'exploration du corps thyroïde, aucune ligature n'a été mise sur les pédicules vasculaires de la glande et, dans les deux cas, j'ai obtenu des améliorations considérables. Je ne veux pas rapporter ici longuement mes observations qui seront publiées ailleurs en détail. Je dirai simplement que, dès le lendemain de l'opération, les malades eux-mêmes constataient un changement de leur état : ils ne souffraient plus; leurs articulations leur paraissaient plus souples, celles qui étaient tuméfiées, œdématiées ne l'étaient plus. Peu à peu même, l'amplitude de certains mouvements augmentait; certains gestes auparavant impossibles étaient devenus possibles : porter les mains derrière la tête, écrire, se lever, et même, chez ma deuxième malade, se tenir debout et marcher. Les opérations datent actuellement de six et de cinq mois et les résultats se maintiennent sensiblement.

Chez mon troisième malade, opéré lui aussi sous anesthésie locale, après avoir bien exposé la région thyro-parathyroïdienne, je l'ai largement tamponnée avec des tampons imbibés d'isophénal de Doppler. Ce produit, on le sait, a la propriété de déclancher une forte vaso-dilatation après une courte phase de vasoconstriction. L'intervention fut parfaitement supportée, mais son résultat a été beaucoup moins important que dans les deux premiers cas : il est vrai qu'il s'agissait d'un rhumatisme d'ancienne date, de plus de trente-cinq ans, d'une forme sans contractures, et que je suis intervenu en dehors de toute poussée aiguë. Il y a eu cependant là aussi diminution des œdèmes périarticulaires, sédation des douleurs, et amélioration nette de certains mouvements. Le cas est encore récent. Il est possible que l'amélioration s'accuse quelque peu pendant les semaines à venir.

Comment peut-on expliquer ces faits ? Des diverses hypothèses que j'ai envisagées, aucune jusqu'à présent, n'a pu être vérifiée ; il me paraît donc inutile d'entrer ici dans des considérations purement théoriques et spéculatives.

Il me suffit pour l'instant d'avoir montré que la simple exploration du corps thyroïde peut, dans le rhumatisme déformant sans hypercalcémie, donner les mêmes résultats que la parathyroïdectomie dans le rhumatisme avec hypercalcémie.

IV. **Indications des traitements parathyroïdiens dans le rhumatisme chronique déformant.** — De ce qui précède, on peut déduire que nous sommes moins désarmés qu'autrefois vis-à-vis du rhumatisme déformant. Certes, il serait prématuré de vouloir poser dès à présent des indications thérapeutiques précises. Beaucoup de recherches sont encore indispensables. Il faut étudier soigneusement les malades, fouiller leurs antécédents, mesurer leur calcémie (1) et suivant l'idée que l'on se sera faite de l'origine et de la nature de la maladie, on instituera le traitement approprié.

Parmi les diverses thérapeutiques endocriniennes à mettre en œuvre une place à part est réservée à la parathyroïdienne. Suivant que les signes cliniques et humoraux marqueront une tendance à un hyperfonctionnement ou au contraire à une déficience des parathyroïdes, on recourra à une parathyroïdectomie, à une exploration chirurgicale du cou avec ou sans isophénalisation, ou à un traitement par les injections d'extrait parathyroïdien ou par l'ergostérol irradié.

On notera soigneusement les résultats de ces traitements tant au point de vue clinique qu'au point de vue métabolisme calcique, et peu à peu, grâce à ce travail patient et précis, on arrivera à mieux connaître la maladie et par suite à mieux traiter ceux qui en sont atteints.

V. **Conclusions.** — A présent déjà nous pouvons mieux qu'autrefois définir, comprendre et traiter le rhumatisme chronique déformant.

S'il est quelquefois la conséquence unique de mutations calciques locales aboutissant à l'ankylose d'articulations chroniquement enflammées, il semble très souvent le résultat d'un trouble du métabolisme calcique général peut-être d'origine parathyroïdienne sur lequel on peut agir soit opératoirement, soit par l'administration de parathormone ou de divers fixateurs du calcium.

Mais pour que ces traitements puissent aboutir à une guérison intégrale, il faut que des lésions irrémédiables ne se soient pas encore produites. Il faut donc s'efforcer d'agir de bonne heure, dans des cas récents.

---

(1) Il y aurait intérêt à ne pas se contenter de la mesure par trop grossière du calcium total, mais à pratiquer celle du calcium ultrafiltrable et même celle du calcium adsorbable qui, d'après von Beznak, serait le vrai témoin du métabolisme calcique tissulaire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

ASKANAZY. *Festsch. f. Jaffe*, 1901, p. 208.

BARR (D. P.), BULGER (H. A.) et DIXON (H. H.). Hyperparathyroïdism, *Journ. of am. med. Assoc.*, t. XCII, 1929, p. 951-952.

VON BEZNAK (A.). Der Zustand des Ca im Blutserum von normalen und parathyreopriven Hunden, *Biochem. Zeitschr.*, vol. CCXXV, 1930, p. 295-304; — Die Menge des physiologisch diffusiblen Ca im Serum normaler und parathyreopriver Hunde, *Biochem. Zeitschr.*, vol. CCXXV, 1930, p. 305-311.

CHIFOLIAU (M.), LÉRI (André) et WEILL (Jean). Un cas de parathyroïdectomie dans la maladie de Recklinghausen, *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, t. LVI, 1930, p. 1324-1326.

COLLIP (J. B.). The extraction of a parathyroid hormone which will prevent or control parathyroid tetany, and which regulates the level of the blood calcium, *Journ. biol. chem.*, t. LXIII, 1925, p; 395-438.

COLLIP (J. B,), CLARK (E. P.), SCOTT (J. W.). The effect of a parathyroid hormone on normals animals, *Journ. biol. chem.*, t. LXIII, 1925, p. 439-460.

DU BOIS, *Journ. clinical investigation*, t. VIII, 1930, p. 215.

ERDHEIM (J.). Zur normalen und pathologischen Histologie der Gland. thyroidea, parathyroidea und Hypophysis, *Ziegl. Beit.*, vol. XXXIII, 1903, p. 158.

GOLD (E.) Ueber die Bedeutung der Epithelkörpervergrösserung bei der Osteitis fibrosa generalisata Recklinghausen, *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chir.*, vol. XLI, 1928, p. 63-82, 15 fig; — Die Funktion der Epithelkörperchen im Litchte der pathologischen Physiologie des Organs, *Klin. Woch.*, 1929, p. 2247-2250; — Bemerkungen zur Arbeit von N. N. Ssamarin. Einseitige Parathyreoidektomie als operative Behandlungsmethode der ankylosierenden Polyarthritis, in *Arch. f. klin. Arch.*, 1928, t. CLIII, p. 358, et 1929, t. CLIV, p. 418-422.

GORDON-TAYLOR (G.). Maladie fibrokystique diffuse des os associée à une tumeur parathyroïde, *Proc. of the Roy. Soc. of med.*, vol. XXIV, 1931, p. 57-58. (Analyse dans *Journ. de chir.*, 1931 t. XXXVIII, p. 205-206).

HOFFHEINZ. Ueber Vergrösserung der Epithelkörperchen bei Osteitis fibrosa und verwandten Krankheitsbildern, *Wirch. Arch. f. path. Anat. und Phys.*, vol. CCLVI, 1925, p. 705.

JAFFE (H. L.) et BODANSKY (A.). Experimental fibrous osteodystrophy (Ostitis fibrosa in hyperparathyroid Dogs), *Journ. of exp. med.*, t. LII, 1930, p. 669-694, 2 planches.

JAFFE (H. L.), BODANSKY (A.) et BLAIR (J. E.). Erzeugung von Ostitis fibrosa (osteodystrophia fibrosa) durch Epithelkörperchen-Extrakt, *Klin. Woch.*, vol. IX, 1930, p. 1717-1719, 2 fig.

JUNG (A.) et CHINASSI HAKKI. Les opérations parathyroïdiennes ont-elles une action efficace sur la calcémie et la fonction parathyroïdienne? *Gaz. des hôp.*, 19 août 1931, p. 1249.

LERICHE (R.). Parathyroïdectomie dans un cas d'ankylose vertébrale et de polyarthrites périphériques avec hypercalcémie, *Lyon méd*,, t. CXLX, 1930, p. 119-122.

LERICHE (R.) et JUNG (A.). Parathyroïdectomie dans un cas d'ankyloses multiples avec hypercalcémie, *Soc. de méd. du Bas-Rhin*, 30 nov. 1929; *Strasbourg méd.*, 90e année, 1930, p. 215; — Des effets de la ligature d'une des artères thyroïdiennes inférieures sur la calcémie, *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, t. LVI, 1930, p. 1249-1257; — Des effets de la ligature d'une des artères thyroïdiennes inférieures sur la calcémie et la symptomatologie fonctionnelle dans un cas de polyarthrite ankylosante, *Gaz. des hôpit.*, 3 déc. 1930, p. 1733-1736; — Position actuelle du problème de la polyarthrite ankylosante et de son traitement par les opérations parathyroïdiennes, *Lyon chir.*, t. XXVIII, 1931, p. 408-437, 13 fig.

MANDL (F.). Klinisches und experimentelles zur Frage der lokalisierten und generalisierten Osteitis fibrosa, *Arch. f. klin. Chir.*, t. CXLIII, 1926, p. 1-245; — Therapeutischer Versuch bei einem Fall von Osteitis fibrosa generalisata mittels Extirpation eines Epithelkörperchen Tumor, *Cent. f. Chir.*, t. LIII, 1926, p. 260.

OPPEL (W. H.). Parathyroidectomy in ankylosing polyarthritis, *Ann. of surg.*, t, XC, 1929, p. 978-981; — Einige Bemerkungen über die Hyperfunktion der Epithelkörperchen, *Endokrinologie*, t. LIII, 1930, p. 2.

RICHARDSON (E. P.), AUB (J. C.) et BAUER (W.). Parathyroidectomy in osteomalacia, *Ann. of surg.*, t. XC, 1929, p. 730-739, 9 fig.

SIMON (R.). Rhumatisme chronique déformant et opérations parathyroïdiennes. Rapport présenté à la *Société d'hydrologie de l'Est de la France*, séance du 12 sept. 1931 à Bourbonne-les-Bains. A paraître dans le *Bulletin de la Société d'hydrologie de l'Est de la France.*

SIMON (R.) et JUNG (A.). Un cas de polyarthrite ankylosante avec hypercalcémie traité par la parathyroïdectomie; présentation de malades à la *Soc. de méd. du Bas-Rhin*, 29 nov. 1930; *Strasbourg méd.*, 91e année, 1931, p. 20; — Un cas de polyarthrite ankylosante avec hypercalcémie traité par la parathyroïdectomie (M. Chifoliau, rapporteur); *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, t. LVII, 1931, p. 801-805.

SNAPPER (I.) Maladies osseuses et parathyroïdes, *Ann. de méd.*, t. XXIX, 1931, p. 201-221, 6 fig.

SNAPPER (I.) et BOEVÉ (H. J.). Skeletkrankheiten und Nebenschilddrüsenadenom, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, vol. CLXX, 1931, p. 371-386, 10 fig.

SSAMARIN. Einseitige Parathyreoidektomie als operative Behandlungsmethode der ankylosierenden Polyarthritis, *Arch. f. klin. chir.*, t. CLIII, 1928, p. 358.

WEISSENBACH (R.-J.), FRANÇON (F.), PERLÈS (L.) et SEIDMANN (P.). Traitement de certaines formes graves du rhumatisme chronique déformant progressif par les extraits parathyroïdiens, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1930, t. XLVI, p. 1843.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 14 DÉCEMBRE 1931)

Allocution du président M. Louis de Launay. Proclamation des prix. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, p. 1710.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1931)

Notice. — M. MESNIL lit une notice nécrologique sur Sir David Bruce.

Election du bureau. — M. SOUQUES est élu vice-président pour 1932, en remplacement de M. Meillère qui devient président. M. Jules Renault est réélu secrétaire annuel. MM. Siredey et Hartmann sont élus membres du Conseil.

L'asthme à « épine respiratoire ». — M. HAIBE a envoyé une note que présente M. H. Vincent. Il étudie l'évolution des idées dans le domaine de la pathogénie, de l'étiologie et

du traitement de l'asthme à « épine respiratoire », d'origine microbienne.

L'auteur préconise le traitement de l'asthme par les vaccins antistaphylococcique et antistreptococcique.

Le drame de Lubeck et le B. C. G. — M. Léon BERNARD communique à l'Académie le résumé des rapports des experts du Reich, le professeur Ludwig Lange et le professeur Bruno Lange. Ces deux bactériologistes se sont livrés à de minutieuses recherches sur les origines du drame de Lubeck, recherches qui ont abouti à mettre complètement hors de cause le B. C. G.

De leurs conclusions, il résulte que voisinaient les cultures de B. C. G. (cultures faites sur milieux à l'œuf-hématine) et une souche de bacilles humains; dans ce local, on préparait également les partigènes de Deycke-Much. La seule culture de B. C. G. qui put être trouvée (les autres ayant été détruites) contenait en réalité des bacilles humains virulents. Les souches retirées des organes des nourrissons avaient les mêmes caractères que la souche humaine trouvée au laboratoire ainsi que la culture utilisée par Deycke pour la préparation des partigènes. Les décès des nourrissons sont donc liés à la présence dans le soi-disant vaccin de bacilles humains virulents.

Les experts allemands, après discussion de tous ces faits, repoussent l'hypothèse que cette circonstance puisse être liée à un retour de virulence du B. C. G. Ils se rallient à celle d'une erreur de laboratoire provenant probablement de ce que le sang utilisé dans la préparation du milieu œuf-hématine contenait des bacilles, ou bien d'une autre erreur de laboratoire, consistant, sans doute, dans la souillure du B. C. G. par un bacille virulent. D'autre part, les deux experts allemands, en proclamant l'innocuité du B. C. G. envoyé par l'Institut Pasteur, rappellent que la même souche a servi à vacciner des enfants à Paris, à Riga et au Mexique, sans provoquer le moindre accident.

En rapportant ces conclusions, M. Léon Bernard s'élève avec force contre les imputations calomnieuses contre Calmette, qui se sont fait jour au cours du procès de Lubeck, afin de masquer derrière le déchaînement des passions nationalistes, les responsabilités véritables.

M. CHAUFFARD, ancien président, qui remplace M. de Lapersonne au bureau, adresse ses remerciements à M. Léon Bernard et assure M. Calmette de l'affectueuse estime de ses collègues.

L'Académie a reçu de M. Py Suñer, président de l'Académie de médecine de Barcelone, un télégramme envoyant à l'Académie de médecine de Paris, et spécialement à M. Calmette, l'expression de l'admiration des médecins de Barcelone.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1930-1931 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 91. ABADIE. — Rappel historique et considérations embryologiques à propos de la pathogénie d'un kyste vrai de la rate.

108. ADRIAN. — Contribution à l'étude des déterminations tardives de la syphilis sur les veines et particulièrement les veines des membres inférieurs : phlébites profondes, phlébites tronculaires externes, phlébites syphilitiques tardives du type dit variqueux.

134. ALBARET. — Essai sur l'emploi du sérum salé hypertonique en chirurgie abdominale. Ses indications dans les complications post-opératoires.

35. ALLARD. — Contribution à l'étude des tubercules des pédoncules cérébraux.

8. ANTHOINE. — Documents physio-pathologiques sur la cholécystectomie.

161. ARMANET. — Traitement des fractures ouvertes de jambes de la pratique civile.

142. AUBERT. — Contribution à l'étude des hémiplégies au cours de la puerpéralité. (A propos de 6 observations.)

117. AUGIAS. — La fluxion bilatérale de l'orbite symptomatique de sinusite.

82. BALAY. — De l'ostéotomie humérale de détorsion dans les paralysies obstétricales du plexus brachial.

158. BARRIN (DE). — Quelques cas de maladies osseuses rares.

87. BASTARD. — Un malade de talent : Henri Heine.

78. BERGONDI. — L'hérédité alcoolique. (La blastotoxie.)

144. BERNARD. — La paramétrite douloureuse d'origine cervicale.

173. BERNAY. — La gastrophotographie.

15. BERTRAND. — Contribution à l'étude chimique et histopathologique du Pityriasis Versicolor.

83. BÈS. — Les formes limitées de la tuberculose du coude chez l'enfant. Traitements. Résultats.

118. BLANC. — Contribution à l'étude de l'exophtalmos pulsatile d'origine traumatique.

12. BLANCHET. — Les causalgies post-traumatiques de Weir-Mitchell et leur devenir.

77. BOUCHET. — De l'accouchement prématuré spontané chez les femmes à bassin rétréci.

15. BOVIER. — Les péritonites aiguës généralisées par propagation dans la lithiase biliaire.

60. BOYER. — Etude statistique du poids et de la vitalité des enfants nés par accouchement prématuré provoqué à la Clinique obstétricale de Lyon de juillet 1927 à septembre 1930.

170. BRUNAT. — Le traitement chirurgical des omoplates ballantes.

140. BRUYÈRE. — Contribution à l'étude des suites proches et éloignées des interventions pour appendicite aiguë d'après 287 observations.

163. BUSSY (Mlle). — La stase papillaire. Sa valeur en dehors des tumeurs intracraniennes.

107. BUTAVAND (Mlle). — Les femmes médecins-missionnaires.

95. CANDILLE. — Contribution à l'étude du métabolisme basal dans la maladie de Basedow et le goître toxique.

104. CARCASSONNE. — Contribution à l'étude des restaurations anatomiques et fonctionnelles du pouce dans les traumatismes de la main.

124. CARLE. — Essai sur la phrénicectomie dans la tuberculose de l'adulte. Sa place actuelle en collapsothérapie d'après quelques observations suivies en milieu sanatorial.

11. CARRET. — Contribution à l'étude des hydronéphroses traumatiques.

146. CARRIER. — Le canal de cloquet et la persistance de l'artère hyaloïdienne.

16. CAUVIN. — La médecine populaire en Provence.

113. CAZALAS. — De la valeur thérapeutique de l'électrocoagulation dans les petits épithéliomas et quelques autres lésions de la peau et des muqueuses.

126. CHAIX-AUDEMARD (Mme). — L'avitaminose A en clinique. Etude biomicroscopique de la kératomalacie expérimentale. Les syndromes de précarence A.

167. CHARACHON. — La tuberculose laryngée sténosante.

152. CHARBONNEAU. — A propos d'un cas de kyste angiomateux du cervelet.

147. CHASSY. — Tuberculose des sinus de la face.

79. CHAUDOYE. — Contribution à l'étude du cylindrome de l'orbite.

160. CHAUVE. — Contribution à l'étude des plaies récentes du cœur.

159. CHEVALIER. — Les ostéomes du tendon d'Achille.

59. CONZE. — Contribution à l'étude des hématocèles thyroïdiennes latentes.

69. CORNILLIET. — Kératite interstitielle et lésions de l'oreille.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, Montpellier, n° 77, p. 1450; Strasbourg, n° 78, p. 1463; Toulouse, n° 82, p. 1532; Nancy, n° 87, p. 1635; Bordeaux, n° 94, p. 1765; Marseille, n° 100, p. 1892; Alger et Lille, n° 102, p. 1934.

51. COUDÉRC. — Les corps étrangers magnétiques de la papille et leur extraction à l'électro-aimant géant.
2. COUNIL. — Le dépistage de la syphilis à la Clinique obstétricale de janvier 1919 à janvier 1929.
26. CROUZET. — Le traitement de la tuberculose verruqueuse par les rayons X (par la méthode du docteur J. Coste).
154. CUILLERET. — Allergie et accidents chimiothérapiques. (Etude de son rôle par les méthodes des réactions cutanées et de la sensibilisation passive.)
100. DANCENIS. — Contribution à l'étude du déséquilibre vago-sympathique dans les états émotifs et anxieux.
66. DELMAS. — Les ostéomes de l'orbite.
145. DELOS (Mlle). — Contribution à l'étude de l'alimentation exclusive du nourrisson par le lait de chèvre.
155. DEMENTHON. — De l'ouverture spontanée des strumites au niveau du pharynx.
136. DESPLANCHE. — De l'hystérectomie élargie dans le traitement du cancer du col utérin. Technique de M. le professeur Villard. (Statistique post-opératoire et résultats éloignés.)
3. DEVY. — A propos de 58 cas de phlébites des suites de couches recueillies à la clinique obstétricale au cours d'une période de dix ans (1919-1928).
149. DUCHAMP. — De quelques formules simples en obstétrique et en puériculture.
71. DUGUÉ. — Les syndromes d'insuffisance hépatique. Contribution à leur traitement par le protochlorure de mercure léger et dissociable (cachets et suppositoires).
98. DUPONT. — L'ostéopétrose ou maladie des os marmoréens.
112. DUPRAT. — De l'arthrostomie du genou.
13. DURAN. — De la rigidité de déséquilibre normale et pathologique.
36. DURAND. — Contribution à l'étude de l'action de la oxine diphtérique sur les centres nerveux. Application possible à la pathogénie de l'épilepsie.
73. DUROUX. — Traitement de la maladie de Vaquez par le chlorhydrate de phénylhydrazine.
14. DUVAL. — Insuline et parkinsonisme.
115. DUVEZIN. — Le syndrome de compression du sinus caverneux et ses signes orbito-oculaires.
94. ESCOUBÈS. — Les abcès pulmonaires fétides et chroniques d'emblée.
81. FAURE. — Les scissurites tuberculeuses de l'enfance.
164. FIGUEL. — L'angiome caverneux de l'orbite.
128. FISCHER. — Neuf observations d'hémorragies intracraniennes péribulbaires et péricérébelleuses chez les nouveau-nés.
42. FONTEIX. — Contribution à l'étude des accidents de la ligature ou de la résection unilatérale de la veine jugulaire interne.
137. FREIDEL. — Traitement des fractures du corps du maxillaire inférieur.
10. FROMENT. — Contribution à l'étude des adénomes solitaires du foie.



47. FUMAROLI. — Contribution à l'étude des adénopathies satellites de l'accident primitif génital de la syphilis (à propos de quelques cas atypiques).
57. GABAS. — Contribution à l'étude des suppurations aiguës du muscle psoas et de sa gaine. (Syndrome psoïte.)
75. GAU. — Contribution à l'étude des lésions traumatiques des sinus craniens. (Déchirures des sinus longitudinal et latéral.
110. GAUTHEY. — A propos d'une épidémie de poliomyélite aiguë en Côte-d'Or.
125. GAY. — Les hypertendus à tension maxima variable. Contribution à l'étude de la forme de la pulsation chez les hypertendus.
133. GENTY. — Un grand biologiste, Charles Robin (1821-1885). Sa vie, ses amitiés philosophiques et littéraires.
122. GERBENNE. — Un essai de réglementation sanitaire de la prostitution. Le service sanitaire de Lyon.
21. GERMAIN. — Les accouchements prématurés provoqués chez les primipares à la Clinique obstétricale de la Charité. (Années 1927-1928-1929 et 1930.)
31. GILLET. — La contracture urémique.
169. GIRAUD. — Etude radiologique de la muqueuse gastro-duodénale normale et pathologique.
150. GOURDON (Mlle). — Contribution à l'étude de la tension superficielle des urines. L'urostalagmie et les rapports urostalagmiques. Applications cliniques.
18. GOURRY. — Contribution à l'étude des applications de forceps sur le siège et la tête dernière.
19. GRINSARD. — Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouchement chez les primipares très jeunes (au-dessous de quinze ans).
50. GUIGNET. — La cécité corticale syphilitique.
72. HANNEQUIN. — La théobromine et son action thérapeutique.
6. HERVÉ. — Des syndromes d'inondation péritonéale par perforation utérine consécutive à l'évolution du chorio-épithéliome malin.
106. HUC. — Contribution à l'étude anatomo-clinique de certains types de vascularités chez les tuberculeux et particulièrement de phlébites.
174. IMBERT. — Le problème de l'hystérie dans le passé et en face des états striés post-encéphalitiques.
45. JACQUIER. — Contribution à l'étude de la médication par la belladone et par l'atropine dans les affections digestives.
99. JASIENSKI. — Contribution à l'étude des troubles psychiques au cours du tabes.
88. JAUZE-FRÉDOU. — Etude médico-historique sur François Ier.
40. JEANPIERRE. — Contribution à l'étude des maux de Pott traités par la méthode d'Albée avec foyers secondaires.
39. KERZRÉHO. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique étranglée.
48. LACOMBE. — Documents anciens sur le traitement de la teigne à Lyon. Une histoire de charlatans : Les Mahon.
38. LARRAUD. — De l'évolution spontanée des kystes hydatiques du poumon.
7. LATHURAZ-VIOLLET. — Les ruptures associées de la rate et du rein gauche.
177. LAVIROTTE. — Contribution à l'étude du syndrome acrodynique. Syndrome de dystonie neuro-végétative due à un virus neurotrope.
105. LE BIHAN. — Contribution à l'étude de la myomectomie au cours de la grossesse.
151. LE CAT. — L'intradermoréaction dans la lymphogranulomatose inguinale et ses localisations aberrantes.
127. LEFÈVRE. — L'insulinothérapie dans les ulcères de jambe.
109. LEHMANN. — La maladie osseuse de Paget. Clinique. Anatomo-pathologie. Etiologie.
62. LE HULUDUT. — De la fatigue musculaire en pathologie humaine et animale.
138. LÉVI. — La désinsertion des parties molles plantaires dans le traitement opératoire du pied creux essentiel.
23. LEVRAT. — Etude anatomique du rein vasculaire. L'infarctus et les processus de reconstruction épithéliale du rein.
93. LONG. — L'infantilisme chez les mineurs délinquants.
96. LUBINEAU. — Etude bactériologique de la flore intestinale du nourrisson.
55. MAHÉ. — Plaies articulaires de la face dorsale des doigts. Etude anatomo-clinique, traitement et résultats.
65. MALOSSANE. — Indications et technique de la cholécystogastrotomie.
131. MARIÈS. — Considérations sur la diphtérie à Lyon du 1er janvier 1927 au 1er novembre 1930 d'après les observations hospitalières.
153. MARTINET. — Insuffisance hépatique et appendicite.
102. MAZEIRAT. — Le traitement du mal de Pott chez l'enfant par la greffe osseuse. Résultats et indications.
74. MEYRUEIS. — Les paralysies postsérothérapiques dues au sérum antidiphtérique.
22. MICHEL. — Etude histologique de l'hépatite scléro-gommeuse.
58. MILLANT. — Importance de la mise en abduction de la cuisse comme élément correcteur de la déformation dans les fractures hautes de la diaphyse fémorale.
25. MILLET. — Etude du métabolisme minéral du foie fœtal par les méthodes de l'incinération et de la micro-incinération.
148. MOLEYRE. — Dix observations d'albuminurie avec hypertension au cours de la grossesse.
52. MORET. — La kératite interstitielle primitive au cours du zona ophtalmique.
32. MORIZET. — Le diabète d'origine ourlienne.
76. MORONI. — Etude critique sur les ligaments de l'articulation du genou. Leur rôle, leurs lésions.
68. MOULIN. — De l'abcès enkysté palpébral externe symptomatique de sinusite frontale.
162. MOULINIER. — L'état actuel du traitement des suppurations pulmonaires (non tuberculeuses).
27. MOUTIER. — Les urticaires mercurielles. Contribution à l'étude de la pathogénie des accidents provoqués par la thérapeutique antisyphilitique.
24. NÈGRE. — Contribution à l'étude de l'évolution des psychopolynévritiques alcooliques.
63. ORMIÈRES. — Contribution à l'étude des diplégies laryngées.
67. PAGÈS. — Paralysie du moteur oculaire externe et syndrome du trou déchiré postérieur. Le syndrome traumatique de la suture pétro-basilaire.
86. PALÉOLOGUE. — Contribution à l'étude de l'amputation intradeltoïdienne à lambeau deltoïdien.
176. PARTENSKY. — Contribution à l'étude des formes pseudo-néoplasiques de l'iléus biliaire.
70. PEROLINI. — La pathogénie des œdèmes dans ses rapports avec l'insuffisance hépatique. Le test d'hydrophilie locale d'Aldrich et Mac Clure.
143. PERRODIN. — Réflexions à propos de quelques cas de pleurésie tuberculeuse, coïncidant avec la puerpéralité.
168. PESCE. — Contribution à l'étude du traitement des furoncles et des anthrax par le bactériophage.
111. PETITEAU. — Les eaux minérales ferrugineuses. Etude clinique et expérimentale sur les eaux ferrugineuses de Charbonnières-les-Bains.
165. PIPARD. — Du glaucome syphilitique. Contribution à l'étude pathogénique et clinique.
64. PONSOT. — Contribution à l'étude des chordomes sacro-coccygiens.
156. PONT. — Contribution à l'étude du rétablissement de la continuité intestinale après colectomies pour cancers du côlon gauche et de la région recto-sigmoïde.
172. PONTHUS. — Etude physique et physiologique de courants de haute fréquence redressés. Applications cliniques.
28. PORTALIER. — De l'influence des hémorragies intestinales sur la courbe thermique des typhiques.
17. PROST. — Intradermo-réaction et en particulier réaction de Casoni.
123. PROUST. — Action hypoglycémante de l'eau de la Bourboule. Etude expérimentale du rôle de la radio-activité.
46. PUJO. — Contribution à l'étude de l'arsénorésistance dans la syphilis.
92. RAFFALLI. — Contribution à l'étude de la fuso-spirillose buccale à propos de quelques formes atypiques : glossite nécrosante.
135. RATTIER. — Les cholécystites typhiques primitives.

114. RAVON. — Contribution à l'étude de certaines lésions oculaires par carence alimentaire.
30. REVOL. — La symptomatologie pyloro-duodénale dans les sténoses hautes du jéjunum.
119. REY. — Cancers extragénitaux et grossesse.
130. REYMOND. — Contribution à l'étude des pancréatites aiguës hémorragiques.
101. RIVET. — Contribution à l'étude des tumeurs secondaires du bassin osseux.
121. RIVIÈRE. — Endocardites infectieuses vraies au cours de la tuberculose pulmonaire.
1. RIZARD. — Contribution à l'étude de la synthaline dans le traitement du diabète.
141. ROCHEFORT. — Les vertiges antérieurs et postérieurs dans les sinusites de la face.
37. ROMAN. — Le bacille tuberculeux polymorphisme, position systématique.
139. ROMAND-MONNIER. — Les granulies syphilitiques et les poussées aiguës cyanosantes de la syphilis pulmonaire,
171. RONIN. — A propos de deux observations d'embolies précoces chez la nouvelle accouchée.
89. ROUMAGNOU. — Contribution à l'étude des salpingites hautes.
4. ROUSSEAU. — Mortinatalité et mortalité primaire des nouveau-nés à la Clinique obstétricale de la Charité au cours d'une période de dix ans, de 1919 à 1929.
33. ROUSSELIN. — A propos des métastases ovariennes des cancers de l'estomac. Etude clinique.
132. ROUSSET. — Les dyskératinisations épithéliomateuses.
9. ROUVIER. — Etude des pancréatites syphilitiques de l'adulte.
80. ROUX. — Contribution à l'étude des accidents de sensibilisation à l'insuline.
84. ROVÉGNO. — Du traitement des hanches mal adaptées par l'extension discontinue, la nuit, au moyen de l'appareil à coulisses.
90. SAINT-ARROMAN. — De l'association de la méningite tuberculeuse à la méningite cérébro-spinale à méningocoques.
120. SAINT-PAU. — Etude clinique et chimique d'une hépato-néphrite apictique.
166. SAVOYE. — Les formes silencieuses de la pneumonie infantille. Etude radio-clinique.
53. SÉNÉGAS. — Statistique du trachome à Lyon depuis sa déclaration obligatoire.
41. SIMON. — Les ruptures traumatiques de la rate avec hémorragie retardée.
54. SOHIER. — Les reliquats indélébiles de la kératite hérédo-syphilitique.
43. SOLÉ. — Cancer des lèvres et récidives ganglionnaires.
61. SOUZY. — Sur la thérapeutique des viciations pelviennes. (Etude statistique, d'après 97 cas de bassins viciés observés à la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse.)
34. TARAIN. — Contribution à l'étude du diagnostic différentiel entre certaines formes de maux de Pott et les tumeurs intrarachidiennes.
44. THIBAULT. — La pleurotomie dans le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses.
116. THOMÉ. — Le réflexe oculo-cardiaque en ophtalmologie.
85. THOULON. — Une organisation sociale lyonnaise. Le dépistage, la surveillance et le traitement des déviations rachidiennes légères à l'école.
175. TIMSIT. — Etude du coefficient de Maillard chez les femmes présentant un syndrome d'albuminurie grave au cours de la gestation.
97. TISSANDIÉ. — Des fractures du crâne au cours des accidents d'automobiles.
20. TRICAUD. — Cinq observations d'anémies graves de la grossesse suivies de guérison.
56. TRIFFAULT. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie dans la tuberculose rénale.
103. TRONYO. — Recherches sur la réaction au muci-carmin appliquée aux tumeurs du sein.
129. VACHER. — A propos de deux observations de grossesse extra-utérine au voisinage du terme.
5. VERDIER. — Contribution clinique à l'étude de la colibacillose gravidique.
49. VERRIÈRE. — Du mode d'action chez les asthmatiques et les emphysémateux de quelques médications. (Atropine, Ephédrine, Adrénaline).
29. WEILL (Mlle). — Contribution à l'étude des anémies d'origine alimentaire de l'enfant. (Etude clinique et expérimentale.)

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 311. AFANASSOFF (Mme), née KOLURAKINE. — Contribution à l'étude du diagnostic radiologique et du traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon.
307. ANAMATÉROS. — Les accidents douloureux des péroniers latéraux en relation avec le développement exubérant du tubercule externe du calcanéum. (Crête de séparation des péroniers.)
302. AVGHÉRINOS. — Les aspects radiologiques du rachitisme dans la première enfance.
304. BACKTROG. — Quatre observations de pyélonéphrite grave de la grossesse.
303. CHAIROPOULOS. — Le paludisme dans la Grèce antique.
313. CHIMI. — Contribution à l'étude de l'urticaire pigmentaire (à propos d'un cas à forme tumorale).
298. EPSTEIN. — Contribution à l'étude des troubles observés après la cholécystectomie pour lithiase.
312. GELEZKOFF. — Etude sur la fréquence de la cancérisation du moignon cervical après hystérectomie.
305. MOUSSLI. — La lipoïdothérapie dans le traitement de l'épilepsie et des maladies mentales.
314. PYCHEVA. — Sur le traitement des rhumatismes chroniques par l'émanation du thorium.
308. RAPONSKY. — Le cancer de la tête du pancréas sans ictère.
315. RIAHY. — Contribution à l'étude de l'occlusion aiguë ou subaiguë du gros intestin par cholécystite.
306. RODRIGUEZ. — Contribution à l'étude de la forme achromique du pityriasis versicolore chez les sujets de race blanche.
300. SALUCKI. — Le coefficient de Maillard comme élément de pronostic dans les « vomissements graves » de la gestation.
299. SARFATI. — Essai médico-psychologique sur le Marquis de Sade.
310. SER. — Etude critique sur le rôle pathogène de l'hypertrophie thymique dans l'enfance.
309. VALKEVITCH. — Contribution à l'étude de l'iléus biliaire aigu et de son traitement.
301. YOUNIS. — Etude sur l'épidémie de dengue en Grèce en 1928. (Données récentes sur l'étiologie et la transmission.)

AVIS. — *La* Gazette des hôpitaux *devant être composée dorénavant à la linotype, nous recommandons aux auteurs de bien vouloir nous envoyer des manuscrits très lisibles, ou dactylographiés, et surtout définitifs.*

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Les trains de voyageurs de la ligne électrique de Saint-Gervais à Chamonix et Vallorcine qui, pendant l'hiver, ne circulaient pas, avant l'an dernier, entre les Tines et Vallorcine, ont pu être maintenus jusqu'à Montrec-le-Planet grâce aux importants travaux de protection de la ligne, contre les avalanches, qui ont été exécutés par la Compagnie P.-L.-M.

Les hivernants peuvent donc atteindre en chemin de fer, pendant la saison des neiges, Argentière, où un hôtel de premier ordre vient d'être ouvert, et les hauts champs de ski du Planet.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

BILLETS D'ALLER ET RETOUR INDIVIDUELS DE FIN DE SEMAINE A PRIX RÉDUITS POUR LES STATIONS DE SPORTS D'HIVER DES ALPES ET DU JURA. — Il est délivré, jusqu'au 31 mars 1932, par les gares de Paris P.-L.-M., Dijon-Ville, Besançon-Viotte, Besançon-Mouillère, Lyon, Saint-Etienne, Grenoble, Marseille, Genève-Cornavin et Genève-Eaux-Vives, pour les stations d'hiver des Alpes et du Jura, des billets d'aller et retour individuels d'excursion, comportant une réduction de 50 p. 100 sur le double du prix d'un billet simple.

Au départ de Paris et de Marseille, ces billets sont valables du vendredi à midi au mardi à midi; au départ des autres gares du samedi à midi au lundi à minuit.

Toutefois, le voyage doit commencer à l'aller le dimanche au plus tard, et au retour le dimanche au plus tôt.

Les jours de fête légale sont assimilés aux dimanches.

Le voyageur muni d'un billet d'aller et retour d'excursion ne peut s'arrêter qu'aux gares intermédiaires pour lesquelles sont délivrés des billets de même nature; il ne peut emporter, comme bagages, que du matériel de sport pour lequel il bénéficie d'une franchise de 20 kilogs.

Nº 104. — MERCREDI 30 DÉCEMBRE 1931. 104e ANNÉE. MERCREDI 30 DÉCEMBRE 1931. — Nº 104.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants (France), **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Danton 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
65 fr. pour les pays ayant accordé la réduction de port. — **75** fr. pour tous les autres pays.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les dangers de l'avortement thérapeutique chez les cardiaques, par MM. D. Routier, Th. Laennec et R. Heim de Balsac.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Confédération des syndicats médicaux.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Aortites syphilitiques. Signes et diagnostic (fin).
TITRES
TABLES DES MATIÈRES ET DES AUTEURS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'Internat de Brévannes, Chardon-Lagache, Hendaye, Champrosay. — *Epreuve écrite.* — Séance du 16 décembre. — Questions données : « Mal de Pott. — Signes et diagnostic des pleurésies tuberculeuses. »

MM. Salamon, 10; Vautier, 15; Aschkenasy, 12; Borde et Marcy, 17; Rosenstein, 15.

Classement des candidats : M. Laroche, 26 + 19 = 45; Mlle Danzig, 26 + 16 = 42; MM. Leconte (Maurice) et Giraud, 25 + 15 = 40; Marcy, 22 + 17 = 39; Leconte (André), 26 + 11 = 37; Borde, 20 + 17 = 37; Rotenstein, 18 + 15 = 33; Vautier, 16 + 15 = 31; Aschkenasy, 18 + 12 = 30; Salamon, 18 + 10 = 28; Opolan, 14 + 12 = 26.

Etablissements choisis : Chardon-Lagache, M. Laroche; Hendaye, Mlle Danzig; Brévannes, MM. Leconte (Maurice), Giraud, Marcy, Borde, Leconte (André); Champrosay, MM. Rosenstein et Vautier; Hendaye, M. Opolon.

— Concours d'électroradiologiste. — Jury : MM. les docteurs Belot, Darbois, Guilbert, Lehmann, Milian, Martin, Gosset.

Lecteurs : MM. Galby et Coliez.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Concours de l'internat. — Composition du jury : MM. Bordas, Tanon, François-Dainville, Sénéchal et Cambessédès.

Epreuve écrite. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'obstruction calculeuse du cholédoque. »

Questions restées dans l'urne : « Diagnostic et traitement des péritonites appendiculaires. — Signes et diagnostic des vomiques. »

Lecture des copies. — MM. Abrassart et Blanguernou, 15; Carrié, 16; Chassaing, 13; Dereure, 12; Gossart et Gruchet, 15; Hamel, 17; Ingrand, 15; Lair, 12; Mlle Laporte (Simone) et MM. Laroche, 19; Leclercq, 14; Maggi, 15; Manil, 13; Martin (André), 15; Née, 14; Vallet, 12.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Jury : MM. les docteurs Bourdier, Haury, Virey, Bochory, Gautier.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — *Erratum.* — Le concours de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Michel Salmon, et non Salomon comme l'a fait dire une erreur typographique dont nous nous excusons.

— Rouen. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien-adjoint des hôpitaux de Rouen aura lieu à l'hospice général le jeudi 10 mars 1932, à 16 h. 30.

Epreuves. — Les épreuves se composent :

1° De l'examen des titres et travaux des candidats;

2° D'une épreuve orale sur un sujet d'anatomie et de pathologie chirurgicales;

3° D'une épreuve écrite sur un sujet de chirurgie;

4° D'une leçon clinique avec indication du traitement sur deux malades choisis par le jury dans les salles de chirurgie;

5° De deux opérations pratiquées sur le cadavre, avec démonstration.

La question à traiter pour l'épreuve orale et pour l'épreuve écrite sera la même pour tous les concurrents; l'un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury en séance secrète.

Se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général, au plus tard le 15 février 1932, avant 18 heures.

Une indemnité annuelle de cinq mille francs (5.000 fr.) est allouée aux chirurgiens chefs de service des hôpitaux. Elle est acquise aux chirurgiens adjoints dans le cas où ils remplacent un titulaire.

Les chirurgiens adjoints reçoivent une indemnité annuelle de deux mille cinq cents francs (2.500 fr.) pour le service des interventions d'urgence.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Armanet.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SANTÉ PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Osmont (de Caen).

Au grade de chevalier. — MM. le professeur Moreau (de Paris), les docteurs Mouchet (de la Veurdre), Vaucher (de Strasbourg), Mme le docteur Yves (de Puteaux).

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1931. — Le Conseil fixe la date de l'Assemblée générale annuelle; elle aura lieu le mardi 19 janvier, à 17 heures, dans la salle du Conseil, sous la présidence de M. Blaisot, ministre de la Santé publique. M. le Doyen annonce que le Conseil de la Faculté a émis un avis favorable au sujet d'une invitation à faire au professeur Radonicio. Le docteur Peck nous écrit que les membres de l'Inter-State Post-Graduate Assembly of North America viendront à Paris du 23 au 25 mai prochain. L'A. D. R. M. se chargera du programme de leur séjour.

Election de nouveaux membres : docteurs Einhorn (de New-York) et Fikret (de Stamboul).

VACANCE DE CHAIRE. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 24 décembre 1931, la chaire de botanique et d'histoire naturelle médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres aura lieu à la Préfecture du Calvados vers la fin de janvier 1932 pour la nomination d'un inspecteur d'hygiène adjoint qui devra entrer en fonctions le 1er mars suivant.

Les candidats à ce poste devront être Français, âgés de trente ans au moins et de cinquante ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Un droit de priorité sera réservé en faveur des médecins hygiénistes déjà en fonctions et de ceux pourvus du diplôme d'hygiène universitaire.

Les demandes, rédigées sur papier timbré, devront être adressées à la Préfecture du Calvados (1re division) au plus tard le 25 janvier 1932.

BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Le sixième bal de la médecine française aura lieu le Lundi Gras, 8 février 1932, à la Maison de la mutualité, 24, rue Saint-Victor (5e) (rue Monge), au profit des veuves et orphelins du Corps médical.

A 22 h. 30, Soirée artistique avec le concours de nombreuses vedettes parisiennes et la « Revue des actualités médicales » composée et interprétée par les étudiants en médecine de Paris.

A minuit, souper par petites tables servi sous la direction du docteur de Pomiane, de l'Institut Pasteur.

Prix des cartes : bal et soirée artistique, 70 fr.; bal, 50 fr.; jeunes gens, jeunes filles étudiants, bal seulement, 25 fr.

Souper (40 francs) pour lequel on peut s'inscrire d'avance chez Mme Henri Labbé, 52, avenue de Saxe (15e), Ségur 89-16 (de 9 h. à midi).

S'adresser pour les cartes : Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (6e), Littré 48-12; Maison de la mutualité, 24, rue Saint-Victor (5e); chez les dames du Comité.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Claude Bressot, médecin consultant à Vals-les-Bains. Nous adressons à tous les siens, en particulier à son fils, étudiant en médecine, et à son frère, le docteur Bressot (de Constantine), l'expression de notre très profonde sympathie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX

La Confédération des syndicats médicaux français communique l'ordre du jour suivant, voté à l'unanimité :

« La Confédération des syndicats médicaux français, après étude des vœux adoptés par les Etats généraux de la mutualité, et connaissance prise de la campagne menée pour leur aboutissement intégral;

Regrette de voir l'action du Comité central de la mutualité compromettre les bonnes relations existant actuellement dans la plupart des départements entre les associations mutualistes et les syndicats médicaux;

En l'absence de tout engagement de la mutualité de respecter toutes les dispositions de la loi de 1930 en matière d'assurance-maladie;

Informe solennellement les pouvoirs publics que la collaboration à la loi, loyalement apportée par le corps médical, cesserait immédiatement si des dispositions analogues à celles qui sont prévues par certaines propositions de loi venaient à être votées par le Parlement. Pareilles dispositions, en effet, retireraient, en réalité, une partie des garanties ayant fait l'objet des accords sur lesquels est basée la collaboration des médecins à la loi. »

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — GARE D'AUTOCARS DE MÈGÈVE. — Le bureau des autocars P.-L.-M. de Mégève, installé jusqu'ici au rez de-chaussée de la mairie, vient d'être transféré dans un pavillon récemment construit dans le style du pays, à l'entrée du bourg, côté Sallanches, sur la Route nationale, et qui mérite réellement le nom de « gare d'autocars ».

Les nombreuses voitures automobiles desservant Mégève s'y arrêtent et peuvent y être garées dans le sous-sol.

Au rez-de-chaussée est installé, dans une élégante salle d'attente, un bureau de renseignements où il est possible de se procurer des billets directs et de louer des places comme à la gare de chemins de fer de Sallanches-Combloux, et une salle d'enregistrement et de livraison des bagages.

AVIS. — *La* Gazette des hôpitaux *devant être composée dorénavant à la linotype, nous recommandons aux auteurs de bien vouloir nous envoyer des manuscrits très lisibles, ou dactylographiés, et surtout définitifs.*


ANGIOXYL
DU Dr ROUSSEL
par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE
dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES
AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire
SIROP : 3 cuillerées à café par jour
AUCUNE CONTRE-INDICATION
Angioxyl
Angioxyl
Sirop
ÉCHANTILLONS : J.B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)
r.c. 18.000
Roger Dacosta. Edit.

LES DANGERS DE L'AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES CARDIAQUES

PAR MM.
DANIEL ROUTIER, TH. LAENNEC et R. HEIM DE BALSAC.

La grossesse chez une cardiaque et plus particulièrement chez une mitrale, crée une complication dont l'avortement devient souvent une solution nécessaire.

Il n'existe aucune règle précise fixant les indications de cette intervention; aussi s'est-on ingénié à en rechercher et, dans ces dernières années, Séjourné, dans sa thèse, développant les idées de Chaperon, pose en principe que les données radiologiques de l'examen thoracique fournissent au clinicien la clé du problème.

Nous venons d'avoir l'occasion d'observer une jeune cardiaque chez laquelle l'avortement thérapeutique fut décidé; cette décision, toute justifiée d'ailleurs par l'état de la malade et le degré de ses souffrances, a été basée en grande partie sur la radiologie. Aussi, comme une issue fatale a suivi de près l'intervention, nous avons pensé qu'il était bon, à propos de notre observation, de reprendre la question de la stase veineuse pulmonaire chez les mitrales enceintes, en tant qu'indication majeure et même formelle, à en croire Chaperon et Séjourné, d'interruption de grossesse.

Fanny G..., vingt-trois ans, vient en février 1928 à la consultation du docteur Laubry à l'hôpital Broussais, pour des essoufflements et des palpitations survenant sous forme de crises violentes et très pénibles au moindre effort. Il y a trois ans que ces troubles fonctionnels ont débuté et se sont progressivement accentués.

Il n'existe aucun antécédent rhumatismal. Aucune affection cardiaque n'a été diagnostiquée chez elle jusqu'à ce jour. A l'examen, il est noté à cette époque, à l'auscultation, un roulement diastolique intense correspondant à un frémissement cataire net et étendu, un dédoublement du deuxième bruit ; à la radioscopie, une stase veineuse très accusée avec saillie de l'oreillette gauche en position transverse gauche.

A partir de cette première consultation, la malade revient régulièrement tous les deux à trois mois se faire examiner et soigner.

En 1929, elle se marie malgré nos conseils de temporisation.

En 1930, après une crise dyspnéique suivie d'expectoration abondante, ni mousseuse, ni sanglante, selon ses dires, elle est hospitalisée pendant quelques jours.

Revue en novembre, elle dit avoir craché un peu de sang.

Elle revient fin décembre avec une présomption de grossesse : dernières règles le 20 novembre.

Les signes fonctionnels persistent et même s'accentuent. Elle est de nouveau hospitalisée en février 1931. Elle est de plus en plus sujette à des crises dyspnéiques violentes, survenant au moindre effort, sans expectoration, mais suivies d'une sensation de fatigue extrême et d'une douleur dorsale interscapulaire. La courbe thermique est assez irrégulière, entre 37° et 38° avec quelques crochets au-dessus de 38°.

L'auscultation n'a pas varié : rythme régulier, roulement diastolique, éclat systolique, dédoublement du deuxième bruit. La tension artérielle est à 11 1/2-6. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. il n'y a pas d'œdèmes périphériques. Les urines sont peu abondantes et ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Examen radiologique. — En position frontale, l'arc moyen est allongé et saillant; il est formé de deux arcs, dont l'inférieur est le plus saillant. Le point G est abaissé. La pointe est acuminée et ne plonge pas sous le diaphragme, comme il est facile de s'en rendre compte par l'existence d'une forte aérogastrie. Le bord droit est convexe et saillant. En somme, grosse augmentation de volume de la portion basale.

Les hiles sont épais, homogènes, de contours mal définis, les champs pulmonaires sont très diminués de transparence.

En position oblique antérieure droite, la saillie de l'arc moyen s'accuse ainsi que la saillie du bord droit et l'ombre hilaire droite.

En position transverse gauche, la pointe du cœur reste sur la coupole diaphragmatique, l'espace antéro-cardiaque existe sur toute sa hauteur ; au contraire, l'espace rétro-cardiaque est comblé dans ses deux tiers supérieurs par l'ombre du cœur qui fait une volumineuse saillie arrondie empiétant sur l'ombre vertébrale.

Dans toutes les positions, frontale et obliques, l'aorte a un aspect normal.

Les signes généraux ainsi que les signes fonctionnels, objectivés par l'examen radiologique, ne semblent pas favorables à la continuation de la grossesse et M. Laubry décide d'intervenir en recommandant à l'opérateur le minimum de manœuvres et l'abstention de l'anesthésie par l'éther.

Le 16 février 1931, le pouls est régulier à 92, la tension à 11 1/2-8.

Le 17 février, sous anesthésie chloroformique très légère, on passe quelques bougies de Hégar pour permettre l'introduction, dans le col utérin, d'une grosse laminaire.

Pendant cette intervention, la malade commence à tousser, sa respiration s'accélère, devient pénible, puis apparaît une expectoration mousseuse et rosée avec râles fins dans la moitié inférieure des deux champs pulmonaires. On pratique aussitôt une saignée de 450 grammes, une injection d'un centigramme de morphine et une injection intraveineuse d'un quart de milligramme d'ouabaïne.

Le 18 février, la laminaire est retirée et on pratique un curettage *sans* anesthésie, la malade étant en position demi-assise.

Le fœtus et le placenta sont extraits et on fait une injection intra-utérine iodée. Cette seconde intervention est bien supportée ; le rythme cardiaque est régulier à 100, la tension artérielle 13 1/2-9.

Les 19 et 20 février, l'état est satisfaisant, la température normale.

Le 21 février, à 21 heures, la malade ressent une brusque et violente douleur à la base droite, avec gêne respiratoire; la température monte à 39°; tachycardie.

Le 22 février, la malade est anhélente, pâle, le pouls est rapide et petit, la tension est à 13-9.

Le 23 février, l'état persiste sans changement; il n'y a pas d'expectoration; les bruits cardiaques sont bien frappés ; la tension est 11-8 1/2. Brusquement, à 15 heures s'installe, sans perte de connaissance, une hémiplégie gauche complète, avec extension de l'orteil. La dyspnée s'accentue, la cyanose apparaît, les extrémités se refroidissent, il y a chute de la température avec pouls à 130, la mort survient dans la soirée.

En résumé, la malade de cette observation est atteinte de rétrécissement mitral, mal toléré déjà avant la grossesse. Cette intolérance est peut-être due à une évolution inflammatoire chronique au niveau de l'endocarde auriculo-valvulaire; en l'absence de vérification anatomique, il nous est impossible de préciser ce point. En tout cas, le fait capital est qu'il existe des troubles circulatoires importants tant cardiaques que pulmonaires, qui expliquent

aisément l'intensité des signes fonctionnels. Au cœur, c'est la forte distension des oreillettes et de l'infundibulum pulmonaire ; aux poumons, c'est l'encombrement de la circulation de retour : stase veineuse. Les signes fonctionnels sont essentiellement et même uniquement des signes respiratoires ; dans les premières années, c'est une simple dyspnée d'effort qui aboutira finalement à du véritable œdème aigu. Il est remarquable de noter le déclenchement de cette crise œdémateuse sous l'influence de l'inhalation chloroformique, c'est-à-dire par action directe d'un agent irritant sur une circulation pulmonaire déséquilibrée et hypersensible. Il n'est question à aucun moment chez notre malade d'insuffisance cardiaque ; mais on est en droit de se demander si l'intervention n'a pas précipité ou ravivé une thrombose cardiaque déjà amorcée par les conditions circulatoires si défectueuses ou des poussées endocarditiques toujours possibles. Quant à cette thrombose, que le refus d'autopsie ne nous a pas permis de confirmer, elle nous paraît cliniquement évidente et elle est la cause directe et dernière de la mort. Il y a eu deux embolies à quarante heures d'intervalle, la première semble bien avoir été une embolie splénique avec sa violente douleur à la base du poumon droit *sans aucune expectoration* et avec phénomènes de collapsus prolongé ; la seconde, une embolie cérébrale.

Pour répondre à la question qui nous occupe, il est intéressant de passer en revue des cas analogues précédemment observés. L'un de nous, dans sa thèse, en dépouillant les observations de ces dix dernières années à la clinique Baudelocque, a relevé 172 grossesses chez des malades atteintes d'affections mitrales. Dans ce nombre, 51 cas ont eu une évolution sévère, dont 10 où dut être pratiquée une interruption de grossesse. Sur ces 10 cas, 7 eurent une amélioration, 1 resta en insuffisance cardiaque, 2 moururent.

La mort, dans le premier de ces deux cas, est due à une congestion œdémateuse pulmonaire, compliquée ultérieurement d'infection broncho-pulmonaire. Dans le second cas il y eut, comme chez notre malade, une hémiplégie gauche au 10e jour après l'intervention ; la mort survint au 25e jour.

Chez les 41 autres grossesses non interrompues, il a été observé 4 morts ; l'une au 3e mois, la malade étant en pleine insuffisance cardiaque. Les 3 autres se sont produites au cours de l'accouchement à terme ou pendant ses suites immédiates ; les 3 enfants sont nés vivants.

Il est certain qu'à priori, le déchet doit être plus grand dans les grossesses interrompues que dans les grossesses qu'on laisse évoluer jusqu'au terme, car, précisément, c'est la gravité des accidents et donc de la cardiopathie qui commande l'intervention. D'autre part, dans un des cas mortels, il y a eu, comme dans notre observation, des phénomènes emboliques ; nous pouvons donc penser que les interventions obstétricales favorisent les migrations de caillots et nous devons temporiser à outrance devant un avortement thérapeutique si nous avons de bonnes raisons de soupçonner une thrombose cardiaque préalable.

Bien entendu, les indications interventionnistes restent toujours telles qu'on les a enseignées jusqu'à présent : apparition de signes fonctionnels intenses *du fait de la grossesse*, avec accentuation progressive, parallèle à l'évolution de celle-ci. Mais nous ne croyons pas qu'on doive se guider sur un signe, tel que l'aspect radiologique de stase veineuse pulmonaire, pour prendre la décision opératoire. La stase veineuse existe, très marquée, en dehors de la grossesse et avec une tolérance très suffisante. Cette tolérance de fortes stases persiste même en période de grossesse. A côté de ces faits, il est courant de rencontrer des mitrales sans stase qui tolèrent mal leur cardiopathie, qu'elles soient enceintes ou non.

Nous dirons même que la stase veineuse pulmonaire avec grosse dilatation des oreillettes réalise des conditions favorables à la production de coagulations intra-auriculaires et doit inciter à la réserve, à la temporisation et à la prudence en matière d'intervention et, si celle-ci est inévitable, en matière d'anesthésie respiratoire.

LIVRES NOUVEAUX

Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire (1), par P. Rudaux, accoucheur, professeur en chef de la Maternité de Paris, et H. Montlaur, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, assistant de syphiligraphie à la Maternité de Paris.

Fruit de la collaboration d'un accoucheur et d'un syphiligraphe, cet ouvrage pratique traite du grave problème de l'hérédo-syphilis tant au point de vue médical que social.

En présence du grave danger que présente au point de vue individuel et social, la transmission héréditaire de la syphilis, les différents congrès et les assemblées réunies pour organiser la lutte contre le péril vénérien se sont mis d'accord sur plusieurs points, entre autres la nécessité d'empêcher toute possibilité de transmission congénitale de la syphilis aux descendants.

Ce résultat ne peut être acquis que par un dépistage systématique (enquête familiale, examens clinique et sérologique), par le traitement non seulement des enfants atteints, mais aussi des géniteurs avant la procréation et de la mère pendant la grossesse.

En raison du danger social que présentent les contaminations nouvelles, des résultats appréciables ne peuvent être obtenus dans la lutte contre la syphilis que si les mesures considérées comme efficaces sont appliquées partout et intégralement.

Le livre de MM. Rudaux et Montlaur sur le dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et sur la prophylaxie de la syphilis héréditaire permettra une application immédiate des mesures jugées indispensables. Il intéresse au plus haut point les médecins et les Pouvoirs publics. L. G.

Problèmes sous-hépatiques, par G. Parturier. Collection des Actualités de médecine pratique. Directeur : docteur R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris. In-16 de 272 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) Un volume de 146 pages. Collection Médecine et Chirurgie pratiques. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

TABLE DES MATIÈRES

1931

A

Abcès caverneux pulmonaire à évolution favorable. Guérison datant de trois ans. Thérapeutique, 581. — de fixation, 503. — de la loge amygdalienne, 1911. — de l'anus, 1271. — du cervelet, 1910. — du foie d'origine appendiculaire, 429. — du poumon, 25, 736, 901, 1075. — du poumon à Friedlander, 901. — du poumon chez un nourrisson, 350. — du sein, 1426. — encéphaliques, 1625. — épidural, 1375. — latéro-pharyngien, 663. — pulmonaire, 585. — putride du poumon, 916.
Académie de médecine. Acoustique de la salle, 286. — Election du bureau, 1951. — Dictionnaire, 1422. — de médecine. Séance annuelle, prix décernés, 1875. — des Sciences, prix décernés, 1709, 1769. — royale de chirurgie, par M. J.-L. Faure, 1525. — royale de médecine de Turin. Prix Riberi pour 1934, 490.
Acares, 1207.
Acétonémiques. Accidents —, 1785.
Accidents épileptiformes d'origine pleuro-pulmonaire, 1887. — mortels d'automobile, 1005.
Accouchements, 190. — Tumeurs prævia, 330.
Achylie gastrique, 503.
Acide acétique, 174. — carbonique dans l'organisme, 162. — oxalique. Formation et précipitation rénale, 1019.
Acidose, 1355. — salicylée, 1270.
Acridine. Complexe savonneux d'—, 303.
Acrocyanose, 136. — orthostatique, 1208.
Acrodynie, 136. — infantile, 1135.
Acromégalie, 1309.
Action cholérétique, 174.
Actualités. — Chlorure de calcium. De quelques emplois récemment préconisés, 809. — Diphtérie chez les vaccinés, 132. — Immuno-transfusion, 470. — Infections urinaires et pH urinaire, 55. — Ondes courtes et médecine, 1844. — Pouvoir anagotoxique et phylaxie, 1285. — Quinoléiques. Du bon usage des produits, 171.
Adamantinomes, 989, 1342.
Adénoïdiens, reliquats, 1623.
Adénome diffus, 1006. — parathyroïdien, 1551.
Adénopathies trachéo-bronchiques, 847.
Adénite cervicale, 1076. — génienne, 407.
Adonis vernalis, 409.
Adrénaline, 626. — Action centrale de l'—, 407. — et antivirus staphylococcique, 404. — virtuelle, 192.
Aérophagie, 1078.
Agranulocytose hémorragique, 1059.
Air pur, 1647.
Alastrim, 775.
Albumine du sang, 833.
Alcalose. Modification de la pression artérielle, 1159.
Alcool et neurones moteurs de l'écorce cérébrale, 122.
Alcoolisme et dégénérescence mentale, 584.
Algies. Traitement des — chez les tuberculeux, 302.
Aliénés. Que deviennent les — sortis des asiles, 1017.
Alimentation, 1234. — en eau potable, 1223.
Allergie, 1162. — cutanée, 1753.
Allergine, 1340.
Allonal, 290, 1324.
Alopécie familiale, 79. — liminaire frontale, 1755.
Aluminium. Hydrates d'— et tétanos, 1206.
Amibiase pulmonaire, 1498.
Amygdale, 1617, 1911.
Amygdalectomie, 1617.
Amygdaliens. Foyers —, 1617.
Amylose expérimentale, 1802. — rénale, 521.
Anacrotisme, 1657.
Anagotoxique. Pouvoir —, 1285.
Analyses. — Chirurgie générale, par M. Dariau, 1433. — Chirurgie orthopédique, par M. Lance, 1033. — Dermatologie et syphiligraphie, par MM. P. Gastinel et P. Pulvenis, 1753. — Electrologie en 1930, par MM. L. Delherm et Jean Loubier, 637. — Maladies infectieuses, par MM. A. Lemierre et Adida, 769. — Médecine générale, par M. Babonneix, 495. — Neurologie et psychiatrie, par M. J. Lhermitte, 1297. — Oto-rhino-laryngologie, par M. Truffert, 1617. — Pédiatrie. par M. Babonneix, 1135. — Radiologie en 1930, par MM. L. Delherm et Thoyer-Rozat, 845.
Anaphylaxie, 506, 1159. — passive, 1253, 1320. — et maladies héréditaires, 119. — par voie digestive, 834.
Anasarque sans néphrite. Troubles humoraux, 285.
Anastomose hépato-gastrique, 1006.
Anatomie. Les chapitres difficiles de l'—. Système nerveux central, 337.
Anatoxine diphtérique, 120, 476, 553, 1106, 1107, 1175.
Anémie, 1242, 1321. — aplastique, 37, 69. — aplastique cryptogénétique, 269. — biermérienne, 303. — fébrile et méthode de Whipple, 288, 289. — paludéenne et opothérapie splénique, 286. — pernicieuse et chocs protéiques, 501. — pernicieuse gravidique, 499. — splénique, 1270. — totale subaiguë chez un enfant, 351.
Anesthésie, 423, 1619, 1644. — du nerf sous-orbitaire, 817. — générale, 191. — générale et cardiopathies, 366. — interrompue en chirurgie gastrique, 688. — locale, 303. — par l'invertine, 1324. — péridurale segmentaire, 1891. — spinale, 351.
Anesthésique et réflexes vaso-moteurs, 27. — Le choix d'un — en chirurgie, 1433.
Anévrisme de l'aorte thoracique simulant un cancer primitif du poumon, 269. — artériel poplité, 386. — artérioveineux, 106. — cirsoïde du cuir chevelu, 1190. — de la crosse aortique, 385. — de l'aorte, 303, 650. — poplité, 905.
Angeïopter à mono-commande rapide, 1421.
Angine de Ludwig, 1574. — de poitrine, 522, 834. — de poitrine. Comment se pose le problème du traitement chirurgical de l'—, 517. — et chlorate de potasse, 482.
Angiome. Traitement par la méthode sclérosante, 814. — ulcéré de la face, 1076.
Angioplastie, 1644.
Angio-pneumographie, 611.
Anisocorie, 814.
Annexites Traitement des — inflammatoires, 1786.
Anomalie des carotides internes, 650. — vasculaires, 1076.
Anophèle, 1219.
Anophéliase (Dénomination nouvelle du paludisme), 1516.
Anosmie, 1621.
Anthracose et silicose pulmonaire, 1044.
Anthrax, 1290.
Anticorps, 1722.
Antiseptique. Solution — cicatrisante, 286.
Antitoxine, 305, 1355. — diphtérique, 1801, — diphtérique et tétanique, 837. — tétanique, 174.
Anurie anaphylactique, 1158. — calculeuse, 1021 — chez un enfant, 1085.

Aortite syphilitique, 499, 1938, 1981.
Appendice. Tumeur carcinoïde de l'—, 1191.
Appendicectomie, 1092, 1647, 1934.
Appendicite, 305, 503. 1275, 1356, 1445. — à chaud, 735. — aiguë, 1006, 1009, 1046, 1090, 1146, 1147, 1190. — aiguë. Formes cliniques et diagnostic, 1502, 1538. — chronique. 303, 385. — herniaire, 1191. — Le carrefour inférieur dans l'—, 851. — Sept cents cas d'— aiguë, 586. — Traitement médical, 191, 555. — traumatique, 985.
Apnée choralosane-morphine, 371.
Arachnoïdite optochiasmatique, 1374.
Argent colloïdal et affections génito-urinaires à colibacilles, 739.
Arsenic pentavalent et nerf optique, 902.
Arsenicaux pentavalents, 1570.
Artères et nerfs des voies spermatiques, 1735.
Artériectomie, 734. — après embolectomie, 1189.
Artériographie, 1588, 1917. — rénale, 881.
Artério-sclérose et lois de Poiseuille, 381.
Artérites oblitérantes, 1588.
Articulations. Tumeurs primitives des —, 1439.
Arthrite chronique du genou, 507. — déformantes de la hanche chez l'adulte. Traitement chirurgical, 1833. — déformantes d'origine traumatique, 686, 1090. — et bactériophage, 1145. — microtraumatique, 1930. — suppurée du genou, 304. — traumatique, 1930.
Arthrodèse, 1009.
Arthropathies rhumatismales et cures thermales, 685. — tabétiques, 1175.
Arthrotomie du genou, 1041.
Ascarides. Infestation prénatale, 454.
Ascaridiose hépatique, 350.
Ascite et omentopexie, 190. — Percussion abdominale dans l'—, 1189.
Aspergillose, 1269.
Asphyxie goitreuse au moment de l'accouchement, 190.
Aspiration en oto-rhino, 1907.
Assistance médicale aux colonies, 1237.
Asthmatiques, 521.
Asthme, 476. — à épine respiratoire, 1951. — et anesthésie générale, 428. — et température, 1121. — Interventions chirurgicales sur les crises d'—, 521. — Traitement de l'—, 1497.
Athérôme expérimental, 1121.
Atonie congénitale. Ergastérol, 350.
Atrophie du masseter, 507. — musculaire myélopathique, 328.
Atticite, 1910.
Attitude de la tête et labyrinthe de l'oreille, 1627.
Auscltation gastrique, 1059.
Aurides, 1755.
Aurothérapie, 24, 134, 326, 722. — et formule sanguine, 1255. — locale, 894.
Autodésinfection des surfaces solides, 1146.
Autoépuration colibacillaire des eaux fluviales, 174, 371, 838.
Autogreffe osseuse, 352.
Automatisme verbal, 813.
Autoplastie par lambeau, 507.
Autopyovaccin, 1633.
Aviation coloniale, 1268.
Avitaminose, 611, 1235, 1271, 1647.
Avortement, 1005. — Dangers de l' — thérapeutique chez les cardiaques, 1965.
Azygos. Lobe — 1646.
Azotémie par manque de sel, 621.

B

Bacido-résistants, 1679.
B. C. G., 58, 118, 304, 305, 324, 686, 702, 833, 1009, 1045, 1075, 1107, 1137, 1145, 1207, 1289, 1320, 1802. 1952. — Eléments filtrables du —, 1255. — et B. de Preisz-Nocard, 404. — et infection charbonneuse, 1353. — Résultats de la vaccination préventive par — en France, 1145. — Vaccination au —, 285.
Bacilles d'Eberth. Cycle évolutif du —, 773. — de Hansen, 834, 1221. — de Koch, 103, 627, 1159. — de Koch. Bactériopexie, 131. — de la tortue. Etude expérimentale, 833. — de Preisz-Nocard, 119. — du type aviaire, 1802. — œdematis sporogenes, 1107. — paratuberculeux, 1321, 1160. — tuberculeux, 368, 627. — tuberculeux à caractères atypiques, 1679.
Bactéries putrides, 479.
Bactériolyse. Problème de la — du B. tuberculeux, 699.
Bactériopexie, 131. — de défense dans les septicémies, 769.
Bactériophage, 386, 555, 586, 735, 966. 1147, 1271, 1356, 1619. — Action sur le pouvoir indologène du colibacille, 404. — Broncho-pneumonie, 968. — dans les infections chirurgicales, 585. — et arthrite, 1145. — et perméabilité placentaire, 553. — et sérum antityphique, 1106.
Bactério-thérapeutique lactique. Nouvelles conceptions sur le mécanisme d'action de la —, 466.
Bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales, 1786.
Barbituriques. Intoxication, 989.
Béribéri, 1235.
Bec-de-lièvre. Traitement du —, 1147. — unilatéral, 1091.
Bismuth, 105, 1323. — Action calcifiante, 1074.
Bleu de méthylène, 966.
Blocage chimique des articulations, 508. — sous-arachnoïdien, 351.
Bradsot islandais, 1354.
Broche de Kirchnu, 1146.
Bromure de sodium. 688.
Bronchiectasie, 80.
Bronchiolite, 1271.
Broncho-œsophagoscopie, 1644.
Bronchopneumonie. Bactériophage, 968.
Bronchoscopie, 1342, 1629, 1908. — et cinéma, 1907.
Bruit diastolique huméral. 522.
Brulures étendues et chlorure de sodium hypertonique, 649.
Bubon vénérien, 240, 553.

C

Cachexie thérapeutique, 918.
Calcémie, 191, 407, 1249.
Calcifications pleurales, 508.
Calcium, 407. — dans les éliminations urinaires, 915.
Calculs biliaires de l'ampoule de Vater, 1891. — biliaire intraduodénal, 304. — biliaires. Pathogénie, 1641. — de l'urctère, 330. — du rein, 1021, 1022. — urinaires, 1021.
Canaux dentaires. Traitement des —, 1342.
Cancer, 1238. — Action des extraits de tumeurs, 1045. — broncho-pulmonaires, 1633. — de la corde vocale, 289. — de l'épiploon, 135. — de l'œsophage, 24. — de l'œsophage et radiothérapie, 135. — de l'œsophage, radiumthérapie, 1120. — de la tête du pancréas, 1062, 1094, 1126. — de l'utérus, adénopathie, 966. — du cæcum, 526, 558. — du côlon, 1587. — du col utérin, 1147, 1189, 1190. — du col utérin. Traitement, 1786, 1789. — du larynx, 1627. — du maxillaire supérieur, 135. — du pancréas, 1121. — du rein, 140, 178, 214, 1287. — du sein, 1644. — du sein. Métastases osseuses, 1157. — du voile du palais. Curiethérapie, 507. — en Egypte, 1678. — et métastase, 1045. — et protéinothérapie, 27, 136, 1271. — et terrains magnésiens, 1145. — familial, 508. — La prétendue rareté dn — en Egypte, 915. — Le — et les moyens de le combattre, 419. — Le problème du — dans ses aspects psychiques, 827. — Pathogénie, 1178. — primitif du poumon, 1105. — primitif du vague, 1191. — Protéinothérapie et chirurgie, 1191. — Traitement, 136. — Traitement médical, 269. — Traitement par le chlorure de magnésium et la pyoformine, 302. — Transmission du —, 969. — Traumatismes et —, 1135.
Cancéreux. Terrain —, 191.
Cancérose, 1678.
Cardiaques. Dangers de l'avortement thérapeutique chez les —, 1965. — Indications opératoires chez les —, 25.
Cardiographie apexienne, 837.
Cardiopathies et anesthésie générale, 366.
Cardiospasme. Intervention, 735.
Cardiotoniques des glucosides isolés du bulbe de scille, 206.
Carence sérologique au cours des syphilis secondaires, 1531.
Carotène, 1074.
Carpe. Traumatismes, 303.
Castration et combustions respiratoires chez le chien, 1160
Cataracte, 1802.
Catarrhes gastriques, 1178.
Causalgie du médian, 554.
Cellulite, 555, 735, 736, 1907. — d'origine otique, 1623.
Centre respiratoire, 1108.
Certificat prénuptial, 1046.
Chancre d'inoculation, 1270. — Contamination syphilitique avant le —, 736. — mou, 1763.
Charbon, 1254.
Chariot pour malades, 1191.
Chéloïdes, 1755.
Chirurgie chez les diabétiques, 190. — cranienne, 585. — coloniale, 1238. — de la hanche, 736. (Voir Hanche.) — du genou, 507. — du sinus frontal, 506. — pulmonaire en milieu sanatorial, 76.
Chlorate de potasse et angines, 482.
Chlorure de calcium, 809.
Choc, 1207. — anaphylactique. 1790.
Cholécystographie, 851.
Cholécystostomie, 25.
Cholémimétrie, 1206.
Choléra des poules, 1725.

CHOLINE, 501.
CHORÉE de Sydenham, 553. — fibrillaire de Morvan, 79.
CHRONAXIE, 120, 1044, 1353. — dans l'hyperparathyroïdie, 837. — dans l'ivresse, 59. — Thalamus et —, 173. — vestibulaire, 1145.
CHRONIQUE. — Aide aux cardiaques, 801. — Aide aux mères de famille, 166. — Alcool et prostitution, 250. — Anniversaire (2e) de la mort de F. Widal, 66. — Assemblée générale de l'ADRM, 66. — Assemblée générale de l'A G, 821. — Assemblée générale du S M S, 969. — Association des diplômes de l'Institut d'hygiène, 969. — Assurances sociales et spécialistes, 593. — Bal de la médecine française, 274. — Centenaire (2e) de la fondation de l'Académie royale de chirurgie, 1522. — Centenaire de la naissance de Félix Guyon, 1858, 1863. — Conférence à Vichy du professeur Max Einhorn, 1362. — Conférence du docteur Mathis, 1730. — Congrès de stomatologie de Budapest, 1670. — Congressistes des Journées coloniales à Vichy, 1214. — Contre l'alcoolisme, 1. — Couvent des filles du Calvaire, 761. — Cure sanatoriale à Briançon, 1398. — Diner du Centre de diagnostic médical, 1900. — Hôpitaux de Paris, budget de l'Assistance publique, 1041. — Histoire de la tuberculose, 1346. — Hommage à M. Hayem, 1784. — Inauguration du Congrès international de pathologie comparée. 1542. — Inauguration des Journées médicales de Bruxelles, 1014. — Inauguration du XLe Congrès français de chirurgie, 1506. — Jubilé du professeur Bousquet, 1578. — Jubilé du professeur Hartmann, 710. — Jubilé du professeur Lemaire (de Louvain), 726. — Leçon inaugurale du professeur Laignel-Lavastine, 1774. — Leçon inaugurale du professeur N. Fiessinger, 1750. — Manifestation à la Sorbonne pour la médecine coloniale, 545. — Manifestation de sympathie franco-italienne, 274. — Manifestation médicale franco-belge, 1800. — Ouverture du Congrès d'hygiène, 1542. — Réception de la Faculté de Montpellier à Barcelone, 612. — Recrutement du corps de santé militaire colonial, 572, 587. — Réunion médicale de la Faculté de Nancy, 974. — Rue Jean-Sicard, 126. — Salon des médecins, 1590. — Syndicats médicaux français. Cinquantième anniversaire. — Inauguration de l'Hôtel Chambon, 1932. — UMFIA. Assemblée générale, 218. — UMFIA. Diner de printemps, 726. — Diner de rentrée, 1882. — UMFIA. Prix décernés, 513; Prix à décerner, 546. — V. E. M. (24e), 1686. — V. E. M. A. à Vals, 1382. — V. E. M. de la Faculté de Nancy, à Vichy, 1082. — Visite de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, à Vichy, 1533. — Voyage médical sur la Côte d'Azur, 198.
CHRYSOTHÉRAPIE, 1757.
CIRCULATION cérébrale, 1297. — portale de l'hypophyse, 1307.
CIRRHOSES, 1493.
CLAPIU pyorrhéique, 703
CLASINES, 522.
CLINIQUE et laboratoire, 1324.
CŒUR et interventions chirurgicales, 290.
COLIBACILLOSE et troubles auriculaires, 1910. — urinaire et cures alcalines, 306.
COLIBACILLURIES d'origine digestive, 775.
COLIQUE hépatique, 1394. — de gaz postopératoire, 1441.
COLITES et ferments lactiques, 1086.
COLLAPSOTHÉRAPIE, 24. — Hémoptysies au cours de la —, 286.
COLONIAUX aux eaux minérales, 1240, 1242.
COLONIES (Journées coloniales), 1217, 1233, 1268.
COLONNE cervicale. Traumatismes de la —, 585.
COMA diabétique. Variations de l'urée sanguine, 385.
COMPLEXE savonneux d'or et d'osmium, 26.
COMPLICATIONS pulmonaires après interventions gastriques, 106.
COMPRESSION du lobe frontal gauche par un kyste traumatique, 901.
CONCENTRATION moléculaire, 59.
CONDUCTIBILITÉ électrique, 1321.
CONGRÈS. Calendrier des —, 10. — de chirurgie, 1506, 1545, 1567, 1603, 1643. — des aliénistes et neurologistes de France, 1792. — des femmes médecins, 1892. — d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris. Séance solennelle, 733. — de la lithiase urinaire à Vittel, 1019. — de médecine légale, 979, 1004. — de la Société internationale de pathologie géographique, 1900, 1918. — de pédiatrie préventive, 1675, 1781, 1799. — d'orthopédie, 1715. — d'oto-rhino-laryngologie, 1907. — international des accidents du travail et des maladies professionnelles de Genève, 1496. — international de radiologie, 1417. — international de thalassothérapie, 909. — de la Ligue française contre le rhumatisme, 685, 1930. — national de la tuberculose, 699, 732. — neurologique international, 1509. — Journées médicales coloniales, 1217, 1233, 1268, 1388. — Journées médicales de Bruxelles, 1056. — Journées thermales des Vosges, 1826.
CONSEILS aux jeunes stagiaires, 257.
CONSTIPATION. Le facteur dans la — du nourrisson, 1139.
CONTRÔLE médical des chauffeurs, 189.
CONTUSION herniaire, 1006. — rénale, 1190.
COQUELUCHE et ozone, 330.
CORPS étranger articulaire. 1191. — étrangers des voies respiratoires, 1629. — étrangers des voies digestives, 1090. — étrangers du duodénum, 1090, 1588. — étrangers et broncho-œsophagoscopie, 1644. — étranger intravésical, 135.
CORRESPONDANCE, 670, 1098.
CÔTE cervicale, 1006.
COU court. 1075.
COUDE. Les mouvements de latéralité dans les traumatismes du —, 349.
COURANTS de haute fréquence, 1255.
COXALGIE. Traitement, 1643. — Arthrodèse, 106. — Traitement de la — et des séquelles. 909.
COXAVARA. 1725.
COXITE gonococcique, 1190.
CRACHATS. Analyse cytologique. 555.
CRANIOSYNOSTOSES, 76.
CRIMES passionnels, 985.
CRISES angineuses au cours du traitement par les extraits thyroïdiens, 697.
CROISIÈRE de la Revue générale des sciences, 1803.
CRYPTOTOXINES, 1631. — diiodosalicylique, 1819.
CRYPTOTOXIQUES. Propriétés — des acides oxybenzoïques halogénés, 505.
CUIR chevelu. Usure du — du fœtus au cours du travail, 429.
CURES alcalines. Danger des — chez les infectés urinaires, 191. — de Vichy, 1274.
CURIETHÉRAPIE, 1417. — des épithéliomas cutanés du nez, 1287.
CYCLANOLS polyméthyléniques et cancer, 136.
CYSTECTOMIE, 1447.

D

DALTONIENS, 1746.
DÉCOLLEMENT rétinien. Thermoponction dans le —, 509.
DÉGÉNÉRESCENCE musculaire, 1005. — de la substance grise, 1301.
DÉLIRE alcoolique, 1078.
DELIRIUM tremens, 1789.
DÉMENCE précoce, 1310.
DÉMENT. Virus tuberculeux, 703.
DENGUE chez l'enfant, 1139. — Epidémiologie de la —, 657.
DENT de sagesse, 1621.
DÉPIGMENTATION des plumes, 1755.
DERMATITE polymorphe, 1342. — primulaire, 245.
DIABÈTE, 1207, 1352, 1822. — et tuberculose, 24. — et vagotonine, 326. — Hérédité, 964. — insipide, 26. — insipide, syphilis et alassothérapie, 427. — Traitement chirurgical, 1645.
DIAPHRAGME de l'homme, 1321. — Rupture traumatique, 965.
DIARRHÉIQUES. Etats — dus à l'hépatisme larvé, 739.
DIASTASES oxydantes, 286.
DIATHERMIE et phlébites. 351.
DIAZORÉACTION, 368.
DICTIONNAIRE de langue médicale de l'Académie de médecine, 1422
DIÉLECTROLYSE, 407, 479. — transcérébrale, 702.
DILATATION atonique de l'estomac. Douleur signal, 116. — cryptogénétique, 480. — des bronches, 849.
DIPHTÉRIE, 26, 27, 757, 777. — chez les vaccinés, 132. — Doses d'antitoxine utiles dans le traitement de la —, 777. — et sérothérapie à l'hôpital des Enfants-Malades, 964. — Les familles à —, 1189. — Mort subite du nourrisson dans la — latente. 1141. — Prophylaxie par la méthode de Loewenstein, 777. — Traitement, 82. — Traitement actuel, 965.
DIPHTÉRIQUE. Clasine —, 522. — Porteurs de germes —, 82.
DIPLÉGIE cérébrale infantile, 1303.
DISCOGLOSSUS pictus, 509.
DISCOURS de M. le professeur Forgue, en l'honneur de la médecine belge, 1889.
DISTRACTION. Pseudo— chez l'enfant, 1323.
DIURÉTIQUE, 989.
DIVERTICULOSE colique, 851.
DIVERTICULE de la vessie, 1271.
DIVERTICULITE du gros intestin, 25.
DOLICHO-SIGMOÏDE, 853.
DOULEUR signal, 116. — Voies de conduction de la — dans la chaîne sympathique, 1309.
DRAME de Lubeck et B. C. G, 1952.
DROITS de la science, 648, 719.
DYSENTERIE amibienne, 781.
DYSMÉNORRHÉES pubertaires. Traitement hydrominéral, 761.
DYSMORPHIQUES. Associations —, 1191.
DYSOSTOSE cleido cranienne, 1932. —cranio-faciale, 326.
DYSPEPSIE chronique, 1271.
DYSTONIE des muscles dorsaux chez un parkinsonien, 328.

* *

E

EAUX. Auto-épuration colibacillaire, 174. — d'alimentation, 1233. — de Vittel, 118. — minérales, 1174. — minérales. Phylaxie par les —. 733. — minérales. Propriétés anti-anaphylactiques, 733.
ECLAMPSIE, 817,
ECHANGES respiratoires, 627, 628.
ECHINOCOCCOSE 317. — du poumon. 1146.
Ectopie cardiaque, 1932.
ECZÉMA, 58. — du nourrisson, 80. — et régime, 989.
ELECTROCARDIOGRAPHIE, 1189, 1207, 1255.
ELECTRODIAGNOSTIC, 639.
ELECTROLOGIE. Accidents, 639. — Affections chirurgicales, 645. — Appareil circulatoire, 643. — Appareil digestif, 643. — Appareils et technique, 637. — Appareil génito-urinaire, 645. — Dermatoses, 641. — Physiobiologie, 637. — Système nerveux, 643.
ELECTROLYSE circulaire et sténose de l'œsophage, 1091.
ELEPHANTIASIS, 304, 1238.
ELOGE de Félix Guyon à l'Académie de médecine par M. F. Legueu, 1863.
EMANOTHÉRAPIE gynécologique à Ax-les-Thermes, 761.
EMBOLECTOMIE, 734. — artérielle, 586. — de la fémorale commune, 106.
EMBOLIE aiguë aseptique cérébrale. 1301. — cérébrale, 627, 702, 1010. 1044. — cérébrale expérimentale, 1160, 1254, 1322. — cérébrale expérimentale et surrénalectomie, 1160. — et opérations abdominales, 1645. — Opérations pour — artérielles, 189, résection artérielle dans les — des membres, 304.
ENCÉPHALE. Diagnostic des lésions de l'—, 1122.
ENCÉPHALITES, aiguës infantiles, 867, 1927. — de la rougeole, 1157. — et fièvre typhoïde, 1373, — herpétique du lapin, 837. — périaxiale diffuse, 1297. — morbilleuse, 1105.
ENCÉPHALITIQUES. Accidents, 1303.
ENCÉPHALOMYÉLITE enzootique expérimentale. Maladie de Borna, 966, 1009, 1679.
ENCÉPHALOPATHIE infantile, 507.
ENDOCARDITE, 499. — végétante, 901. — végétante à staphylocoque, 701,
ENDOCRINOTHÉRAPIE ovarienne, 1554.
ENDOSCOPIE, 1629.
ENFANCE indigène, 1217.
ENFANT épileptique. Troubles de l'humeur et du caractère, 1673. — Les substances nutritives indispensables à l'—, 306.
ENTORSE du genou. Complications, 1530.
EOSINOPHILIE dans la scarlatine, 497.
EPAULE. Affections de l'—, 1037.
EPIDIDYMITE chronique, 135.
EPIDÉMIES. Les — en 1930, 1785.
EPIGLOTTITES aiguës, 1627.
EPILEPSIE, 1673. — et pathologie mentale, 1385. — formes dégradées, 1305.
EPILEPTIFORMES. Accidents — d'origine pleuro-pulmonaire, 1887.
EPIPHYSITE de la crête iliaque, 1342.
EPIPLOÏTE aiguë, 1091.
EPISTAXIS récidivantes. 1623.
EPITHÉLIOMA de la trachée. 1629. — orbito-nasal, 508. — spinocellulaire du dos de la main et du pied, 650. — sudorifère, 135.
EPULIS, 1910.
EQUILIBRE lipidique du sérum sanguin, 1789.
ERGASTÉROL irradié, 305, 350, 719, 1009, 1108. 1175,
ERGOTAMINE, 837.
ERYTHROMÉLIE de Pick-Herxheimer, 428.
ERYTHRODERMIE, 1765, 1932.
ESTOMAC biloculaire, 851. — en trèfle, 191. — Une nouvelle fonction de l'—, 240.
ETERNUEMENT, 384.
ETHYLISME, 428.
ETUDES dentaires. Réforme des —, 76, 294, 366, 454, 505, 540, 611, 915, 964, 1023.
EVACUATION extemporanée de l'utérus, 53.
EVENTRATION diaphragmatique, 1178.
EXAMEN d'un malade atteint d'affection gastrique, 203, 261. — médicaux préventifs, 46. — radiologique de la colonne vertébrale, 686.
EXOPHTALMIE basedowienne, 1253. — expérimentale, 1679.
EXOSTOSES ostéogéniques, 1340.
EXSTROPHIE vésicale, 1785.
EXTENSION par la broche de Kirschner, 189.
EXTRAIT d'hypophyse. 966. — parathyroïdien en thérapeutique gastrique, 1192. — rénaux aqueux, 1679.

F

FACULTÉS de médecine. Agrégation, 333. — Diplômes délivrés, 1921. — de médecine d'Alger. Thèses soutenues, 1934. — de médecine de Bordeaux. Thèses soutenues, 1765. — de médecine de Lille. Thèses soutenues, 1937. — de médecine de Lyon. Thèses soutenues, 1952. — de médecine de Marseille. Thèses soutenues, 1892. — de médecine de Montpellier. Thèses soutenues, 1450. — de médecine de Nancy. Thèses soutenues, 1635. — de médecine de Paris. Chefs de laboratoire des cliniques, 1749. — de médecine de Paris. Nomination des chefs de clinique, 1882. — de médecine de Strasbourg. Thèses soutenues. 1463. — de médecine de Toulouse. Thèses soutenues, 1532.
FARINES. Traitement chimique des —, 288, 366, 453, 627, 739.
FÉCONDATION, 371.
FERMENT fibrolytique, 966. — lactiques dans le traitement des colites, 1086.
FIBRINE, 1074.
FIBRO-KYSTE, 351.
FIBROME de la paroi abdominale, 1340.
FIÈVRE de lait sec, 119, 1078. — de trois jours ou fièvre à phlébotomes, 24. — exanthématique, 113, 384, 781, 881, 1253, 1765. — jaune, 540. 648, 1218, — ondulante, 136, 242. — ondulante d'origine bovine, 325. — récurrente, 188. — typhoïde, 773, 1822. — typhoïde à rechute, 1287. — typhoïde. Complications intestinales, 1650, 1682, 1716. — typhoïde, encéphalite, 1373.
FILM, 305.
FISSURE anale, Traitement, 555.
FISTULE duodénale, 106. — tubo-cutanée abdominale, 242.
FLOCULATION. L'épreuve de — vis-à-vis de l'immunité antityphoïdique, 773.
FLUORESCENCE de l'urobiline, 1631.
FŒTUS. Blessure d'un — dans la cavité utérine, 1005.
FOIE. Action sur quelques substances à action végétative, 404. — Extraits, 1242, — Réactions vaso-motrices du —, 554. — Traitement thermal des réactions vaso-motrices du —, 482.
FONCTION calcipexique, 1463.
FOUADIN, 1224.
FRACTURE de Bennet, 1145. — de jambe, 1643. — de jambe. Fixateur réducteur pour —, 1891. — de l'atlas, 1643. — de la tubérosité antérieure du tibia, 25. — de l'extrémité inférieure du radius, 1891. — de l'humérus avec paralysie radiale. Ostéosynthèse, 191. — de l'humérus gauche, 386. — de l'olécrâne. Vissage, 506. — des deux os de l'avant-bras, 1189. — du bassin, 1725. — du calcanéum, 106. — du coude chez l'enfant, 1897. — du cubitus et fracture du col du radius associées, 649. — du maxillaire inférieur, 1358. — du maxillaire inférieur. Appareillage, 1725. — du scaphoïde, 585. — du tibia, 190. — méconnue de la colonne vertébrale, 814. — ouvertes de jambe. Traitement chirurgical, 1603. — pathologique du col du fémur, 351. — spontanées des nourrissons, 807. — spontanées multiples chez le nourrisson, 663. — transcotyloïdienne de la ceinture pelvienne, 1785.

G

GAÏACOL, 1352.
GALACTOSURIE, 1254.
GANGLIONS sous-trapéziens dorsaux, 46.
GANGRÈNE du cordon, 522.
GASTRECTOMIE, 1091, 1191. — Indications de la — pour ulcus gastrique, duodénal, jéjunal, 1053.
GASTRIQUES. Schéma d'examen d'un malade atteint d'affections —, 203, 261.
GASTRITE et entéro-colite par élimination microbienne, 1353.
GASTRO-ENTÉRITE des nourrissons, 540.
GASTRO-ENTÉROLOGIE et stomatologie, 703.
GASTRO-ENTÉROSTOMIE, 323, 1046. — Indications de la —, 169.
GASTROPATHIE. Sur deux cas de — grave ayant simulé le cancer et probablement de nature syphilitique, 299.
GASTROPHOTOGRAPHIE, 1645.
GASTROPHOTOR, 1045.
GASTROSTOMIE, 688.
GAZ toxiques. Défense contre les —, 284.
GENOU. Ouverture large du —, 1191. — paralytique, 1041. — Voies d'accès, 1041.
GLANDE sous-maxillaire. Anatomie et physiologie, 270, 310, 354. — vasculaires sanguines, 495.
GLAUCOME. Traitement hypotensif, 817.
GLIOME central, 46. — kystique du cervelet, 1123. — kystique du lobe temporal, 79.
GLUTATHION, 183.
GLYCÉMIE, 1254.
GLYCÉRINE phéniquée, 1176.

GLYCOGÈNE hépatique, 1269, 1270, 1311.
GLYCORRACHIE, 371.
GOITRE, 1322. — et iode, 495. — exophtalmique, 1323. — exophtalmique chez un enfant de quatre ans et demi, 479. — exophtalmique et radiothérapie, 857. — exophtalmique. Radiothérapie pénétrante, 1192. — exophtalmique. Traitement, 5.
GOMMES du foie, 918. — syphilitiques du poumon, 849.
GOUNDOU 1239.
GOUTTE. Traitement, 1045.
GRANULOMATOSE, 1105.
GRANULIE cancéreuse, 384.
GREFFE segmentaire du radius, 304. — tendineuses, 1786.
GREFFON osseux, 1643.
GRIPPE et immunité, 773. — Etiologie. Immunité, 552. — L'épidémie de — de cette année, 773.
GROSSESSE ectopique tubaire, 686. — et magnésium, 1634. — extra-utérine, 135, 521.
GUARANA, 1311.
GYNÉCOLOGIE. Erreurs de diagnostic, 1323.

H

HALLUCINOSE, 1122. — pédonculaire, 553.
HANCHE Affections de la — 1039. — Luxations de la — 1039. — Résection ostéoplastique, 966. — Traitement chirurgical des arthrites déformantes de la — chez l'adulte, 1833. — Traitement chirurgical des infirmes de la —, 736. — Voies d'abord de l'articulation de la —, 1473.
HÉLIOTHÉRAPIE, 834, 1046.
HELMINTHIASES, 938.
HÉMATÉMÈSES et choréo-athétose, 918. — grave, 1646.
HÉMATOME de l'oreillette droite, 1106. — périrénal, 521, 1646.
HÉMATOPORPHYRINE, 1790.
HÉMIATROPHIE linguale, 79.
HÉMIHYPERTONIE infantile, 479, 731.
HÉMIPLÉGIE, 1175. — Diélectrolyse transcérébrale de calcium, 407. — hérédo-syphilitique, 80. — hystériques ou pithiatiques, 1581. — infantile avec atrophie optique, 918. — spinale ascendante chronique, 79.
HÉMITREMBLEMENT avec hémiasynergie cérébelleuse, 554.
HÉMOCRINOTHÉRAPIE et eczéma, 1045. — et injections intrahémorroïdaires, 739.
HÉMOCULTURE, 1352.
HÉMOGÉNIE 385.
HÉMOGLOBINURIE quinique, 1189.
HÉMOPHILIE 1059. — et muscle d'oiseau, 1191.
HÉMOPTYSIES. Traitement des — au cours de la collapsothérapie, 286.
HÉMORRAGIES gastriques et duodénales, 552. — digestives des cirrhoses latentes ou méconnues, 1493. — intestinale et hypertension, 1765. — pelviennes d'origine génitale. Diagnostic, 1674. — périodique, 1625. — sous-dermique, 1005.
HÉMORRHOÏDES. Traitement, 555, 739.
HÉMOSTASE par muscle d'oiseau, 1191, 1907.
HÉMOTHORAX interlobaire, 242.
HÉMYPNAL, 817.
HÉPATITE, 1175. — amibienne, 781. — enzootique ou Rift Valley Fever, 1223. — syphilitique maligne, 650.
HÉPATO-SPLÉNOMÉGALIE, 918.
HÉRÉDITÉ de mutilation, 480. — du diabète, 964. — d'une mutilation acquise, 82.
HÉRÉDO-SYPHILIS nerveuse, 21.
HERNIE diaphragmatique, 385, 834, 1441, 1932. — diaphragmatique chez le nourrisson, 918. — étranglée, 735. — inguinale, 1191.
HISTOCYTOMES, 1625.
HOMO-IMMUNISATION, 503.
HORMONES, 882, 1046. — du lobe antérieur d'hypophyse, 813.
HÔPITAUX de Paris. Concours de l'externat. Nominations, 1857. — Concours de l'internat. Admissibilité, 1345. — Nominations, 1857. — La neuro-chirurgie dans les —, 165. — Modifications au règlement, 1165. — Mutations d'accoucheurs, 1921. — Mutations de chirurgiens, 1881. — Mutations de médecins, 1809. — Mutations d'oto-rhino, 1881. — Répartition du personnel médical pour 1931-1932, 89.
HYDRÉMIE insulinique, 427.
HYDROCÈLES congénitales, 1044.
HYGIÈNE. Consultation publique et gratuite d'—, 1820. — du travail, 1233. — publique. Le danger de contamination, 1066. — sociale en Tunisie, 1551. — solaire, 1235.
HYPERCALCÉMIE, 350, 1135.
HYPERGLYCÉMIE, 1207, 1355. — insulinique, 1320. — non diabétiques, 1311.
HYPERNÉPHROME, 506.
HYPERPYREXIE, 650.
HYPERPNÉE et épilepsie, 306.
HYPERTENSION artérielle, 192. — et lésions rénales, 1551. — Fausses — diastoliques des obèses, 475.
HYPERTONIE, 1123. — parkinsonienne et hypertonie pyramidale, 1123.
HYPERTROPHIE cardiaque, 663. — du thymus, 480. — prostatique, 1178. — prostatique et radiothérapie profonde, 736, 882.
HYPOCHLORÉMIE, 757.
HYPOGLYCÉMIE, 1044, 1646.
HYPOPHYSE, 1309. — Extraits, 1009. — Extraits de lobe antérieur d'—, 703.
HYPOSULFITE double d'or et de sodium, 1802.
HYPOTENSION permanente, 134.
HYSTÉRECTOMIE, 1646. — abdominale totale, 1634.
HYSTÉRO-SALPINGOGRAPHIE, 853.

I

ICTÈRE grave, 1633. — grave et trypaflavine, 58. — hémolytique, 1121. — Rapport azotémique et amino-acidémie au cours des —, 371. — spirochétosique, 303.
ICTHYOTOXINES formolées, 626.
ILÉUS biliaire, 351, 1323, — paralytique, 686.
IMAGES radiologiques, 1645.
IMMIGRATION exotique, 1223.
IMMUNISATION, 26, 1106, 1107.
IMMUNITÉ, 120, 773, 1137. — antidiphtérique, 777. — antidiphtérique par voie cutanée, 305. — antimorbilleuse, 1188. — antitoxique, 1320, 1634. — dans la syphilis, 1757. — et virus filtrable, 703.
IMMUNO-TRANSFUSION, 330, 470. — et infections streptococciques et staphylococciques, 482.
IMPERMÉABILITÉ globulaire, 136.
INCONTINENCE de matières fécales et d'urine, 303. — d'urine tabétique, 242.
INFANTILISME hypophysaire, 80.
INFARCTUS segmentaire de l'intestin grêle, 1190.
INFECTION neurovaccinale, 174. — gastro-intestinales. Traitement. 242. — urinaires, 55. — non suppuratives du système nerveux central, 1514. — tuberculeuse du cobaye, 1320.
INJECTION première, 1320. — sclérosantes, 1621.
INNERVATION motrice du larynx, 1355.
INSOMNIES, 475, 1497.
INSUFFISANCE aortique, 1326. — aortiques à éclipses, 493. — cardiaque, 286, 1287. — cardiaque formes cliniques, 713, 751. — cardiaque, sucre et insuline, 27. — hépatique, 1354. — ventriculaire gauche, 1349.
INSULINE, 24, 1139. 1192, 1352, 1355, 1646, 1789, 1822, — Action ser l'hypophyse, 1587. — Action sur l'ovaire. 495. — et chirurgie, 190. — et oxalémie, 1159
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. Diplômes de doctorat en médecine de l'année 1930-1931, 1921 (voir aussi FACULTÉS). — Diplômes enregistrés (Seine), 65. — Doctorat en médecine et chirurgiens dentistes, 147. — Droits de la science, 648, 719. — Etudiants roumains et mauriciens, 1150. — Exercice de la médecine, 1130. — Fédération de la presse médicale latine, 334. — Fédération des syndicats médicaux de la Seine, 1522, 1790. — Fédération des syndicats médicaux de la Seine. Conseils aux médecins, 1853. — La réforme des études dentaires. (Voir ETUDES dentaires). — Loi Armbruster, 1454. — Loi Armbruster, vote par le Sénat, 1897. — Médecins étrangers, 654. — Officiers de réserve. Indemnité de première mise d'équipement, 1710, 1932. — Pléthore médicale, 757. — Proposition Armbruster, 906. — Rayons X. Les prétendus dangers des — 242. — Responsabilité médicale. (Voir CONGRÈS de médecine légale). Revision de la loi de 1902, 915. — Secret médical, 378, 1246, 1666. — Spécialités et médecine générale, 1198. — Syndicat des chirurgiens français, 2, 1594. — Syndicat des médecins de la Seine, 1942.
INTERLIGNE articulaire sur le concept radiologique de l'—. 1117.
INTOLÉRANCE lactée, 1340. — La notion d'—, 288. — Phénomènes d'— à la quinine, 931.
INTOXICATION bismuthique expérimentale, 1679. — chronique par le nitrate d'urane, 1269. — mercurielle chez les employés de tirs forains, 427, 428. — mortelle par révélateur photographique. 1821. — oxycarbonée aiguë, 1305 — par le chlorate de potasse, 663. — par la cyclohexenyléthylmalonylurée, 79. — par les barbituriques, l'aconit et l'iode, 989. — par l'oxyde de carbone, 302.
INTRADERMO-RÉACTION, 1802.
INTRAÉPIDERMO-INOCULATION, 1763.
INVAGINATION intestinale, 966, 1006. — et lavement baryté, 190.
IODE et maladie de Basedow, 495.
IONOPHORÈSE dentaire, 507.
IONS chlore et potassium, 702.

J

Journées médicales. (Voir Congrès.) — médicales coloniales. (Voir Congrès.)
Jurisprudence. — Accidents du travail. Maladies professionnelles, 586. — chirurgie esthétique, 510. — Droit de critique, 1449 — Exercice illégal, 812. — Honoraires médicaux, 253. — Taxe sur le chiffre d'affaires, 86. — Tétanos, injection préventive, responsabilité, 460.
Jus de raisin, 833.

K

Kala-azar, 305, 1121.
Kaolin bismuthé, 1587.
Kyste de l'ovaire, 1447. — dentigère du maxillaire supérieur, 1910. — du mésentère, 648, 1445. — du sein, 351. — épidermoïde. 813. — hydatique, 901, 1447. — hydatique du foie, 1786. — hydatique du poumon, 758.

L

Labyrinthe, 1627.
Labyrinthites, 1623.
Lait, 1174. — de vache administré aux nourrissons, 1143.
Laminectomie dans l'énurésis, 1037.
Laryngectomie pour sarcome, 1627.
Laryngite suffocante du nourrisson, 1629. — tuberculeuse, 1627.
Larynx, 1911.
Leçon inaugurale du professeur Audibert, 149. (Voir chronique.)
Lèpre, 1220, 1269. — séro-diagnostic, 881.
Lépreux. Virus —, 305.
Lésions cérébrales, 1297.
Leucémie, 965, 1231. — aiguë, 1092. — myélogène, 302.
Leucocytaire. — Dérivation — et tuberculose, 499. — Formule — dans la scarlatine, 497.
Leucoplasie, 1932.
Leucosarcomatose, 503
Ligature des carotides, 190.
Lipiodiagnostic, 1914.
Lipiodol, 1323. — intratrachéal, 288.
Liquides inflammables et toxiques utilisés par les coiffeurs, 542. 718. — intra-oculaires, 1160.
Lithiase rénale, 1020. — rénale. Chirurgie de la —, 1786. — urinaire, 1019,
Lithotritie, 1644.
Lobe azygos. Radiographie du —, 1646.
Lobite avec caverne chez un enfant de six mois. Pneumothorax, 480. — tuberculeuse, 1551.
Locus niger, 1299.
Lois de Poiseuille et artério-sclérose, 381. — Milan-Rio à l'Académie de médecine, 366.
Lupus et électro-coagulation, 191.
Lutte anti-alcoolique, 1785.
Luxation ancienne du coude, 1191. — congénitale de la hanche, 135, 507, 1091. — de la IVe vertèbre cervicale, 521. — de l'épaule, 25. — des vertèbres cervicales, 106. — Double — récidivante de l'épaule, 1009. — du semi-lunaire. Réduction sanglante, 1091. — récidivante de l'épaule, 1725. — traumatiques irréductibles de la hanche, 1190.
Lymphogranulomatose, 1269, 1354, 1763. — maligne. Forme pulmonaire, 269.
Lymphome malin de Barrel Haaland, 838.
Lysats vaccins, 521.

M

Magnésium, 881, 1108. — et cancer, 1678. — et grossesse, 1634. — et rachitisme, 1207. — Sels halogénés de —, 506.
Mal de Caderas, 1174. — Mal de Pott, 1037.
Maladie amyloïde, 1157. — de Basedow, 475, 476, 495, 521, 585, 918, 1323, 1417. — de Basedow. Traitement chirurgical, 190, 521. — de Borna, 1679. — de Chauffard-Still, 1270. — de Crouzon, 326. — de Dupuytren, 555. — de Friedreich, 1353. — de Grisel, 1911. — de Heine-Medin, 231, 1189. — de Hodgkin. Forme douloureuse, 408. — de Hodgkin (lymphogranulomatose maligne), 702, 855. — de Kümmel-Verneuil, 845. — de Little et poliomyélite, 480. — de Little et opération de Förster, 25. — de Meleda, 479, — Nicolas et Favre, 1269 — Nicolas et Favre (lymphogranulomatose inguinale), 1763. — d'Oppenheim, 429. — de Parkinson. Thérapeutique actuelle, 482. — de Recklinghausen, 25, — de Ritter, 1932. — de Stieda, 1190. — du jeune âge des chiens, 756. — du sommeil, 1219, 1551. — familiale, 1305, 1932. — infectieuses des animaux transmissibles à l'homme, 1222. — osseuse de Recklinghausen, 135. — rhumatismale, 1157. — rhumatismale à évolution chronique, 685.
Malformations, 1033. — du cœur, 1106.
Manifestation en l'honneur de la médecine belge. Discours du professeur Forgue. 1889.
Mastoïdites, 1910. — latente, 686.
Mastoplastie, 1644.
Matière médicale d'Annam, 1233.
Maux perforants. Laminectomie lombo-sacrée pour —, 735.
Maxillaires. Tumeurs malignes des —, 1069, 1101.
Médecine et médecins au Maroc, 160. — coloniale. La — à l'Académie, 1550. — légale et médecine sociale des accidents d'automobiles, 982.
Médecins canadiens, 191.
Médicaments. Influence des conditions circulatoires sur la réaction locale de certains —, 739.
Médications antisyphilitiques, 1059.
Médullo-épithéliome, 1375.
Membrane de Corti, 1909.
Méningiome de la faux, 812. — du tuberculum Sellae, 554.
Méningite aiguë lymphocytaire bénigne, 408. — à Friedländer, 303. — ascaridienne, 1191. — cérébro-spinale, 1078. — cérébro-spinale. Traitement actuel, 771. — chez l'enfant, 1135. — lymphocytaire d'origine otitique, 663. — séreuse, 1374. — tuberculeuse. Diagnostic et pronostic de la —, 533. — tuberculeuse et rhumatisme articulaire aigu, 1121. — tuberculo-pneumococcique, 269. — ventriculaire, 509
Méningocoque et bleu de méthylène, 553.
Ménisquites, 1174.
Ménopause. Traitement, 1829.
Métabolisme chloré des pneumoniques, 769. — des graisses dans la maladie cœliaque, 1143. — des jeunes nourrissons, 1322. — du phosphore, 1633.
Métaux lourds et tuberculose, 1551.
Méthode cholémimétrique, 1158, 1206. — de déplacement, 1912, — de d'Hérelle, 27. — de Löwenstein, 1789. — de Whipple. 288, 289 — Méthode phylactique, 240. — sérothérapique hormonique de Cavazzi, 1046.
Microbes et parasites intestinaux, 578.
Miel. Le — en diététique et thérapeutique infantile, 918.
Milieu de culture vitaminé, 59.
Mission au Canada, 1917. — du *Pourquoi pas*, 1410.
Moelle épinière. Anatomie, 337.
Mort subite par inhibition au cours d'une tentative d'avortement, 1005.
Mortalité des deux premiers jours de la vie, 1675. — précoce du nourrisson, 1676, 1781.
Moustique cavernicale, 1174. — stercoraire, 1678.
Mucocèle, 1621.
Muqueuse. Pouvoir excréteur de la — digestive, 702.
Muscle artériel et eaux minérales bicarbonatées carboniques, 553. — d'oiseau et hémostase, 739. 1907.
Mycothérapie, 480.
Myoclonie, 1124.
Myosites infectieuses, 1238.
Myxœdème, 1932.

N

Nævus, 918.
Nageurs d'eau douce, 814, 1253.
Nanisme, 1175.
Nécrologie. — Ascoli (Vittorio), 460. — Chaumier (de Tours), 618. — Derrien (de Montpellier), 694. — Dujarier, 1130, 1182. — Jacquemaire-Clemenceau, 1114. — Fleury (Maurice de), 594. — Lortat Jacob, 1050. — Ribadeau-Dumas (Henri), 1014. — Kitasato, 1030. — Vedel (de Montpellier), 673. — Weiss (Georges), 126. — Widiez (Albert), 434.
Néoplasme gastrique, 1009.
Néphrectomie, 1645.
Néphrite hérédo-syphilitique, 1141. — hypertensive, 1176. — mercurielle, 24.
Néphrose lipoïdique, 269, 701. 1311, 1321, 1342, 1516. — lipoïdique chez un tuberculeux, 718. — lipoïdique. Sa valeur nosologique, 1401.
Nerf phrénique droit, 1162, 1194. — vasosensibles et adrénalinosécrétion, 407.
Neurofibromatose, 1271, 1932.
Neuro-myélite optique aiguë, 1340.
Neuro-syphilis, 1158.
Neurotomie rétrogassérienne, 25.
Névrite post-sérothérapique, 24.
Nitrate d'urane, 1790.
Nodule de Meynet, 1932.
Noma dans la leucémie aiguë, 1092.
Noréphédrine, 479.

NOTES POUR L'INTERNAT. — Angine de Ludwig. 1574. — Anthrax, 1290. — Aortites syphilitiques, 1930, 1981. — Appendicite aiguë. Formes cliniques et diagnostic, 1502, 1538. — Cancer de la tête du pancréas, 1062, 1094, 1126. — Cancer du cæcum, 526, 558. — Cancer du rein, 140, 178, 214. — Abcès du sein. Signes, diagnostic et traitement, 1426. — Colique hépatique. Signes et diagnostic, 1394. — Fièvre typhoïde. Complications intestinales, 1650, 1682, 1716. — Fractures du coude chez l'enfant. Formes cliniques et dianostic, 1897. — Fracture du maxillaire inférieur, 1358. — Hémiplégies. Diagnostic des — 390. 430, 486. — Hémothorax traumatique. Signes et diagnostic, 740, 783. — Insuffisance aortique. Signes et diagnostic, 1326. — Mal de Pott de l'adulte. Formes cliniques, diagnostic et traitement, 950, 989, 1026. — Méningite cérébro-spinale. Signes, diagnostic et traitement, 590, 628, 666, 706. — Nerf phrénique droit, 1162, 1194. — Orchites aiguës. Diagnostic, 1609. — Phlegmon périnéphrétique. Signes, diagnostic et traitement, 1854. — Poliomyélite antérieure aiguë, 28, 62. — Purpuras. Formes cliniques des —, 1466. — Rétention placentaire dans l'avortement. Signes, diagnostic et traitement, 1771. — Tabes. Signes et diagnostic, 818, 858, 902. — Ulcus du duodénum, 1806.
NUCLEUS pulposus. Calcification du —, 1891.
NYSTAGMUS, 812.

O

OBLITÉRATION des artères du membre inférieur, 1281.
OBSTRUCTION chronique du duodénum, 1141. — pylorique, 1443.
OCCLUSIONS du grêle, 506, 688. — intestinale, 735, 1443.
ŒDÈMES liés à l'hypothyroïdie, 698.
ŒSOPHAGE, 1621
ŒUFS. Consommation et valeur alimentaire, 506.
ONDES courtes, 1844. — entretenues, 1631. — galvaniques, 555. — Influence de la longueur d'—, 838.
OPÉRATION de Brauer, 626. — de Förster, 25. — parathyroïdienne, 1249.
OPOTHÉRAPIE splénique, 286.
ORCHITES aiguës, 1609.
OREILLE. Syphilis de l'—, 1910.
OSCILLOMÉTRIE, 479.
OSSIFICATION des pariétaux, 1765. — internes, 1587.
OSTÉITE fibreuse de Recklinghausen, 1646. — pétreuse, 1909. — raréfiante par corps étrangers métalliques non fixés, 106.
OSTÉO-ARTRITES du nourrisson, 1091.
OSTÉO-CHONDROME, 1785.
OSTÉOMALACIE, 1175.
OSTÉOMES, 1643. — du brachial antérieur, 135. — du coude, 135, 1441. — du fémur, 1041.
OSTÉOMYÉLITE, 1147, 1342. — Résection précoce sous-périostée pour — aiguë, 965.
OSTÉOPATHIES hypertrophiantes, 1719.
OSTÉOPÉRIOSTITE pseudo-kystique de la symphyse mentonnière, 703. — syphilitique, 1934.
OSTÉOSYNTHÈSE, 135, 190, 191, 1006, 1035.
OTITE moyenne, 1623.
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. Congrès français, 1907.
OXYDES organiques, 1145.
OXYURASES, 1942.
OXYURES, 384.
OZÈNE, 1623.

P

PALUDÉEN chronique, 509.
PALUDISME, 1217. 1240, 1550. — Dénomination du —, 1516.
PANCRÉAS. Œdème aigu du —, 1190.
PANCRÉATITE chronique, 1006.
PAPILLOMES du IVe ventricule, 1122.
PARALYSIE bulbaire, 1076. — de la IIIe paire, 813. — de Landry, 1307. — des muscles paravertébraux, 1146. — des mouvements associés des globes oculaires, 1297. — de type hystérique, 508. du droit supérieur, 817. — faciale, 1625, 1631. — faciale périphérique, 1226, 1258. — générale, 290. — générale à évolution aiguë, 1158. — générale dans la population rurale, 1761. — générale et pyrétothérapie, 688. — générale et récurrentothérapie, 739. — incubation, 1122. — infantile, 231, 1043, 1271. — infantile atypique, 330. — laryngée, 122. — oculaire et fièvre typhoïde, 1822. — périphérique après intoxication par l'oxyde de carbone, 302. — post-sérothérapique, 328, 554. — simultanée chez la mère et le nouveau-né, 918.
PARAPLÉGIE, 1340. — spasmodique familiale, 1076.
PARASITES, 1235.
PARASITISME et appendicite, 1746 — et colites, 1882. — et neurasthénie, 1230. — intestinal, 1223.
PARASITOSES du tube digestif, 938.
PARATYPHOÏDE, 303, 1947. — Ablation —, 25.
PARATHYROÏDECTOMIE, 106, 1797. — dans certaines polyarthrites ankylosantes, 729. — et polyarthrites ankylosantes, 685.
PARATHYROÏDIENNES. Opérations — dans la polyarthrite ankylosante, 1643.
PAIN. La question du —, 288 (voir aussi FARINES).
PARKINSONIEN post-encéphalitique, 328.
PARKINSONISME syphilitique, 1299.
PARONDOTOME, 25.
PAROTIDITE GRIPPALE, 1563.
PATERNITÉ. Diagnostic de la —, 503.
PATHOLOGIE thyroïdienne, 697.
PEIMTURES antiseptiques. 1725.
PELADE, 1757.
PELLAGRE, 1235.
PERCUSSION du foie; ses aléas, 1046.
PERFORATIONS aiguës gastriques et duodénales, 383. — du cæcum, 648. — d'ulcère gastrique, 521. — d'ulcère gastrique à l'occasion d'un traumatisme, 963. — gastriques et duodénales, 552. pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax bilatéral, 1779. utérine, 1587-1786.
PERFFSION hépatique, 192. — Liquide de — hépatique, 330.
PÉRICARDITE aiguë d'origine rhumatismale, 385. — rhumatismale, 1078.
PÉRIMÈTRE thoracique. Rapport du — à la taille des enfants et des jeunes gens de haute stature, 361, 397.
PÉRISTALTISME, 352.
PÉRITONITE à pneumocoque, 918, 1090, 1147, 1457, 1567.
PÉRONÉ. Absence congénitale, 429.
PERSONNEL médical aux colonies, 1237.
PERTURBAYIONS neurologiques et humorales, 626.
PESTE aviaire, 1321. — bubonique, 386.
PEYOTL, 76.
PH. Infections urinaires et — nrinaire, 55. — urinaire, 55, 837.
PHARMACIE aux colonies, 1233.
PHLÉBITE. Coagulation sanguine dans les — et embolies post-opératoires, 758. — hémorrhoïdaire externe, 1324. — Pathogénie, 476,
PHLÉBOTOMES. Fièvre à —, 24.
PHLEGMON des gaines, 734. — des gaines des fléchisseurs des doigts, 586. — péri-amygdalien, 1621. — périnéphrétique, 1854.
PHOSPHORÉMIE, 1137.
PHOSPHORE sanguin, 1321.
PHYLAXIE, 1285. — par les eaux minérales, 733.
PIAN, 1222.
PIED bot, 1356. — Traitement, 139. — Traitement précoce, 1271, 1272. — varus équin congénital après deux ans. Traitement, 1715.
PIED paralytique, 1041.
PICROTOXINE, 1373.
PILOCANPINE et tropine, 118.
PINÉALOME, 1299.
PLACENTA albuminurique sans albuminurie, 627. — Perméabilité du —, à l'ovalbumine, 626.
PLACENTAIRE. Perméabilité —, 966.
PLAIES articulaires. 106. — de l'abdomen par balle, 649. — de la rate, 761. — infectée avec section du N. radial, 735.
PLANCHER du IIIe ventricule, 1307.
PLANTES médicinales dans les colonies françaises, 1233.
PLAQUETTES sanguines, 119. 508.
PLASMOCYTOME, 1342.
PLASTIE. Nouveau procédé de —, 686.
PLÉONOSTÉOSE, 1932.
PLÉTHORE médicale, 1074.
PLÉTHYSMOGRAPHIE, 1627.
PLEURÉSIE enkystée fétide, 539. — purulente, 965. — purulente du nourrisson, 1765. — putride, 1646. — tuberculeuses et sels d'or 722.
P. lipidique, 479.
PLOMB dans l'organisme des animaux, 718.
PLONGEURS. Hématomyélie des —, 1024.
PNEUMATOSE kystique du grêle, 735
PNEUMOBACILLE de Friedlander, 555.
PNEUMOCOQUE, 1802.
PNEUMOMÉNINGE traumatique, 351.
PNEUMOPYÉLOGRAPHIE, 855.
PNEUMOTHORAX, 480, 1105, 1106. — Barbotage gaïacolé chaud, 969. — et tuberculose du larynx, 1627. — idiopathique, 650. — Le —, à l'hôpital, 733. — thérapeutique, 916.
POINT de côté abdominal chez l'enfant, 627.
POLICE sanitaire maritime, 1223.
POLIOMYÉLITE, 28, 62, 174, 240, 403, 480, 482, 779, 1041, 1135. — aiguë et sérum de Pettit, 739. — antérieure aiguë à forme paraplégique, 565. — antérieure aiguë. Numéro consacré à la —, 231. — et radiothérapie, 350, 857. — L'épidémie d'Alsace, 368. — Sérothérapie, 881. — Traitement de Bordier, 663.
POLYARTHRITE ankylosante et parathyroïdectomie, 685, 729, 1090. — tuberculeuse, 1646.

Polyglobulie, 479.
Polymyosite, 1271.
Polynévrites alcoolo-tuberculeuses, 648. — pseudo-myopathique, 329. — syphilitique, 1310.
Polypes de l'oreille, 1625. — fibroïde, 1621. — nasaux et sinusite, 736.
Polypeptidémie dans les rétentions azotées, 959, 999.
Ponction exploratrice dans les collections suppurées du pharynx, 736.
Potassium, 1207. — du sang, 1254. — Répartition du —, 1144.
Potomanes, 626, 1158.
Pouls veineux des saphènes, 385.
Poumon. Lardage du —, 736. — Diagnostic des tumeurs du —, 847.
Poussées leucocytaires chez un radiologue, 427.
Pouvoir anagotoxique et phylaxie, 1285. — Pouvoir excréteur du tube digestif, 1106, 1270.
Précarence A, 404.
Préhension forcée et lobe frontal, 1303.
Prémunition antimicrobienne, 1157.
Pré-spondylolisthésis, 135.
Pression artérielle, 508 626, 1801, 1320. — artérielle moyenne, 1208. — moyenne, 505. — moyenne et hypertension artérielle, 285.
Prix Albert Ier de Monaco, 881.
Projectile cardio-péricardique, 135, 351.
Propriété scientifique, 1023, 1074.
Prostate. Forage, 882.
Prostatite chronique latente, 882.
Protection sanitaire et démographique, 1233.
Protéine des épanchements articulaires, 718. — 1107, 1207.
Protéinémie du cheval, 119.
Protéinothérapie, dite vaccinale de la sclérose en plaques, 1763. — et chirurgie des cancers. 1191.
Prothèse, 1006.
Protozoaires du tube digestif, 938.
Prurits, 58. — anal. Traitement, 555. — des nageurs en eau douce, 1253. — valvulaire, 1189.
Pseudarthrose, 649. — et cures thermales, 685,
Psittacose, 782. — A propos de trois cas, 497. — Epidémie de Florence, 497. — Epidémie de Vienne, 499.
Psychose périodique et démence précoce, 1309. — post-opératoires, 1090.
Puberté, 1647.
Purpura. Formes cliniques, 1466.
Pyélographie, 1022.
Pyélonéphrite, 1646.
Pylorotomie, 1445,
Pyopneumovhorax, 1076.
Pyrétrines, 1075, 1587, 1918.
Pyrétothérapie, 688.
Pyurie et bacillurie chez l'enfant, 1135. — et colibacilluries du nourrisson, 1599.

Q

Questions d'internat. (Voir Notes pour l'internat.)
Queue de cheval. Compression, 1123.
Quinine et sang splénique, 702. — Intoléranee, 931.
Quinoléiques, 171.

R

Rachianalgésie, 1645.
Rachianesthésie, 1323. — à la percaïne, 351. — en obstétrique, 506.
Rachis Lésions du —, 1033.
Rachisecateuh, 702.
Rachitique. Facteur anti— dans les œufs conservés, 1353. — Le thorax chez l'enfant—, 1141. — Traitement des déformations — des membres inférieurs, 1891.
Rachitisme, 1207.
Radiations ultraviolettes, 1342.
Radiodiagnostic en obstétrique, 853.
Radiographie du système artériel des membres, 849. — du système urinaire par l'urosélectan, 853.
Radiologie. Analyses, 845.
Radiologue. Poussées leucocytaires chez nn —, 427.
Radioscopie Insuffisance de la — seule dans le traitement des affections pulmonaires, 555.
Radiothérapie, 1417 — de la maladie de Hodgkin, 855. — de la région surrénale, 857, 1078. — dans les compressions médullaires, 858. — dans les périviscérites douloureuses, 855. — du cancer du col de l'utérus. 858. — du sympathique, 857. — et poliomyélite, 1135. — profonde dans l'hypertrophie prostatique, 736.
Radiumthérapie, 1120.
Rage. Traitement. 781.
Ramisection, 1786.
Rapport protéinique dans les tumeurs, 173.
Rate et immunité, 1137. — Extraits aqueux de — dans le traitement des prurits et eczémas, 58. — Rupture de la —, 386, 476, 1932.
Rayons X, 1352. — Action indirecte, 1046.
Réactions allergiques, 1355. — allergiques et cardiopathies rhumatismales, 966. — de fixation du complément, 1759. — de floculation à la résorcine dans le rhumatisme, 407. — d'Hymans van den Bergh, 1159. — de Legal, 719. — de Meinicke, 1759, 1790. — de Müller, 1759. — de sédimentation globulaire dans les affections articulaires, 757. — de Wassermann, 1759. — humorales et vaccin jennérien, 1680. — méningées chez l'enfant, 675. — ostéoplastique de Wladiasiroff-Mikulicz, 757. — suicide, 1005. — vestibulaire, 1627.
Rectocolite, 507.
Rectum. Amputation abdomino-périnéale, 352, 725.
Récurrentothérapie, 739, 1631, 1678.
Réflexes des diabétiques, 288. — moteur de la vessie, 1353. — vaso-moteur, 837. — vestibulo-capillaire, 1627.
Régime carné et élevage de chevreaux, 119.
Reins. Troubles fonctionnels des — dans la lithiase rénale, 1020.
Relai tissulaire, 1254.
Résection du genou, 26, 134, 304, 521. — du nerf présacré, 351. — gastrique, 26, 585. — gastriques, drainage de l'abdomen, 761.
Réserve alcaline du sang dans le rhumatisme, 1631.
Résistance du malade, 1178.
Respiration. Dangers de la — buccale au cours des opérations, 1323. — humaine dans les enceintes dans le vide, 964.
Responsabilité médicale, 979. (Voir Congrès de médecine légale.)
Résultats éloignés des opérations sur les voies biliaires, 1153.
Rétentions aqueuses de l'organisme, 1554. — azotées. Polypeptidémie, 959, 999. — placentaire dans l'avortement, 1771.
Réticulocytose au cours de la maladie de Hodgkin, 702.
Réticulo-endothélio-sarcomes, 427.
Rétrécissement aortique, 509. — congénital de l'aorte, 1271. — de l'œsophage, 1621. — mitral et troubles phonatoires, 27.
Revues générales. — Anacrotisme, par M. Pierre Broustet, 1657 — Anémies aplastiques, étude clinique, anatomique et pathogénique, par M. Baize, 37, 69. — Artères et nerfs des voies spermatiques, par MM. Cl. Huriez et L. Christiaens, 1735. — Constitution des tuberculeux. Les idées anciennes et modernes sur la —, par Louis Corman, 1201. — Fièvre exanthématique du Littoral méditerranéen, par M. G. Mazet, 113. — Goitre exophtalmique. Traitement du —, par M. Hubner, 5. — Hémiplégies hystériques ou pithiatiques, par M. A. Rouquier, 1581. — Insuffisance cardiaque. Formes cliniques, par M. Maurice Wahl, 713, 751. — Lobe apical de la veine azygos, par MM. Carrière, Thomas et Huriez, 1333, 1365. — Méningite tuberculeuse. Diagnostic et pronostic de la —, par M. Bretlet, 533. — Néphrose lipoïdique, sa valeur nosologique. par MM. Houcke et Warembourg, 1401. — Parathyroïdes et rhumatisme chronique déformant, par M. René Simon, 1947. — Perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax bilatéral, par MM. Mattei et Jasienski, 1779. — Polypeptidémie dans les rétentions azotées, par MM. A. Puech, P. Cristol et P. Monnier, 959, 999. — Sténoses pyloriques de l'adulte. Etude clinique, par M. Jean Chomet, 1813. — Système moteur extrapyramidal, étude anatomique, physiologique et clinique, par M. Trelles, 1691. — Test d'Aldrich et Mac Clure, par MM. Violle et Gilbert Dreyfus, 1169. — Thromboses cardiaques, par M. Pierre Dupire, 441. — Troubles psychiques au cours du tabes, par MM. E. Larrivé et H. J. Jasienski, 185. — Tuberculose intestinale ulcéreuse. par M. Jacques Arnaud, 597. — Tuberculose vertébrale postérieure, par MM. Claude Huriez et Marcel Lambret, 279, 319. — Tumeurs malignes des maxillaires, par M. Ch. Ruppe, 1069, 1101. — Voies d'abord de l'articulation de la hanche, par MM. Folliasson et Joly, 1473.
Rhinolithes, 1621.
Rhinoplastie, 761.
Rhumatisme, 407, 497. — aigu cérébral, 1158. — articulaire aigu. Méningite tuberculeuse, 1121. — articulaire aigu, réaction péritonéale, 476. — chronique, 1631. — déformant, 1765. — chronique déformant, 134, 1947. — chronique déformant chez une petite fille, 1185. — chronique et Radon, 612. — d'origine intestinale, 25. — et allergine, 1340. — Ligue française contre le —, 1930. — polyarticulaire, 1107. — tuberculeux, 685.
Rœntgenthérapie des affections bénignes, 1417. — et curiethérapie des cancers, 1419.
Rougeole, 1157. — anormale, 1934. — Paraplégie consécutive, 1340.
Rupture de la rate, 386, 476, 1932. — du ligament rotulien, 476.
Rythme à quatre temps, 1106.

S

SAC respiratoire de Janet et Mlle Bochet, 1355.
SALPINGOGRAPHIE, 1078.
SANG et coma diabétique, 1254. — fœtal, 1207. — Origine humaine du —, 1005.
SANGSUE, 1912.
SAPHÉNECTOMIE totale, 965.
SARCOMATOSE iodiopathique pigmentaire multiple de Kaposi, 1753.
SAVOIR, pour prévoir, afin de pouvoir, 149.
SAVON-BOUILLON-VACCIN, 404. — de métaux lourds et syphilis, 134. — et tuberculose expérimentale, 175 — Propriétés cryptotoxiques des —, 58.
SCAPHOÏDITE, 1043.
SCARLATINE. Etiologie. 775, — Contagion tardive de la — et moyens de l'éviter, 1799. — fonction hépatique, 1139.— Valeur de la formule leucocytaire et de l'ésinophilie dans la —, 497.
SCHISTOSOMOSE, 1224.
SCHIZOPHRÉNIE, 1310.
SCILLARÈNE, 206.
SCILLE, 206.
SCLÉRODERMIE avec mélanodermie, 626.
SCLÉROSE combinée de la moelle, 79. — en plaques, 506, 553, 813, 1307, 1763. — latérale amyotrophique post-traumatique, 1564. — pulmonaires, 849.
SCOLIOSE, 1035. — congénitale pur hémivertèbre, 762. — et corsets, 1358.
SCOPOLAMINE, 1355.
SCORBUT aigu expérimental, 118. — Maladie des conserves, 719.
SECTION du nerf sciatique, 386.
SÉCRÉTION lactée du nouveau-né, 1143. — nasale après castration, 1623. — pancréatlque, 1045.
SÉDIMENTATION. Vitesse de — des globules rouges, 1317.
SÉDOBROL, 1110,
SEMI-LUNAIRE. Affection du —, 26.
SÉMINOMES Adénopathie, 385.
SÉNESCENCE, 1647,
SENSIBILISATION au cours du traitement insulinien, 1192. — aux oranges, — à l'eau des torrents. 814, 1253. — du lapin par les extraits protéiniques, 1159. — thérapeutique, 735.
SENSIBILITÉ actinique, 918. — familiale aux accidents sériques, 554.
SEPTICÉMIE à staphylocoques et bactériophage, 1271. — staphylococcique, 521. — à streptocoques. Sérum antistreptococcique. 718. — et bactériopexies, 769.
SÉROTHÉRAPIE antidiphtérique. 1678. — antipneumococcique, 177.
SÉROFLOCULATION, 1178.
SÉRUM antidiphtérique, 371, 779, 1679. — antidiphtérique par voie rectale, 777. — antistreptococcique, 718. — antistreptococcique de Vincent, 1175. — antitétanique. Dans quels cas un médecin est-il tenu de faire une injection de —, 189, — antitétanique. La question du — à l'Académie de médecine, 608. — antityphoïdique. 552. — d'épileptique, 1322. — de génisse, 523. — hyperchloruré intraveineux dans obstruction du grêle, 688. — sanguin, 833, 1311. — Ultrafiltration et pouvoir trypanocide du —, 59.
SIGNE d'Empis chez le nourrisson, 27.
SINUS caverneux, thrombose, 1619. — Hémorragies secondaires du — latéral. 1909. — Phlébites des —, 1909.
SINUSITE aigë frontale bilatérale. Abcès cérébral à distance, 46. — chroniques, 1621.
SOCIÉTÉ de chirurgie. Prix décernés, 126.
SOUFFLES FONCTIONNELS aortiqnes, 129.
SOURDS-MUETS, 1627.
SOUS-MARIN. Sauvetage individuel de l'équipage d'un — 1075.
SPARTÉINE, 1159.
SPASME de torsion, 1373. — du type Ziehen-Oppenheim, 24.
Spermatiques. Artères et nerfs, 1735.
SPHYGMOMANOMÉTRIE auscultatoire, 522.
SPIROCHÆTA gallinarum, 1354.
SPIROCHÈTES, 539.
SPIROCHÉTOSE, 1105. — récurrente en Afrique occidentale française, 1550.
SPLÉNOMÉGALIE de la syphilis, 1274.
SPONDYLOLISTHÉSIS, 845, 1035, 1373.
STAGIAIRES. Conseils aux jeunes —, 257.
STATIONS thermsles, 1239.
STEGOMYA, 1218.
STÉNOSES cicatricielles du larynx, 1643. — de l'œsophage, électrolyse, 1091. — pylorique de l'adulte, 1813.
STÉRILISATION des eaux par les métaux, 160.
STOMATOLOGIE et gastro-entérologie, 703.
STOMATOPLASTIE de l'utérus. 758.
STREPTOBACILLUS moniliformis, 174.
STREPTOCOCCÉMIE, 385.
STRIO-PALLIDUM, 1299,
STRYCHNINE, 1123.
SUBSTANCES vénéneuses, 1166.
SUCRE associé à l'insuline dans le traitement des insuffisances cardiaques, 27. — protéidique, 1789, 1802.
SULFATE d'Hordénine, 386.
SULFOCONJUGAISON, 1352.
SUPPURATIONS auriculaires, 1625. — broncho-pulmonaires, 1288-1629. — pleuro-pulmonaires, 1340, 1907. — putrides du poumon. Pneumothorax, 1105.
SURDITÉ et tabagisme, 1625. — par otospongiose, 1625.
SURINFECTION tuberculeuse, 1790.
SUTURE primitive, 1644.
SYNCOPE hordénino-chloroformique, 479.
SYMPATHECTOMIE, 1190.
SYMPATHIQUE et calcium, 1045. — Perturbatiosn, 1309.
SYNDROMES adiposo-génital, 79, 1375. — basedowien, 697. — de Claude Bernard-Horner, 1353. — de Chauffard-Still, 384. — de compression probable du lobe frontal gauche, 386. — de Gradenigo, 1623. — de Klippel-Feit, 329. — de Ménière, 76. — de Parinaud, 1934. — de puberté précoce, 1374. — douloureux vertébral, 685. — du corps de Luys, 1305. — entéro-épileptique et syndrome d'hémiparkinsonisme réalisés par une tumeur cérébrale, 554. — rénal, 1019. — hypogranulocytaire, 1645. — ictéro-hémorragiques en pathologie tropicale, 929. — infectieux, 1175. — inférieur du noyau rouge de Claude et syndrome de Parinaud, 549. — neuro-anémique, 58. — neuro-musculaire et avitaminose, 1271. — neuro-végétatif du rhumatisme, 497. — paralytique unilatéral global des nerfs craniens, 812. — pariétaux et thalamiques, 1303. — supérieur du noyau rouge, 76. — sympathique cervical postérieur. 289. — sympathique et migraine ophthalmique, provoqués par un pneumothorax thérapeutique, 1106. — thalamique au cours d'une sclérose en plaques, 553. — vestibulo-spinal, 1122, 1375.
SUBLUXATIONS congénitales douloureuses chez l'adulte. Diagnostic, 1841.
SYNOSTOSE radio-cubitale, 326.
SYPHILIS, 1531. — aux colonies, 1221. Diagnostic par spectro-réaction, 105. — et énésol, 1498. — expérimentale, 1759. — hématogène. 1757. — héréditaire, 1121. — Immunité, 1757. — inapparente, 1759. — latente, 1757. — osseuse, 1761. — Traitement, 134. — Traitement par le bismuth et ses dérivés, 1552.
SYPHILITIQUES. Récidives locales des chancres —, 1759. — Règles générales des traitements anti —, 1265. — Eruptions — secondaires, 1757,
SYRINGOMYÉLIE, 1307. — et röntgenthérapie, 855.
SYSTÈME moteur extrapyramidal, 1691. — réticulo-endothélial chez les sujets porteurs de tumeurs, 501.

T

TABAGITME et surdité, 1625.
TABES. Incubation, 1122. — Troubles psychiques au cours du —, 185.
TACHES solaires, 1250.
TECHNIQUE de la parathyroïdectomie, 1797.
TÉNIAS, 384.
TENDONS fléchisseurs. Réparation, 1646.
TENSION artérielle moyenne, 1106, 1108, 1322.
TERRAIN en dermatologie, 1753.
TEST d'Aldrich et Mac Clure, 1169. — sérologique de parenté de Zangmeister, 1137.
TESTICULE. Volvulus du —, 105.
TÉTANIE, 1270. — au Mexique, 351. — et encéphalopathie infantile, 350.
TÉTANIQUE, Antitoxine, 305. — Toxine, 626.
TÉTANOS, 1206. — Traitement, 779, 1437, 1820. — Vaccination, 1353. — et sérothérapie, 1706. — chronique, 1091.
TÊTE humérale. Traumatismes, 1643.
THALAMUS et chronaxie, 173.
THÉRAPEUTIQUE et constitution des organes, 286. — expérimentale, 833.
THIOCOL, 1850.
THORACOPLASTIES, 1643, 1647.
THORAX en entonnoir, 80, 1190.
THROMBO-PHLÉBITE par effort, 465. — phlébites post-opératoires, 25.
THROMBOSES cardiaques, 441. — des deux fémorales après appendicectomie, 1092. — oblitérantes, Embolectomie, 734.
THYÉOTOXICOSES, 495.
THYROÏDIENNE. Pathologie, 697, 698.
TIC d'aboiement et syndrome extrapyramidal, 408. — de génuflexion chez une parkinsonienne post-encéphalitique, 408.
TISSUS normaux et tissus néoplasiques, 968.
TONUS du vaisseau isolé en survie, 404. — musculaire, 1510.
TORSION d'un diverticule de Meckel, 649. — du testicule, 135. — extra-vaginale, 289.
TOURISME et organisation de prompt secours, 1146.
TOURNESOL. Aleurone de —, 1340.

Toux spasmodique, 1917. — Traitement, 1272.
Toxicomanie, 1004.
Toxi-infection d'origine intestinale, 882.
Toxine diphtérique, 1679. — tétanique, 304, 305.
Trachéotomie, 1629.
Trachome, 1239, 1633. — Vaccination, 833.
Transmission de la sensibilité de la mère à l'enfant, 1137.
Traumatismes et ostéo-sarcomes, 1004. — et système nerveux, 1513. — vertébraux, 306.
Tréhalose de la levure, 718.
Tremblants du poumon, 1789.
Trépanation, 76.
Troubles mentaux post-opératoires, 1006.
Trypaflavine, 58. — irradiée 371.
Trypanocide, 1159.
Trypanosomiases, 1551. — équine du Maroc, 173.
Tuber cinéreum, 1307.
Tubercules de la protubérance et du cervelet, 554.
Tubetculeuse. Infection, 27. — Infection — ganglionnaire du cobaye, 305.
Tuberculeux. Les idées anciennes et modernes sur la constitution des tuberculeux, 1201.
Tuberculine, 1009.
Tuberculose, 499. — articulaire, 965, 1587. — chez l'enfant, 1135. — chirurgicale. Traitement de Finikoff, 1190. — de l'ethmoïde, 1917. — Dépistage, 1785. — Diagnostic de l'activité de la — pulmonaire, 700. — des animaux à Madagascar, 1222. — du genou. 190. — et psychose, 27. — et sels d'or, 326. — expérimentale, 175, 1222, 1322, 1551. — intestinale ulcéreuse, 597. — laryngée, 1627. — osseuse, 703, 1033. — parotidienne, 242. — primitive de l'uretère, 1091. — pronostic de la — du nourrisson, 1141. — Prophylaxie de la — dans l'armée, 701. — pseudonéoplasique du sein, 189. — pulmonaire des diabétiques —. collapsothérapie et insuline, 24. — pulmonaire, formes curables, 663. — pulmonaire, héliothérapie, 1046. — radiodiagnostic, 1178. — pulmonaire. Traitement, 732. — Traitement par le chlorhydrate de choline, 189. — Traitement par l'o., le cérium, le lanthane et le molybdène. 134. — urétérale, 758. — Valeur de la radiologie dans le diagnostic de la — pulmonaire, 847. — vertébrale postérieure, 279, 319.
Tumeurs des glandes salivaires, 1910. — du pharynx, 1910. — bénigne de l'estomac, 1176. — carcinoïde de l'appendice, 1443. — cérébrales, 554, 1509. — cérébrale à début digestif, 1765. — cérébelleuse, 1123. — de l'angle ponto-cérébelleux, 1375. — de l'angle ponto-cérébelleux gauche, 386. — de la région cellaire, 326. — de la région hypophysaire, 1123. — De la IVe cervicale, 1374. — des centres nerveux, 1763. — du cerveau, 1301. — du lobe frontal gauche, 1373. — du IVe ventricule, 1310. — pileuse de l'estomac, 1190. — réticulaire, 384. — solide du mésentère, 507.
Typhlite aiguë, 106.
Typhoïde (voir fièvre). — perforation vésiculaire, 82.
Typhus exanthématique, 1145.

U

Ulcère duodénal ou ulcère duodéno-pylorique, 476. — duodénaux expérimentaux, 1006. — gastrique, 1178. — géants de l'estomac, 118. — jéjunal, 1609. — peptique, 1191. — peptique du diverticule de Meckel, 1342. — peptiques post-opératoires, 1545. — perforés, 1587. — pylorique, 1356. — pylorique chez un nourrisson, 1932. — variqueux, 1323.
Ulcus du duodénum, 1806. — géant du duodénum, 1145. — peptique, 1646.
Ultravirus, 1270. — tuberculeux, 407, 1110, 1159, 1321. — dans les produits tuberculeux, 968.
Urée et syndrome azotémique, 1785. — salivaire, 1352. — sanguine, 1189.
Uretère bifide et hydronéphrose, 191. — Dilatation kystique bilatérale, 408.
Uro-sélectan, 853.
Urticaires par effort, 1121. — par effort et cure thermale, 555.

V

Vacances scolaires, 189.
Vaccin, 702. — de Friedmann, 833, 1075. — jennérien, 1680.
Vaccination antidiphtérique, 777. 1354. — antirabique, 1045. — antitétanique, 1353. — au B. C. G., 285 (voir aussi B. C. G.) — au B. C. G., fièvre prolongée, 1158. — locale, 1047.
Vaccine antivariolique sensibilisée, 479, 777.
Vaccinothérapie, 1531. — staphylococcique, 1530.
Vacuum sinus, 1623.
Vagotonine de Santenoise et diabète, 1822. — et diabète, 326.
Vaisseaux pulmonaires. Visibilité des — aux rayons X, 611.
Valérianate de spartéine, 1192.
Varices et éther, 351. — Injections de glycérine dans le traitement des — par la méthode sclérosante, 454.
Variétés. (Voir Chronique.)
Variole et vaccination, 775.
Veine azygos. Le lobe apical de la —, 1333, 1365. — à parois côtelées, 1549.
Ventriculographie, 845.
Vernes résorcine, 1178.
Vésicule biliaire, 404.
Vessie. Innervation, 1321. — Pseudo-fibrome de la — par invagination d'un fibrome pédiculé du col utérin, 758
Viandes. Procédé de préparation, 1242.
Vioforme, 288.
Virus de l'encéphalo-myélite enzootique, 1634. — de la paralysie générale, 1759. — écossais de la tremblante du mouton, 1680. — filtrable, 703. — herpétique, 407, 781. — herpétique et virus rabique, 1354. — pathogène, 553, — poliomyélitique, 1631. — syphilitique, 1269. — vaccinal, 1255, 1354.
Vissage de l'olécrane, 506.
Vitamines. Action des —, 769. — A dans le cacao, 286. — B dans l'alimentation des enfants, 1143. — D, 719, 1107, 1174.
Voies biliaires. Technique générale des opérations sur les —, 891. — d'accès antéro-latérale dans les lésions traumatiques intra-articulaires du genou, 734. — biliaires, Résultats éloignés des opérations sur les —, 1153. — spermatiques artères et nerfs, 1735.
Volvulus, 105, 1645. — de la vésicule biliaire, 386. — du cœcum 735, 853.

X

Xanthochromie d'origine alimentaire, 701.
Xanthomes, 1753.

Z

Zona, 1753.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

AORTITES SYPHILITIQUES

SIGNES ET DIAGNOSTIC [1]

B. Aortite de l'athéromateux. Maladie de Hodgson. — Ici, l'aortite n'est qu'une des localisations du processus scléreux sur tout l'arbre artériel. Le myocarde, les reins sont également touchés, les artères sont dures, le pouls est fil de fer, l'hypertension fréquente.

Il est souvent difficile dans cette polysclérose de faire la part de ce qui revient à la syphilis; mais il faut savoir que le malade est menacé, non seulement des accidents précédemment décrits, mais encore de tous ceux qui sont liés aux facteurs périphériques, en particulier accidents rénaux, accidents artériels, ruptures, thromboses vasculaires. Le traitement syphilitique a ici beaucoup moins de prise.

C. Aortite subaiguë des sujets jeunes. — Rare, survenant seize à vingt mois après le chancre. Elle évolue bruyamment, se manifestant par des douleurs angineuses, de la dyspnée, de l'hypertension. C'est là que le traitement énergique peut avoir prise, sinon l'évolution est grave et se fait vers la mort.

D. Formes frustes. — Beaucoup d'aortites syphilitiques ne sont découvertes que fortuitement et se cachent sous le masque de l'insuffisance ventriculaire gauche, traduit par de la dyspnée asthmatiforme, un gros cœur, etc.

Dans d'autres cas plus rares, c'est la médiastinité avec ses troubles de compression qui prend le pas, et là encore l'aortite n'est qu'une découverte d'auscultation.

E. Aortite de l'enfant et de l'adolescent. — C'est là que l'hérédo-syphilis est nettement en cause, d'autres stigmates de spécificité héréditaire coexistent et l'aortite est d'ailleurs très rare.

II. Aortite thoracique.

Elle se révèle par deux grands signes : le principal est

La douleur interscapulovertébrale gauche, très vive, opiniâtre, surtout nocturne, simulant une névralgie intercostale, et pouvant s'accompagner d'un souffle hilaire gauche.

La dysphagie n'est pas rare, et c'est quelquefois elle qui prend le pas, amenant le malade au laryngologiste.

La radioscopie fait le diagnostic en montrant une aorte déroulée, opaque, élargie, quoiqu'il faille bien savoir qu'il existe nombre de sujets jeunes, non entachés de syphilis chez lesquels la simple constatation d'une aorte élargie et opaque peut être physiologique.

III. Aortite abdominale.

Bien connue depuis Potain; elle est d'un diagnostic plus difficile. Les signes essentiels consistent en crises douloureuses épigastriques ou abdominales paroxystiques, ayant souvent les caractères d'une *angine de poitrine bas placée*, s'accompagnant de troubles gastro-intestinaux, vomissements, constipation, ayant même pu simuler l'occlusion, et se terminant par une diarrhée glaireuse. L'examen est difficile, on a insisté sur l'hypertension systolique de la pédieuse, mais il faut savoir qu'elle existe aussi dans l'insuffisance aortique et l'ectasie.

On insiste également sur la précession du pouls fémoral sous le pouls radial.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1931, n° 102, p. 1938.

La radioscopie doit être faite après insufflation gastrique, mais on s'abstiendra du pneumopéritoine qui n'est pas sans danger.

Evolution. — Elle se fait par poussées douloureuses, mais il faut craindre deux complications possibles :

a. *La rupture de l'aorte* au niveau d'un anévrisme;

b. *L'embolie ou thrombose* mésentérique ou iliaque, avec sa haute gravité immédiate.

Il faut savoir enfin que l'aortite abdominale peut aussi coexister avec d'autres artérites des artères périphériques, aussi bien que de l'aorte thoracique.

Diagnostic. — 1. *A la crosse* : il est facile ; on n'attachera guère d'importance à un souffle systolique isolé, tandis qu'un double souffle avec souffle diastolique est autrement significatif. Il faut en tout cas toujours penser à une ectasie et compléter le diagnostic clinique par l'examen radioscopique tout à fait indispensable.

Il faut savoir distinguer stéthacoustiquement le souffle systolique du souffle extra-cardiaque, tandis qu'un souffle diastolique est presque toujours organique, mais là il peut être très délicat de savoir s'il s'agit d'une aortite rhumatismale ou syphilitique.

2. *Aortite thoracique postérieure.* — Il faut éliminer la névralgie intercostale, la dysphagie œsophagienne, s'abstenir de toute exploration instrumentale, et savoir que la radioscopie seule fera le diagnostic.

3. *Aortite abdominale.* — Elle peut simuler les crises viscérales du tabès, et la douleur profonde des différents viscères abdominaux, son caractère de viscéralgie angoissante et oriente souvent d'emblée le diagnostic vers l'aorte.

4. *Diagnostic étiologique.* — Il n'est pas toujours facile de rapporter à la syphilis l'aortite constatée chez un sujet jeune en l'absence d'antécédents rhumatismaux nets. Lorsque coexistent d'autres stigmates de syphilis, le diagnostic est évident; en l'absence d'autres stigmates cliniques ou biologiques, il n'en est pas de même, mais si l'on ne peut éliminer vraiment le rhumatisme, et s'il y a le moindre doute sur la syphilis, le traitement prudent est indiqué. Chez un sujet âgé, il est difficile de faire la part de la vérole dans l'étiologie d'une polysclérose.

Traitement. — Il faut l'essayer dans tous les cas, si l'état du cœur, des reins et du foie le permet, et d'autant plus que le diagnostic de syphilis causale sera plus sûr.

On fera, systématiquement, avant toute tentative thérapeutique, un dosage d'urée sanguine, éventuellement une constante d'Ambard, et toujours une recherche de l'albuminurie, qui, d'ailleurs, peut être imputable à la syphilis.

Le traitement est d'autant plus indiqué que le sujet est plus douloureux, la maladie plus récente. On commencera par le bismercure associé à l'iode et aux iodures, on fera aussi du bismuth, et ce n'est que beaucoup plus prudemment qu'on entreprendra une cure arséno-benzolique.

A partir du moment où l'aortite s'accompagne d'autres viscérites syphilitiques, plus ou moins décompensées, le traitement spécifique, souvent inefficace, n'est pas exempt de dangers, et ne sera manié que très prudemment.

En cas de défaillance cardiaque, il faudra d'abord faire une thérapeutique tonicardiaque, et ce n'est que plus tard, le cœur étant plus vigoureux, et si l'état des reins le permet, que l'on entreprendra un traitement antisyphilitique prudent.

TABLE DES AUTEURS

1931

A

Abbatucci, 1239, 1390.
Abel, 1189.
Abelous, 1373.
Aboulker, 508, 509.
Abrami, 915, 1021, 1057, 1174, 1176.
Aburel, 837, 1353.
Achard, 76, 269, 285, 384, 701, 718, 796, 1105, 1043, 1059, 1060, 1188, 1207, 1254, 1311, 1321, 1516, 1789, 1802.
Achard (Mlle), 1174.
Ackerman, 647.
Adida, 769.
Adnot, 1175.
Ahl-Mouktar, 384.
Aimard, 647.
Aime, 1646.
Aimes, 136, 1043.
Alajouanine, 79, 329, 553, 554, 1033, 1123, 1126. 1175, 1297, 1374.
Albane, 1208.
Albert, 1235.
Albertin, 963.
Albessard, 328.
Albot, 269, 303, 847, 1175.
Alessandri, 1549.
Alessandrini, 407, 1110, 1159, 1392.
Alglave, 190, 522, 735, 965, 1147, 1191, 1789.
Alivisatos, 1605.
Allaines (d'), 521, 1646, 1785.
Allison, 1391.
Aloncle, 1174.
Alpers, 1301.
Alsace (d'), 1647.
Althausen, 1354, 1355.
Amans, 1288.
Amar, 964.
Amat, 290, 1287.
Amblard, 1023.
Ameuille, 24, 663, 847, 849.
Anderson, 118, 188.
Andoyl, 1121.
André 1022.
André-Thomas, 1512.
Angelo (Mlle), 702.
Anglade, 792, 1918.
Annequin, 881.
Anselme-Martin, 289, 408.
Antonin, 1551.
Apert, 134, 480, 915, 918, 1143, 1175, 1822, 1932.
Aractingi, 1410.
Arcand, 1311.
Arcé, 857.
Arcony (Mlle), 1918.
Argaud, 1373, 1549.
Arloing, 26, 174, 371, 838, 1106, 1802.
Armaingaud, 1024.
Armand-Delille, 663, 847, 916, 1121, 1765.
Arnaud, 597.
Arnaudet, 1108.
Arpad de Degen, 1410.
Arrou, 26.
Ascoli, 460.
Asher, 1511.
Astier, 857.
Aubertin, 427, 855 1176.
Aubertot, 612.
Aubin, 407.
Aubourg. 853.
Aubry, 509, 901, 1356.
Auchel, 1633.
Aucoin, 1629.
Audibert, 149, 781.
Audony, 645.
Audouy, 330.
Augé, 269, 508, 1287.
Auger, 641, 1623.
Auguste-Marie, 1647.
Aurel-Dragos, 686.
Auvray, 25, 1009.
Aversenq, 1047.
Azerad, 24, 521.
Azoulay, 847, 849.

B

Babaiantz, 1418.
Bablet, 1237.
Babonneix, 21, 26, 230, 350, 479, 495, 675, 731, 867, 918, 1076, 1135, 1185, 1270, 1271, 1340, 1932, 1934.
Bach, 1043.
Backer (de), 1419.
Bailey, 329.
Bailey-Percival, 1509.
Bailliart, 505.
Baillet, 129, 480, 915, 1106, 1175.
Bailly, 24 781, 1174, 1891.
Baize, 37, 69, 269, 350, 1075, 1121, 1176.
Balan, 1005.
Baldenweck, 1158.
Balmès, 408.
Baloq, 1224.
Balthazar, 1004, 1074.
Balthazard, 1305.
Baradoux, 508, 509.
Baratoux, 1911.
Barbarin, 1891.
Barbary, 1146.
Barbé, 1188, 1761.
Barbier, 521.
Barbry, 627.
Bardach, 1354.
Bardenat, 386.
Bardet, 756, 1144.
Bariéty, 701, 1059, 1060, 1105, 1789, 1802.
Barral, 542, 1192.
Barraud, 351, 1910.
Barré, 813, 1122, 1375.
Barrera, 1301.
Barrieu, 306.
Barthélemy, 585.
Baruk, 554, 1208, 1305.
Bascouret, 1176.
Basset, 190, 304, 1091.
Bassi, 1320.
Batlle, 53.
Batteur, 1324.
Baud. 645.
Baud (Mlle), 1420.
Baudet, 203, 261.
Baudot. 650.
Baudouin, 328.
Baudys, 1391.
Bauer, 190, 404.
Baumann, 853.
Baumberger (Mlle), 554.
Bayle, 1391, 1784.
Baz Luigi, 1039.
Bazy, 25, 26, 366.
Beal, 507.
Beatty, 1410.
Beau, 639, 643, 857.
Beaujard, 1417.
Beauverie, 1392.
Bécart, 191, 1045, 1046, 1175, 1176, 1178, 1645.
Béclère, 813, 851, 853, 855, 1510.
Becmeur, 385.
Bécourt, 1158.
Bégouin, 1786.
Béliard, 407.
Bell, 1137.
Belle, 1324.
Belot, 847, 851, 852, 1021, 1417, 1418, 1420.
Belou, 1917.
Bénard (H.), 1270.
Bénard (René), 58.
Bénard Guedes, 1419.
Benda, 849.
Bendrihem, 1311.
Benhamou, 119, 1059.
Bénil, 1121.
Bennati, 1044.
Benoist, 427, 1765.
Benon, 584, 1385.
Bensaude, 853.
Bensis, 657.
Bentivoglio, 1143.
Béra, 1078.
Bérard, 914, 1548.
Béraud, 351.
Bercher, 82, 703.
Berdet, 1122, 1374.
Bergeret, 1090.
Bergmann, 853.
Bergouignan, 349.
Bériel, 795, 847, 1059.
Bernal, 76, 303.
Bernard, 507.
Bernard (Et), 757, 849, 916, 965, 1157.
Bernard (Léon), 160, 915, 1075, 1633, 1952.
Bernard (P.-M.), 858
Bernard (P.-N.), 1234.
Bernard (R.), 1006, 1189.
Bernheim, 351.
Bernon, 965.
Bernstein, 964.
Berredo Carneiro (de), 1311.
Bert. 409, 507, 508, 814, 881.
Bertoin, 1909.
Bertoye, 1139.
Bertrand, 542, 608, 648, 649, 718, 1006, 1105, 1158, 1311, 1375, 1391, 1785.
Bertrand-Fontaine (Mme), 915, 1175, 1176, 1646.
Berty-Maurel, 739.
Bertyn, 1120.
Besnard, 1221.
Besredka, 305, 777, 1354.
Bessemans, 1759.
Besson, 330.
Besson (Mme), 480.
Beteau, 1224.
Bétoulières, 508, 901, 1288.
Bezançon 76, 685, 699, 757, 845, 965.
Biancani, 643.
Bichelonne, 1240.
Bienvenue, 857.
Bierry, 833, 1789, 1802.
Bilal, 1634.
Billet, 337, 429, 1324, 1605, 1717.
Binet, 119, 476, 702, 1074, 1108, 1108, 1121, 1144. 1158, 1352, 1353.
Birard, 385.
Bizard, 1439.
Blamoutier, 521, 626, 1121.
Blanc, 305, 507, 881, 964, 1043, 1253, 1356, 1373,
Blanchard 1223.
Blechmann, 480, 1765, 1932.
Bleicher, 206.
Blieck, 1391,
Bloch, 58, 1233, 1342, 1908.

Bloch (S.), 286.
Blondin, 1323.
Blondin (M.), 735.
Blum, 989, 1174.
Bocage, 427.
Bochet (Mlle), 1322, 1355.
Boeckel, 645, 855, 1023.
Boever, 1605.
Bohn, 350, 1075, 1516.
Bohnenkampf, 1510.
Boigey, 1023, 1242, 1390.
Boltanski, 648, 701.
Bompart, 1433, 1447.
Bonafès, 965.
Bonain, 1909.
Bonamy, 351.
Bonnachon, 1625.
Bonneau, 352, 507, 1271.
Bonnefon, 1160.
Bonner, 847.
Bonnet, 289, 1189, 1801.
Bonnet (Mlle), 1108.
Bonnet-Roy, 1910.
Bonnier, 1239.
Bonniot, 1643.
Boodgett, 1392.
Boppe, 189, 1342.
Boquet, 27, 305, 368, 371, 1009, 1254, 1790.
Boquien, 326, 428, 1059, 1105, 1175.
Bordet, 1162, 1355, 1802.
Bordier, 637, 641, 645, 647, 1144.
Borrel, 305.
Borrier, 404.
Bosquet, 1822.
Botreau-Roussel, 1146, 1238, 1268, 1721.
Boucher, 286.
Bouchet, 1621, 1912.
Boucomont, 366, 733, 853.
Boudet, 408.
Bougault, 1483, 1765.
Boularan, 649.
Boulin, 24, 303, 385, 521, 626, 915, 1121, 1157, 1158, 1175, 1207, 1254, 1352, 1822.
Bounhoure, 650.
Bouquet, 853.
Bourde, 1190.
Bourgeois, 645, 648.
Bourguet, 1623.
Bourguignon, 79, 284, 350, 407, 428, 479, 554, 702, 837, 1005, 1044, 1126, 1145, 1176, 1253, 1270, 1321.
Boursaus (Mlle), 968.
Bousser, 1039.
Boutaric, 1043.
Boutarik, 1311.
Bouyer, 795.
Bowing, 858.
Boy (Mlle), 453, 1819.
Bozo, 371, 1342.
Braine, 190, 735.
Brandes, 1392.
Brandt, 1759.
Brau, 1223.
Braun, 849.
Brauner, 404.
Bréchot, 25, 1037, 1147, 1567.
Brelet, 533.
Brednow, 857.
Brehmer (von), 1391, 1392.
Bremer, 639, 1511.
Bressand, 645.
Bressot, 352, 781, 1191, 1358, 1725.
Breteau, 718, 881.
Breton, 795.
Bridel, 1765.
Brillouin, 641.
Brindeau, 1044, 1075.
Brindel, 1621.
Brissac, 509.
Brissemoret, 482.
Brizard, 1932.
Brochin, 594.
Brocq, 386, 521, 1006, 1548, 1786
Brocq-Rousseau, 286.
Brodier, 351.
Brodin, 328, 385.
Bromer, 1141.
Bronn, 1355.
Brosse (Mlle), 428.
Broustet, 1657.
Brouwer, 1513.
Brûlé, 58, 521, 1121, 1354, 1355, 1551.
Brumpt, 915, 1253, 1678.
Brun (Mlle), 834, 1221.
Brunet, 858, 1418.
Brunner-Ornstein, 639.
Brunold, 647.
Brzerichi, 1299.
Buben, 1420.
Buc, 699
Buche, 1023
Burckhardt, 1135.
Bureau, 1035.
Burnet, 1220.
Burnford, 643.
Burty, 507, 1091.
Buscaino, 1513.
Busquet, 523, 739, 1801.
Busson, 663, 965, 1158, 1159, 1176, 1206, 1633.
Busy, 1121.
Butler d'Ormond (de), 383.
Butter, 1418.

C

Caboche, 1907.
Cabrol, 371.
Cachera, 285, 1059.
Cachin, 1158.
Cade, 542, 1192.
Cadenat, 25, 734, 1189.
Caderas, 314, 408, 1287.
Caffe, 798.
Cahen, 324.
Cahuzac, 1047.
Cailliau, 1753.
Caillon, 938.
Cairns, 1510.
Calamida, 1619.
Callens, 191, 330.
Calmette, 188, 324, 1044, 1145, 1391.
Calot, 1643.
Calvé, 1033, 1037, 1721.
Calvet, 650, 1046.
Camauer, 1309.
Cambies, 555.
Camelot, 330, 429.
Caminopetros, 881, 964, 1043, 1253, 1373.
Campbell, 1041.
Camus (L.), 285, 718, 1819.
Canestro, 1627.
Cantegril, 650, 1047.
Canuyt, 384, 1619, 1627, 1911.
Capette, 735.
Cappelle, 795.
Capri, 639.
Caravano, 845, 1035.
Carcy, 1046.
Cardamatis, 1516.
Cardot, 1108.
Carles, 189.
Carneiro, 1023.
Carnevale-Ricci, 1627.
Carnot, 1122, 1175.
Caroli, 80, 701.
Carrère, 817.
Carrière, 1333, 1365.
Cartier, 1044.
Carvalho (de), 611.
Casadesus, 1621.
Casalis, 1679.
Casper, 1303.
Cassoute, 686.
Castagne, 289, 290.
Castex, 650.
Cathala, 82, 850, 1060, 1076.
Cathelin, 1644
Cattan, 521, 701, 1120.
Caussade, 286, 385, 968, 1121, 1645.
Caussimon, 700, 733.
Cavallier, 371.
Cavallier (Mlle), 553.
Cazeneuve, 189, 542.
Celon, 1074.
Chabrol, 174, 303, 368, 916, 1158, 1159, 1176, 1206, 1352, 1633.
Chabrun, 1078, 1121.
Chabrut, 1548.
Chagilova, 833.
Chaignot, 269.
Chaix (Mme), 404, 611, 1044,
Chalier, 497, 1606.
Challamel 482, 1191.
Chalnot, 734.
Chalonge, 608.
Champagne (Mlle), 453.
Champy, 542, 612, 645.
Chanoz, 637, 639.
Chaptal, 136, 290, 1287, 1288, 1342.
Charachon, 1617.
Charbonnel, 849, 1605.
Charbonnier, 643.
Charcot, 719, 1410.
Charier, 1039.
Charleux, 1135.
Charonnat, 174, 1158, 1159, 1206, 1352.
Charrier, 1175, 1190.
Chatelier, 1147.
Chauchard, 120, 284, 639, 641, 1321, 1353.
Chauchard (Mme), 120, 641, 837.
Chauffard, 648, 1952.
Chaumet, 851.
Chaumier, 618.
Chausset, 409.
Chauveau, 1932.
Chauvin, 855.
Chavanne, 1623.
Chavany, 269, 643, 647, 771, 858, 1305, 1373, 1418.
Chazette, 1554.
Chenilleau, 645.
Chéramy, 989.
Chérigié, 857.
Chéron, 851.
Cheutin, 1268.
Chevakier-Jackson, 1629.
Chevalier, 80, 1075.
Chevallier, 58, 286, 1158.
Chevassu, 855, 966, 1021, 1147, 1785, 1786.
Chevrier, 25, 106, 385, 1009, 1146, 1786.
Cheyssial, 1233.
Chifoliau, 25, 106, 1190.
Chinassi Hakki, 1249.
Chiray, 851.
Chisu, 1121.
Choisy, 24,
Chomet, 1813.
Chompret, 82, 703, 989.
Chonkat, 701,
Chonkat-Chaty, 701.
Chorine, 371.
Christiaens, 1735.
Christiansen, 1761.
Christin, 795.
Christophe, 427, 554, 1123, 1375.
Cicie, 1390.
Ciures, 718.
Civrea, 608.
Clary, 1373.
Claude, 384, 521, 964, 1208, 1305, 1310, 1678.
Clément, 845, 1270, 1353.
Clerc, 303, 385, 626, 1176.
Clich, 1392.
Cluzet, 641, 838, 1256,
Codounis, 119, 269, 285, 701, 718, 796, 1321, 1516, 1551, 1789, 1802.
Coelho, 643.
Coenen, 1297.
Coffin, 1907.
Cohen, 1271.
Coicou, 1392.
Colanéri, 855.
Cole, 1033.
Coliez, 851.
Colin, 853, 1233, 1388.
Collet, 1621.
Colleville, 1629.
Colombani, 1234, 1236.
Comandon, 305, 1679, 1917.
Combemale, 795.
Comby, 303.
Come Ferran, 1625.
Comte, 303.
Cone (William), 1301.
Constantin, 647.
Constantinesco, 855, 1790.
Contargyris, 1717, 1721.
Cook, 1392.
Cord, 554.
Cordonnier, 1078, 1324.
Corman, 1201.
Cornioley, 585.
Corrado d'Alise, 1391.
Corte Real, 1419.
Cossio, 269
Costa (da), 1175,
Costantini, 901.
Coste, 303, 407, 427, 626, 701, 775, 1176, 1678.
Costès-Llado, 1720.
Cot, 686.
Cottenot, 480.
Cottet, 385.
Cottrel, 1037.
Coulaud, 686.
Coulon (de) 453.
Coupeau, 385.
Coureaud, 914.
Courmont, 627.
Cournan, 1633.
Courozier, 849.
Courtois, 1158.
Courty, 191, 429, 1078, 1174.
Coutard, 1420.
Coutière, 964.
Couvelaire, 1675.
Couvy, 189, 1237, 1820.
Cracium, 1207.
Crétin, 1722.
Creyssel, 1303.
Creyx, 1059.
Crisna Sanguiri, 773.
Cristol, 136, 694, 817, 901, 959, 999, 1043.
Crocquefer, 372, 989, 1342.
Croizat, 175, 501,
Crouzon, 79, 645, 1123, 1375.
Crozat, 757, 1218, 1237.
Cruchet, 240.
Cuenod, 1239.
Culty, 834, 1441.
Cumansky, 965.
Cumings, 1135.
Cunéo, 106, 303, 304, 1091.
Curie (Mme), 964, 1023.
Curschmann, 495.
Curtillet, 901.
Cushman, 853.
Cuvelier, 1443.
Czerny, 1307.

D

Dalimier, 1647.
Dalmas, 1239.
Dalous, 650, 1046, 1047.

Dalsace, 1323.
Dambrin (L.), 649.
Dambrin (M.) 649.
Danel, 643.
Danès, 46.
Daniel, 1418.
Daniélopolu, 404, 522, 798, 1158.
Dante de Blasi, 1410.
Dany, 368.
Darcinac, 507.
Dargein, 1822.
Darget, 855.
Dariau, 1645, 1549, 1570.
Darléguy, 795, 1176.
Darquier, 1373.
Darré, 1175.
Dartigues, 555, 882. 1045, 1046.
Daubney, 1223.
Daudin-Clavaud, 1619.
Daure, 1910.
Dausset, 645.
Davesne, 1107, 1354.
David, 191, 554, 555, 643, 761, 813, 845, 882, 1122, 1305, 1374, 1686, 1891.
Daxgonesco, 1512.
Debenedetti, 965.
Debidour, 555, 1625.
Debray, 1060, 1551.
Debré, 26, 27, 82, 119, 120, 371, 663, 757, 777, 779, 847, 965, 1078, 1106, 1175. 1320, 1342, 1646, 1781, 1932.
Decaux, 989, 1023.
Dechaume, 82, 371. 407, 501, 507, 703, 989, 1147.
Decourt, 79, 269, 626, 916, 1219.
Decreton, 914.
Deglaude, 647.
Deglos, 918, 1765.
Deherripon, 429, 627.
Dejean, 136, 814, 817.
Dejust-Defiol, 1679.
Delafontaine, 1122, 1175.
Delagenière, 26.
Delahaye, 909. 914, 1721.
Delaigne, 1059.
Delamare, 539, 542.
Delanoë, 76, 608.
Delarue, 685, 757, 1646.
Delattre, 46, 429, 1324, 1645.
Delaye, 1174.
Delbanco, 1757.
Delbet, 118, 506, 735, 881, 1145, 1190.
Delchef, 1718 1720, 1721.
Delépine, 1145.
Delherm, 237, 637, 641, 643, 647, 686, 845, 847, 855, 857, 1074, 1418.
Deliencourt, 1765.
Delitala, 913.
Delore, 175, 499, 503.
Delorme, 1107, 1175.
Demonfaucon, 1802.
Denier, 637, 645, 647.
Deniker, 26, 304.
Denis, 1621.
Denny Brown, 1511.
Derot, 855, 1020, 1121, 1188, 1646, 1822.
Derrien, 694, 901.
Desaux, 1753.
Desbonnets, 1006.
Desbouis, 1822.
Desbuquois, 384, 1059, 1060, 1105.
Descarpentries, 1606.
Deschamps, 269.
Deschamps (P.-N.), 302, 385, 626.
Descombey, 1634.
Desgrez, 118, 612, 639, 857, 1321.
Deshayes, 1355.
Desjacques, 1548.
Desoille, 79, 302, 979, 1005.
Desplas, 25, 26, 521, 1190.
Desplats, 106, 191, 330, 1006. 1078, 1418, 1789.
Dethès, 407, 1147.
Deton, 1549.
Devic, 1059.
Devin, 989.
Devraigne, 506.
Dhénin, 330.
Dhéré, 1631.
Dhers, 1454.
Dhikéos, 851.
Diamant, 813.
Diamantberger, 1634.
Dide, 1122.
Didiée, 1117.
Didier, 191, 647.
Didier Hesse, 1763.
Didsburg, 735.
Dienert, 160.
Dieryck, 303, 1254.
Dieulafé, 650.
Dieulafé (L.), 649.
Dieulafé (R.), 649.
Dieuzeide, 509.
Digonnet, 853.
Dillard, 1110.
Dillenseger, 645, 853.
Dimacopoulo, 1106.
Dimitresco, 385.
Dimitresco-Popovici, 702, 1106, 1270, 1353.
Dinguizli, 24.
Dinguizli Béchir, 1551.
Diriart, 479.
Djardievitch, 645.
Djiropoulos, 1619.
Dnate de Blasi, 1391.
Doeuvre, 627.
Dognon, 1352.
Dolfus, 813.
Dolsau, 855.
Domenico-Carbone, 1391.
Domingo, 1789.
Dominguez, 1174, 1218.
Donaggi, 795.
Donaggio, 1512.
Donatien, 240.
Donnedieu de Vabres, 979.
Dopter, 403, 796.
Dorche, 1803.
Dore, 385, 427.
Dorlencourt, 350, 1135.
Dorogan, 639.
Doubrère, 521.
Douillet, 1303.
Doumer, 134, 475.
Draganesco, 1305.
Dreyfus (Mlle), 1765.
Dreyfus-Sée (Mlle), 1391.
Drouin, 351.
Drzewina, 1516.
Dublineau, 27, 1023.
Du Bois, 1135.
Dubois, 454, 608, 1108, 1137.
Dubois (Mme), 103.
Dubost, 639, 647.
Dubreuile (Mlle), 1044.
Ducamp, 408, 814, 1287.
Duchamp, 734.
Duchon, 521.
Duchosal, 1106.
Ducroquet, 1717, 1721.
Ducuing, 649, 1447.
Duflot, 637, 639.
Dufoix, 136, 290, 1288, 1342.
Dufour, 302, 428, 915, 1005, 1121, 1418.
Dufourmentel, 135, 686, 761, 1725.
Dufourt, 174, 175, 371, 838, 1802.
Dufrenoy, 1391.
Duhail, 853.
Duhem, 350, 480, 639, 647, 857, 1135, 1271.
Dujardin, 330.
Dujarier, 190, 522, 1006, 1091, 1146, 1147, 1182.
Dujarric de la Rivière, 371, 553, 1820.
Duliscone, 1176.
Dulugea, 385.
Dulugea-Stoïa, 757.
Dumarest, 326, 1255.
Dumas, 1236.
Dumesnil, 288.
Dumitresco, 1121.
Dumitresco-Mante, 757.
Dumolard, 386, 509, 901.
Dumont, 1355.
Dundas-Grant, 1623.
Dungal, 1354.
Dupire, 441, 849.
Duponnois, 817.
Dupont, 25.
Dupré, 650.
Dupuy, 777.
Dupuy de Frenelle, 135, 351, 352, 1091, 1358, 1609, 1891.
Durand, 608, 1105, 1192.
Durand-Fardel, 24.
Durif, 1911.
Dutheillet de Lamothe, 1621.
Duval. 106, 585.
Duval (P.), 476, 1147.
Duverger, 1091.
Duvoir, 979, 1931.
Dziembowski (de), 1358.

E

Economo (von), 1513).
Edhem, 1158.
Egaz Moniz, 1510.
Ehrenschmitt, 427.
Elbaz, 1629.
Elias, 813.
Eliava, 553.
Eliopoulos, 284, 407, 428, 479, 702.
Ely, 58.
Empéraire, 855.
Epaulard, 1268.
Eriksson, 1137, 1391.
Escalier, 685, 1175, 1207, 1822.
Escat, 650, 1047, 1621, 1908.
Estor, 270, 1043.
Etchegoin, 303.
Ethier, 1447.
Etienne, 508, 814, 901, 1287, 1288.
Etienne-Martin, 838.
Etrillard, 160.
Euler (von), 1392.
Euzière, 289, 290, 814.
Even, 475, 476, 1023, 1158.

F

Fabiani, 509.
Fabre, 79, 637, 639, 641, 649, 702.
Fabrykant, 1321, 1352, 1633.
Façon, 641.
Fargin-Fayolle, 407.
Farreras Miner, 647.
Faucher, 1646.
Faure (J.-L.), 1525.
Faure (M.), 1250.
Faure-Beaulieu, 554, 1176.
Fauvert, 1105, 1158.
Favre, 1037.
Favreau, 330, 429. 627, 1324.
Favreul, 1092.
Fayot, 289, 817.
Fedele Negro, 1511.
Feeyschmidt, 1137.
Feil, 849, 1785.
Ferey, 1644.
Fergusson, 1035.
Fernet, 1755.
Ferracouc, 782.
Ferran, 1912.
Ferraro, 1513.
Ferrero, 918.
Ferreyrolles, 733.
Ferrier, 643.
Ferron, 476.
Ferru, 918.
Fèvre, 82, 1035, 1457.
Fey, 881, 1447.
Feyeux (Mlle), 1123.
Fiessinger, 303, 701, 702, 769, 1254, 1354.
Fildermann, 306, 555, 735, 1045.
Filohen, 968.
Finck, 1023.
Findlay, 1223.
Fiolle, 190, 735.
Fischer, 506, 618, 686.
Flandin, 134, 1176.
Flandrin, 303.
Fleury, 372, 989, 1239.
Fleury (Mlle de), 594.
Flogny, 509
Flora, 1822.
Florand, 1765.
Florenti, 965.
Flu, 1391.
Folliasson, 82, 1473.
Folly, 79.
Fonbrune (de), 305, 1917.
Fontaine, 190, 522, 637, 1548.
Fontès, 46.
Forestier, 324, 701, 813.
Forgue, 761, 827, 1889.
Fosse (Mlle), 507.
Fouassier, 1174.
Fougerat de Las-Tours, 1235, 1288.
Foulon, 427.
Fouquet, 647, 1175.
Fourmestraux (de), 190, 645.
Fourneau, 1074.
Foveau de Courmelles, 242, 735, 1046, 1198, 1268.
Fraisse, 855.
Français, 79, 351.
Francfort, 1023.
Franchini, 1410.
Franck, 1141.
Francke, 845.
Françon, 134, 384, 1022, 1059.
Frazier, 1510.
Fredet, 521, 585, 1190.
Fremont-Smith (Frank), 1510.
Frenkel, 1391.
Frey-Ragu (Mme), 849.
Freyd, 1388.
Fribourg-Blanc, 794, 1005.
Fricke, 858.
Fricker, 404.
Friedberger, 777.
Froelich, 845, 1643, 1722.
Froilano de Mello, 773, 1221.
Froment, 1123.
Froyez, 1176.
Fruchaud, 965, 1190.
Fulconis, 1237.
Fulton, 1391.

G

Gabriel. 853.
Gadrat, 650, 1046, 1047.
Gaillard, 1033, 1268, 1629.
Galavielle, 408.
Galéa, 1269.
Galland, 911, 1033, 1037, 1721.
Gallard-Monès, 384.
Gallavardin, 499.
Galli, 1033.
Galliard, 1219.
Galliot, 1323.
Galloway, 966, 1009, 1039.
Gally, 303, 503, 851, 853, 858.
Garat, 1233.

Garcia Calderon, 851.
Garcin, 427, 479, 813, 1005, 1158, 1353.
Gardère, 627, 1139.
Garin, 1392.
Garnier, 80, 1060, 1269, 1765, 1790.
Garrat, 1389.
Garrelon, 191, 966, 1644.
Garuti, 1390.
Gastinel, 781, 1680, 1753, 1759.
Gaté, 1803.
Gatti, 539, 542.
Gaucher, 757, 956.
Gaudère, 627, 1139.
Gaudin, 1918.
Gauducheau, 637, 639, 1242, 1420.
Gault, 1621, 1911.
Gaultier, 191, 739.
Gaussel, 732.
Gautenberg, 847.
Gautheron, 1188.
Gauthier, 1158.
Gauthier-Villars (Mlle), 1679.
Gautier, 428.
Gautron, 1239.
Gay, 685.
Gayral, 650.
Gendron, 242, 1121, 1175.
Geniès, 650.
Gennes (de), 269, 1176.
George, 521.
Geraldins Brites, 1410.
Gerbay, 384, 1022.
Gerlach, 1391.
Germain, 1145, 1158, 1176.
Gernez, 25, 1041, 1190, 1789.
Giaja, 1784.
Gibert, 476, 1418.
Gibert (Mlle), 1269, 1270, 1311, 1352, 1355.
Giberton, 118.
Gilbert, 1418.
Gilbert-Dreyfus, 26, 1169, 1305.
Gilbert-Robin, 1673.
Gineste, 507.
Ginsbourg, 1645.
Giovanni Truffi, 1757.
Girard, 761, 968, 1135, 1627.
Giraud, 1643.
Giroire, 242.
Giron, 847.
Giroud, 1107, 1108, 1159, 1207, 1253, 1320.
Giroux (René), 27.
Giscard, 1447.
Giuseppe-Avolo, 1509.
Glénard, 306, 482, 554.
Globus, 1299, 1301.
Godlowski, 1299.
Goffin, 1035.
Goiffon, 627, 837, 1790.
Golblin, 1189.
Gomez, 285, 505.
Gonthier, 1158.
Gordik, 1445.
Goris, 1785.
Gosselin, 838.
Gosset, 190, 608, 735, 1006, 1545.
Goubert, 643, 1910.
Gougerot, 1265.
Gouin, 857.
Gounelle, 581, 965, 1060, 1121, 1785.
Gourdet, 1643.
Gourdon, 1718, 1721.
Gourion, 1158.
Gouyen, 80.
Gouzy, 1047.
Goy, 1531.
Gozlan, 508, 509.
Gradoyevitch, 912.
Graham Brown, 1511.
Grain, 27.
Grand (Mme), 1085.
Grandclaude, 454.
Grandpierre, 1631.
Grant, 1510.
Grasset, 552.
Graves, 1548.
Gravier, 499.
Greenfield, 1512.
Grégoire, 25, 106, 304.
Grégor, 1307.
Grenet, 269, 1340.
Grimault, 1644.
Grippon de Lammotte, 1910.
Grognot, 1706.
Grollet, 739.
Gronu, 1121.
Grossi, 1224.
Gruesco, 686.
Gruzewska (Mme), 1725.
Grynfelt, 136.
Guédé, 1271.
Guerra, 1802.
Guglielminetti, 1075.
Guibal, 289, 814, 901, 1009, 1041, 1090, 1210, 1288.
Guibert, 289, 507, 761, 817, 1287.
Guieysse-Pellissier, 553.
Guilbert, 882, 1046, 1178, 1323.
Guilhem, 650, 1047.
Guilhon, 1160.
Guillain, 24, 302, 329, 479, 701, 1024, 1124, 1353, 1375, 1513, 1563.
Guillaume, 76, 326, 1045, 1123.
Guillaume (Louis), 1041.
Guillaumin, 757, 1022.
Guillonneau, 1391.
Guillot, 119.
Guillou, 1483.
Guimbellot, 521.
Guiraud, 1759.
Guisez, 24, 135, 735, 1091, 1120, 1272, 1629, 1644, 1911.
Gunsett, 855, 858, 1420.
Gurrianan, 1548.
Gussow, 1391.
Gutmann, 476.
Guttmann, 1046, 1510, 1932.
Guyonneau, 1023.
Guyot, 385, 1045.

H

Hadjigeorges. 1802.
Haguenau, 303, 554, 813, 858.
Haibe, 1951.
Haïk, 82, 385.
Halbron, 626, 1822.
Hallé, 1271, 1765, 1932.
Haller, 135.
Hallez, 918, 1271.
Halphen, 1619.
Hamant, 734.
Hamburger, 1801.
Hamedy, 837.
Hamet, 76, 118, 833.
Hamon, 82, 857.
Handerson Smith, 1392.
Hansen, 1605.
Hardouin, 1569.
Haret, 855.
Harris, 1041.
Hartenberg, 306.
Hartmann, 189, 257, 304, 419, 465, 505, 608, 847, 891, 1153, 1641.
Harvier, 626, 701, 1105, 1175
Haty, 1551.
Hauduroy, 773, 1391.
Hauptfeld, 639.
Hautefort, 351, 506, 688, 1358, 1420.
Hayem, 505, 915, 1784.
Hazart, 1045, 1108.
Hebert, 1268.
Heckenroth, 1234.
Hederer, 286.
Hédon, 508, 626.
Heim, 499.
Heim de Balsac, 286, 1965.
Heinismann, 1307.
Heitz-Boyer, 645, 1019.
Helay, 1420.
Hélion, 427.
Hellner, 845.
Helsmoortel, 1907.
Hennequin (Mlle), 385.
Henri-Fischer, 1191.
Henry, 326, 454, 855.
Héran, 814, 817, 1287.
Héraux, 480.
Héritage, 855.
Hermann, 522, 1548.
Herpin, 294, 507, 1670.
Hervy, 328.
Herxheimer, 1755.
Heurtain, 190.
Heuyer, 1374,
Heyman, 1420.
Hibbs, 1035.
Hickel, 119.
Hillemand, 1373.
Hinglais, 162.
Hirchberg, 1176, 1322, 1323.
Hirsch, 1510.
Hoagland, 1391.
Ho-dac-du, 1041.
Hoedt, 1419.
Hofbauer, 1410.
Hofman-Bang, 495.
Holfeder, 1419.
Hollande, 1023, 1725.
Hollande (Mme), 1023, 1725.
Hollander (d'), 795.
Holznecht, 857.
Homès, 639.
Hoobler, 1143.
Horowitz, 269, 718, 796, 1059, 1757.
Houcke, 1401.
Hour (d'), 1078.
Howard Pirie, 847.
Hruska, 608.
Huard, 1237.
Huber, 1270. 1677, 1765, 1784, 1801.
Hubner, 5.
Huc, 1340.
Hudelo, 1753.
Huet, 853.
Hugo (Mme), 1107, 1108, 1159, 1189, 1207, 1253, 1320. 1790.
Huguenard, 915.
Huguenin, 521, 847.
Humphray, 1391.
Hunkel, 1392.
Hurietz, 279, 319, 1333, 1365, 1735.
Hurst, 1392.
Hutet, 1059.
Hutinel, 479
Hutinel (J.), 1158.

I

Ihya-Salik, 1910.
Imbert, 1496, 1605.
Ioneseo-Craïova, 757.
Iribarne, 1621.
Isaac-Georges, 1340.
Iselin, 965.
Israël, 1493.

J

Jacobovici, 913, 1549.
Jacod, 1623, 1910.
Jacotot, 366, 851.
Jacquelin, 476, 521, 1105, 1633.
Jacquemaire, 1271.
Jacquemaire-Clemenceau, 1114.
Jacquet, 303, 503, 851, 853. 1075.
Jacquet (Paul), 475.
Jacquot, 849.
Jahiel, 775, 851.
Jammet (Mlle), 479.
Jamot, 1219, 1390.
Janbon, 290, 1210.
Janet, 82, 1076, 1322.
Jankowski, 637.
Jasienski, 185, 1317, 1779.
Jason Mixten, 1309.
Jaubert, 1157, 1531.
Jaubert de Beaujeu 326, 853.
Jausion, 522, 1757.
Jayle, 1645.
Jeanbrau, 1021, 1287.
Jeanneney, 645, 849, 1441.
Jeannin, 719.
Jeudon, 1342, 1410.
Jiano, 1644.
Jirasch, 106.
Joannon, 1781.
Joltrain, 639, 647, 1044.
Joly, 1473, 1633.
Josserand, 1106.
Jouffray, 645, 1631.
Joukovsky, 1621.
Joyet-Lavergne, 160.
Joyeux, 505, 1392.
Judet, 134, 506, 761, 1191, 1272, 1358, 1609.
Julien, 1060.
July, 817.
Jumon, 1240.
Junca, 1912.
Jung, 685, 729, 1090, 1249, 1623.
Juster, 1192,
Justin-Besançon, 24, 404, 626, 627, 648, 685, 702, 837, 1023, 1157, 1158, 1160, 1253, 1322, 1679.
Juvara, 1191.

K

Kajivara, 59, 120, 284, 641, 1510.
Kaplan, 1158.
Kapsalas, 795, 847.
Karplus, 1309.
Kaufmann, 1269, 1437.
Keller, 853, 1297.
Kemal Djemil, 1891,
Kenig, 1059.
Ken-Kure, 1510.
Kennedy (Foster), 1509.
Kennet Smith, 1392.
Kérangal (de), 1910.
Keresthetzis, 702.
Kern, 1075.
Kessler, 501.
Kfouri, 1391.
Khalil, 1224.
Kindberg, 480, 1909.
King, 851.
Kinnier Wilson, 1512.
Kissel, 773, 1189.
Kisthinios, 505, 686.
Kitasato, 1030.
Klebahn, 1392.
Klein, 330, 429, 813.
Kling, 240, 1631, 1725.
Klossowki, 1307.
Klotz, 24, 648.
Knudson, 1005, 1391.
Koang, 1932, 663.
Koenen, 795.
Koenig, 1629.
Koenigstein, 1757.
Koepsonberg, 1410.
Kohler (Mlle), 1253, 1679.
Koltzoff, 639.
Kootte, 1391.
Kopaczewski, 1023.
Kopciowska (Mme), 703, 837, 966, 1634, 1679, 1790, 1802.
Kopke, 1220.

Koressico, 134.
Kornyey, 1307.
Korteweg, 1410.
Kortzeborn, 1033.
Kotoszynski, 1410.
Kotzareff, 173.
Kouchnir, 969.
Kourilsky, 1105.
Kowler, 1621, 1917.
Krebs, 1158.
Kreindler, 641, 813.
Kreismann, 1516.
Krick, 1222.
Kristensen, 1391.
Kritchewski, 1342.
Kroll, 1511.
Kümmer, 1548.
Küss, 304, 733.
Kyriaco, 1375.
Kysthinios, 27.

L

Labat, 351.
Labbé, 190, 371, 521, 585, 626, 701, 718, 915, 964, 1121, 1157, 1158, 1175, 1178, 1207, 1253, 1254, 1321, 1352, 1633, 1646, 1679, 1822.
Labbé (H.), 286, 288.
Labbé (Marcel, 24, 26, 303, 385.
Labernadie, 1321.
Labey, 386.
Laborde (Mme), 858, 1419, 1420.
Labro, 1046, 1047.
Lacapère, 407, 626.
Lacassie, 1033.
Lacaze, 1268.
Lachapelle, 851.
Lacomme, 1675.
Laennec, 1965.
Laffitte, 626, 1059, 1175.
Lafite-Dupont, 1619.
Lafitte, 1121.
Lafon 814.
La Fourcade, 1757.
Lagrot, 1445.
Laignel-Lavastine, 76, 326, 521. 1059, 1105, 1188.
Lalung-Bonnaire, 1218, 1237.
Lamare, 404, 702.
Lamarque, 409, 507, 508, 814. 1287, 1288.
Lambin (Mlle, 454.
Lamblin, 330, 643.
Lambotte, 1605.
Lambret, 279, 319, 454.
Lamelin, 627, 628.
Lamoril, 1078.
Lamy, 849, 965, 1091.
Lance, 234, 909, 1033, 1035, 1039, 1182, 1840.
Landais, 1092, 1147.
Landel, 853.
Lange, 779,
Langeron, 46, 191, 697, 1006, 1281.
Langlois, 1646.
Lanos, 135, 1356, 1625.
Lantuéjoul, 1158.
Lapersonne (de), 76.
Lapeyre, 851, 1208.
Lapeyrie, 508.
Lapicque, 59, 174, 639, 641, 1483.
Lapicque (Mme), 173, 174.
Lapicque (L.), 639.
Lapicque (M.), 639.
Lapointe, 106, 522, 735, 1646.
Laporte, 650, 701.
Lapouge, 1619.
Laquerrière, 191, 237, 555, 637, 639, 643, 641, 645, 647, 686, 855, 857, 1074.
Laquièze, 1223.
Larcet, 404.
Larget, 702.
Laroche (Guy), 385, 736, 1020, 1323, 1679.
Larrivé, 185.
Laruelle, 232.
Lasnet, 1233, 1388, 1389.
Lassance, 834.
Lasserre, 847, 1039, 1718, 1721.
Lattès, 1342.
Laubry, 129, 303, 428, 837, 966, 1106, 1157.
Laudat, 521, 915, 1059, 1121, 1158, 1176.
Laugier, 188.
Launay, 1126.
Launoy, 371, 964, 1220.
Laur, 702.
Laurence, 1271.
Laurencin (Mlle), 757.
Laurent, 688, 1352, 1356, 1373.
Laurent (Mlle), 1254, 1311, 1355, 1789, 1802.
Laurès, 1059.
Laurin, 404.
Lautier, 1392.
Lautrette, 1123.
Laval, 1623, 1908.
Laval (Mlle), 1389.
Lavenant, 758.
Lavergne, 773.
Lavergne (de), 1189.
Lavoix, 686, 757.
Lazorthes, 650.
Le Baron, 857.
Lebert (Mlle), 1159.
Lebeuf, 1755, 1757.
Leblanc, 853.
Leblond, 192, 1324.
Lebon, 385.
Lebour, 407.
Le Bourdellès, 1188.
Le Breton, 1120.
Lécer, 1221.
Léchelle, 479, 1105.
Le Chuiton, 188, 1024.
Le Clerc, 779, 1822.
Leclerc, 963, 1606.
Leclercq, 1004.
Lecœur, 966.
Lecoin, 964.
Le Coq, 855.
Lecoq, 59, 134, 404.
Le Dourneuf, 330, 429.
Ledoux, 385.
Ledoux-Lebard, 686, 851.
Lee, 1419.
Lee Hutchins, 1392.
Leenhardt, 136, 290, 1287, 1288, 1342.
Lefebvre, 649, 1443.
Lefèvre, 795.
Le Filliâtre, 1645.
Le Fort, 1721.
Lefranc (Mlle), 1107.
Lefroux, 1392.
Le Fur, 135, 1091, 1356.
Le Gac, 1176, 1218.
Legangneux, 542.
Le Gendre, 189.
Legendre, 1174, 1678.
Legrain, 288.
Le Grand, 627, 628, 688.
Legrand, 1443.
Legroux, 366, 371, 476, 553, 779, 1891.
Legueu, 881, 1020.
Le Guyon, 131.
Lehmann, 328, 639, 736, 847.
Lejars, 521.
Lelong, 119, 1078, 1141.
Le Lorier, 1176.
Lemain, 1254.
Lemaire, 120, 303, 386, 404.
Lemaître, 1419.
Lematte, 191.
Le Mée, 1617, 1912.
Lemétayer, 174, 305, 837, 1353, 1355.
Lemierre, 299, 521, 648, 701, 965.
Lemoine, 303, 480, 834, 1441.
Lempert, 1910
Lenègre, 58, 521.
Lenormant, 106, 190, 1009, 1147, 1190, 1191, 1647, 1789.
Léo, 1091, 1237.
Léopold-Lévi, 882, 1046.
Lepage, 686.
Lepennetier, 643, 853.
Lépine, 105, 174, 240, 506, 553, 702, 703, 813, 966, 1009, 1023, 1107, 1159, 1189, 1255, 1269, 1321, 1354, 1391, 1631, 1680, 1759, 1763, 1789.
Leplat, 352.
Lepoutre, 191, 192, 330, 627, 855, 1023.
Lerat, 286.
Lérat, 795.
Lereboullet, 80, 350, 701, 807, 965, 1075, 1078, 1121, 1141, 1599, 1675, 1765, 1801, 1932.
Lereboullet (J.), 82.
Leriche, 517, 522, 685, 729, 734, 845, 1546, 1797.
Leroux, 735, 1914.
Leroux-Robert, 647.
Lesage, 189, 404, 540, 798.
Lesbros, 643.
Leschke, 775.
Lesné, 80, 480, 663, 833, 1075, 1108, 1141, 1270, 1353, 1391, 1785, 1800.
Le Sourd (F.), 594.
Lespagnol, 795.
Lestoquard, 240.
Lestocquoy, 663, 847, 1121.
Leszcynski, 643.
Leuba, 173.
Leucutia, 853.
Leuillier, 1174.
Leulier, 1120, 1207.
Leullier, 1178.
Leuret, 189, 700.
Levaditi, 105, 174, 240, 305, 371, 403, 476, 553, 756, 1009, 1023, 1074, 1107, 1144, 1158, 1255, 1269, 1321, 1354, 1391, 1631, 1759, 1763, 1891.
Levassort, 1046.
Leven, 116, 288, 670, 989.
Levent, 55, 171, 470, 495, 809, 1135, 1285, 1844.
Lévesque, 847, 1420, 1765.
Leveuf, 966, 1147, 1789,
Levina (Mlle), 1207, 1822.
Lévy, 855, 1513.
Lévy (Mlle), 350, 479, 918, 1076, 1085, 1122, 1185, 1207, 1340, 1355, 1789.
Lévy (Mlle F. B.), 1270.
Lévy (G.), 1188.
Lévy (Mlle G.), 553, 812, 813, 1373.
Lévy (H.), 676.
Lévy (Mlle J.), 1254.
Lévy (M.), 1932.
Lévy (Max), 350, 648.
Lévy (Mme Max), 648.
Lévy (Rob.), 1176.
Lévy-Bruhl, 303.
Lévy-Solal, 686.
Lévy-Valensi, 985, 1310.
Lewis, 1511.
Lhermitte, 76, 79, 226, 326, 328, 553, 812, 1122, 1158, 1297, 1374, 1375, 1515.
Lhoste, 663.
Lhuillier, 1023.
Lian, 521, 522, 643, 1106, 1189, 1207, 1255, 1322.
Lianos, 1271.
Lichtenstein, 1799, 1800.
Lichtwitz, 427, 915, 1175, 1176.
Liège, 82, 1114.
Liégeois, 813.
Lièvre, 80, 480, 1551.
Lignières, 118.
Lima, 611.
Lindford, 639.
Lisbonne, 427.
Livierato, 1391.
Li-Yuan-Po, 305, 1009, 1107, 1759.
Loabryne, 385.
Loecard, 190.
Loeper, 120, 303, 404, 553, 733, 1019, 1159, 1254.
Loir, 542.
Loiselet, 1224.
Lombard, 1445.
Lomon, 851.
Lonjon, 817, 1288.
Lonjon (Mme), 136, 814, 817, 1287.
Lortat-Jacob, 701, 1050, 1755.
Loubeyre, 901.
Loubier, 637.
Lourens, 1391.
Louvet, 916.
Louyot, 326.
Loyal Davis, 1511.
Loygue, 303.
Lumbroso, 756, 833, 1784, 1891.
Lumière, 103, 648, 1678.
Luquet, 351, 1145, 1191, 1443.
Luthy, 1307.
Luys, 882.
Luzuy, 855.
Lynham, 1419.
Lyon. 1046, 1047.

M

Mabille, 1046.
Macé de Lépinay, 482.
Mach, 1106.
Machebœuf, 718, 915.
Mac Kinney, 1392.
Mage, 497, 1353.
Magendie, 849.
Magnan, 915.
Magnant, 849.
Magne, 330.
Magnin, 849.
Magrou, 1144.
Mahaut, 758.
Maignon, 454, 1160.
Maison, 134.
Maisonnet, 303, 476.
Maister, 1060.
Malan, 1623.
Malmejac, 386, 407, 479.
Malplate, 407.
Malveharie, 1006.
Mamiesco, 1512.
Manguio, 621.
Manin, 1074.
Manouélian, 1891.
Manoussakis, 552, 1189.
Mante, 385.
Manuel, 857.
Marburg, 1512.
Marcandier, 1024, 1145.
Marcel, 645, 1023.
Marchand, 645, 647, 1041, 1178, 1887.
Marchoux, 366, 371, 453, 1550, 1790.
Marcille, 284.
Marcotte, 404, 1023.
Marcu, 404.
Marek, 1269, 1352, 1353, 1790.
Marfan, 350, 915, 1135.
Margarot, 507
Margulis, 1310.
Marinesco, 641, 1305, 1753, 1918.
Marie, 739, 1354, 1759.
Marie (A.), 27, 1631.
Marie (J.). 1633.

Marion, 645, 1021.
Markow, 1511.
Marquézy, 80, 303, 469, 479, 480, 1340.
Martel, 506, 1123.
Martel (de), 76, 326, 585, 846, 1510.
Martial, 306, 1223.
Martin, 508, 645, 648, 1005, 1044, 1046, 1158, 1190, 1419, 1445, 1647.
Martin du Pan, 1645.
Martinet, 1268.
Martiny, 834.
Mas, 290, 1287, 1288.
Masini, 1146, 1605.
Masmonteil, 555, 736, 1606.
Massabuau, 289, 814, 901, 1288.
Massart, 135, 507, 735, 1039, 1091, 1191, 1271, 1441, 1718, 1725.
Massé, 849, 1605.
Massias, 845.
Massot, 1023.
Mathais, 1803.
Mathé, 317.
Mathey-Cornat, 847, 849.
Mathieu, 106, 643, 663, 857, 966, 1006, 1009, 1076, 1146, 1189, 1271, 15 9, 1646, 1647, 1721, 1833.
Mathieu de Fosscy, 119.
Mathis, 1550.
Matry, 1190.
Matsumoto, 1757.
Mattei, 137, 1779.
Mauclaire, 26, 106, 540, 1004, 1090, 1721.
Maurer, 80, 1191, 1647.
Mauric, 1121, 1159, 1189, 1207, 1253, 1320, 1790.
Maximin, 174, 1176, 1352.
May, 916, 1158.
Mayer, 162, 1041, 1548, 1644.
Mayet, 758.
Mayoux, 1910.
Mazet, 113.
Medioni, 385, 476.
Meillère, 1785.
Meersseman, 1802.
Mégard, 1373.
Meige, 881.
Melamet, 191.
Ménard, 1721.
Mennecier, 1633.
Mercandier, 1176.
Mercier, 838, 1159, 1746.
Mercier (F.), 1192.
Mercier (L.-J.), 1192.
Mériel, 1047.
Merklen, 581, 1022, 1023, 1060, 1075, 1175, 1207, 1255 1270, 1493, 1551, 1785.
Merle, 1059.
Meslier, 306.
Mesnil, 1551, 1951.
Métivet, 106, 1190, 1786.
Meyer, 454, 719, 1035, 1175, 1355, 1721.
Mézard, 643, 1340.
Michaux, 1060.
Michaux (Mlle), 46, 118, 833.
Michel, 1268. 1717.
Michon, 585.
Micotti, 1041.
Miget, 76, 479, 918, 1076, 1270, 1271, 1340, 1932, 1934.
Mignon, 82.
Mignot, 771.
Milhaud, 1631.
Milhit, 847.
Milian, 1757.
Millet, 1191, 1287.
Mir, 1297.
Mirallié, 242, 1146.
Mitra, 1420.
Mocoloa, 1120.
Mocquot, 105, 1646.
Mogilnicki, 1135.
Moiroud, 1786.
Moliné, 1617.
Mollard, 326, 847, 1255, 1755, 1757, 1763.
Mollaret, 24, 79, 329, 506, 701, 813, 1124, 1353.
Momaguerra, 918.
Monaldi (de), 1175.
Mondor, 1006, 1090.
Mongis, 1219.
Monier-Vinard, 1189.
Moniz, 611.
Monnier, 136, 817, 901, 959, 999, 1342.
Monod, 733, 853, 1189, 1191, 1223, 1419, 1420, 1909.
Monsseaux, 1023.
Montagné, 508.
Montel, 757.
Montpellier, 509.
Morali, 386, 479.
Morat, 639, 647.
Morax, 404.
Mordagne, 146, 654.
Moreau, 702, 849, 1822.
Morel, 627, 650, 1803.
Morel-Kahn, 643, 855. 857, 1418.
Morelon, 1123.
Morhardt, 855.
Morin, 366, 641.
Morrau, 1802.
Mortier, 1680.
Motta, 1303.
Mouchet, 25, 304, 845, 1043, 1720, 1934.
Mougeot, 404, 553, 612, 733.
Moulonguet, 735, 1006, 1090, 1930.
Moulonguet-Doléris, 686.
Mounier-Kuhn, 1625.
Moure, 189, 304, 965, 1147, 1912.
Mouriquand, 404, 611, 1044, 1207.
Mourrut, 269, 303, 385.
Mourst (Mlle), 453.
Moutard, 641.
Moutier, 703.
Mouzaffer, 1822.
Moy, 2551.
Mozer (G.), 1106, 1175.
Mozer (M.), 1106, 1175.
Mredden, 701.
Muller, 135, 351, 1551, 1726.
Müller, 1757.
Murphy, 1392.
Musso, 1759.
Mutel, 637.
Mutermilch, 304.

N

Naamé, 969.
Nabonne, 1106.
Nageotte, 403.
Nahan, 1418.
Nanta, 1269.
Nasta, 1643.
Nattan-Larrier, 59 119, 173, 553, 626, 966, 1207.
Naughon-Dunn, 1043.
Naville, 1514.
Nayrac, 795.
Nedelkoff, 914.
Nègre, 1159, 1255, 1321, 1679.
Nélis, 26, 1107.
Nemours, 1342.
Nemours-Auguste, 326, 555, 851, 855, 1356, 1932.
Neoussikine (Mlle), 188.
Nepveu, 701.
Nepveux, 26, 119, 371, 718.
Netter, 798, 881, 1044, 1790.
Névéna Jesover, 1041.
Neveu, 929.
Nicaud, 1060.
Nichita, 913.
Niclot, 1346.
Nicloux, 686.
Nicod, 1718, 1722.
Nicolas, 645.
Nicolau, 703, 837, 966, 1009, 1634, 1679, 1759, 1790, 1802.
Nicolle, 118, 188, 371, 645, 756, 833, 1645.
Ninni, 304, 466, 968, 1160, 1222, 1269. 1270, 1320, 1353.
Nobécourt, 82, 361, 397, 565.
Nœggerath, 773.
Nogues, 1023.
Nora, 135.
Nouchy, 119.
Nové-Josserand, 1567, 1718, 1721.
Noyeb, 59.
Noyer, 173, 966.
Nyssen, 1627.

O

Oberling, 326, 1509, 1763.
Oberthur, 1932.
Odinet, 132, 1189.
Œconomos, 521.
Okinczyc, 190, 1190.
Oliéecrona, 1510.
Olmer (D.), 1765.
Olmer (J.), 757, 1551, 1765.
Oluf Bang, 1391.
Ombrédanne, 80, 190, 1033, 1190.
Orban, 637.
Orliansky, 853.
Orndoff, 1420.
Ornstein, 407.
Orthlier, 1268.
Orticoni, 1678.
Otfrid Foerster, 1510.
Ottonio Rossi, 1513.
Oulié, 1785.
Oumansky, 685, 757, 1646.
Oury, 643.

P

Pacheco, 783.
Pack, 1419.
Pacu, 1254.
Pacu (Mlle), 1207.
Pagel, 1023.
Paget, 191, 192, 627.
Pagniez, 812, 1322.
Pailhas, 795.
Paillard, 1023.
Paitre, 1785.
Paliard, 501.
Palios, 506.
Pallot, 497.
Panisset, 1222, 1391.
Panner, 1037.
Paoli, 858.
Papillault, 326.
Papillon, 1932.
Papin, 1022, 1271, 1717, 1786.
Paquet, 648.
Paraf, 76, 302, 428, 663, 699.
Parès, 136, 289.
Parlier, 1646.
Parot, 240.
Parrain, 25.
Parrel (de), 1627.
Parrot (Mlle), 24.
Parsons, 1141.
Parturier, 288, 330, 627, 1078
Parturier (Mlle), 79, 326. 812.
Pascal, 1310.
Pascalis, 191, 555, 1644, 1675.
Paschetta, 851.
Passa, 1268.
Pasteau, 1021.
Pastel, 1643.
Pasteur, 647.
Pasteur Vallery-Radot, 521, 626, 734, 855, 1020, 1107, 1108, 1121, 1159, 1189, 1207, 1253, 1320, 1679, 1790.
Patel, 1720.
Patourel, 916.
Patten (Clarence), 1303.
Pauchet, 118, 169, 323, 352, 506, 645, 688, 761, 1046, 1053, 1091, 1145, 1178, 1272, 1322, 1323, 1549, 1609, 1647, 1891.
Pautrier, 1755.
Pavie, 1255.
Pecker, 476. 1757.
Peczenik, 1309.
Péhu, 1761.
Pelezar, 1410.
Pelissier, 1633.
Pellock, 1511.
Pérard, 1725.
Perget, 1497.
Péri, 1621, 1910.
Perlès, 134.
Péron, 794.
Péroni, 1623.
Perpère, 882.
Perrin, 381, 1023, 1645.
Perrot, 1233. 1342, 1390.
Pescher, 1023.
Petersen, 1268.
Petetin, 775.
Petit, 1356.
Petit de la Villéon, 135, 306, 351, 555, 1323, 1356, 1605.
Petit-Dutaillis, 79, 386, 813, 1035, 1123, 1190, 1374, 1375.
Petiteau, 290.
Petit-Maire, 25.
Pétrequin, 621.
Petresco, 1157, 1321.
Petrignani, 1041.
Pettit, 221, 540, 881, 1218, 1307, 1512.
Petzetakis, 303, 482, 626.
Peugniez, 135, 305, 1191, 1272.
Peuteuil, 847.
Peyre, 968.
Pfahler, 1419.
Pfannenstiel, 769
Pfeifer, 1509.
Phelip, 645
Phélizot (Mlle), 1271.
Philibert, 699.
Philizot (Mlle), 368.
Phocas, 1353.
Photinos, 1759.
Pic, 503.
Picado. 479, 777.
Picarda, 855.
Pichat, 242.
Pichon (Mme), 1005.
Picot, 385, 476.
Piéchaud, 733.
Piédelièvre, 1005.
Pieri, 505, 549.
Pierquin, 1418.
Pierron, 637.
Piéry, 1631.
Piet, 628.
Piettre, 76, 368, 718, 1074, 1819.
Piffault, 1352.
Pinard, 476, 1158, 1633.
Pinto 849.
Pires, 1299.
Pirot, 1024, 1145.
Planson, 1272.
Plazy, 1024, 1145, 1158, 1822.
Plessier, 1091.
Plichet, 812.
Pockels, 1137.
Poittevin, 641.
Polack, 1746.
Poleff, 404.
Policard, 1174, 1761.

Polonovski, 795.
Pommé, 813, 1174.
Ponroy, 371.
Pons, 1223.
Ponthus, 641, 838, 1255, 1256.
Popa, 1307.
Popesco, 240.
Popoff, 189.
Poppi, 1307.
Porcher, 851, 855, 1391.
Poreaux, 853.
Portes, 853.
Portier, 160, 1725.
Portmann, 1627, 1909.
Portocalis, 1822.
Portret, 643, 857.
Poté, 1634.
Potelune, 1765.
Potter (de), 1759.
Pouchet, 288, 1763, 1917.
Pougin, 1044.
Poujol, 1631.
Pouliquen, 966.
Poumeau-Delille, 1176.
Pouzet, 1043.
Prager (Mlle), 964.
Prat, 851.
Prétet, 834.
Prieur, 79.
Prienr (Mlle), 1175.
Proby, 1619, 1911.
Proca, 404.
Pron, 739, 1046, 1178, 1647.
Proust, 190, 304, 476, 1191, 1647.
Prouvost, 1044, 1175.
Ptaszek, 637, 639.
Puech, 136, 289, 507, 508, 554, 813, 814, 817, 845, 901, 959, 999, 1122, 1287, 1288, 1374.
Pujos, 1802.
Pulvenis, 1723, 1759.
Punssepp, 1510.
Puntoni, 1207.
Putnam, 1510.

Q

Quanjer, 1391.
Quarella, 1039.
Quéméré, 191.
Quénu, 385.
Queratto, 476.
Quermener, 1268.
Quervain (de), 1549.
Quick, 1420.
Quimby, 1419,

R

Rabeau, 1763.
Rabinovitch (Mme), 1342.
Rabut, 1342.
Rademaker, 1510.
Radu, 647.
Raiga, 1271.
Railliet, 1645.
Ramadier, 1623, 1909.
Ramon, 26, 27, 120, 174, 305, 366, 371, 476, 553, 757, 777, 779, 837, 1106, 1107, 1175. 1320, 1353, 1355, 1634, 1679.
Ramond, 702, 847. 1106, 1270, 1353.
Ramsay-Hunt, 1511.
Randin, 966.
Randoin (Mme), 46, 118, 833, 1391.
Rapoport, 637.
Raszeja, 637.
Rateau, 1907.
Rathery, 118, 428, 1188, 1207, 1254, 1269, 1270, 1311, 1320, 1352, 1355, 1646, 1789, 1802, 1822.
Ravaut, 240, 553, 1023, 1269. 1354, 1763, 1917.
Ravina, 1189.
Raymond-Hamet, 1746.
Razemon, 1439.
Rebattu, 1617, 1917.
Reboul-Lachaux, 795.
Rechou, 857.
Reddick, 1392.
Regnault, 555.
Régnier, 118, 454, 1891.
Reiche, 777.
Reichel, 1761.
Reilly, 407, 781, 1680.
Reiss, 641.
Remlinger, 24, 781, 1174, 1891.
Renato de Blasio, 1269,
Renaud, 119, 134, 303, 849, 1157, 1175, 1551, 1646.
Renaud (Mlle), 25, 26.
Renault, 881.
Rendu, 645.
Renty (de), 330.
Retrouvey, 1627.
Reuterwal, 1420.
Reverchon, 46.
Rey-Pailhade (de), 286.
Reye, 777.
Reygasse, 1046.
Rezendf, 1303.
Ribadeau-Dumas (Ch.-P.), 663,
Ribadeau Dumas (H.), 86, 253. 511, 586, 812, 1014..
Ribadeau-Dumas (L.), 350, 1271.
Ribot, 1223.
Richard, 553, 626, 966, 1207, 1268, 1721.
Riche, 269, 289, 761. 817.
Richet, 285, 1023, 1633.
Richet fils, 27.
Richon, 385.
Rieunau, 650.
Rigollet, 1237.
Rimbaud, 290, 408, 427, 508, 1287, 1288, 1349.
Riou, 1219, 1242.
Risler, 1146.
Risser, 1035.
Rist, 476, 847, 1189, 1633.
Rivers, 1392.
Rivoire, 1059.
Robert, 384.
Robin, 1219, 1323.
Robin (G.), 24.
Robin (P.), 27.
Robineau, 1220.
Roch, 475.
Rochaix, 479, 1803.
Roche, 1311.
Roche (Mme), 1120, 1207.
Rocher, 1190, 1340, 1721, 1722.
Rochetta, 643.
Rochette, 989.
Rodiet, 1017.
Roederer, 134, 135, 306, 350, 507, 1035, 1091, 1272, 1323, 1342, 1717, 1720, 1891.
Roger, 508, 549, 645, 1564.
Rohmer, 368, 1271.
Rolland, 1188.
Rolleston, 1800.
Rollet, 404, 611.
Rollier, 404, 834.
Roman-Monnier, 497.
Romeaux, 385.
Ronget (Mlle), 1270.
Ronneaux, 1418.
Rosenthal, 191, 288, 306, 736, 969, 1045, 1046, 1178, 1323, 1324, 1647.
Ross-Smith, 1033.
Rothschild (de), 242.
Rottenstein, 1643.
Roubaud, 1219
Roubeau, 371.
Roubeaux, 701.
Roucayrol, 647.
Roudinesco (Mlle), 1122.
Rouèche, 663, 1076.
Rougier (Mlle), 1123.
Rouhier, 1605, 1786.
Rouillard, 916
Roulin, 894.
Rousseau-Decelle, 371, 507.
Roussel, 847, 1725.
Rousset, 1158.
Roussy, 367, 454, 813, 834, 964, 1373, 1509, 1763,
Roustan, 1150.
Routier, 837, 966, 1965.
Rouvière, 46,
Roux, 371, 507, 242, 553, 1192, 1603.
Roux-Berger, 25. 1786.
Rouzaud, 119.
Rovigno, 1039.
Rowel, 1391.
Roy, 1631.
Rubens-Duval, 57, 1191.
Rubino, 881.
Rubinrot, 1419.
Rudeaux, 1271.
Rudolf, 965.
Rupp, 503.
Ruppe, 82, 1069, 1101 1342.

S

Saad, 781.
Sabouraud, 1755.
Sachs, 1509.
Sacon, 1309.
Sacquépée, 782.
Saenz, 27, 305, 404, 833, 1254, 1352, 1802.
Sager, 641.
Sagols, 408, 1287.
Saidman, 324, 918.
Sainton, 838, 1755.
Saintur (Mlle), 1060.
Salaman, 1392.
Salamon (Mlle), 304.
Salle, 509, 901.
Sallet, 1233, 1388.
Sanarelli, 407, 1110, 1159.
Sanctis Monaldi (de), 58, 1107, 1222, 1255, 1269, 1320, 1353.
Sannié, 1005.
Sanrelli, 1392.
Santenoise, 326, 1023.
Santucci, 901.
Sappey, 761.
Sarbo (von), 1515.
Sargnon, 1625, 1914.
Sarrère, 847.
Sarrouy, 386, 901.
Sartory, 454.
Sassier, 1147.
Sassy, 270.
Sattler, 1135.
Sauvé, 386.
Savignac, 643.
Savigny, 136, 1463, 1647.
Scemmama, 1765.
Schaaf, 1753.
Schaeffer, 1373.
Schaeffer (Mlle), 686.
Scharlan, 769.
Scheffer, 1513.
Schiff, 703.
Schiff-Wertheimer (Mme), 1253, 1679.
Schlesinger, 1800.
Schlossmann, 1675, 1676, 1801.
Schmaeh, 1510.
Schmite, 1375.
Schneider, 1022, 1045.
Schoen, 366, 476, 553, 1354, 1759, 1763.
Schoen (Mlle), 240, 553, 1023, 1074, 1255, 1269.
Schoengrun, 648.
Scholder, 1039.
Scholz, 769.
Schreiber, 46, 480, 1932.
Schrumpf-Pierron, 798.
Schuffler, 1392.
Schuffnit, 1392.
Schuller, 849, 1509.
Schulmann, 735, 1046.
Schur, 503.
Schuster, 1303.
Schwartz, 1090.
Schwob, 303, 385, 916.
Scouras, 1005.
Secousse, 733.
Sédillot, 191, 555, 1023, 1323.
Sée, 58, 224, 931.
Seemen (Von), 647.
Seidmann, 134.
Séjourné 482.
Selbie, 174, 1107.
Semelaigne, 1342, 1932.
Sendrail, 1269.
Sénéchal, 1644.
Sénellart (Mlle), 191, 429.
Senèque, 25.
Sentis, 1043.
Septicili, 105.
Sergent, 240, 757, 849, 1105, 1917.
Sermet, 1046.
Serrand, 847. 1417.
Sertic, 27.
Sévin, 857.
Sézary, 427, 834, 1059. 1122, 1158, 1188, 1221, 1759, 1761.
Sèze (de), 626, 627, 702, 837, 1160, 1175, 1254, 1322.
Sicé, 1220.
Sichel, 855.
Sieur, 1785.
Sigwald, 428, 1188, 1320, 1646.
Silbert, 1299.
Simei, 240.
Simon, 1090, 1643, 1947.
Simonin, 982.
Simonnet, 403, 1108, 1391, 1755.
Siredey, 1763.
Sjollema, 1391.
Sluys, 855, 1418.
Smester, 1323.
Smieden, 1037.
Sohier, 522.
Soiland, 1419.
Soituz, 305.
Sol (Mme), 1047.
Solente, 1755,
Sollier, 454.
Solomon, 1418.
Sorel, 303, 1220, 1234,
Soresi, 1645.
Sorrel, 25, 106, 190, 191, 304, 386, 521, 914, 965, 1647, 1721, 1932.
Sorrel-Déjerine, 1721.
Soru, 639.
Soulas, 269, 1342, 1633, 1629, 1907, 1908.
Soulas (Mlle), 289, 814.
Soulié, 24, 303, 521, 626, 1019, 1159, 1253, 1679.
Soupault, 190, 626.
Souques, 79, 1951.
Sourdille, 1625.
Spiegel, 1511.
Spiropoulos, 1139.
Stahel, 1419.
Stanford Cade, 1510.
Stefanesco, 407, 781.
Stefanopoulo, 119, 626, 1218.
Stéhelin, 1373.
Sterling-Okuniewski, 849.
Stern, 637.
Sternberg, 503.
Sterne, 1646.
Sternfeld, 384.
Steuvers, 1510.
Steveeel, 1223.
Stevenel, 1392.

Stewart Purvas, 1509.
Stilmunkès, 650.
Stoel, 1354.
Stolz, 1548.
Storey, 1392.
Storm van Leuwen, 1410.
Stoyanova (Mme), 1355.
Stoyanovich, 912.
Strauss, 1301.
Strohl, 119, 542, 612, 641, 1321.
Strumza, 1074.
Stuhl, 685, 851.
Stulz, 1120.
Stuyt, 1643.
Swynghedauw, 641.
Symonds, 1514.
Szumlanski, 989, 1005.

T

Taillens, 1078, 1801.
Takhnis, 833.
Talbot, 1633.
Tanon, 189, 929.
Tanret, 403, 718.
Tapernoux, 1391.
Tapie (J.), 650, 849, 1047.
Tarbouriec, 290.
Tardieu, 27, 286, 507, 555, 989, 1178, 1323, 1551.
Targowla, 542.
Tarreaud, 735.
Tarvella, 351.
Tassin, 58.
Tassovatch, 368.
Taty, 795.
Tavernier, 845, 1033, 1570, 1606, 1721.
Tchakirian, 756, 1144.
Tchernychew, 1627.
Teissier, 771.
Tellez-Pallencia, 637.
Terracol, 289, 408, 507, 1210, 1287, 1288, 1911.
Terroine, 453, 1784, 1819.
Thalheimer, 735.
Thatcher (Harveys), 1222, 1235.
Theodorides, 758.
Thépénier, 1086.
Thévenard, 731, 882, 1091, 1191, 1358, 1512.
Thévenon, 789.
Thiébaut, 701, 1175, 1254, 1373, 1374.
Thiéry, 966.
Thiroloix, 26, 27, 120, 134, 371, 757, 777, 779, 966.
Thiroux, 1146, 1217, 1389.
Thivolle, 46.
Thomas, 328, 1333, 1365, 1373, 1516, 1666.
Thomson, 1761.
Thoyer-Rozat, 855.
Thung, 1392.
Thurel, 302, 1126, 1297.
Tibi, 688.
Tiffeneau, 1822.
Tilmant, 1178, 1268.
Tinel, 476, 554.
Tixier, 663, 719, 1174, 1418.
Tixier (F.), 286.
Toinon, 847.
Tomfir, 1158.
Tonescobraïova, 385.
Tonnet, 553, 1019, 1159.
Torbel, 1005.
Tortorella, 1802.
Toulant, 509, 647, 902.
Toullec, 1222.
Toulouse, 703, 1158.
Tournade, 386, 407, 479, 523.
Tournay, 1309, 1324.
Tourneux, 649.
Tournier, 1235.
Trabaud, 24, 242, 701.
Tramontano, 304.
Trelles, 1691.
Trémolières, 1551.
Trénel, 79.
Trèves, 1356, 1715, 1718, 1891.
Triantaphyllos, 1310.
Triau, 1340.
Tricoire, 371.
Trillat, 1023, 1024, 1725.
Troisier, 428, 1059, 1120, 1175.
Troude, 522.
Truc, 408, 508, 814, 817, 1287.
Truchot, 881, 1059.
Truffert, 1907, 1917.
Tullien, 522.
Turchini, 508.
Tzanck, 288, 303, 1158, 1175, 1176.

U

Ugo-Camera, 914, 1721.
Ugo-Soli, 1392.
Uhry, 1158, 1207, 1822, 1932.
Una Fielding, 1307.
Urbain, 119, 1354, 1393.
Urbanitsky, 777.
Urechia, 965.
Uribe, 686.
Urrechia, 757.
Urtinette (Mlle), 479.
Uzan, 1242, 1382.

V

Vaisman, 174, 756, 1074, 1144, 1269, 1891.
Valat, 847.
Val-Constantinesco (Mme), 703.
Valette, 118.
Vallée, 76, 119, 324.
Vallette, 368, 1137.
Valory, 475, 1272.
Valtis, 305, 368, 371, 702, 703, 1159, 1255, 1321, 1353, 1679.
Van Bogaert, 428, 497, 837, 1176, 1513.
Van Caulaert, 621.
Van Crefeld, 1139.
Van Deinse, 702, 703, 1009, 1321, 1679.
Van den Wildenberg, 1627.
Van der Hoeden, 1391.
Van Gehuchten, 553.
Van Haelst, 1717.
Van Heelsbergen, 1391.
Van Leersum, 1022.
Van Nieuwenhuyse, 1907.
Van Sant 756.
Van Slogtoren, 1392.
Vaquez, 188, 285, 505.
Varé, 641.
Vasallo-Maculet, 1041.
Vasilin, 1305, 1695, 1627.
Vassilieff, 795.
Vassitch, 912.
Vaucher, 384.
Vaudremer, 834, 1221, 1786.
Veau, 1090.
Vedel, 136, 408, 673.
Veil (Mlle), 1917.
Velluz, 58, 59, 505, 626, 1159, 1206, 1801, 1819.
Veraguth, 1514.
Véran, 80, 1122, 1175, 1633.
Verbrugge, 1643.
Vercing Lapierre, 1911.
Verdier, 641.
Verge, 324, 1410.
Vergès, 965.
Verhoogen, 1548.
Vermeylen, 795.
Verne, 1121.
Vernet, 76.
Vervaeck, 1004.
Vialard, 302.
Viallefont, 289, 290, 814.
Viallet, 386, 901.
Vian, 643.
Viannay, 1549.
Vidal, 136, 289, 408, 507, 508, 1208, 1287, 1288.
Vidacovitch, 326, 641, 1023.
Vidrasco, 643.
Vié, 1310.
Viela, 1621.
Vielle, 915.
Vignal, 351.
Vignat, 641.
Vigne, 1678.
Vignes, 1634.
Villard, 814.
Villardosa, 1912.
Villaret, 303, 404, 627, 702, 837, 1010, 1023, 1044, 1160, 1253, 1322, 1563, 1679.
Vincent, 191, 192, 330, 703, 1023, 1324.
Vincent (Cl.), 554, 812, 845, 849, 1122, 1373, 1509.
Vincent (H.), 505, 718, 1144, 1631, 1722, 1746, 1819, 1917.
Violle, 242, 1023, 1169.
Virenque, 1047.
Vischniac, 739.
Vladesco, 240.
Vlès, 453, 964.
Vrasse, 1342.
Vrignaud, 1570.
Vogt (Mlle), 1374.
Volterra, 497.
Von Groer, 1799, 1801.
Voronoff, 1410.
Vulliet, 495.
Vurpas, 795.

W

Wahl, 713, 718, 751.
Waitz, 174, 303, 916, 1141, 1352.
Wallace, 1043.
Wallgren, 1137.
Wallich, 303.
Walser, 647.
Walter, 637, 641, 1421.
Waltz, 1790.
Wangermey, 857.
Warembourg, 1401.
Warrington Yorke, 1220.
Wart, 855.
Waters, 851.
Watson, 1391.
Webster, 1419.
Wedhworth, 1391.
Weii, 757, 1176.
Weil J.-A.), 131.
Weil (M.-P.), 685, 757, 1646, 1930.
Weil (P.-E.), 58, 385.
Weill-Hallé, 285, 385, 653, 964, 1145, 1932.
Weinberg, 162, 966, 1107.
Weiss, 126, 1548.
Weissenbach, 134, 384, 1059.
Weissmann-Netter, 1176.
Wellisch, 1789.
Weltmann, 499.
Werner, 1753.
Wertheimer, 1033.
Wester, 1391.
Westerdijk (Mlle), 1391.
White, 1309, 1392.
Wiart, 304, 985, 1147.
Wickham, 588, 1420.
Widiez, 434.
Widowitz, 497.
Wilder-Penfield, 1509.
Willemin, 368.
Wilm, 1105.
Wilm Mlle), 480.
Wilmertz, 1644.
Wimmer, 1512.
Wintrebert, 838.
Witwer, 853.
Wolff, 1410.
Wollmann, 686.
Woringer, 80, 1755.
Worms, 26, 1617, 1623, 1907.
Wurmser, 1023.
Wurmser (Mlle), 1108.

Y

Yovtchitch, 912.

Z

Zaborovski, 1342.
Zacheri, 501.
Zakhajm, 507.
Zamfir, 1157, 1633, 1646.
Zana, 1192.
Zanoli, 1033.
Zanufir, 1352.
Zeitlin, 637.
Zelikowski, 639.
Zimmermann, 1627.
Zimmern, 119, 612, 641, 643, 647, 858, 1044, 1322, 1417, 1418.
Zizine, 1270.
Zoeller, 1189.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE